

## 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

## LETTRES AUX DEUX WILFRID.

### SEPTIÈME LETTRE.

#### Du signe de Bacelli (pectoriloque aphone) dans le diagnostic des épanchements pleurétiques.

*Mes chers amis,*—Vous vous rappelez, sans doute, que dans une de nos lettres antérieures, je me suis vivement efforcé d'attirer votre attention sur la nécessité de recourir à l'exploration physique de la poitrine chaque fois que vous aurez lieu de soupçonner l'existence de quelqu'affection thoracique. Vous vous souvenez que je vous ai mis en garde surtout contre ces pleurésies latentes, à début insidieux, qui n'accusent leur invasion par aucun des signes classiques ordinaires enseignés par les auteurs, tels que : frisson, point de côté, dyspnée, toux, voussure, etc.

Je vous disais que seules l'auscultation et la percussion pouvaient, dans certains cas, vous mettre en mesure de découvrir la présence d'un épanchement pleurétique que l'absence de symptômes subjectifs caractéristiques vous aurait exposés à méconnaître.

Ces phénomènes physiques révélés alors par l'examen minutieux de la poitrine, vous les connaissez, ce sont : le souffle bronchique, la bronchophonie, l'absence de vibrations thoraciques, la matité, le défaut d'élasticité des parois du thorax, parfois l'absence complète de tout bruit respiratoire et la voussure du côté malade.

À la faveur des signes que je viens d'énumérer, il vous sera facile, avec un peu d'habitude, de reconnaître la présence d'un épanchement dans la cavité pleurale. Mais il est plus difficile d'en déterminer la nature. Pourtant, le diagnostic différentiel des épanchements pleurétiques est loin d'être sans importance. Vous concevez aisément les modifications que vous devrez faire subir à votre pronostic et à votre traitement, selon que vous aurez affaire à une simple effusion séreuse ou à un épanchement purulent. Rien d'étonnant que, de tout temps, on se soit efforcé de trouver les moyens de reconnaître la présence du pus dans la plèvre. Malheureusement, les symptômes que l'expérience nous a fait con-

naître pour atteindre ce but, tels que : frissons, élévation de la température, œdème des parois thoraciques, etc., ces symptômes, dis-je, ne sont pas constants et leur existence même n'a qu'une valeur relative sur laquelle nous ne saurions toujours compter.

Aussi, quand, il y a quelques années, le médecin italien Bacelli annonça au monde médical la découverte d'un signe nouveau et infaillible, au moyen duquel nous pouvions affirmer la nature purulente d'une effusion pleurétique, tous s'empressèrent de lui faire bon accueil, et la *pectoriloquie aphone* prit bientôt place à côté des symptômes classiques de l'empyème.

Or en quoi consiste donc ce signe du professeur Bacelli ?

Je vais vous le dire.

Vous vous rappelez, n'est-ce pas, la méthode que je vous ai conseillé de suivre dans l'examen de la poitrine chez vos malades ? Outre la percussion du thorax et l'auscultation du murmure respiratoire, vous savez que la voix transmise à travers la poitrine nous fournit aussi des renseignements très précieux.

Vous faites, par exemple, compter le patient à voix haute, et vous comparez les sensations qu'éprouve l'oreille appliquée successivement sur le côté malade et sur le côté sain.

C'est par ce moyen que vous constatez la présence de ce qu'on est convenu d'appeler bronchophonie, c'est-à-dire le retentissement caractéristique de la voix dont le son paraît arriver immédiatement au conduit auditif avec un timbre sec, nazonné et comme réfléchi par les parois d'un large tube.

Or, si au lieu de faire compter le malade tout haut, vous lui recommandez de chuchoter, de compter à voix basse, sans faire vibrer ses cordes vocales, s'il existe un épanchement dans la plèvre, vous entendrez parfaitement et très distinctement chaque syllabe des mots qu'il prononce, comme s'il les murmurait dans votre oreille, tandis que, du côté sain, vous ne saisissez qu'un bruit vague, confus, indéfini. C'est à ce phénomène que Bacelli a donné le nom de *pectoriloquie aphone*.

Maintenant, voici, d'après ce médecin, les lois auxquelles obéirait ce nouveau phénomène :

1<sup>o</sup> Étant donné un épanchement pleurétique, la *pectoriloquie aphone* est toujours perçue par l'auscultation, quand le liquide épanché est séreux ;

2<sup>o</sup> Quand l'épanchement, de séreux devient purulent, ou qu'il est purulent d'emblée, la *pectoriloquie aphone* cesse de se faire entendre, à cause de la densité plus grande alors du liquide et de son défaut d'homogénéité.

Une fois que je connus les faits énoncés par Bacelli, je résolus naturellement d'en vérifier l'exactitude chez mes pleurétiques et effectivement, chaque fois, je pus constater d'une manière évidente l'existence de la *pectoriloquie aphone* chez les malades porteurs d'un épanchement séreux ; toujours, la voix chuchotée était per-

que avec la plus grande netteté. Mais, un jour, je fus appelé auprès de Siméon L. ...., homme âgé de 40 ans, qui, depuis une couple de semaines, souffrait d'un point de côté, de toux sèche et d'oppression. J'examinai la position et constatai aussitôt, du côté droit, la présence d'une voussure prononcée du thorax avec matité "*tanquam percussu femoris.*"

Pas de doute, il existait là un épanchement considérable.

J'ausculte; rien, absence complète de tout bruit respiratoire. Je fais chuchoter le malade; silence sur toute la ligne. Pas de pectoriloquie aphone, par conséquent. Étais-je donc, par hasard, en présence d'un épanchement purulent? Mais, à peine existait-il un peu d'élévation de la température; l'état général, malgré la dyspnée, était satisfaisant, il n'y avait pas d'œdème du côté malade.

Je pratiquai la thoracentèse et retirai de la poitrine 54 onces de sérosité, tout ce qu'il y a de plus sérosité, sans que l'examen microscopique ne démontrât la présence d'un seul leucocyte!

Tiens, tiens, M. Bacelli! Il existe donc des cas où la pectoriloquie aphone fait défaut, sans que cependant l'épanchement soit purulent? Alors, l'absence de ce signe n'est donc pas suffisante, une effusion pleurétique étant donnée, pour en conclure que cette effusion est purulente?

Je redoublai d'attention, dans la suite, et assez souvent il me fut permis d'observer de vastes épanchements séreux sans percevoir, néanmoins, le phénomène de la pectoriloquie aphone. Toutefois, ce que je cherchais désormais, c'était un épanchement purulent avec coexistence du signe de Bacelli. Mais, heureusement pour les malades, la pleurésie purulente n'est pas une maladie très fréquente. Cependant, j'en rencontrai successivement deux cas pour lesquels je dus recourir à l'opération de l'empyème, et chez ces deux malades, le professeur romain avait raison; il me fut impossible d'entendre la voix chuchotée à travers les parois de la poitrine.

Dans les premiers jours de mai 1888, je fus appelé à donner mes soins à la petite B\*\*\*, âgée de 11 ans. Elle était malade depuis cinq semaines et éprouvait au côté gauche une douleur pongitive assez vive. La toux, d'abord sèche et rare, devint bientôt quinteuse et très incommode. Le decubitus latéral était impossible; couchée sur le côté droit, elle se sentait aussitôt menacée de suffocation, et le decubitus latéral gauche provoquait de pénibles quintes de toux. La face était pâle, mais la dyspnée à peine appréciable excepté quand la petite malade voulait marcher ou faire quelque effort.

À l'examen, je remarquai à la région précordiale une voussure considérable, au niveau de laquelle existait une matité absolue ainsi qu'une absence totale des vibrations thoraciques. Au sommet, la percussion accusait une résonance tympanique et donnait

lieu au plus beau bruit de pot fêlé qu'il m'ait été donné d'observer. Ce dernier phénomène est très rare dans la pleurésie ; on le rencontre plutôt au niveau des cavernes pulmonaires.

En arrière, il existait aussi de la matité dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, et à l'auscultation, je constatai du souffle bronchique, de la bronchophonie et — remarquez bien — de la *pectoriloquie aphone*.

Le cœur était dévié à droite du sternum et on entendait aussi, en avant, dans les deux tiers inférieurs, quoique moins nettement qu'à la partie postérieure, de la bronchophonie et de la *pectoriloquie aphone*.

Au bout de quelques jours, de l'œdème apparut à la partie antérieure du thorax, la fièvre s'alluma. Evidemment, il y avait là du pus, et pourtant, la voix chuchotée, la *pectoriloquie aphone* de Bacelli se faisait parfaitement entendre, surtout à la partie postérieure du poumon. Je fis constater à M. Lambert, jeune étudiant qui m'accompagnait, la présence de tous ces signes physiques et lui fis remarquer que, malgré l'existence du signe de Bacelli, nous trouverions certainement du pus dans la plèvre. C'est, en effet, ce que confirma l'opération de l'empyème que je pratiquai, séance tenante.

Je crus donc être en droit de conclure que si, d'une part, la *pectoriloquie aphone* se montrait parfois absente dans les épanchements séreux, il pouvait arriver aussi que ce phénomène fut perçu en présence d'un épanchement purulent. D'où il suit que le signe du professeur Bacelli ne fournit que des renseignements illusoire pour le diagnostic de la nature des épanchements pleurétiques.

D'ailleurs, l'examen attentif et réfléchi des conditions physiques qui président à la production de la *pectoriloquie aphone* suffit amplement pour nous indiquer les circonstances dans lesquelles nous pouvons nous attendre à constater ou non la présence de ce phénomène.

En effet, j'ai constamment remarqué que la voix chuchotée n'était transmise à l'oreille qui ausculte que dans les cas où il existait en même temps du souffle et de la bronchophonie ; quand ces deux derniers symptômes étaient absents, quelle que fut la nature de l'épanchement, la *pectoriloquie aphone* aussi faisait défaut.

Je viens de prononcer les mots de souffle, de bronchophonie. Avant d'aller plus loin, je vous dois, à ce sujet quelques explications.

Je me suis déjà élevé, en d'autres lieux, contre la subtile distinction qu'émettent les auteurs entre la bronchophonie, qui serait surtout l'indice d'une induration pulmonaire, et l'égophonie, ce caractère chevrotant de la voix qui constituerait le symptôme pathognomonique de la pleurésie avec épanchement.

Croyez-moi, mes amis, n'allez pas vous enchevêtrer dans ce dédale d'impressions auditives spécieuses qui, pour être distinctement perçues, réclameraient véritablement des oreilles teutoniques, que les Prussiens me pardonnent ! Pénétrez-vous bien de ce que nous entendons par bronchophonie, et cela vous suffira dans l'immense majorité des cas ; voici en quoi elle consiste :

Si vous appliquez l'oreille sur la poitrine d'un sujet sain et que vous le fassiez parler, vous entendrez un murmure doux, confus, faiblement dis-éminé partout. Les vibrations gutturales, ébranlant l'air contenu dans tout l'arbre respiratoire, arrivent au conduit auditif, graduellement amoindries, empruntant, pour ainsi dire, au murmure vésiculaire son caractère de douceur et de mollesse. Supprimez, maintenant, les milliers de vésicules pulmonaires qui composent le tissu souple et spongieux du poumon et dans lesquelles le son venait tantôt perdre l'aigreur de ses vibrations, il ne vous restera plus que les gros tuyaux bronchiques à parois plus fermes, plus résistantes, dans lesquels la voix résonne comme à travers un stéthoscope, plus intense, sonore, *roulée*, passez moi l'expression.

Quelles que soient les conditions morbides qui soustraient le champ des vésicules pulmonaires à la propagation du murmure respiratoire ou des vibrations vocales, toutes les fois que la respiration et la voix ne seront transmises exclusivement que par les grosses bronches, vous entendrez ce qu'on appelle le souffle bronchique et la bronchophonie. Ainsi, dans l'hépatisation pulmonaire, pas de transmission du murmure respiratoire ou des vibrations à travers les vésicules d'où l'air a été chassé par les produits phlegmasiques, tous transmis par les grosses bronches seulement : Souffle bronchique, bronchophonie. Dans la pleurésie, soustraction des vésicules anéanties par la compression produite par l'exsudation pleurale, transmission des vibrations vocales par les gros tuyaux bronchiques exclusivement, encore ici : Souffle bronchique, bronchophonie. Seulement, dans le premier cas, le parenchyme pulmonaire induré, étant meilleur conducteur du son, transmet les vibrations avec plus d'intensité que dans la pleurésie avec épanchement où les conditions de propagation sont moins favorables ; le souffle, la bronchophonie offriront, par conséquent, plus de force, plus de clarté et sembleront, en quelque sorte, plus superficiels. Dans l'épanchement pleurétique, le souffle sera plus doux, plus lointain, la bronchophonie moins éclatante, plus voilée ; la voix paraîtra comme nazonnée. Mais, dans les deux cas, il est facile de se convaincre que le phénomène est le même et reconnaît pour causes des conditions physiques analogues.

En vous rappelant ces caractères, mes chers amis, vous vous passerez bien de l'égophonie qui n'est, à mon avis, qu'un symptôme de luxe et tout-à-fait superflu.

Maintenant, la pectoriloquie aphone tient le milieu entre le souffle et la bronchophonie, elle obéit aux mêmes conditions physiques et subit en tous cas le même sort. Dans un épanchement pleurétique, le murmure respiratoire devient du souffle bronchique; la voix chuchotée, de la pectoriloquie aphone; la voix parlée, de la bronchophonie. Quand l'un de ces trois phénomènes fait défaut, les autres aussi sont absents et vice versa; ils n'existent jamais l'un sans l'autre.

Dans la pneumonie, le souffle et la bronchophonie manquent rarement, ils sont toujours accompagnés de la pectoriloquie aphone.

Dans la pleurésie, ces signes font souvent défaut, et dans quelles circonstances? C'est quand l'épanchement est tellement abondant que non seulement le poumon tout entier se trouve comprimé, refoulé, anéanti, mais les grosses bronches mêmes sont aplaties et devenues imperméables à l'air.

Alors, on n'entend plus rien, ni murmure respiratoire, ni souffle bronchique, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone, quelle que soit la nature de l'épanchement.

Si, d'un autre côté, la faible quantité de l'effusion permet encore aux gros tuyaux bronchiques de conserver leur diamètre et de transmettre les vibrations vocales, vous entendrez du souffle, de la bronchophonie et aussi de la pectoriloquie aphone, quand même l'épanchement serait entièrement purulent, comme je l'ai constaté chez la petite malade dont je vous ai rapporté l'histoire.

Le signe de Bacelli n'est pourtant pas dépourvu de toute valeur, et il m'a déjà rendu quelque service. Ainsi, dans certains cas d'hépatisation légère du poumon ou d'épanchement peu abondant de la pleurésie, il est quelquefois difficile de saisir la présence du souffle tubaire ou du retentissement bronchique. La matité n'est pas clairement perçue; vous faites respirer ou compter à voix haute, vous comparez les deux côtés de la poitrine; il y a du louche, mais vous demeurez indécis. Faites alors chuchoter le malade et écoutez. La distinction devient aussitôt évidente entre le côté sain et le côté suspect; la pectoriloquie aphone vous a déjà indiqué l'endroit où demain vous entendrez nettement de la bronchophonie, si le mal progresse. La voix haute se propageait encore aux vésicules pulmonaires devenues cependant déjà imperméables à la voix chuchotée dont l'intensité, impuissante à ébranler l'air jusque dans les dernières ramifications des bronches, ne faisait vibrer que la colonne contenue dans les gros tuyaux et rencontrait par conséquent les conditions physiques qui président à la production de la pectoriloquie aphone.

Telles sont, mes chers amis, les observations que je tenais à vous communiquer sur la valeur du signe de Bacelli, accepté, il me semble, avec un peu trop d'empressement par tous les auteurs. Le Dr. Secrétan est le seul, à ma connaissance, qui ait relevé les

assertions prématurées du professeur romain, à la réunion annuelle de la Société médicale de la Suisse Romande, tenue à Lausanne le 20 octobre 1887.

Observez attentivement les cas qui se présenteront dans votre pratique, et vous vous convaincrez aisément par vous mêmes de l'exactitude de ce que je viens de vous dire.

L. Coyteux PREVOST, M. D.

Ottawa, 20 septembre 1888.

---

### A propos de l'hérédité du cancer,

par Jos. Le Roux, M.D., Montréal.

---

Je voyais, il y a quelque temps déjà, qu'un médecin fort estimé de New-York avait mis en doute l'origine héréditaire du cancer. L'assertion, bien qu'elle soit de nature à me causer quelque surprise, me semblant toutefois mériter considération en raison de l'autorité même de celui qui l'a formulée, je me permets de relater ici une série de faits qui me semblent probants en faveur de l'hérédité cancéreuse. Je puis, au reste, garantir absolument l'exactitude scientifique de ce qui va suivre.

En 1775 naquit une fille, A\*\*, qui se maria vers 1795, et, en 1804, eut un fils, B\*\*, lequel contracta mariage à son tour, en 1832, et eut un fils C\*\* qui, marié aussi lui, en 1860, eut un fils D\*\* aujourd'hui âgé de 28 ans.

Or la femme A\*\* est morte, à l'âge de 64 ans, d'un cancer de la langue. Son fils B\*\* succomba, à 66 ans, à un épithélioma de l'œil gauche. C\*\* vit encore aujourd'hui et jouit d'une santé apparemment excellente, tandis que son fils D\*\* se meurt, à 28 ans, d'un cancer du rectum.

Dans cette série de quatre générations, C\*\* est le seul que la tare héréditaire ait jusqu'aujourd'hui épargné ! Est-ce à dire qu'il le sera jusqu'à sa mort ? Personne, je crois, n'osera répondre oui.

Je ferai remarquer, en terminant, que nous avons affaire dans le cas présent à une famille de cultivateurs très laborieux, qui, loin d'avoir jamais manqué du nécessaire, ont au contraire vécu dans l'aisance. Pas d'antécédents alcooliques, tuberculeux ou syphilitiques.



## CORRESPONDANCE.

LETTRE DE NEW-YORK.

## De la chirurgie usuelle antiseptique.

*Monsieur le Rédacteur-en-Chef,*

Vous ayant promis une correspondance, je dois, en toute justice, m'en tenir à ma promesse, malgré mon embarras sur le choix d'un sujet, car la matière abonde. Je me permettrai de vous transmettre, à la hâte, quelques idées essentiellement pratiques qui, j'espère, intéresseront tous vos lecteurs, surtout les médecins de campagne qui sont tenus de faire de la chirurgie d'urgence, et cela, bien souvent, dans les plus mauvaises conditions antiseptiques possibles.

A New-York, tous paraissent d'accord sur les bénéfices à retirer de l'emploi de l'antisepsie en chirurgie et en gynécologie; l'opérateur qui ne prendrait pas les précautions nécessaires serait censuré par tous, car, si tous ne croient pas à la nocivité des microbes, tous posent la propreté comme base du succès en chirurgie, et cette propreté, l'antisepsie nous la procure.

Différents agents sont employés, mais surtout le sublimé corrosif en solutions de 1/500 à 1/5000; les plus fortes solutions étant requises pour le lavage et le brossage de la peau, détail qui ne devrait jamais être omis avant de pratiquer une opération chirurgicale. Pour plus de commodité et pour éviter de répandre les solutions, il vaut beaucoup mieux ne transporter que des tablettes de bichlorure comprimées qui coûtent très peu de chose, sont toujours prêts et peuvent se dissoudre à volonté pour faire des solutions d'un titre voulu. Il n'y a guère de danger avec les solutions (1/1000 ou 1/2000),—si ce n'est lorsque ces solutions sont injectées dans l'utérus, mais cette pratique est presque abandonnée aujourd'hui, et l'on emploie d'autres substances moins toxiques,—car, comme on le sait, le bichlorure en solution simple coagule les substances albuminoïdes à la surface et dans le voisinage d'une plaie; son action est ainsi limitée et affaiblie. Les solutions que l'on prépare aujourd'hui pour éviter cette coagulation, en y ajoutant de l'acide tartrique ou hydrochlorique, exigeraient peut-être plus de prudence dans leur emploi, c'est-à-dire une solution moins concentrée et une irrigation moins profuse.

L'acide carbolique est employé au 20<sup>e</sup>, au 30<sup>e</sup> et au 40<sup>e</sup>; comme il est irritant, qu'il dissout les caillots et favorise l'hémorrhagie secondaire, il empêche souvent l'union par première intention.

Au point de vue thérapeutique, non opératoire, je puis ajouter que souvent j'ai cru attribuer l'atonie, la suppuration prolongée et le retard dans la cicatrisation d'une plaie uniquement à l'acide carbolique. Est-ce par paralysie vaso motrice et congestion passive ? je ne le sais, mais le fait est là, car en substituant une autre substance (iodoforme, bichlorure), cet état de choses a rapidement changé. Je crois donc l'acide carbolique excellent pour les instruments, éponges, linges, etc. et dans le voisinage d'une plaie, mais pas dans la plaie elle-même ou du moins en grande quantité et en solution concentrée.

L'iodoforme tient encore son rang malgré ses nombreux ennemis ; l'iodure de bi-muth, qui n'a pas l'odeur désagréable de l'iodoforme, est quelque peu employé, (ulcères variqueux, etc.,) il convient de ne pas l'employer simultanément avec les solutions de sublimé.

Dans quelques hôpitaux on se sert d'une solution d'acide borique pour faire les irrigations, et du glycérolé d'acide borique comme lubrifiant.

Un antiseptique qui a certainement sa place et ses indications, mais qui n'est pas assez généralisé, même ici, c'est le peroxyde d'hydrogène ou eau oxygénée ( $H^2O^2$ ). Comme vous le savez sans doute, cette substance se décompose en présence du pus et le détruit complètement. Cette précieuse propriété peut donc être utilisée lorsque l'on veut nettoyer une cavité suppurante ou déterger une plaie de mauvaise nature avant d'y faire un pansement antiseptique. Ce liquide s'emploie en solutions de  $\frac{1}{15}$  ou  $\frac{1}{20}$  au volume.

Puisque j'en suis au chapitre des antiseptiques, qu'il me soit permis de dire un mot de l'eau de menthe poivrée. Nous expérimentons avec ce nouvel antiseptique depuis plusieurs mois à l'hôpital, et je ne puis pas dire que nous ayons eu de brillants résultats ; nous avons eu des succès, mais il se peut que la simple propreté y joue le premier rôle. Elle a l'avantage (?) d'être anesthésique ; il ne faut pas l'employer trop concentrée, car elle se vaporise et incommode les yeux, gênant ainsi le manuel opératoire.

A mesure que l'antisepsie devient plus rigoureuse, l'union par première intention étant alors la règle, le drainage tend à disparaître ; on ne l'emploie guère que dans les grandes plaies cavitaires, et là même on ne place habituellement qu'une substance absorbable, telle que tube osseux, catgut ; on se sert moins souvent des tubes en caoutchouc ou en verre. L'avantage des premiers, c'est qu'ils se résorbent en 10 ou 15 jours sans que l'on ait besoin de défaire le premier pansement.

Quelques chirurgiens font leur sutures avec du fil d'argent et de la soie, d'autres uniquement avec le catgut, et cela partout, prenant, pour les tissus épais, du gros catgut ou celui préparé à

l'acide chromique, qui se résorbe moins rapidement que le catgut ordinaire. Les aiguilles communes tendent à être remplacées par celles de Hagedorn qui étant plates latéralement font une ponction linéaire à angle droit avec les bords de la plaie, de sorte que quand on attache les fils cette petite ouverture ne fait pas une "gueule."

Dans les remarques qui vont suivre je m'adresserai plus particulièrement au médecin de campagne.

Lorsque vous êtes appelé à traiter une plaie, la première chose à faire c'est de la rendre à tout prix aseptique; enlevez tout corps étranger, grattez, curetez au besoin le fond et les bords, mais nettoyez-la complètement en vous servant d'une solution antiseptique ou d'eau très chaude, (peut être notre meilleur microbicide); l'eau chaude a l'avantage d'être en même temps hémostatique; si elle ne suffit pas, ligaturez avec du catgut les vaisseaux qui donnent et laissez les ligatures dans la plaie; elles se réorberont et ne vous inquiéteront pas.

Une fois votre plaie bien aseptique, il faut en rapprocher les bords; et cela doit se faire avec des sutures, et ne craignez pas d'en mettre; pour obtenir une réunion par première intention il est d'importance capitale que vous ayez une juxtaposition exacte; s'il y a beaucoup de tendance à l'écartement des lèvres de la plaie, mettez des sutures de tension, c'est-à-dire des sutures profondes loin des bords de la plaie et qui supportent les lèvres, ou ajoutez des lisières de diachylon bien appliquées. De grâce, n'appliquez pas comme on le voit encore souvent, un morceau de diachylon sur un traumatisme, comme on colle un timbre poste sur une lettre. Le diachylon n'est généralement nécessaire que pour supporter les lèvres d'une grande plaie ou pour l'occlusion d'une toute petite.

Doit-on arrêter toute hémorrhagie dans une plaie, enlever soigneusement toute tache de sang? Le sang est, dit-on, la colle naturelle des plaies; oui, mais à une condition, c'est qu'il soit parfaitement aseptique; alors, épanché entre les lèvres d'une plaie ou dans une cavité traumatique, il s'organisera et réparera tous les tissus perdus: peau, muscles, tendons, os.

Une plaie contuse doit de même être rendue aseptique. On enlève toute partie pendante ou trop dilacérée et on applique un coton absorbant maintenu par un bandage léger que l'on tient continuellement imprégné d'une solution d'acide carbolique au 100° pendant plusieurs jours; ce mode de traitement, me dit-on ici, empêche toute lymphangite, adénite ou fusée.

Etes-vous appelé à faire une opération, petite ou majeure, les précautions à prendre ne sont pas énormes; j'en signalerai les plus urgentes. Placez votre malade sur un plan résistant, une table, et non pas un lit ni un canapé; recouvrez cette table d'un morceau de caoutchouc préalablement passé au bichlorure; l'opérateur devrait

avoir un tablier de même substance; ces articles ne coûtent pas cher, ne prennent que peu de place une fois pliés, et durent longtemps; quelques serviettes passées au bichlorure protègent le voisinage du champ opératoire et quelques autres sont étendues sur une table pour y recevoir les instruments; une ou deux cuvettes, quelques assiettes creuses, ou des plats à poisson, sont tout ce qu'il faut pour contenir les instruments, éponges, etc.

Les solutions d'acide carbolique conviennent aux instruments et aux éponges; le bichlorure est destiné à la plaie, à l'opérateur. Les éponges ne doivent pas être nécessairement blanches ni douces, mais aseptiques; une éponge rude passée vivement dans une plaie fait contracter les capillaires et nettoie beaucoup mieux par le fait même de sa rudesse; au lieu d'éponges, on peut bien employer des boulettes de coton absorbant renfermées dans de la toile à fromage. Pendant votre opération, remettez toujours vos instruments dans une solution ou sur une serviette antiseptiques, ça ne coûte pas plus cher et c'est beaucoup plus prudent que de les déposer sur une surface couverte de microbes, telles que le parquet, les chaises, le malade, etc.

Quelques mots au sujet de l'anesthésique. Ici je ne vois employer que l'éther, et cela, avec — je ne dirai pas une imprudence — mais un sang froid que j'ai peine à comprendre, à tel point qu'un jour je l'ai vu administrer une vingtaine de minutes par l'infirmier, bien qu'il y eut plusieurs médecins présents, aussi ai-je vu trois ou quatre cas qui ont failli se terminer fatalement. Je crois que l'anesthésique, quel qu'il soit, devrait toujours être administré par un médecin compétent et qui s'occupera uniquement de son administration. Quant au choix, je crois, avec Chisholm, que le chloroforme est habituellement préférable. Dans son emploi, on doit surveiller et la circulation, et la respiration, et la pupille; tant que celle-ci réagit à la lumière, tout va bien, quand elle est fortement contractée et insensible, vous êtes rendu assez loin; défiez-vous d'une dilatation subite de la pupille, sans que le patient s'agite; c'est un signe fâcheux.

S'il vous arrive un malheur, ne perdez pas de temps à courir après de l'ammoniaque, du brandy, des assiettes chaudes, une batterie électrique, etc., mais suspendez votre patient la tête en bas et je dis *suspendre*, pas seulement l'incliner. Pour Chisholm, c'est le meilleur procédé et celui qui doit être employé de suite. D'ailleurs, pendant que l'on met le sujet dans cette position, on a le temps de voir aux autres moyens, qui, tous, peuvent être appliqués pendant que le malade est ainsi suspendu. Un mot encore avant de passer à un autre sujet: dans le cours de l'administration de l'anesthésique, le patient respire-t-il mal, alors n'employez pas ce procédé, que je trouve quasi barbare, de triturer la langue avec une pince pour la tirer hors de la bouche, procédé qui ne remédie pas toujours, mais plutôt poussez la mâchoire inférieure en

avant en appuyant sur l'angle du maxillaire, ou tout simplement soulevez forcément le menton en tendant le cou; avec ces moyens bien simples on a rarement occasion de recourir à la pince.

Comme je l'ai déjà dit, avant d'opérer, vous devez toujours raser la partie, la brosser et la laver avec une solution de sublimé au  $\frac{1}{500}$  ou  $\frac{1}{1000}$ , puis, au besoin, y étendre une couche d'éthérolé d'iodoforme. Les chirurgiens et assistants opèrent, ici, les bras nus jusqu'au coude; c'est là une bonne précaution qui éloigne d'autant plus les microbes. En opérant, laissez une plaie aussi unie que possible; évitez les culs-de-sac quand bien même il faudrait faire une incision beaucoup plus grande. Placez votre drain, si vous en mettez un, dans l'endroit le plus déclive.

Votre plaie étant suturée comme je l'ai indiqué plus haut, vous saupoudrez d'une couche d'iodoforme puis vous placez immédiatement sur l'incision une lisière de gutta-percha mince, et cela pour deux raisons: d'abord, cette lisière facilite l'écoulement du sérum, puis elle permet au reste du pansement de glisser sur elle sans tirailler la plaie; vient ensuite votre pansement à la gaze au sublimé ou à l'iodoforme plusieurs couches, puis coton absorbant etc— en assez grande quantité pour protéger complètement la plaie de tout envahissement du dehors. Entre les feuillets externes de la gaze on avait coutume d'intercaler un morceau de gutta-percha ou de soie huilée; ceci, à mon sens, ne devrait pas être et voici pourquoi: la gaze est mise là pour absorber toute sécrétion provenant de la plaie, elle doit donc être hydrophile et sèche; en mettant à l'extérieur cette couche de gutta-percha, votre gaze est bientôt saturée, car l'évaporation cutanée ne se fait pas sous ce protectif et il ne remplit plus qu'une partie de son rôle.

Un pansement ainsi bien fait doit rester en place de 10 jours à 3 ou 4 semaines; il ne faut pas enlever un pansement antiseptique inutilement, quand même les doigts vous démangent "pour voir"; n'y touchez pas s'il n'y a pas d'indication précise: élévation de la température, lymphangite, odeur, etc.

Vous voyez donc qu'avec un arsenal antiseptique très limité, le médecin de campagne peut faire une opération importante aussi antiseptiquement que le chirurgien de la ville. Il lui faut, en résumé — une toile en caoutchouc, (une verge carrée)— un tablier de même tissu,—des bandages bouillis et passés au sublimé,—du coton absorbant antiseptique qu'il faut acheter, (ou bien préparer de la ouate en feuille)—de la toile à fromage antiseptique (iodoforme ou sublimé)—du catgut—de l'acide carbolique concentré—de l'iodoforme et du bichlorure de mercure en tablettes comprimées.

On me dira peut-être que dans cette correspondance j'ai parlé de futilités, de détails minutieux. Cela est bien possible, mais je puis dire que c'est en négligeant ces minuties que l'on échoue la plupart du temps; j'ai vu cet échec survenir souvent, et c'est ce qui m'a

encouragé à attirer l'attention du lecteur sur ces peccadilles chirurgicales.

Veillez me croire,

Monsieur le Rédacteur,

Votre tout dévoué,

New-York, 20 septembre 1888.

M. T. BRENNAN, M. D.

**Abcès tuberculeux ; intervention chirurgicale.**—M. BOUILLY a étudié d'une façon toute spéciale les accidents locaux de nature tuberculeuse.

Ces tuberculoses, d'après lui, doivent être attaquées avec vigueur ; on ne doit pas se borner à une maigre intervention. Il ne faut pas hésiter, sous peine d'obtenir des résultats médiocres au point de vue local et au point de vue de la santé générale.

La première malade à opérer, une jeune fille chétive âgée de vingt ans, a déjà été soignée par M. Bouilly, en 1880, à l'hôpital Beaujon. A l'âge de dix ou onze ans, elle a eu un mal de Pott qui guérit avec une gibbosité et donnant suite à un abcès par congestion qui s'ouvre spontanément à la cuisse en 1880. Elle arrive à Beaujon avec des accidents septicémiques. On fait alors un large débridement au thermocautère, on gratte la poche, et on lave antiseptiquement avant de placer un pansement à l'iodoforme.

Aussitôt les accidents disparaissent et cette tuberculose locale est guérie.

La jeune fille retourne chez elle, c'est-à-dire dans la misère, et enfin elle rentre à la Charité, de nouveau envahie par le bacille de la tuberculose, et présentant sur la cuisse déjà opérée un trajet fistuleux.

La malade ayant eu des symptômes généraux, on a cru à une localisation pulmonaire. Puis on découvre un empâtement dans la fosse iliaque, avec poussée de granulations pulmonaires.

Il faut faire une incision dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, avec contre-ouverture dans la région lombaire, si c'est nécessaire, et lavage de la poche au chlorure de zinc à 5 p. 100, et grattage.

La seconde malade, âgée d'environ trente ans, présente un abcès froid de la région thoracique gauche. Son état général est bon. Elle a été soignée depuis plusieurs mois par les injections d'éther iodoformé.

Comme cette malade trouve le temps long et veut guérir le plus vite possible, on intervient chez elle. La poche purulente ouverte, on voit s'il y a des os malades, puis après grattage et lavage au chlorure de zinc, on panse à la gaze iodoformée.

Cette pratique donne toujours d'excellents résultats. — *Praticien,*

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE

**Diagnostic des formes dyspnéiques des maladies du cœur.—**  
**Emploi de l'iodure de potassium dans ces maladies.**—Clinique de M. le professeur G. SÉE à l'Hôtel-Dieu.—M. le professeur G. Sée insiste fréquemment sur ce fait que, dans la grande majorité des cas, les affections cardiaques ne se manifestent pour la première fois que par des troubles respiratoires; c'est pour un certain degré d'oppression, soit dans les exercices un peu violents, soit dans les ascensions, que le malade vient consulter le médecin, et ce qui rend alors le diagnostic fort difficile, c'est qu'il est des cas dans lesquels l'auscultation la plus attentive du cœur ne fait découvrir aucun bruit pathologique, aucun signe stéthoscopique appréciable: ce sont surtout ces formes que M. Sée a déjà étudiées très complètement dans son livre sous le nom de formes pulmonaires des maladies du cœur. Il y a, d'ailleurs, à distinguer, dans ces diverses formes de dyspnées cardiaques.

La plupart des malades atteints de sténose ou d'insuffisance mitrale, ont, comme ils le disent eux-mêmes, l'haleine courte; dans l'état de repos, la dyspnée est ordinairement à peu près nulle, elle ne se manifeste qu'à l'occasion des efforts musculaires. Ces mêmes individus, qui, dans le calme et l'immobilité, semblent respirer librement, deviennent essouffés et anhéants dès qu'ils montent un escalier, dès qu'ils gravissent la plus petite côte, aussitôt qu'ils essayent d'accélérer leur marche. Le plus léger effort les met hors d'haleine, le moindre exercice provoque la dyspnée. Quelques malades ne peuvent même pas se raser, tant le mouvement des bras qu'exige cette petite opération les oppresse. D'autres fois, et c'est ce qui arrive à une période plus avancée de la maladie, la dyspnée devient permanente. Dans ce cas, il y a constamment un reflux sanguin vers les poumons, et une stase sanguine qui ralentit, enraye ou empêche l'échange gazeux respiratoire.

Ces dyspnées permanentes et celles qui ne se développent que par l'exercice musculaire n'ont nullement le caractère asthmatique; il n'en est pas de même d'une troisième espèce qui peut faire croire à l'existence de l'asthme et inspirer au médecin une trompeuse sécurité.

C'est au sujet de cette dernière forme que réside surtout la

difficulté du diagnostic : c'est ce qui a lieu dans la première période et plus rarement dans la période extrême de l'asthme ; c'est aussi dans ces deux phases de la maladie que l'asthme se confond si facilement d'abord avec la dyspnée paroxystique du catarrhe sec et plus tard avec le catarrhe muqueux. Pour peu, en effet, qu'on constate des râles sonores, c'est à la sécrétion muqueuse qu'on attribue les accidents dyspnéiques et c'est l'asthme qui est le plus souvent méconnu. Lorsque, au contraire, les râles font défaut et que la dyspnée périodique vient à prédominer, c'est une erreur inverse qui est souvent commise ; oubliant l'apnée cardiaque, on donne aux malades, sous prétexte d'asthme, un brevet de longue vie, tandis que les fonctions vitales ne sont que trop souvent atteintes par une lésion méconnue du cœur.

Le diagnostic de l'asthme vrai et de la dyspnée cardiaque à forme d'asthme est fondé sur l'étude attentive des caractères de la dyspnée et principalement sur le suivant : dans l'asthme, l'inspiration qui est extrêmement difficile, nécessite le déploiement d'un grand nombre de forces musculaires et s'accomplit ordinairement avec une certaine lenteur, de sorte que la respiration semble se fixer dans cette phase. Mais l'expiration survient brusquement et se prolonge d'une manière très marquée ; en effet, tandis qu'à l'état normal, la première période est deux fois plus longue que la deuxième, dans l'asthme c'est l'expiration qui domine, parfois même au point que la durée totale dépasse quatre ou cinq fois celle de l'inspiration et occupe, en outre, presque toute la pause ; cette expiration prolongée est, pour ainsi dire, caractéristique de l'asthme ; elle n'existe presque jamais et surtout jamais aussi marquée dans les autres dyspnées, même dans la phthisie et l'emphysème.

Le diagnostic de la dyspnée cardiaque permanente avec celle de la bronchite chronique est souvent aussi difficile. Cependant, lorsqu'on est en présence de lésions valvulaires sans souffle, certains signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic : les intermittences du pouls, la dyspnée sont, en pareil cas, les meilleurs guides pour éviter toute erreur. Le catarrheux n'a pas de troubles du rythme dans le pouls, ce seul caractère suffirait presque à déterminer le diagnostic.

Parmi les erreurs qui pourraient être commises, on doit encore signaler une confusion possible entre la dyspnée cardiaque et la dyspnée des chloro-anémiques.

Tous les anémiques accusent, dès le début de la maladie, une dyspnée caractérisée par un besoin irrésistible d'air et souvent par une véritable oppression : celle-ci se manifeste parfois à propos d'une impression des sens ou d'une émotion morale ; la respiration devient alors accélérée, superficielle, haletante et se traduit surtout par l'élévation exagérée des premières côtes. Les mouvements partiels et même la marche ne troublent les fonctions respi-



raitoires que s'il s'agit d'une anémie grave; mais quels que soient le degré et la période de la maladie, il y a impossibilité pour les malades de gravir une pente ou les marches d'un escalier sans éprouver une vive oppression, sans que jamais, d'ailleurs, il se manifeste ni cyanose, ni turgescence du visage.

Ces dyspnées, qui constituent le signe le plus caractéristique et le plus constant de l'anémie, ne reconnaissent d'autre cause que la diminution des globules, c'est-à-dire des éléments chargés d'absorber l'oxygène et d'éliminer l'acide carbonique. Toutefois, lorsque l'attention est attirée de ce côté, le diagnostic de ce genre de dyspnée est assez facile. Lorsqu'il existe des souffles anémiques, ce diagnostic peut être beaucoup plus difficile. Le traitement de la chlorose peut alors quelquefois servir de pierre de touche, car le fer fait souvent disparaître les bruits de souffle les plus rudes.

—M. Sée a préconisé, depuis longtemps, l'iodure de potassium, non seulement dans les dyspnées asthmatiques mais dans les dyspnées cardiaques: il le considère comme un médicament cardiaque par excellence dont le seul inconvénient est de ne pas être diurétique, mais on peut remédier à ce défaut en lui adjoignant l'usage du lait.

L'iodure de potassium agit d'une manière évidente sur la muqueuse respiratoire et sur l'innervation respiratoire. S'il s'agit d'une lésion valvulaire, ses effets sont moins marqués que quand il s'agit d'une lésion du tissu cardiaque lui-même; néanmoins, il suffit généralement pour faire disparaître, au moins pendant un certain temps, l'élément dyspnéique; mais avant de se prononcer sur l'existence d'un asthme ou d'une dyspnée cardiaque, il importe de tenir compte du fait suivant: chez un grand nombre d'asthmatiques, on observe à la pointe du cœur, plus rarement à la base, un bruit de souffle systolique très doux, mais très évident, qui pourrait faire craindre une lésion de valvules; or, ce bruit de souffle, qui semble résider dans les valvules du cœur droit, disparaît entièrement et cela en quelques jours, par le seul fait de la disparition de l'asthme à l'aide du traitement ioduré.

La dose à employer est de 1 gr. 25 centigrammes par jour; on l'augmentera graduellement jusqu'à 2 ou 3 grammes. Les inconvénients de l'action prolongée de l'iodure sont tout d'abord un suintement sanguinolent de la muqueuse buccale et même bronchique, mais non une hémoptysie, excepté chez les tuberculeux; c'est pourquoi il faut le prescrire modérément dès qu'on soupçonne la tuberculose: c'est ensuite l'amaigrissement qui, loin d'être toujours nuisible, constitue, au contraire, chez les individus obèses, une circonstance des plus favorables à la guérison: ce sont encore la perte des forces qui indique la nécessité absolue de cesser l'usage du remède, la perte de l'appétit qui indique une suspension provisoire du traitement et, enfin, des éruptions de diverses espèces.

Quoi qu'il en soit de ces inconvénients, ils ne justifient pas la

substitution à l'iodure de potassium de l'iodure de sodium qui a beaucoup moins de stabilité et renferme moins d'iode. Il faut, savoir, d'ailleurs, qu'un certain nombre des accidents observés après l'ingestion de l'iodure de potassium sont dus à la présence dans ce sel d'une certaine quantité d'iodates, lesquels constituent une substance vénéneuse pour l'économie.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

**Du traitement de la diathèse urique**, par M. BURNEY YEO.—La thérapeutique générale des maladies caractérisées par l'accumulation excessive de l'acide urique dans l'organisme doit tenir compte de ce fait que la diathèse urique a pour origine une assimilation imparfaite des aliments et une élimination défectueuse des substances albuminoïdes.

Le régime alimentaire et les habitudes du malade jouent dans la médication un rôle plus grand que les médications pharmacologiques. On doit approprier le régime à chaque malade et tenir compte dans sa réglementation, de la nécessité d'éviter tout aliment imparfaitement digéré ou susceptible d'augmenter la quantité d'acide urique.

M. Yeo s'arrête longuement à l'usage des boissons fermentées, redoute l'alcool autorise les vins légers de préférence au vins de Bourgogne et au Champagne, et recommande l'ingestion abondante d'eau pure pour faciliter l'assimilation des aliments et favoriser l'élimination des matières excrémentielles.

Parmi les agents pharmaceutiques il préfère la colchique qui, bien administrée, peut enrayer à propos les manifestations diathésiques. L'emploi des salicylates lui paraît indiqué seulement dans les cas où le rhumatisme s'associe à la diathèse urique.

Il rappelle que l'emploi des benzoates de lithium et de sodium et du gaiacol, malgré la recommandation de Garrod, est loin de satisfaire la majorité des observateurs; que la valeur thérapeutique de l'iodure de potassium n'est pas nettement établie sinon pour modifier les lésions chroniques des articulations, mais qu'employé pendant longtemps ce médicament retarde la marche des dégénérescences vasculaires d'origine goutteuse.

La médication alcaline est, de l'avis de M. Yeo, plus justifiée. Toutefois aux sels de lithine, si souvent préconisés, il préfère ceux de soude et surtout de potasse en raison des propriétés diurétiques de ses solutions. De là, le choix des eaux minéralisées par cette base alcaline.

La médication purgative est aussi indiquée, autant pour libérer l'intestin que pour modifier la composition du sérum. Parmi les purgatifs il adopte les pilules aux extraits de colchique et d'aloès, combinées avec l'ingestion quotidienne des sels de Carlsbad. Enfin il prescrit autant que possible l'usage de l'opium et recommande celui des diaphoriques et des diurétiques.—*British Medical Journal.*

**Pleurésie récidivante ; emploi de la ponction.**—Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker.—Contrairement à la règle que j'observe généralement, vous venez de me voir ponctionner un malade durant la période aiguë de sa pleurésie. J'estimais, cependant, à deux litres seulement la quantité de liquide épanché dans sa plèvre, et le résultat de la ponction a bien confirmé cette évaluation, puisqu'on a retiré de la cage thoracique environ 1.700 grammes de liquide. C'est donc une considération distincte de l'estimation de l'épanchement, qui m'a fait modifier à l'égard de ce pleurétique ma ligne de conduite habituelle. Ce malade présentait, en effet, outre les signes ordinaires d'un épanchement siégeant dans la plèvre droite, de la matité dans la partie gauche du thorax et des douleurs localisées aussi à gauche et correspondant aux mouvements d'ampliation pulmonaire, sans qu'il y ait lieu d'admettre actuellement aucun épanchement de ce côté. Mais les antécédents de ce malade nous apprennent qu'il a été ponctionné jadis par M. Dieulafoy, dont la compétence à cet égard ne saurait être contestée, pour une pleurésie avec épanchement qui occupait alors le côté gauche du thorax. Il s'agit par conséquent, aujourd'hui, d'une pleurésie qui a récidivé du côté opposé à celui qui avait été le premier affecté.

En général, je ne ponctionne jamais un pleurétique durant la période aiguë de l'évolution morbide, parce que, dans la pleurésie comme dans la péricardite aiguë, c'est pendant la durée de l'acte pleurétique, pendant la période de l'hyperémie, qu'il existe une tendance à la résorption du liquide épanché ; et je me contente ordinairement d'attendre que cette résorption s'effectue, en la favorisant à l'aide de la révulsion locale, pour laquelle j'emploie les vésicatoires ou les pointes de feu, et à l'aide de la dérivation intestinale et rénale.

Mais il est deux circonstances qui imposent à cette règle une exception : c'est un épanchement excessif où une dyspnée exagérée. Dans le premier cas, en effet, non seulement l'hématose peut être supprimée brusquement dans toute une moitié du poumon, mais il peut se produire aussi, sous l'influence de la compression et de l'inflammation simultanément, une coagulation qui s'étend des ramuscules de l'artère pulmonaire jusque vers le tronc et jusque vers l'origine même de l'artère pulmonaire ; c'est là un fait que j'ai vérifié maintes fois avec M. Blachez, à l'autopsie de malades qui avaient succombé ainsi à la syncope résultant d'un tel processus.

Dans le second cas l'exagération de la dyspnée traduit le péril immédiat qui résulte de la suppression des fonctions de l'hématose, et la ponction précoce, bien qu'elle soit presque fatalement suivie d'une reproduction de l'épanchement, se trouve encore nécessitée par l'obligation d'assurer au plus tôt, fût-ce même temporairement, le déplissement indispensable au rétablissement urgent de l'hématose.

Si en dehors de ces deux conditions, la ponction doit être différée jusqu'à la fin de la période aiguë, c'est que l'acte pleurétique se manifeste par une hyperémie qui maintient les conditions primitives de la production de l'épanchement; c'est, qu'en outre, l'inflammation de la plèvre, qui se traduit après la ponction par une élévation d'un demi-degré centigrade dans la température locale favorise non seulement la reproduction du liquide exsudé, mais encore sa transformation purulente. Aussi, pendant les quelques années où les médecins ont cru devoir—à l'encontre des indications nettement formulées par M. Dieulafoy—ponctionner les pleurésies durant la période aiguë de l'affection, le nombre des malades amenés dans les services de chirurgie pour y subir l'opération de l'empyème, a-t-il singulièrement augmenté; plusieurs chirurgiens éminents, tels que Gosselin, m'ont signalé maintes fois l'accroissement de la mortalité survenue dans leur service à la suite des opérations d'empyème occasionnées par ces circonstances au cours des quelques années auxquelles je viens de faire allusion.

Mais si j'ai contribué à restreindre la pratique de ces ponctions trop précoces, et si je conseille toujours d'attendre, en général, deux ou trois semaines, à partir du début de l'épanchement, pour permettre à l'inflammation pleurétique de s'éteindre, et pour éviter ainsi les conditions favorables à la reproduction du liquide,—je me trouve, dans le cas actuel, en présence d'une double entrave à l'hématose, et l'épanchement qui comprime le poumon, à droite, en même temps que les brides membraneuses qui gênent l'expansion du poumon, à gauche, m'obligent à parer sans retard à la dyspnée considérable que vous avez constatée et qui n'est pas en rapport avec un épanchement de deux litres seulement. C'est que les fausses membranes, résultant de l'ancienne pleurésie gauche, ont subi la transformation fibreuse et se trouvent disposées sous forme de brides à peu près inextensibles, de telle sorte que la suractivité complémentaire du fonctionnement respiratoire dans le poumon correspondant se trouve empêchée ici par les tiraillements douloureux renouvelés à chaque tentative d'expansion.

Malgré sa fréquence, le récidive de la pleurésie dans le côté opposé à celui qui avait été primitivement affecté, ne se trouve guère signalée par les auteurs. La raison de ce changement de côté me paraît résider dans la transformation subie par la plèvre primitivement enflammée, dont la membrane séreuse se trouve remplacée par des fausses membranes, plus ou moins fibreuses, qui n'ont pas les mêmes aptitudes physiologiques ni pathologiques. Vous trouverez un exemple plus frappant encore de cette métamorphose des séreuses dans les cas de perforation intestinale survenant au cours de péritonites chroniques: dans ces cas, en effet les matières épanchées dans une cavité fibreuse, qui n'est pas in-

inflamnable, ne donnent pas lieu aux douleurs soudaines et nes'accompagnent pas du cortège de symptômes aigus qui révèlent généralement la pénétration de corps étrangers à l'intérieur des séreuses normales. Par suite d'une métamorphose analogue, la séreuse pleurale, transformée en membrane et en brides fibreuses perd toute aptitude à l'évolution pleurétique, et la renouation des causes qui avaient déterminé l'épanchement primitif ne peut entraîner la reproduction du même acte morbide sur les tissus ainsi modifiés. La pleurésie, en un mot, ne récidive pas sur le même côté, parce qu'il n'y a plus là, à proprement parler, de cavité pleurale.

Quant au pronostic immédiat à porter dans ces cas de récidive, il varie évidemment avec les antécédents du malade et avec la nature de la pleurésie. Chez cet homme, qui a pris ses pleurésies très probablement sous l'influence des intempéries auxquelles l'expose sa profession de jardinier, je n'ai aucune raison d'admettre la localisation pleurale d'une tuberculose que rien n'est venu révéler. Mais si je ne crois pas chez lui, à l'existence d'une tuberculose préexistante, je ne serais pas étonné de le voir succomber, dans un temps relativement court, aux lésions d'une tuberculose dont l'invasion sera désormais favorisée chez ce malade par son inanition non seulement respiratoire, mais probablement aussi alimentaire.—*Union médicale.*

**Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum,** par M. Maurice LETULLE, (*Académie des Sciences*).—J'ai pu constater, à diverses reprises, une corrélation évidente, pour certains faits entre l'évolution d'une maladie infectieuse et le développement de lésions ulcéreuses au niveau de l'appareil gastro-duodénal.

Les deux observations que je communique aujourd'hui à l'Académie, ont entre elles un point de parenté qui est l'apparition d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum au décours d'une maladie infectieuse en voie de guérison. Elles ont encore, selon moi, un même lien pathogénique qui est le suivant: les maladies infectieuses qui peuvent, jusqu'à une époque plus ou moins avancée de leur évolution, donner lieu à des colonies microbiennes, collectant parfois leurs colonies au niveau de la région gastro-duodénale.

La formation de ces foyers secondaires au-dessous de la muqueuse expose cette dernière à une destruction ulcérate d'autant plus rapide que l'état fonctionnel antérieur de l'organe était moins régulier ou que l'acidité normale de son contenu est plus considérable.

Je me suis efforcé de faire la preuve anatomo-pathologique et expérimentale de cette conception pathogénique qui, s'adressant à une catégorie bien déterminée de faits, n'a nullement la prétention

tion de battre en brèche les idées doctrinales actuellement régnantes, mais peut, au contraire, leur venir en aide.

Une autopsie récente de septicémie puerpérale m'a permis, grâce à l'obligeance de M. Vidal, d'étudier deux ulcérations hémorragiques récentes de l'estomac. Les veinules sous-jacentes à la muqueuse ulcérée étaient thrombosées et le caillot fibrineux contenait une grande quantité de staphylococci; les sinus veineux de l'utérus étaient d'ailleurs farcis des mêmes colonies.

Nous avons pu reproduire comme preuve expérimentale sur le cobaye les mêmes lésions muqueuses et sous-muqueuses, non seulement avec les cultures pures de la dysenterie, mais encore avec le staphylococcus pyogenes aureus. Les lésions que nous avons obtenues variaient depuis des ecchymoses jusqu'à de vastes ulcérations arrondies menaçant de perforer le parois de l'estomac expérimentalement dilaté.

Je crois devoir conclure de ces faits, que le mécanisme qui préside à l'établissement de ces lésions ulcératives d'origine infectieuse peut être double :

Tantôt—et ce sont les cas qui me paraissent les plus rares—l'ingestion de germes pathogènes déglutis permet leur culture à la surface de la muqueuse gastro-duodénale.

Tantôt les éléments morbides véhiculés au hasard des courants sanguins ou lymphatiques viennent se greffer dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux. Là, les parasites, trouvant un terrain favorable à leur développement, entravent l'apport des sucs nutritifs et exposent la muqueuse correspondante à la corrosion des liquides acides qui la baignent.

Les faits qui précèdent me paraissent éclairer quelques-unes des nombreuses obscurités qui entourent encore aujourd'hui l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum.—*Tribune médicale.*

---

Ne brusquons pas les maladies si nous ne voulons pas l'être par les malades.

Un médecin à grande clientèle traite un peu ses malades comme un professeur ses élèves dans une classe nombreuse : il ne s'occupe que des plus intéressants.

Il est telles circonstances, pour un jeune médecin où sa réputation et son avenir peuvent être mis en balance avec son devoir; c'est le devoir qui doit l'emporter—toujours.

Il n'est pas, pour un médecin consciencieux, de plus terrible épreuve que de douter de soi-même; c'est, par contre, pour un malade, une conjoncture redoutable d'être à la merci d'un praticien qui se croit infallible.

## CHIRURGIE

**Le pronostic des amputations de cuisse.**—Clinique de M. VERNEUIL à l'hôpital de la Charité.—Depuis un certain nombre d'années, le pronostic des amputations de cuisse a changé de fond en comble, et cette operation, autrefois si grave qu'elle entraînait dans les hôpitaux de Paris une mortalité d'au moins 75 à 80 p. 100, est devenue actuellement d'une grande bénignité.

Ce n'est pas, cependant, que, de temps en temps, elle ne donne lieu à quelques accidents dignes de toute l'attention des chirurgiens, quoiqu'ils ne soient pas de nature à compromettre la vie. Je veux parler de certains accidents consécutifs qu'autrefois on n'avait guère le temps de voir se développer, la mort qui frappait nos amputés survenant avant qu'ils aient pu se produire.

L'un de nos amputés—celui qui est couché au n<sup>o</sup> 2 de notre salle des hommes—nous en offre actuellement un exemple intéressant. Nous avons tous vu des cas de névralgie traumatique du moignon, secondaire, précoce, céder au sulfate de quinine. Nous avons vu des pseudo-névralgies du moignon, dues à des périostites, des ostéites ou des médullites de la portion conservée du fémur amputé. Ce ne sont pas là de véritables névralgies, mais des moignons douloureux, moignons dans lesquels la palpation, la pression, déterminent de véritables douleurs, par suite de l'épaississement de l'os, et du périoste, surtout dans les cas d'ostéomyélite, par suite aussi, quelquefois d'hyperostoses plus ou moins considérables. J'ai vu aussi, avant que l'on connût les méthodes antiseptiques, dans certains cas de réunion immédiate, se produire un degré plus ou moins grand de mortification de la partie terminale du fémur, et un temps assez long était nécessaire pour voir sortir de petites esquilles du moignon. De là, certaines préférences pour les pansements ouverts.

La douleur dans le moignon peut encore être le résultat de la formation de névromes terminaux, consécutifs à la section des nerfs; mais ces névromes, quoique constants, sont indolents chez certains sujets, tandis que chez d'autres ils sont extrêmement douloureux, et à tel point même que le moindre attouchement détermine une sensation des plus pénibles. C'est en vue de parer aux douleurs résultant de la moindre pression, que j'ai émis, il y a déjà longtemps—en 1852—le précepte de réséquer toujours les nerfs dans une certaine étendue avant d'appliquer le premier pansement. J'avais vu, dans la dissection du moignon à la suite d'une amputation partielle du pied par un procédé détestable, le lambeau latéral interne, pris pour recouvrir le moignon, contenant dans ses parois le nerf tibial postérieur; par suite, le moi-

gnon était devenu d'autant plus douloureux qu'en marchant le malade pressait sur ce nerf, de là des névromes et, par suite, le précepte de réséquer les nerfs des lambeaux.

A la même époque, un jeune chasseur, pronant son fusil par le canon, fit partir son arme, de telle sorte que toute la charge lui laboura l'extrémité supérieure du bras droit. La désarticulation de l'épaule dut être pratiquée, et le fut sans incidents. Mais pendant le pansement que je faisais moi-même, chaque fois que je touchais la commissure inférieure de la plaie, je déterminais une vive douleur, si léger que fût le contact de mes doigts. Or, comme les nerfs ne se rétractent pas comme les vaisseaux, il arrivait que je touchais involontairement les tronçons du plexus brahial et produisais ainsi une douleur extrêmement intense.

C'est pourquoi, depuis longtemps, j'ai pris la précaution de ne plus laisser de tronçons nerveux dans les moignons de mes amputés.

Ces névromes, qui se forment à la suite des amputations, sont très lents à se produire, ils exigent toujours au moins plusieurs mois.

Mais pour revenir à notre malade du n<sup>o</sup> 2 de la salle des hommes, qui sert de prétexte à cette leçon, il ne s'agit pas de douleurs névralgiques tenant à des névromes traumatiques nouveaux, car l'opération est pour cela beaucoup trop récente. Ces douleurs ne tiennent pas non plus à quelque inflammation : ostéite, ostéomyélite ou périostite, aucune trace non plus d'ostéophytes, point de nécrose terminale interne, mais mon malade est un pauvre garçon des plus mi-érables, ses poumons sont ceux d'un tuberculeux, et la maladie, pour laquelle je me suis décidé à l'opérer est une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, compliquée de douleurs irradiant dans tout le membre inférieur jusqu'à sa racine, le long du nerf sciatique.

C'est dans ces conditions que je l'ai amputé de la cuisse, amputation avec pansement antiseptique, les suites ont été très bonnes. pas la moindre fièvre, pas d'inflammation du moignon, pas le plus petit accident. J'en suis donc réduit à conclure que, chez cet homme, il s'agit purement et simplement de douleurs dues à une névrite du nerf sciatique, dont le début est antérieur à l'amputation du membre.

On a décrit des névrites postérieures à l'opération, des névrites ascendantes, c'est là une question dont je me suis occupé avec M. Nepveu : j'ai fait avec lui un travail sur ce sujet.

J'ai vu aussi, en ville, un malade atteint d'une névrite du nerf tibial postérieur survenue à la suite de la traction de l'astragale. J'espérais obtenir un très beau résultat, tandis que j'ai vu, au contraire, les douleurs se perpétuer, douleurs très vives, surtout dans le talon, suivant un trajet fistuleux qui remontait le long des nerfs tibiaux. J'ai alors drainé, râclé le trajet, agrandi son ouverture ;



rien n'a fait, et j'ai été forcé d'en arriver à faire l'amputation de la jambe dans sa partie moyenne. J'ai pu constater ainsi qu'il s'agissait d'une névrite du tibial postérieur, dont je n'avais pas franchi les limites, si bien que cet homme, quoique guéri aujourd'hui, continue à souffrir et sent son pied, son talon, toujours douloureux, malgré l'amputation faite à la partie moyenne de la jambe. L'application d'un vésicatoire a amené un peu de soulagement; mais, s'il ne se produit pas d'ici à quelque temps une amélioration notable, j'en arriverai à réséquer une portion de son nerf sciatique.

J'ai constaté, encore aujourd'hui, dans nos salles, des accidents tardifs chez une amputée. Il s'agit d'une petite fille entrée ici l'année dernière pour une jambe flottante, suite d'une fracture survenue dans les premiers mois de sa naissance, fracture qui ne s'est jamais consolidée, mais s'est terminée par une pseudarthrose. Comme je ne pouvais pas espérer obtenir une consolidation, je me suis décidé à amputer la jambe de cette enfant il y a quelque temps. Elle avait alors quatorze ans, elle était obèse, ayant des cuisses énormes; l'opération a très bien réussi, aucun incident n'a eu lieu, la réunion s'est très bien faite. Bref, les suites ont été très bénignes, et elle a quitté l'hôpital. Mais, fait curieux, chaque fois qu'elle essaie de porter son appareil prophélique, chaque fois que son moignon pend ou frotte sur un corps quelconque, on voit se développer sur lui des pustules d'acné qui grandissent, s'ulcèrent, prennent une teinte livide, analogue à celle des taches scorbutiques, en un mot on constate des troubles trophiques.

Quant au malade du n<sup>o</sup> 2—j'y reviens de nouveau—j'aurai recours, pour sa névrite, à un repos absolu pendant un certain temps, à des applications résolatives. J'ajoute que cet homme n'est ni un glycosurique ni un albuminurique: mais il a des légèretés qui ne supportent ni la déclivité ni la moindre pression; de sorte que j'en suis réduit à ne savoir que faire.

—Aujourd'hui, je suis décidé à pratiquer encore une amputation de cuisse, malheureusement dans des conditions mauvaises, c'est-à-dire chez un homme fort et en apparence bien constitué, pour une arthrite du genou traitée sans aucun succès et par toutes sortes de moyens, parmi lesquels je citerai notamment les pointes de feu, traitée aussi par les toniques à l'intérieur.

Pendant un certain temps, cet homme a eu des troubles gastriques, un ventre gros, sans aucune lésion abdominale, un amaigrissement accentué; il est pâle, pour ainsi dire cachectisé, avec œdème prononcé du membre malade, depuis son extrémité inférieure jusqu'au pli de l'aîne, pouvant tenir à quelque thrombose. Cependant, je crois devoir procéder à l'amputation, ce malade nous présentant encore quelques chances de guérison, d'autant plus que nous ne trouvons chez lui ni tuberculose ni cancer.

Et pourtant, d'autre part, si, après l'opération, il tombait dans

la stupeur, dans l'adynamie, si l'œdème gagnait le membre inférieur du côté opposé, s'il survenait de la diarrhée, s'il succombait enfin rapidement dans le marasme, je n'en serais nullement surpris.

Bref, je l'avoue, je ne sais pas du tout la cause de l'émaciation, de l'état cachectique de ce malade, d'autant plus que sa tumeur blanche du genou ne s'accompagne d'aucune suppuration. Il y a là un *ignotum* que nous ne parvenons pas à déceler.—*Gazette des hôpitaux*

**Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes,** par M. EDMOND BLANC (de Lyon), chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les traumatismes jouent-ils un rôle dans la genèse des tumeurs? Après avoir soulevé de longues discussions et reçu tour à tour les solutions les plus diverses, cette question reste aujourd'hui plus que jamais à l'ordre du jour, ainsi qu'en témoignent les nombreux travaux qu'elle a récemment suscités.

Résumons rapidement avec Le Clerc les notions historiques sur ce point de la doctrine chirurgicale.

Accepté par les anciens, courageusement défendu par Boerhaave, par Velpeau surtout, dont la thèse d'agrégation fit époque dans l'histoire de la contusion, le rôle des traumatismes fut considéré par beaucoup de chirurgiens modernes comme une cause banale, sur l'importance de laquelle il est difficile de se prononcer.

Broca, entre autres, s'élève avec force contre cette croyance. La contusion dit-il "n'est qu'une cause occasionnelle qui, en éveillant de la douleur, attire l'attention des malades sur le point frappé, et leur dévoile l'existence d'une petite tumeur jusqu'alors indolente et inaperçue."

Après une réaction ardente, on revient de nos jours aux idées anciennes, mais on s'efforce de les préciser. Verneuil surtout s'est attaché à rendre à la contusion le véritable rang qui lui convient dans l'étude de la genèse des tumeurs. L'éminent professeur estime que le traumatisme peut faire apparaître des tumeurs solides, par suite d'une déviation extrême du travail réparateur et cela suivant un mécanisme sur lequel nous aurons à revenir.

Les élèves de Verneuil partagent ses convictions, et P. Berger (Th. d'agrégation, 1875), s'exprime en ces termes nets et précis: "La participation que prend le traumatisme dans la production du cancer me paraît d'une éclatante évidence".

J. Paget reconnaît volontiers que les influences extérieures doivent être mises en balance dans l'appréciation des causes occasionnelles des tumeurs.

Estlander admet, lui aussi, le bien fondé de cette croyance "passée avec le temps à l'état de dogme".

Seul, Winiwarter considère comme "ancienne et dénuée de

preuves l'opinion relative à l'origine traumatique du cancer mammaire".

Comme on le voit d'après ce court aperçu historique, l'opinion des chirurgiens actuels est à peu près unanime: la contusion n'est pas une cause banale, mais elle a une action évidente, un rôle étiologique sérieux, indiscutable, avéré.

Nous ne nous arrêtons pas à combattre l'opinion de ceux qui veulent n'admettre qu'une simple coïncidence ou une tumeur préexistant au traumatisme. La coïncidence, comme on l'a fait très justement remarquer, est un mot qui ne dit rien à l'esprit; et, d'autre part, affirmer que la tumeur existait déjà, c'est raisonner *a priori* et avancer un fait dénué de toute preuve.

Nous admettons donc la contusion comme une cause démontrée. Mais là s'arrêtent nos connaissances précises, et si nous voulons nous rendre compte du mode d'action intime de cette cause, nous nous trouvons en face d'un problème qui est loin d'être résolu.

Nous n'avons, en effet, aucune observation directe sur l'ensemble du processus qui préside à la formation de la tumeur; ici s'ouvre le champ des hypothèses.

Velpeau fait jouer le principal rôle aux modifications subies par le sang épanché, il a développé cette théorie dans plusieurs passages de son traité des tumeurs du sein. On y lit en effet ces lignes: "Comment affirmer que quelques unes des tumeurs n'ont pas eu pour cause première un peu de sang épanché ou infiltré dans le sein?" (page 171).

Et plus loin (page 509): "Je suis porté à croire que le cancer a parfois pour origine un caillot, une parcelle de matière plastique ou hématique exsudée..."

"J'ai vu des pelotons variés se transformer en une masse du volume d'un œuf, et le sang renfermé dans leurs vacuoles se concrétiser, se durcir à tel point qu'une fois extirpées, ces tumeurs donnaient une coupe homogène d'un noir roussâtre, semblable à celui de la truffe, il n'était pourtant pas douteux qu'elles ne fussent formées par du sang dénaturé ou transformé..."

"Il n'est pas enfin jusqu'aux tumeurs franchement hématiques, encore moines ou puritaines, dans lesquelles l'inspection simple n'ait indiqué du tissu cérébriforme."

Pour Velpeau, l'absorption joue un rôle important. Tantôt elle n'enlèverait que la sérosité pure ou chargée de quelques globules et le caillot resterait inattaqué; tantôt il le serait, mais partiellement, cedant dans un cas sa fibrine, dans un autre ses globules exclusivement. Enfin, fibrine et globules, en un mot la masse solide persistante, se transformerait en tumeurs fibreuses, sarcomateuses, cancéreuses.

La tumeur, dans cette théorie, serait donc une transformation directe des liquides épanchés.

Verneuil (article *Contusion* du Dict. Dechambre), ne croit

guère à la réalité de ce processus, et y voit plutôt des conceptions de cabinet que le résultat d'une observation directe suffisante. Il comprend d'une toute autre façon le mécanisme de la contusion. Pour lui, les matières épanchées jouent tout au plus le rôle de cause excitante et provocatrice, la tumeur a pour origine les parois du foyer, devenues le siège d'un travail réparateur anormal. L'enveloppe accidentelle formée autour de l'épanchement est constituée par des éléments jeunes du tissu conjonctif, noyaux, cellules embryo-plastiques et fibro-plastiques, or, au lieu de disparaître ou de s'organiser en tissu fibreux, cet exsudat peut vivre et s'accroître à la manière des kéloïdes cicatricielles ordinaires et former des masses plus ou moins volumineuses offrant les caractères cliniques, la marche, le pronostic du sarcome fibro-cellulaire.

En somme, pour Verneuil, l'épanchement sanguin fait l'office de corps étranger, d'épine irritative, dont la présence prolongée au-delà de certaines limites, détermine dans les parties ambiantes restées saines une réaction. La cicatrisation peut être simplement l'effet du travail régénérateur, ou bien ce travail, manquant de régularisation, détourné au profit d'une diathèse en puissance, dépassera les limites qu'il devait atteindre, la prolifération continuera, une tumeur sera constituée. Nous venons de prononcer le mot diathèse : c'est là, en effet, un élément nouveau, d'une importance considérable, sur lequel Verneuil a eu le mérite d'attirer l'attention, montrant par de nombreux exemples que les néoplasmes se développent de préférence sur des malades de forte constitution, des arthritiques (*Revue de Chirurgie*, 1884. Congrès de Copenhague, 1884).

Deux théories sont donc en présence pour expliquer le mode d'action du traumatisme. celle de Velpeau, qui considère le néoplasme comme une émanation directe, une transformation *in situ*, du sang épanché; et celle de Verneuil, qui ne voit au contraire dans la tumeur nouvelle qu'un mode réactionnel particulier des tissus irrités, chez un individu prédisposé par une diathèse, l'arthritisme. A laquelle de ces deux opinions convient-il de se rattacher, de par l'observation clinique et histologique? — *Gazette médicale de Paris*.

**Hernies et hydrocèles congénitales.**— Le Dr. L. G. RICHELON vient de consacrer à cette intéressante question plusieurs leçons magistrales, publiées par l'*Union médicale* et suivies des conclusions fort nettes qu'on va lire :

1<sup>o</sup> Comme j'ai en vue spécialement les hernies congénitales, je ne veux pas conclure avec détails sur la cure radicale dans toutes les espèces de hernies. Je me bornerai à dire que, si elle est faite par un opérateur qui connaît bien et applique sans réserve les procédés actuels de la chirurgie, elle est d'une bénignité à peu

près absolue ; c'est donc une opération légitime et dont les indications peuvent s'étendre.

2<sup>o</sup> Dans les hernies inguinales, comme dans toutes les autres, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale.

3<sup>o</sup> La résection totale du sac inguinal est toujours possible ; soit dans les kéiotomies pour étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré.

4<sup>o</sup> La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie ; elle l'est aussi, quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et en fermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse, mais n'offre pas de grosses difficultés.

5<sup>o</sup> La résection du conduit vagino-péritonéal, sans hernie, se fait aussi bien et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle reductible permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac, et a la valeur d'une cure radicale préventive.

6<sup>o</sup> Une opération benigne et sans mutilation, qui délivre un homme jeune d'une infirmité pénible, source d'ennuis et d'inquiétudes, qui supprime radicalement une espèce dangereuse de hernie ou, dans les cas invétérés, ne lui permet de récidiver que sous une forme plus simple, est une opération que nous avons le droit et le devoir de recommander. C'est pourquoi, Messieurs, j'ai essayé de mettre en lumière l'utilité de la cure des hernies et hydrocèles congénitales, de vous montrer qu'on peut leur faire subir le même traitement qu'aux hernies acquises, de vous décrire avec précision le manuel opératoire auquel je me suis arrêté, de vous dire enfin, plus nettement que ne l'ont fait jusqu'ici la plupart des auteurs, pourquoi et comment nous devons intervenir dans les cas de ce genre.

Moins les clients nous paient, plus ils sont exigeants.

L'exactitude qui était la politesse des rois, est la sauvegarde du praticien.

Le hasard est une divinité dont tout médecin habile recherche les bonnes grâces.

Un grand chirurgien qui sera en même temps un grand médecin serait un demi-dieu.

Tel est fui de ses confrères et adoré de nombreux clients ; le contraire peut aussi s'observer.

Il y a une populacrie médicale comme une populacrie politique : l'une ne vaut pas mieux que l'autre.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**Des présentations de l'épaule et de leurs traitements.**—Les présentations de l'épaule constituent une des plus sérieuses difficultés de l'accouchement : souvent mortelles pour le fœtus, parfois dangereuses pour la mère, elles causent toujours de l'ennui à l'accoucheur.

Nous avons rappelé, l'année dernière, comment on pouvait ou plutôt comment on *devrait*, à l'aide de la version par manœuvres externes, transformer pendant la grossesse une présentation de l'épaule en présentation du sommet, ou, s'il y a une indication particulière, en présentation du siège. Il est donc bien entendu que tout médecin qui a eu le loisir d'examiner sa cliente pendant la grossesse ne doit plus laisser se produire de présentation de l'épaule. Il est tout à fait exceptionnel, en effet, qu'on ne puisse par la version transformer une présentation transversale en présentation longitudinale : nous ne parlons pas des cas où le fœtus est mort pendant la vie intra-utérine et n'a plus la consistance nécessaire pour l'accommodation utéro-pelvienne.

Est-ce à dire que les présentations de l'épaule vont disparaître à tout jamais de la pratique obstétricale ? Malheureusement non ; il se trouvera, en effet, toujours des femmes qui, pour des raisons sociales ou autres, ne se soumettront pas à l'examen d'une personne compétente pendant les derniers mois de leur grossesse ; il y aura toujours des matrones assez peu instruites pour ne pas faire le diagnostic de la présentation ; il y en aura toujours d'assez malhabiles pour tirer sur le bras ou pour donner de l'ergot de seigle au risque de faire rompre l'utérus ?

Quelle conduite doit tenir le médecin lorsqu'il est appelé auprès d'une femme en travail dont le fœtus se présente par l'épaule ? Si le travail n'est pas très avancé, si les contractions utérines ne sont ni trop fortes, ni trop rapprochées, si la poche des eaux est intacte, il faut encore essayer, à l'aide de la version par manœuvres externes, de ramener l'extrémité céphalique ou le siège au niveau du détroit supérieur. Lorsqu'on ne peut réussir à l'aide de cette manœuvre, il faut avoir recours à la version mixte par manœuvres combinées.

Mais souvent ces méthodes ne peuvent plus être employées ; la poche des eaux est rompue depuis quelque temps ; l'enfant souffre ; il y a procidence du cordon : il faut agir vite. Le plus habituellement, si l'on n'a pas donné d'ergot, le médecin peut délivrer la femme et sauver l'enfant en faisant la version podalique par manœuvres internes que tous nos lecteurs connaissent pour l'avoir pratiquée.

Il est souvent utile, pour faciliter cette opération, de mettre la femme dans une bonne situation obstétricale, le bassin fortement relevé : les injections hypodermiques de morphine et surtout les inhalations de chloroforme rendent l'opération beaucoup moins pénible.

Parfois cette opération n'est plus possible : elle est même contre-indiquée soit parce que l'utérus est rétracté tétaniquement, soit parce que l'épaule est trop profondément engagée. La version serait ici dangereuse parce qu'elle exposerait à la rupture de l'utérus, sans aucun bénéfice pour le fœtus qui presque toujours a succombé. Il est généralement possible de se rendre compte de la mort du fœtus et par l'absence de battements dans le cordon ombilical (qui malheureusement fait trop souvent précidence dans ces cas) et surtout par l'auscultation pratiquée avec le stéthoscope. Il ne faut pas compter sur la terminaison de l'accouchement par la version et l'évolution spontanées qui existent, mais qui sont exceptionnelles : espérer cette terminaison et s'abstenir serait aussi sage " que de se croiser les bras devant un incendie en attendant que la pluie du ciel vienne l'éteindre."

Que faut-il faire en pareil cas ? C'est ce que vient d'étudier dans une thèse considérable et fort intéressante, notre ami J. Potocki (1). Après avoir rappelé les différents procédés employés pour débarrasser la femme (morcellement du fœtus, version précédée de mutilation du fœtus ou version forcée, etc.), Potocki leur préfère comme plus simple et donnant plus de sécurité l'*embryotomie* rachidienne, qu'elle porte sur le cou, ou même sur le tronc. Sans doute la version forcée pratiquée à travers le fœtus, après éviscération et écrasement du thorax, peut être une méthode de *nécessité*, à défaut d'une instrumentation spéciale, on peut être appelé à l'exécuter et il suffit d'un bistouri ou d'une simple paire de ciseaux pour en venir à bout ; mais au prix de quelle patience et de quels efforts !

Ainsi donc, dans les présentations de l'épaule irréductibles, lorsque la version est contre-indiquée, il faut aller à la recherche du cou et pratiquer l'*embryotomie* cervicale (méthode de *choix*). On a conseillé, pour effectuer cette opération, une foule d'instruments dont Potocki nous retrace l'histoire complète : de toute cette " vieille ferraille " il ne conserve guère que les ciseaux de Dubois et l'*embryotome* de M. R. Belmont-Dessaigues qui donnent de bons résultats dans les cas faciles, mais ne répondent pas à tous les besoins de la clinique. Sans nier que ces instruments ne rendent de grands services, de même que l'*embryotomie* à la ficelle du professeur Pajot, Potocki démontre, pièces en mains,

(1) Th. de Paris, 1888. Des méthodes d'*embryotomie*, des instruments destinés à pratiquer l'*embryotomie* rachidienne et en particulier de l'*embryotome* rachidien du professeur Tarnier.

qu'ils sont tous inférieurs à un nouvel instrument, l'embryotome rachidien du professeur Tarnier.

L'embryotome rachidien du professeur Tarnier agit sans exercer de traction nuisible et sans nécessiter de changement dans la situation du fœtus : il est, de plus, applicable à tous les cas.—DR. LEPAGE, in *Concours médical*.

**De la douche intra-utérine dans l'état puerpéral.**—Pour M. MURRAY, la douche utérine est indiquée, comme agent prophylactique, même dans l'accouchement naturel, quand la poche des eaux s'est rompue avant la dilatation complète du col et que, par suite d'un travail prolongé, la tête a contusionné et déchiré les parties. Dans ces cas, la matrice se relâche aisément et le canal vaginal, quand il n'est pas rendu aseptique, permet l'introduction des germes infectieux. Dans ces circonstances, la douche nettoie les parties et, par suite de l'effet stimulant de l'eau chaude, elle fait contracter l'utérus : elle obture ainsi les sinus utérins et prévient également la septicémie.

Dans les accouchements compliqués (version, forceps, délivrance artificielle), où le vagin et le col sont plus ou moins déchirés ; dans l'hémorrhagie post-partum, dans le placenta-prœvia ; dans la rupture utérine complète ou incomplète ; quand la malade a des frissons, une prostration marquée ; dans ces cas, une douche intra utérine, donnée immédiatement après l'accouchement, complète l'antisepsie des parties génitales. Elle constitue un excellent agent prophylactique. Toutes les fois que des lochies fétides apparaissent accompagnées de relâchement de l'utérus, de douleur à la pression au niveau de ce dernier, de fièvre et de frissons, l'utérus doit être soigneusement exploré avec le doigt préalablement rendu aseptique. Si on trouve des caillots ou des débris de placenta, ou un placenta adhérent, on détache celui-ci avec le doigt ou avec un curette et on fait un lavage anti-septique de l'utérus.

Si l'exploration digitale fait constater que le col est entrouvert, si l'involution utérine se fait mal, si le doigt a une odeur gangréneuse, on doit faire sur le champ le lavage utérin.

Les instruments nécessaires pour le lavage sont : un récipient en verre muni d'un long tube en caoutchouc au bout duquel est une canule en verre, percée de trous latéraux et d'un orifice terminal ; un thermomètre pour indiquer la température de l'eau ; une pièce de taffetas ciré pour mettre sous la malade. La malade est assise sur le bord du lit, dans la position de la lithotomie. Le tube bien expurgé d'air, ce qui se fait en laissant l'eau couler, est introduit sur deux doigts et le vagin est lavé. On introduit ensuite la canule dans l'utérus ; son extrémité externe est abaissée graduellement de façon que, son extrémité interne se relevant, elle pénètre en suivant la courbure de l'utérus. L'injection est continuée jusqu'à ce que l'eau sorte parfaitement claire. On retire la



canule en laissant l'eau couler pour entraîner tout ce qui peut rester dans le vagin. On met ensuite sur la vulve une compresse imbibée de liquide antiseptique.—*Revue gén. de clin. et de thérap.*

**Quelques considérations pratiques au sujet de l'allaitement**, par le docteur AUVARD. — Je connais quatre catégories de femmes qui ne peuvent pas nourrir : celles qui ne veulent pas, et qui trouvent à leur abstention toujours de bons prétextes, ce ne sont malheureusement pas les moins nombreuses ; — celles dont la santé laisse à désirer, que la cause de cet affaiblissement soit locale ou générale ; la grossesse et la menstruation doivent être rangées ici ; — celles dont la sécrétion lactée est insuffisante, que la grande soit rudimentaire ou qu'un état pathologique soit venu compliquer la situation ; — celles enfin qui par le fait d'un vice de conformation de mamelon ou par l'apparition de gerçures et crevasses, sont dans l'impossibilité de continuer à donner le sein. Je ne m'occuperai ici que de cette dernière catégorie.

Les malformations du mamelon, les excoriations qui sous l'influence de la succion se développent à sa surface, ont une parenté pathogénique étroite. Ce sont en effet le plus souvent les mamelons malformés qui s'excorient. Le même traitement préventif et curatif leur est applicable. Il est donc naturel d'englober ces deux états pathologiques dans la même description.

I. Quand le mamelon est mal conformé, qu'au lieu d'être suffisamment saillant, il est aplati ou même rentrant, ombiliqué, le nourrisson malgré la meilleure volonté ne peut le saisir. C'est alors un véritable vice de conformation qui rend la fonction impossible, de même par exemple que l'hypospadias empêche la fécondation. Si cependant l'enfant peut saisir le mamelon, il va l'attirer à lui avec force, il va lui demander sa nourriture avec rage, et l'organe ainsi tirailé, malmené, méchonné, ne va pas tarder à s'excorier, à s'ulcérer.

Les gerçures, les crevasses sont constituées. Ces simples mots réveillent bien des souvenirs pénibles dans l'esprit des mères et des médecins qui les ont assistées. Les gerçures et les crevasses sont la source d'un double fléau pour l'accouchée : d'une part la douleur vive, intolérable, j'allais dire exquise dont elles sont la cause ; douleur telle que l'allaitement devient impossible malgré la meilleure volonté de la mère ; d'autre part ces plaies sont autant de portes d'entrée pour les microbes dont la femme est entourée et qui pénètrent par la moindre solution de continuité, produisant tantôt des accidents locaux, tantôt des accidents généraux.

Prévenir et guérir ces états pathologiques, c'est rendre aux mères et à l'humanité un des services les plus importants que le médecin ait en son pouvoir.

II. Toute personne qui approfondit cette partie de la patho-

logie du mamelon arrive promptement à la conviction que les indications des traitements préventif et curatif sont les suivantes :

Avant la lactation il faut développer le mamelon et fortifier son épiderme.

Au début de l'allaitement il convient d'écartier toutes les causes d'irritation, de contusion, de tiraillements, causes habituelles des gerçures et des crevasses,

Si les plaies du mamelon, malgré toutes les précautions prises se sont produites, tous les efforts du médecin devront tendre à calmer la douleur pour rendre l'allaitement possible, et à activer la cicatrisation des ulcérations mamelonnaires.

Il importe donc : dans les derniers temps de la grossesse d'instituer une hygiène du mamelon ; au début de l'allaitement d'éviter par des précautions spéciales la production des gerçures ; puis, si les gerçures se produisent, de chercher à amener leur guérison à l'aide des moyens appropriés.

Telles sont les indications des traitements préventif et curatif ; voyons comment on peut les remplir.

III. *Dans les derniers temps de la grossesse instituer une hygiène du mamelon.*

Il serait bon que cette hygiène ne fût pas limitée à la fin de la grossesse. Les vêtements serrés de la jeune fille ne sont pas en effet favorables au développement de la glande mammaire et du mamelon : il me semble toutefois qu'on a ici exagéré les méfaits du corset comme en quelques autres chapitres de la pathologie ; mais nous ne sommes consultés d'habitude que pendant la grossesse, il nous faut soigner le mamelon pendant cette période troublée de la vie génitale.

Durant les huit premiers mois il serait imprudent de tenter une thérapeutique quelconque. Le mamelon est en relation intime avec l'utérus. Ses excitations pourraient se traduire par un travail prématuré.

Dans le cours du dernier mois, on touche au terme normal de la grossesse, le médecin peut devenir plus hardi, et au risque d'avancer de quelques jours l'accouchement tenter un traitement prophylactique.

A ce moment, ai-je dit plus haut, il importe de développer le mamelon, et d'affermir son épiderme.

Parmi les nombreux moyens conseillés, voici ceux qui me semblent les meilleurs :

Pendant les quinze premiers jours du neuvième mois faire exercer tous les matins sur le mamelon de légères tractions que la femme pourra exécuter elle-même, et après cette gymnastique locale, frotter tout le bout du sein, surtout à son pourtour et à sa base, avec un linge imbibé d'alcool.

Pendant les quinze derniers jours du neuvième mois, c'est-à-

dire pendant les deux dernières semaines de la grossesse, le traitement peut être plus énergique à mesure que les craintes de provoquer l'accouchement prématuré diminuent. Tout en continuant les lavages à l'alcool, il est bon de développer le mamelon à l'aide de la succion. On a conseillé la succion directe pratiquée par le mari, la mère, un jeune chien de grosse espèce. Cette manière de procéder m'a toujours paru singulière pour ne pas dire davantage, et je préfère de beaucoup la succion indirecte à l'aide d'un instrument quelconque.

Les instruments sont nombreux; il existe des pompes de différents modèles; on a même conseillé de se servir simplement d'une pipe.

Voici pour ma part comment je procède j'emploie le bout de sein à deux tubulures qui sera décrit tout à l'heure. La cupule de verre est appliquée sur le mamelon. le grand bout conduit dans la bouche, le petit bout débarrassé de la tétrelle trempe dans un vase contenant un peu d'alcool. La femme aspire, une certaine quantité d'alcool monte dans la cupule en verre et vient baigner le mamelon. Le tube inférieur est alors pressé avec les doigts, et l'aspiration continuée. Sous l'influence du vide dans la capsule de verre le mamelon se développe, est baigné en même temps par toute sa surface dans l'alcool, et d'autant mieux qu'il est plus aspiré.

Grâce à ce moyen j'obtiens simultanément le double but désiré : développement du mamelon par succion; renforcement de l'épiderme par le contact de l'alcool.

IV. J'arrive au second point : *au début de l'allaitement éviter par des précautions spéciales la production des gerçures.*

La cause des gerçures est unique, c'est le traumatisme exercé par la bouche de l'enfant. Toutes les autres considérations étiologiques sont secondaires et effacées à côté de celles-là. Or, il n'est d'autre moyen d'empêcher ce traumatisme, tout en continuant l'allaitement que par l'emploi d'un bout de sein artificiel. Le meilleur de ces instruments, le plus commode, le plus employé est certainement celui de M. le docteur Bailly, composé par une cupule en verre terminée par une tétrelle en caoutchouc.

Cet instrument a toutefois un inconvénient, un gros inconvénient tel qu'on est obligé souvent de renoncer à son emploi. L'enfant pour aspirer le lait par son intermédiaire est obligé de faire des efforts beaucoup plus considérables qu'à l'état naturel, et souvent il se rebute dans cette tâche trop pénible pour ses jeunes forces, il refuse de continuer à sucer, et au lieu de têter il se met à pleurer. Il faut des enfants complaisants et vigoureux pour réussir avec le bout de sein de M. Bailly. Pour éviter cet écueil, j'ai fait construire un bout de sein qui permet à la mère d'aider son enfant pour lui épargner ces violents et souvent infructueux efforts de succion.

Dans la tétérelle destinée à la bouche de l'enfant il existe une petite soupape en caoutchouc, qui permet à la mère de faire le vide dans la cupule en verre même quand l'enfant pour une cause quelconque, abandonne l'extrémité du caoutchouc.

Quand au mode d'emploi, il est également simple. La mère commence par aspirer, le lait arrive dans la cupule de verre, se dirige spontanément vers le tuyau qui gagne la bouche de l'enfant; quelques mouvements de succion suffisent pour amener le liquide dans sa bouche.

Grâce à cette modification l'allaitement devient facile à l'aide du bout de sein artificiel, moins pénible même qu'à l'état naturel sans intermédiaire aucun.

Ce bout de sein que j'emploie depuis trois mois à la Maternité de la Charité où je remplace M. Budin, m'y a donné les meilleurs résultats. Le seul inconvénient que je lui ai reconnu, c'est sa grande fragilité : la cupule en verre heurte contre différents objets, se casse très facilement. C'est le seul défaut auquel on pourra en partie remédier. Il sera bon d'employer ce bout de sein pendant les premiers jours de l'allaitement, époque la plus propice à la production des gerçures et crevasses, puis petit à petit on pourra cesser son emploi de manière à arriver à donner le sein directement.

Je n'ai pas vu de gerçures se produire avec l'usage de cet instrument quand la femme était assez intelligente pour comprendre la nécessité et les avantages de son emploi, et quand par paresse elle ne négligeait pas de s'en servir régulièrement.

V. Je termine par l'étude du troisième point : *les gerçures sont produites, tout en continuant l'allaitement, chercher à amener leur guérison.*

Empêcher la douleur de l'allaitement. — Combattre l'accès des microbes. — Obtenir la cicatrisation aussi promptement que possible. — Tel est le triple but que doit se proposer l'accoucheur.

Pour empêcher la douleur de l'allaitement nous avons dans le chlorydrate de cocaïne employé en solution au 1/20<sup>e</sup> un bon moyen, quoique son action ne soit pas également heureuse chez toutes les femmes. On lui a reproché par son goût amer de dégoûter l'enfant du mamelon, mais en se servant du bout de sein comme je vous le conseille, le reproche n'est plus fondé. Le bout de sein a également un autre avantage au point de vue de la douleur, c'est de la rendre moins intense par le fait même qu'il évite à la femme les tiraillements et mâchonnements opérés par la bouche de l'enfant alors qu'il tète directement.

Afin de combattre l'accès des microbes, on recouvrira le sein d'un linge imbibé d'une solution antiseptique, soit d'une solution d'acide borique à 4 p. 100, ainsi que je l'ai vu appliquer à la maternité de Lariboisière, dans le service de M. Pinard pendant l'internat que j'y ai fait, soit simplement d'alcool comme l'emploie

M. Budin à la Charité. J'ai pu comparer l'effet de ces deux agents, je préfère l'alcool, car à ses propriétés antiseptiques il joint celle de former, de durcir le mamelon, et semble mieux que l'acide borique activer la cicatrisation des ulcérations. J'avais aussi essayé dans le même but antiseptique le pansement sec à la poudre d'iodol, espérant par ce moyen hâter d'avantage la cicatrisation. J'ai été déçu dans mon attente et ai été obligé de reconnaître que le pansement humide était préférable au pansement sec.

Enfin pour obtenir la cicatrisation aussi promptement que possible, c'est le repos du mamelon qu'il faut rechercher. Si une femme atteinte de gerçures au début restait trente-six heures sans donner le sein, ses plaies seraient guéries. On voit en effet dans les cas de petites gerçures (la chose n'est plus vrai pour les crevasses profondes), quand pour une cause quelconque la femme est obligée de cesser l'allaitement, les deux lèvres de la plaie s'accoler, et la réunion se fait par première intention. La cicatrisation est suffisamment solide au bout d'un jour et demi.

Malheureusement ce repos complet de trente-six heures est impossible. Il le serait à la rigueur pour l'enfant qu'on pourrait nourrir artificiellement pendant ce temps, ou avec le lait puisé à un seul sein. Mais au point de vue de la mère, si un sein n'est pas vidé pendant ce laps de temps, le lait y stagne, la sécrétion s'arrête, et l'on s'expose à voir les fonctions de la glande modifiées et arrêtées.

Cette guérison des gerçures par le repos de l'organe serait donc souvent pire que le mal, puisqu'elle aboutirait à la cessation de la sécrétion lactée. Aussi est-il préférable de faire continuer l'allaitement avec la mamelle malade en atténuant ainsi que je l'ai précédemment indiqué, les fâcheux effets de la succion par l'usage du bout de sein artificiel. Sous la cupule de verre on verra bien la gerçure se rouvrir à chaque tétée, et parfois quelques gouttes de sang s'échapper, mais le traumatisme est relativement bénin, et petit à petit les gerçures au lieu d'augmenter diminuent et bientôt se cicatrisent complètement.

VI. Je me résume: les précautions à prendre pour rendre l'allaitement aussi facile que possible, pour éviter la production des gerçures ou les guérir quand elles existent sont les suivantes:

*Pendant le dernier mois de la grossesse:* au début, quelques tractions sur le mamelon et de légères frictions avec de l'alcool. — A la fin, succion du mamelon à l'aide du bout de sein à double tubulure qui permet simultanément un bain local alcoolisé.

*Au début de l'allaitement avant l'apparition des gerçures:* emploi du bout de sein de manière à éviter les traumatismes exercés par la bouche de l'enfant, cause habituelle des plaies du mamelon. En continuer l'usage exclusif pendant quinze jours, puis en cesser petit à petit l'emploi.

*Dans le cours de l'allaitement s'il existe des gerçures :* prescrire simultanément l'usage de la cocaïne pour diminuer la douleur ; l'application locale de l'alcool pour empêcher la pénétration des microbes ; l'emploi du bœuf le soin pour atténuer dans la mesure du possible les traumatismes du mamelon.—*Abcille médicale.*

**Traitement de la péritonite puerpérale,** par SPILLMANN et GANZINOTTY.—Pour circonscrire la péritonite puerpérale, appliquer 8 à 10 sangsues *loco dolenti*, si la malade est vigoureuse ; des ventouses sèches, si elle est anémiée par des hémorragies antérieures. Glace plusieurs jours de suite sans interruption, pour diminuer le météorisme.—Les badigeonnages de collodion élastique étendus sur tout le ventre, agissent aussi contre la douleur. Le sulfate de quinine est administré à titre d'antipyrétique, de sédatif et d'antiseptique, à la dose de un à deux grammes par vingt-quatre heures. L'opium, en même temps qu'il calme la douleur, fait cesser l'agitation générale et immobilise l'intestin. On le donne à l'intérieur et on l'administre en injection sous-cutanée. On commence par injecter un centigramme de morphine, et on répète l'opération plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet désiré.—Comme boisson, des eaux gazeuses, du vin de Champagne, de la bière, des grogs froids ou glacés, ou bien de la glace en nature.—Lavages antiseptiques de la vulve et du vagin. On fait même, si cela est indiqué, le lavage de la cavité utérine. On se sert pour cela d'une sonde à double courant, et d'une solution de bichlorure de mercure au deux-millième, après avoir préalablement introduit le spéculum.—S'abstenir au début d'onguent napolitain, de calomel, de vésicatoires et de purgatifs qui, en exagérant la contraction intestinale, peuvent favoriser la généralisation de la péritonite.—*Jour. des Sc. med. de Lille.*

**Les reins mobiles chez les femmes.**—Les déplacements des reins constituent une anomalie assez fréquentes chez les femmes et on ne connaît pas encore très bien leur influence sur un grand nombre de maladies. A l'encontre de ce qu'affirment la plupart des auteurs, LINDNER a observé le plus grand nombre de reins mobiles chez les nullipares, et à un âge où le relâchement des parois abdominales ne peut s'être encore produit. Aussi l'auteur admet-il que l'anomalie est congénitale ou qu'elle se développe chez les prédisposées par suite de circonstances adjuvantes. Au point de vue symptomatologique, Lindner insiste surtout sur les signes que donne la palpation pratiquée avec les deux mains, la droite en avant sur la paroi abdominale, la gauche appliquée sur la région lombaire ; l'existence d'une tumeur mobile ayant la forme et la consistance des reins est caractéristique. Quelques symptômes subjectifs ont une grande valeur, surtout les troubles

digestifs, la constipation, la fétidité de l'haleine. Tous ces symptômes tiendraient souvent à la mobilité du rein droit et disparaîtraient sitôt que l'organe est fixé par un bandage. Enfin les troubles nerveux sont très communs. Le port d'un bandage approprié est le meilleur traitement à opposer ; s'il ne réussit pas à rendre l'existence supportable, l'auteur est d'avis de pratiquer la néphrectomie, après s'être assuré de l'état de l'autre rein ; mais il repousse la néphrorraphie par la méthode de Hahn comme donnant des résultats insuffisants.—*France médicale.*

---

## PÆDIATRIE

---

**De l'ascite chez les enfants.**—L'ascite proprement dite est assez rare chez les enfants, car je n'appelle pas ascite la suffusion séreuse du péritoine, qui n'est qu'une complication des maladies du cœur, de la néphrite albumineuse chronique ou du carreau. L'ascite, maladie principale, est ce qu'il faut appeler ascite. Les autres se rattachent à une autre maladie et ne sont qu'une affection secondaire.

Parmi les maladies de l'enfance qui produisent l'ascite, on peut signaler chez le nouveau-né la *sypphilis*, qui, déterminant une altération étendue du parenchyme du foie, amène la suffusion séreuse du péritoine ; mais, ici, c'est une ascite de quelques cents grammes qu'on ne découvre qu'à l'autopsie, car elle n'est pas assez considérable pour dilater le ventre.

Il y a la péritonite puerpérale consécutive à la phlébite du cordon, qui produit une ascite purulente, appréciable également à l'autopsie et qui ne fait pas distendre le ventre outre mesure.

À un âge plus avancé, on rencontre souvent la cirrhose atrophique ou hypertrophique, donnant lieu à un gonflement du foie. Que la lésion soit primitive ou secondaire à une maladie du cœur, il y a une telle gêne à la circulation veineuse de l'abdomen qu'il en peut résulter de l'hydropisie du péritoine comme chez l'adulte. Cela est assez rare. Ce qui est plus fréquent, c'est la cirrhose consécutive aux maladies du cœur ; alors tous les symptômes sont les mêmes que chez l'adulte : il y a de la douleur hépatique, du gonflement de la glande, un peu d'ictère et la suffusion séreuse du péritoine.

Ce qui est plus commun, ce sont les maladies du cœur, qui, sans grosse lésion du foie et par gêne à la circulation générale, engendrent l'anasarque et une ascite parfois très considérable. Tout le corps est infiltré, le visage bouffé, les paupières œdémateuses et le ventre distendu par une énorme quantité de sérosité. Mais ce n'est pas, à proprement parler, une véritable ascite.

Les maladies des reins avec albuminurie chronique abondante déterminent également l'anasarque du visage et des membres ainsi que la suffusion séreuse du péritoine avec distension de l'abdomen.

La péritonite chronique avec tuberculose des ganglions du mésentère ou carreau s'accompagne presque constamment d'ascite ; mais, dans certains cas, les adhérences des anses de l'intestin empêchent beaucoup cette complication de se produire.

La véritable ascite est celle qui succède à une péritonite légère ou à une irritation sécrétoire du péritoine consécutive à des entérites à répétition ou à une simple entérite aiguë depuis longtemps guérie.

Dans ces cas, le péritoine n'offre plus trace de phlegmasie, et l'intestin pas davantage. C'est une simple suffusion séreuse du péritoine, comme est celle de la tunique vaginale dans l'hydrocèle, et c'est là ce qu'on appelle ascite primitive ou essentielle. Quoi qu'il en soit des mots, c'est toute la maladie. A ces cas, il convient de réserver le nom d'ascite.

Cette ascite primitive, constituant toute la maladie, existe sans douleur et se caractérise par une énorme dilatation des parois du ventre avec saillie de l'ombilic, avec distension des veines sous-cutanées abdominales, de la constipation ou de la diarrhée, de la dyspnée due au refoulement du diaphragme, des urines rares normales et un peu d'amaigrissement des membres inférieurs.

Le ventre est fluctuant et, à la percussion, il y a une matité des parties déclives qui se déplace selon le décubitus et qui laisse la sonorité de l'intestin dans les parties supérieures.

Cette forme d'ascite est une maladie grave, qui dure des mois entiers et plus encore. Elle peut entraîner la mort, mais elle guérit le plus habituellement, soit par résorption du liquide, soit par évacuation spontanée par l'ombilic, ainsi que l'indique M. Bouchut dans son *Traité des maladies du nouveau-né et de la seconde enfance*, pag. 630, septième édition.

Le traitement de cette ascite primitive, dégagée de toute complication tuberculeuse ou organique, consiste dans les moyens suivants : Usage exclusif du lait comme alimentation pendant plusieurs semaines. On peut en donner un litre ou un litre et demi par jour, pur ou mélangé avec la purée d'un oignon blanc cru. On peut le donner froid ou chaud, parfois teinté avec de l'infusion de café de glands doux ou du chocolat. Dans quelques cas, on donnera de l'échaudé avec le lait si l'amélioration est certaine. Il faut faire des frictions d'huile de camomille anisée sur le ventre, mettre de la teinture d'iode légèrement tous les deux jours, y mener de petits vésicatoires volents sur le ventre et enfin comprimer légèrement les parois abdominales avec un bandage de couil lacé allant du pubis à l'appendice sternal.

Comme médicaments, on doit donner du sirop de cinq racines



ou du sirop de pointes d'asperges dans de l'eau, du petit vin blanc légèrement nitré, coupé d'eau, une très légère macération de poudre de digitale : 5 centigrammes pour 500 grammes d'eau.

Ce traitement réussit presque toujours ; mais, si la maladie s'aggravait et si l'épanchement devait compromettre la vie, il faudrait faire des ponctions successives au lieu d'élection ou une ponction par l'ombilic, si, comme cela s'observe, l'ombilic fait une forte saillie et que la peau soit transparente au point de faire supposer sa rupture.—*Paris médical.*

**L'eau froide dans les maladies aiguës des enfants.**—Voici, d'après le professeur HELBER, de Leipzig, les indications de la méthode et les principales précautions à prendre pour l'appliquer :

1<sup>o</sup> L'enveloppement dans des linges mouillés est un excellent moyen antifièvre, comme chez l'enfant, le tronc occupe un espace proportionnellement plus grand que chez l'adulte, les réfrigérations locales doivent avoir un effet très marqué.

Les enveloppements seront faits de telle manière qu'une serviette, trempée dans l'eau chaude à 16° centigrades, soit placée sur la surface de la poitrine, du corps, des cuisses, chez les petits enfants, l'enveloppement du dos et de la poitrine suffit. Sur les compresses, on mettra un revêtement de flanelle ou de ouate. Lorsque la température est de 40°, on appliquera les compresses froides toutes les demi-heures ; lorsque elle est de 39.5, tout le jour une partie du jour. Les grands bains froids, ou graduellement refroidis, abaissent davantage la température, mais ils n'ont pas des suites aussi persistantes. Le froid est d'autant moins bien supporté que les enfants sont plus jeunes, de sorte qu'il est souvent bon d'avoir, chez certains, recours aux bains graduellement refroidis, tels, que les conseille Liemson. L'enfant est mis dans un bain de 35 à 32° par addition d'eau froide, la température est abaissée à 24 ou à 22° centigrades. Ce bain peut être supporté en général pendant cinq, dix, quinze minutes, l'effet dure environ deux heures.

Pour diminuer, dans la fièvre continue, l'usage fréquent des bains, on peut combiner avec eux les fomentations froides ; ce procédé est utile dans la pneumonie franche, dans la première période de la fièvre typhoïde ; jusqu'à la fin de la période d'ascension de la courbe ; dans la première semaine de la scarlatine et l'érysipèle. Ces moyens ne sont indiqués ni dans la rougeole ni dans les affections catarrhales.

Chez les enfants de 2 à 4 ans, on obtient une réfrigération énergique quand on les entoure, du cou aux jambes, avec des assiettes trempées dans de l'eau de 20 à 30° et entourées d'une couche de ouate ; le procédé peut être renouvelé toutes les vingt ou trente minutes, de sorte que six applications soient faites dans l'inter-

vaille de deux heures. Ce moyen, qui abaisse notablement la température, réclame les plus grandes précautions dans son emploi, à cause des phénomènes de collapsus; parfois, il ne faut pas l'employer plus de deux fois dans la journée, et encore alterner avec les excitants. Il est indiqué dans la pneumonie franche aiguë, le typhus, la scarlatine, la méningite, l'érysipèle, toutes les fois que la fièvre a atteint 40°5 à 41°5; du reste, on peut l'employer avec avantage dans un certain nombre d'accidents fébriles secondaires, consécutifs à l'angine tonsillaire, à l'éruption dentaire, au coup de chaleur, si ceux-ci sont inquiétants.

2° L'eau peut encore être employée pour réchauffer et provoquer la sudation. On peut s'en servir localement dans les hyperémies et les lésions inflammatoires des organes internes, comme la pharyngite, la laryngite, la pleurésie, la pneumonie, la bronchite diffuse, avec des compresses mouillées, des fomentations de Priessnitz. On peut faire l'enveloppement avec des serviettes ou des draps plongés dans l'eau chaude, seulement la couche de ouate sera moins pressée près du corps que dans le cas précédent. Les fomentations chaudes sont utiles dans les affections catharrhales, du larynx et de la trachée, et particulièrement celles des bronches et des poumons. Dans les bronchites capillaires ou les pneumonies catarrhales, primitives et consécutives à la rougeole et à la coqueluche, on voit l'exsudation dans les petites bronches diminuer, la respiration devenir plus légère, la dyspnée, la fréquence du pouls, la respiration générale s'améliorer.

D'ailleurs, il peut arriver qu'il soit inutile de répéter l'enveloppement deux fois dans la journée et qu'une seule fois suffise. Plus tard, on donne un bain tiède ou bien on fait faire des frictions sèches, ou bien encore on provoque la sueur par des boissons alcooliques. Pour produire une plus forte excitation de la peau, on peut mettre les draps dans l'eau légèrement sinapisée et serrer un peu plus la couche de ouate.

3° Pour augmenter par voie réflexe l'excitabilité des centres réflexes bulbaires, diminuée par une fièvre intense, régler les mouvements du cœur et la respiration, il n'y a guère de moyens plus intenses que les affusions froides. Ce traitement donne d'excellents résultats dans l'atélectasie, la bronchite, les pneumonies catarrhales, l'affaiblissement du cœur.—*Arcille médicale.*

**Scarlatine et varicelle**, par le DR. R. SAINT-PHILIPPE, médecin de l'hôpital des Enfants à Bordeaux. Au service d'isolement de l'hôpital, nous avons eu à enregistrer un certain nombre de scarlatines, et dans notre crèche des enfants au-dessous de cinq ans des varicelles également nombreuses. En ville même observation. Quelles que soient les précautions prises de ce côté (et il faut reconnaître qu'elles sont plus grandes qu'autrefois), les enfants se contaminaient surtout à l'école. Mais, ici pas plus

que là, on ne peut signaler de caractère malin aux cas de scarlatine observés. Chacun sait que les épidémies de scarlatine varient de l'une à l'autre, à telle enseigne que Sydenham a pu décrire cette fièvre éruptive comme toujours bénigne, ne l'ayant jamais vue que sous cette forme, tandis que, quelques années plus tard, ceux qui écrivaient après lui affirmaient précisément le contraire, parce qu'ils avaient eu sous les yeux des exemples de gravité formidable. Depuis longtemps nous n'avons eu à relever d'épidémie meurtrière. Espérons que ce bon "génie" nous sera conservé.

Le diagnostic de la scarlatine est ordinairement facile si l'on s'en rapporte aux descriptions des auteurs, mais non pas toujours si l'on regarde la pratique de tous les jours. Dans un milieu notamment où règnent en même temps les deux maladies rougeole et scarlatine, on peut rester très hésitant pendant les deux premiers jours. La desquamation de la langue, qui est un des meilleurs signes distinctifs, ne se montre pas, en effet, avant le troisième jour. La température, dit-on, atteint d'emblée un degré très élevé, 40°; c'est vrai, mais M. Cadet de Gassicourt a montré que ce chiffre pouvait ne pas être atteint. Pour lui, la scarlatine n'est pas la maladie où la température monte *le plus haut*; elle est plutôt la maladie où elle reste *le plus longtemps haut*. L'éruption elle-même, qui a des caractères si tranchés, peut très bien ne pas offrir cette rougeur framboisée, cet aspect chagriné, ces plaques diffuses avec grains blancs de miliaire qui la font reconnaître à l'œil le moins expérimenté. Il n'y a pas jusqu'au catarrhe spécifique de la rougeole qu'on ne puisse rencontrer au début de la scarlatine et qui ne soit capable lui aussi d'égarer le jugement. Le professeur Jaccoud a signalé la possibilité du fait, que d'autres observateurs ont noté après lui et moi-même, ces jours-ci, j'ai eu l'occasion de le constater très nettement dans une des salles de mon service d'isolement. S'agit-il d'un phénomène lié à l'affection ou plutôt n'y a-t-il pas là une simple coïncidence la concomitance par exemple d'un état *catarrhal* idiopathique, contracté pendant la période d'incubation de la fièvre éruptive? Je ne saurais le dire exactement. Ce que je puis affirmer, c'est que chez ma petite malade, la bronchite a survécu à la scarlatine, qu'elle offre la grande résistance aux moyens ordinaires de traitement et qu'elle a semblé même à un moment vouloir prendre les allures de la broncho-pneumonie.

Quoi qu'il en soit, dans les cas douteux de ce genre, je m'appuie pour poser le diagnostic sur les points suivants qui m'ont paru offrir un caractère de probabilité approchant de la certitude : 1° la chaleur de la peau à la *main*, qui est toujours plus sèche, plus sèche, plus mordicante dans la scarlatine que dans la rougeole; 2° l'agitation du malade qui est toujours plus forte, surtout la nuit, dans le premier que dans le second cas; 3° la couleur des urines

qui est toujours d'aspect sanglant dans la fièvre scarlatine; 4<sup>o</sup> enfin, le caractère de l'énanthème de la gorge, lequel est diffus dans la scarlatine et occupe la luette et les piliers d'abord, les amygdales ensuite; tandis que, dans la rougeole, on observe bien avant l'éruption exanthématique un pointillé rose siégeant surtout sur le voile de palais, à son insertion antérieure.

Un diagnostic différentiel à encore plus délicat, c'est celui qu'on est appelé à faire avec l'érythème scarlatiniforme. Il existe incontestablement de fausses scarlatines (je n'entends point parler de *ces rash* qu'on observe au début de certaines varioles); je fais allusion à ces cas dans lesquels on relève une éruption d'apparence tout à fait semblable à celle de la scarlatine, s'accompagnant d'angine rouge et même pultacée, et suivie bientôt de la desquamation par petites écailles. Au point de vue du danger de la contagion et aussi des précautions à faire prendre ultérieurement à l'enfant, on est parfois fort embarrassé. Pour éviter l'erreur, il faut se rappeler que l'érythème scarlatiniforme survient ordinairement dans les cas où l'organisme veut mettre au dehors une substance irritante, dans les intoxications par exemple ou dans de simples empoisonnements par les moules, par certains poissons ou par d'autres aliments de qualité douteuse; que cet érythème s'accompagne toujours de démangeaisons plus ou moins vives et qu'à ce point de vue il se rapproche plus de l'urticaire que de la scarlatine; que l'éruption, qui peut être générale, est manifestement plus intense aux pieds et aux mains; qu'elle sévit presque toujours dans la saison d'été, qu'elle ne s'accompagne pas d'élévation de la température; enfin, que les urines offrent l'inspection et surtout à l'examen une coloration quasi-normale.

—La varicelle, enseigne-t-on, est une maladie insignifiante et banale, qui ne vaut pas qu'on s'y arrête bien longtemps. Insignifiante pour le pronostic et le traitement, soit. Pour le diagnostic, non. Beaucoup de médecins confondent encore la varicelle avec la varioloïde et, ce qui est plus sérieux, la varioloïde avec la varicelle. Sans vouloir entrer dans les discussions de doctrine qui ont régné sur l'identité ou la non-identité de nature de l'une et de l'autre maladie, on peut dire aujourd'hui que la varicelle doit être tenue pour absolument distincte de la variole, dont elle diffère par sa période d'invasion, par les caractères anatomiques de son éruption, par sa marche, par sa durée, par sa terminaison. Mais il est des circonstances où la maladie offre de ces aspects douteux qui troublent l'esprit, et il faut pourtant prendre un parti, pour éviter la propagation du mal, si il s'agit de variole et non de varicelle; pour éviter, lorsque le malade est à l'hôpital, de garder un varioleux dans les salles communes ou d'envoyer un malade atteint de varicelle dans la salle des varioleux! C'est alors qu'on peut se féliciter d'avoir vu beaucoup de varicelles, ainsi que le dit très justement le Dr. Comby. Aucune

description ne vaut, en effet, l'impression que vous laisse la vue de l'éruption. Les signes de probabilité sont les suivants : période d'invasion courte ou nulle, fièvre modérée et procédant par poussées successives, éruption d'âge différent, bulle ou plus souvent vésicule-ordinairement entourée d'une auréole rouge assez étroite; les premiers jours, liquid constitué par une sérosité citrine ou légèrement opalescente, puis par un liquide plus trouble et plus opaque, dans lequel se trouvent quelques gouttelettes de pus; siège de préférence au dos et aux reins, maladie se rencontrant surtout chez les très jeunes enfants et par conséquent chez les enfants récemment vaccinés.

Le seul signe de certitude est l'absence d'ombilication vraie. Souvent, dit M. Cadet de Gassicourt, les bulles qui sont devenues opaques portent une petite croûte noirâtre à leur centre, et cette tache noire les fait paraître ombiliquées. Mais ce n'est là qu'une apparence. En passant le doigt sur la bulle, on reconnaît facilement que son centre est constitué par une saillie et non par une dépression. Mais il faut savoir que néanmoins ces bulles peuvent laisser de petites cicatrices indélébiles, simulant celles de la varicelle, lorsqu'elles ont été écorchées, et l'on doit prévenir les mères et empêcher les enfants de se gratter. Au besoin, un lavage à l'eau boriquée pourrait être utile, surtout pour les boutons de la figure chez les filles.

La varicelle entraîne peu ou point de complications. On a noté pourtant une angine, une kérato-conjonctivite et une vulvite provenant de la confluence de l'éruption en ces différents sièges anatomiques. Un enfant de mon service nous a présenté une conjonctivite de cette espèce, dont nous sommes venus assez facilement à bout. Un autre a été atteint, vers le sixième jour, d'une fièvre insolite avec température à 40°, qui nous avait rendus perplexes. L'apparition d'une broncho-pneumonie grippale nous en donna bientôt la clef. Le malade avait subi l'influence nocive qui régnait dans la salle et avait contracté une affection nouvelle venant se greffer sur l'autre.

Plusieurs médecins ont cherché à se procurer une preuve nouvelle de l'autonomie de la varicelle en pratiquant l'inoculation. Steiner (de Prague) et d'Heilly (de Paris) ont annoncé des résultats positifs. Je l'aurais moi-même tentée si je n'avais craint d'être passible des objections mêmes qu'on avait faites aux précédents expérimentateurs : à savoir que ces résultats pourraient être l'effet de la contagion et non de l'inoculation, dans un hôpital où régnait une épidémie de varicelle.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

**VIN DE CHASSAING :** Dyspepsie.  
**BROMURE FALIÈRES :** Affections nerveuses.  
**PHOSPHATINE FALIÈRES :** Alimentation des Enfants.

} VOIR  
 aux  
 Annonces.

## SYPHILIOGRAPHIE.

**Traitement de la syphilis cérébrale.**—Le Dr. G. Ross, ayant en l'occasion d'observer quelques cas récents de syphilis cérébrale, divise ces manifestations en deux classes ; elles sont constituées par une inflammation des parois vasculaires avec thrombose consécutive des vaisseaux, ou bien tout part d'une périostite des os du crâne. Dans quelques cas on trouve pendant la vie, des symptômes notables de syphilis cérébrale, et on ne rencontre rien à l'autopsie.

Une autre question qui s'impose aux pathologistes, c'est de savoir s'il n'existe point une relation entre certaines maladies de la moelle épinière, en particulier l'ataxie locomotrice et la syphilis. A ce propos, l'auteur rappelle le cas d'un ataxique qu'il eut l'occasion de traiter dans le cours de l'année 1884-1885. Il songea à la syphilis et prescrivit un traitement mercuriel ; les accidents de l'ataxie disparurent. Dans un autre cas, il s'agit d'un homme qui, un an auparavant, avait présenté un exanthème de la face, rebelle à tous les médicaments. Comme dans le cas précédent, Roth prescrivit une cure mercurielle, elle amène une guérison complète. Un an plus tard, un malade est pris d'une attaque épileptiforme, il ne reprend pas connaissance et tombe dans le coma ; la mort paraissait imminente ; on le guérit avec des doses élevées d'iodure de potassium. L'auteur insiste sur la difficulté d'être exactement renseigné sur les commémoratifs ; il conseille de s'en rapporter plutôt aux données objectives qu'au dire des malades, qui, volontairement ou involontairement, sont d'habitude inexacts. Il est bon, lorsqu'on soupçonne la syphilis, d'administrer l'iodure de potassium, même lorsqu'on ne trouve aucun signe pathognomonique de syphilis cérébrale. En ce qui concerne spécialement les attaques épileptiformes auxquelles sont si souvent sujets les malades atteints de syphilis cérébrale, quelques-unes, qui consistent en convulsions générales, présentent l'image de ce qu'on appelle l'épilepsie essentielle ; l'étiologie vraie n'est le plus souvent connue qu'à la suite du traitement antisiphilitique ; ce qu'il y a de plus caractéristique, c'est qu'elles sont le plus souvent précédées pendant des mois par une céphalalgie violente. Dans un cas de cette nature, la céphalalgie fut suivie d'attaques épileptiformes avec parésie de la jambe et du bras droits. Comme le malade déclarait avoir pris la syphilis quinze mois auparavant, on prescrivit une cure par frictions, à la suite de laquelle la céphalalgie, l'épilepsie et les douleurs de tête disparurent.

Lorsque survint la salivation mercurielle, on donna de l'iodure de potassium à hautes doses. Dans ces cas, les lésions sont proba-

blement dans les circonvolutions cérébrales gauches, au voisinage du sillon de Rolando. D'autres cas ont suivi exactement la même marche; dans l'un, il s'agissait d'une céphalée durant depuis longtemps, suivie tout à coup d'une hémiplégie gauche. — *Paris médical.*

**Hystéro-épilepsie et exostose syphilitique.**—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Salle Saint-Charles était couché un homme de trente-quatre ans, boulanger, présentant l'hystérie et l'épilepsie de la syphilis.

Aucuns antécédents héréditaires notables du côté de son père et de sa mère. Ses frères et ses sœurs sont des individus nerveux.

Pour lui, il a toujours été très nerveux depuis son enfance, ayant des accès de colère fréquents. Depuis quelques années, il boit beaucoup.

En 1879, il contracte la syphilis à la Nouvelle-Calédonie et est complètement soigné à l'iodure de potassium. Il y a sept mois, il fut pris le matin d'une céphalalgie violente, puis dans l'après-midi, il tombe à terre et perd connaissance. Après cela, grande fatigue. Deux mois plus tard, même accident, et au bout de quelques jours il ressent une faiblesse dans le côté gauche du corps.

À quelque temps de là nouvel accès, et il est amené à l'hôpital. On remarque faiblesse marquée du côté gauche du corps, anesthésie de la peau, pas de réflexe rotulien, achromatopsie, rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche, diplopie et perte du goût et de l'odorat du même côté.

Il existe une exostose crânienne au niveau de la suture sagittale. On lui donne deux grammes d'iodure de potassium et on fait des frictions mercurielles. Il s'améliore et reste comme infirmier.

À quelques jours de là, il boit, et consécutivement nouvelle et quatrième attaque: chute et mouvements violents des membres gauches et raidissements cataleptiques. Tout se termine par une crise de larmes.

Le malade éprouve de violentes douleurs de tête et il est absolument insensible du côté gauche du corps. L'œil gauche ne peut lire que de très grands caractères; l'ouïe est abolie; il ne sent rien de la narine gauche, pas plus qu'il ne goûte du côté gauche de la langue. Le dynamomètre marque 11 pour la main gauche et 43 pour la droite. Il n'y a pas d'atrophie des muscles. L'intelligence est à peine engourdie.

À quoi se rattachent les accès qu'a eus notre malade?

Il y a eu comme dans l'épilepsie la spontanéité de l'attaque, sans prodromes.

Il y a eu comme dans l'hystérie des mouvements clowniques et toniques, et crise finale et abondante de pleurs.

Nous sommes en présence d'un *hystéro-épileptique*.

Mais cet homme est un syphilitique; il a une exostose crânienne, de violentes céphalalgies. L'exostose fait probablement aussi saillie à l'intérieur du crâne; il peut y avoir lésion des méninges et des artères. De plus, sans être un alcoolique, notre homme est un ivrogne. Mais là l'ivrognerie n'a pu être que l'agent provocateur et il faut mettre tous ces accidents sur le compte de la syphilis. L'exostose a ébranlé le système nerveux chez un sujet hystérique.

Nous avons vu qu'il est hystérique depuis son enfance. Ses frères et ses sœurs sont aussi des gens très nerveux. Enfin, tous ces phénomènes ne se sont développés peut-être que plus favorablement sous l'influence de la boisson, et la vérole est venue mettre tout cet appareil de symptômes en mouvement.

Il y a à espérer beaucoup dans ce cas d'un traitement mixte énergique, car il n'y a aucune sclérose, aucune destruction nerveuse.—*Praticien*.

## FORMULAIRE.

### Diarrhée infantile.—*J. L. Smith*.

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| P.—Teinture d'opium.....    | 16 gouttes |
| Sousnitrate de bismuth..... | 2 drachmes |
| Mixture de craie.....       | 1½ once    |
| Sirop simple.....           | ½ "        |

M.—*Dose* : Une demi-cuillerée à thé toutes les 3 heures.—*Medical and Surgical Reporter*.

### Néuralgie.—

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| 1 <sup>o</sup> P.—Menthol..... | 15 grains |
| Cocaïne.....                   | 5 "       |
| Chloral.....                   | 3 "       |
| Vaseline.....                  | 1 drachme |

M.—Usage local.

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| 2 <sup>o</sup> P.—Alcool camphré..... | 90 parties |
| Ether.....                            | 30 "       |
| Teinture d'opium.....                 | 6 "        |
| Chloroforme.....                      | 20 "       |

M.—Usage local au moyen d'une flanelle.—*College and Clinical Record*.



**Fissures du mamelon.**

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| P.—Acide salicylique.....        | 1 once     |
| Borate de soude.....             | 2 drachmes |
| Glycérine, q. s. pour faire..... | 6 “        |

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

**Cystite chronique.**

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| P.—Acide borique.....   | 2 drachmes |
| Nitrate de potasse..... | 4 “        |

M.—Divisez en huit paquets.

*Dose* : Un paquet par jour, dans une chopine d'infusion d'uva-ursi.—*Philadelphia Medical Times.*

**Coqueluche.—**

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| P.—Antipyrine.....         | 30 grains |
| Bromure de potassium.....  | 1 drachme |
| Sirop de tolu.....         | 1½ once   |
| Eau, q. s. pour faire..... | 3 onces   |

M.—*Dose* : De une cuillerée à thé à une cuillerée à dessert, suivant l'âge, au besoin, mais surtout au moment du coucher.—*New Orleans Medical and Surgical Journal.*

**Acné.**

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| P.—Naphthol.....      | 10 parties |
| Soufre précipité..... | 50 parties |
| Savon vert.....       | 20 “       |
| Vaseline.....         | 20 “       |

M.—En application pendant une demi-heure—puis enlever au moyen d'huile ou d'un linge.—Répéter l'application tous les jours jusqu'à la desquamation complète.

Dans les cas obstinés on peut faire usage de la pommade suivante :

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| P.—Résorcine.....  | 2½ à 5 parties |
| Oxide de zinc..... | 5 “            |
| Vaseline.....      | 12½ “          |

*Philadelphia Medical Times.*

**Syphilides de la vulve.**

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| P.—Hydrate de chloral..... | 37 grains  |
| Teinture d'eucalyptus..... | 75 minimes |
| Eau distillée.....         | 8 onces.   |

M.—En applications locales.—*J. of Cut. and Gen.-Urin. Diseases.*

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Propriétaire et Administrateur* : - - Dr. A. LAMARCHE.

*Rédacteur-en-chef* : Dr. H. E. DESROSIERS.

*Secrétaire de la Rédaction* : - - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, OCTOBRE 1888.

---

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat poste payable au Dr. A. Lamarche.

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

L'*Union Médicale du Canada* étant le plus ancien 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.

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

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

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

---

## Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée semestrielle du Bureau provincial de médecine a eu lieu le 26 septembre à l'Université Laval, à Québec.

Les gouverneurs suivants étaient présents : Dr W. H. Hings-ton, président ; l'hon. Dr J. J. Ross, vice-président pour Québec ; Dr J. L. Leprohon, vice-président pour Montréal ; Drs A. G. Bel-leau et F. W. Campbell, secrétaires ; Dr Léonidas Larue, régis-trateur ; Dr E. P. Lachapelle, trésorier ; les Drs C. E. Lemieux, L. J. A. Simard, E. A. De St. Georges, M. P., C.S. Parke, R. F. Rinfret,

M. P. P., A. A. Watters, de Québec; T. A. Rodger, J. Perrigo, R. P. Howard, de Montréal; P. M. Guay, M. P., St. Romuald; L. T. E. Rousseau, St. Casimir; P. E. Grandbois, M. P., Fraser-ville; Tancrède Fortier, Ste. Marie de la Beauce; J. B. Gibson, Cowansville; Thomas Christie, Lachute, J. A. Duchesneau, Terrebonne; J. E. Badeaux, Trois-Rivières; F. J. Austin et F. Paré, Sherbrooke; Thomas Larue, Compton.

Le président, M. le Dr Hingston, ouvre la séance à dix heures précises. Le Dr Belleau lit les minutes de la dernière assemblée semestrielle, qui sont adoptées.

Le Dr Campbell, doyen de la Faculté de médecine du Collège Bishop, lit une lettre par laquelle le Dr R. A. Kennedy annonce qu'il a donné sa démission comme représentant cette faculté dans le Bureau et qu'il est remplacé par le Dr Perrigo.

Le président nomme le comité des *créances* suivant : Drs Lachapelle, Léonidas La rue et Perrigo.

Le président demande l'opinion du Bureau sur la demande présentée par Mme Mitchell, graduée de l'Université de Kingston, lors de la dernière assemblée, à l'effet d'obtenir la licence du Collège.

Le Bureau est d'avis qu'il ne peut y avoir de déqualification à raison du sexe des candidats, le mot candidat mentionné dans la loi s'appliquant indistinctement aux hommes et aux femmes.

Les rapports des assesseurs de l'Université-Laval (Québec et Montréal) sont lus et adoptés, sur motion des Drs Howard et Parke.

Le professeur P. C. Read, M. A., de Lennoxville, ayant donné sa démission comme examinateur pour l'admission à l'étude de la médecine, et ayant été remplacé dans la vacance par M. le président qui a nommé M. H. J. Hamilton Petry, M. A., de Lennoxville, celui-ci est continué dans l'exercice de ses fonctions, sur motion des Drs Gibson et Rodger.

Le rapport des examinateurs pour l'examen préliminaire est lu et adopté sur motion des Drs Paré et Christie. D'après ce rapport, 43 candidats sur 76 aspirants ont été admis. Ce sont : Mlle Olivia Grace Ritchie, MM. W. G. Gilles, Charles F. Martin, Jos. Masson, Jos. Gadbois, J. A. Renger, Eugène Paquet, Henri Gaboury, R. C. Laurier, J. A. Daigle, C. E. Boisvert, G. Rancourt, Jos. Bourget, D. Bernier, W. Lacroix, E. Faguy, C. Degagné, G. Boisseau, J. B. Delile, F. Dubord, D. Ladonceur, H. B. V. Carmichael, B. Lahaie, J. A. Beaudoin, P. Boulanger, W. Burnett, N. Cantin, A. Charbonneau, L. S. Charland, Jos. Coderre, D. Crevier, A. G. Dagenais, Oscar Dunn Duckett, W. Gauthier, J. A. Lapointe, W. Murray, A. Paimont, P. McCormick, D. Pelerin, D. Plouffe, F. Plourde, P. Sylvestre et D. Longpré.

Un médecin de Montréal, se disant porteur de diplômes de Londres, demande la licence du Collège. Il prétend que ses diplômes ont été détruits dans un incendie à Chicago. Le Bureau

décide que ce médecin devra produire un duplicata de ses diplômes pour avoir sa licence.

Ce médecin demande ensuite, par l'entremise du président, la protection du Bureau pendant six mois afin de lui permettre de pratiquer et d'aller en Europe, chercher le duplicata exigé. Le Bureau rejette cette demande et décide que la licence ne sera accordée à ce médecin que lorsqu'il produira devant le président la pièce exigée.

Proposé par les Drs Grandbois et Rousseau et résolu : Que ce Bureau croit devoir pétitionner de nouveau la législature de la Province, et demander que tout applicant qui désire être exempté de certaines formalités de la loi pour être admis à la pratique de la profession médicale, soit tenu de fournir l'opinion du Bureau provincial de médecine sur les raisons qui motivent sa demande.

Le Dr Lachapelle lit le rapport du comité des créances. Les gradués dont les noms suivent sont assermentés et reçoivent la licence du Collège.

*Université Laval.*—Joseph François Thomas Savary, Chambord, lac St. Jean; Pierre Venant Sosthène Lefrançois, Québec; F. X. Feuilteau, Hereford, comté de Compton; Joseph Samuel Poliquin, Lévis; John N. Mount, Montréal; Jos. Ed. Laberge, Ste. Philomène, comté de Châteauguay.

*Université Victoria.*—J. T. Adrien Gravel, St. Paul de Chester; Jos. Antoine Langis, Maria, comté de Bonaventure; Avila Chrétien Zaugg, Montréal; Prosper O. Lauzon, Montréal; Théop. Alex. Archambault, St. Paul d'Hermite; J. Horace Charrier, Ste. Angèle de Monnoir; Louis Raymond Benoit, Chambly; Félix Larocbe et Théodule Lécuyer, Montréal.

*Université McGill.*—A. D. Stewart, Richmond; James R. Clouston, Howick, P. Q.; Rober tH. W. Powell, Ottawa; Dugald Spencer McDougall, Russell, Ontario; A. E. Orr et H. J. Hopkins, Cookshire; Edward P. Williams, Ottawa.

*Apothicaire de Dublin.*—J. Alexander McHay, Watford, Ontario.

On refuse d'accorder la licence à un gradué qui n'a pas fini ses quatre années d'études médicales.

Un candidat subit son examen professionnel devant le comité suivant : Dr Lemieux, anatomie; Dr Perrigo, chirurgie; Dr Gibson, matière médicale; Dr Howard, pratique de la médecine; Dr Thos. Larue, jurisprudence médicale; Dr Simard, physiologie; Dr Grandbois, accouchements; Dr Guay, botanique; Dr Leprohon, hygiène et chimie.

Le candidat est rejeté.

Le Dr Lachapelle, trésorier, soumet son état financier depuis le 15 septembre 1887 au 15 septembre 1888.

D'après ce rapport, les recettes du Collège ont été de \$7,491.32. Toutes dépenses payées, il reste en caisse une balance de \$3,954.90.

Ce rapport est adopté sur motion des Drs Parke et Rinfret.

Les Drs Howard et Paré proposent et il est résolu : Que M. le secrétaire donne instruction à M. Lamirande agent *détective* du Collège, qu'à l'avenir il devra présenter un rapport à chaque assemblée et donner les noms des personnes non licenciées contre lesquelles des plaintes ont été portées.

Un comité est nommé pour examiner Mme Mary Denny, de Montréal, qui se présente pour obtenir un diplôme de sage-femme. Ce comité est composé des Drs Parke, Granbois et Perrigo. L'apPLICANTE est admise et reçoit sa licence.

Sur motion des Drs Howard et Gibson, des remerciements sont votés à l'Université Laval, pour l'usage gratuit de ses salles, et la séance est levée à midi quarante minutes. (*Communiqué officiel.*)

\*.\*

Décidément, le Bureau a tenu à se rendre agréable aux dames. Outre qu'il a accordé la licence du Collège à une *doctoresse*, madame Campbell, il a voulu consacrer définitivement l'admission des femmes au sein de la profession médicale en notre province, en admettant une jeune fille, mademoiselle Ritchie, à subir l'épreuve de l'examen préliminaire, épreuve dont, soit dit en passant, elle s'est tirée à merveille, puisqu'elle est arrivée première.

\*.\*

Est-ce cet excès de galanterie chez nos gouverneurs qui leur aura fait oublier qu'ils étaient convoqués à Québec pour autre chose que pour les beaux yeux de ces dames? Nous l'ignorons. Constatons seulement que, par un prodige de célérité vraiment remarquable, ils ont, dans l'espace de *deux heures et demie*, transigé toutes les affaires accumulées depuis la dernière réunion. Il n'a été question ni de *Bill médical*, ni d'amendements, ni du tarif, ni des charlatans, ni même des intérêts généraux de la profession? Pas le moindre discours, pas la plus petite interpellation. Arrivés à Québec par le bateau du matin, nos intéressants gouverneurs ont pu en partir par le train rapide de 2h. p. m. et, pour ce petit voyage d'agrément chacun d'eux a reçu la somme de dix dollars! S'il y a une échelle quelque part il est temps de la tirer!

---

### Traitement de la diphthérie. (1)

---

Contre l'adénite diphthérique, si fréquente dans les cas où les fausses membranes atteignent les fosses nasales, il n'y a, d'après M. Jacobi, qu'un seul traitement rationnel et qui consiste à modifier la surface d'absorption, la muqueuse malade. La plupart des

---

(1) Voir la livraison de septembre, page 493.

applications faites sur les ganglions eux mêmes sont à peu près inutiles, quand elles ne sont pas positivement nuisibles. Si la suppuration s'établit dans les ganglions tuméfiés, il faut ouvrir l'abcès et panser antiseptiquement.

Dans la diphthérie, les trois grandes sources de danger sont la septicémie, la syncope cardiaque et la suffocation.

Le traitement de la septicémie est tout prophylactique et se résume à pratiquer la désinfection des muqueuses malades au moyen d'injections, vaporisations, etc., antiseptiques, tel qu'il a été dit déjà. Les solutions doivent être faibles mais appliquées fréquemment.

La syncope est parfois soudaine, elle se fait pressentir, d'une manière générale, assez longtemps à l'avance, par l'affaiblissement des pulsations cardiaques qui, en même temps, augmentent de fréquence, et surtout par le fait que l'intervalle qui sépare le bruit systolique du bruit diastolique devient égal à celui qui sépare la diastole de la systole. Ce dernier signe indique toujours danger.

Pour obvier à la syncope, et surtout pour la prévenir, il est important de prescrire un repos absolu. Il faut, à tout prix, éviter tout ce qui peut être de nature à affaiblir le malade, aussi doit-on recommander le repos au lit, dans la position horizontale ou demi-horizontale, même au moment des repas; pas d'émotions morales, pas d'efforts inutiles, pas de mouvements brusques de la part du malade. Comme médicaments, la digitale, le sulfate de spartéine ( $\frac{1}{10}$  gr. quatre fois par jour pour un enfant d'un an), le strophanthus, les stimulants alcooliques, (de trois à dix onces de cognac par jour), le café, le camphre (de 5 à 25 grains par jour), et surtout le musc, qui, d'après M. Jacobi, est le meilleur stimulant du cœur dans ces cas. "Quand, dit-il, chez un enfant de un à deux ans, dix à quinze grains de musc n'ont pas, dans l'espace de trois ou quatre heures, produit un effet décisif sur le cœur, le pronostic doit être tenu pour mauvais."

Il faut enfin combattre la paralysie qui complique si souvent la convalescence, et l'anémie, parfois profonde, dans laquelle se trouve plongé le sujet. La paralysie du cœur se traite par les toniques cardiaques: la digitale, etc.; celle des muscles volontaires ou mixtes, par le fer, les frictions, le massage, la strychnine et l'électricité. Contre l'anémie, on emploiera les toniques généraux et en particulier le fer.

M. Jacobi termine sa communication en préconisant deux médicaments dont il reconnaît les hautes vertus thérapeutiques dans la diphthérie: le perchlorure de fer et le mercure.

"Le perchlorure de fer, dit-il, est un astringent et un antiseptique, et il est important qu'il soit mis aussi souvent et aussi longtemps que possible en contact avec les muqueuses malades. On doit donc l'administrer à doses rapprochées, toutes les heures ou toutes les demi-heures, et même, toutes les quinze ou vingt minutes. Un enfant d'un an peut en prendre de 45 à 60 grains par jour; le

remède est dissous dans l'eau, mais on ne doit pas faire boire d'eau après l'avoir administré. S'il se produit des vomissements ou de la diarrhée, on doit en cesser l'usage. Le meilleur adjuvant du perchlorure de fer est la glycérine, qui vaut mieux, dans ces cas, que les sirops. On la doit cependant suspendre elle aussi, s'il survient de la diarrhée."

Tout en vantant les bons effets du muriate de fer, M. Jacobi admet cependant qu'il est des cas où, comme tous les autres médicaments du reste, il reste inefficace, ce qui arrive chez les enfants affectés de diphthérie naso-pharyngée avec engorgement ganglionnaire considérable, asthénie cardiaque, septicémie, et irritabilité de l'estomac. Alors le fer est contrindiqué, et il n'y a que les stimulants, cardiaques et généraux, qui, donués à hautes doses, puissent amener de bons résultats. De même, le fer ne suffit pas dans les cas où le larynx est principalement atteint.

Quant au mercure, il en parle en termes presque enthousiastes et dit avoir observé nombre de cas où son emploi a été suivi de résultats souvent inespérés, tant dans sa propre clientèle que dans celle de praticiens tels que Pepper et O'Dwyer. "Depuis quelques années, dit-il, le mercure (bichlorure) a été administré plus souvent et avec plus de succès que jamais. Mon expérience personnelle au sujet de l'efficacité de ce médicament porte surtout sur des cas de laryngite diphthéritique et quelques cas de bronchite fibrineuse, et c'est là qu'il m'a principalement été utile." M. Jacobi emploie une solution aqueuse de sublimé, 1 pour 500. Un enfant d'un an peut prendre  $\frac{1}{2}$  grain par jour et pendant plusieurs jours consécutifs, sans trop de désordre intestinal et sans stomatite; les doses varient de  $\frac{1}{16}$  à  $\frac{1}{10}$  gr. et quelquefois même plus, toutes les heures.

---

### Memento nécrologique.

---

#### LE DOCTEUR J. E. CODERRE.

C'est avec un vif regret que nous enregistrons aujourd'hui la mort de l'un des doyens de la profession médicale à Montréal. M. le docteur J. Emery Coderre est décédé dans le cours du mois dernier, après une longue et pénible maladie.

J. Emery Coderre naquit à Saint-Denis, comté de St-Hyacinthe, le 23 novembre 1813.

Ses parents, peu aisés, mais d'une probité antique, ne lui donnèrent que l'éducation strictement nécessaire à un homme de comptoir ou un employé de bureau. A 14 ans, il quittait Saint-Denis pour aller gagner sa vie à Montréal, comme commis-marchand. Toutefois, se sentant appelé à d'autres destinées que celle qui pesait sur lui, le jeune Coderre jeta timidement un regard sur d'autres horizons.

Après douze années de service, la médecine ayant pour lui plus d'attrait que n'en put jamais avoir le commerce, il se livra avec passion à l'étude de cette science et fut au bout de trois ans admis à la pratique.

En 1847, il était nommé professeur à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, dont il devint plus tard le président et où, pendant plus de trente ans, il occupa la chaire de matière médicale.

En 1852, l'Université de Castleton lui conféra le titre honorifique de Docteur en Médecine, et en 1857, l'Université Victoria lui fit le même honneur.

A la tête d'une nombreuse clientèle, le docteur Coderre se distingua toujours par une grande ponctualité à remplir les devoirs de sa profession, une exquise urbanité envers tous, un zèle infatigable pour ses malades qu'il considérait avant tout comme ses enfants.

Le docteur Coderre fut, de tout temps, un adversaire convaincu autant qu'acharné de la vaccination qu'il combattit à outrance par tous les moyens. Comme tel il joua un rôle considérable au sein de la profession médicale canadienne dont un certain nombre de membres se rallièrent, dans le temps, à ses idées. Il faisait partie de la Ligue Internationale des Antivaccinateurs et il conserva toujours une foi robuste dans la prédiction du professeur Newman : *Dans cinquante ans, on ne vaccinera plus.*

Outre ses nombreux écrits contre la pratique Jennérienne, le savant professeur de l'École de Médecine s'est occupé entre temps de jurisprudence médicale.

Il fut médecin de l'institution des Sourdes Muettes, et médecin de l'Hôtel-Dieu pendant quarante-trois ans.

M. le Dr Coderre laisse le souvenir d'un homme de bien.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

RODET.—*La thérapeutique médico-chirurgicale en 1887.*—Revue des travaux français et étrangers, publiée sous la direction du Dr Paul Rodet, Paris.—Librairie J. B. Baillière, 19 rue Haute-feuille, 1888.

LACHAPPELLE.—*Manuel d'hygiène à l'usage des Ecoles et des Familles.* Rédigé conformément aux instructions du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec—avec figures dans le texte—par Séverin Lachapelle, M. D., Professeur d'Hygiène à l'Université Laval, auteur de "La Santé pour tous."

Cadioux & Derome, éditeurs, Montréal, 1888—1 vol. in-16 de 176 pages.



Il y a de longues années que nous déplorons le défaut de l'enseignement dans nos écoles. Le Manuel d'Hygiène a été écrit dans le but de combler cette lacune et il nous semble très bien adopté à son but.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

**Université Laval, Montréal.** — La rentrée des Facultés de l'Université Laval à Montréal, a eu lieu le 3 octobre. Le soir, il y eut séance solennelle au Cabinet de Lecture paroissial, sous la présidence de M. le Grand Vicaire Maréchal. Les professeurs des quatre Facultés y assistaient en costume.

Des discours ont été prononcés par M. le Vice-Recteur, l'hon. H. Archambault, M. le docteur Lamarche et M. le Grand Vicaire Maréchal.

Les cours de la Faculté de médecine se donneront tel qu'il a été indiqué déjà dans notre livraison de septembre, sauf pour le cours de pathologie externe qui, durant le premier terme, sera donné par M. le docteur Lamarche, tous les jours, à 5 heures p.m.

**Montreal College of Pharmacy.** — La séance d'ouverture des cours du *Montreal College of Pharmacy* a eu lieu lundi, le 1er octobre, sous la présidence de M. D. Watson, président du Collège. Après quelques remarques faites par M. le président et les professeurs Reed, Bemrose et Desrosiers, M. le docteur W. H. Hingston prononça le discours d'ouverture, passant successivement en revue l'histoire de la pharmacie, les qualifications que doivent posséder l'élève en pharmacie et le pharmacien, et finalement les rapports qui doivent exister entre le médecin et le pharmacien.

Le nombre des élèves inscrits à l'heure où nous écrivons dépasse de beaucoup celui des années dernières.

## NAISSANCES

**FILIATRAULT.** — A Sainte-Rose, le 12 septembre, la femme du docteur M. S. Filiatrault, un fils.

**MOUSSEAU.** — A Montréal, le 14 septembre, la femme du docteur J. X. Mousseau, une fille.

**BRIEN.** — Au Sault-aux-Recollets, le 26 septembre dernier, la femme du Dr. M. S. Brien, une fille.

## DEGES

**GAUTHIER.** — A Montréal, le 12 septembre, à l'âge de 30 ans, M. le docteur Avila Gauthier, de Montréal.

**FAFARD.** — A Montréal le 5 septembre, dame Sophie Daoust, femme de M. le docteur N. Fafard, professeur à l'Université-Laval, Montréal.

**DUQUET.** — A La Longue-Pointe, le 17 septembre, à l'âge de 12 jours, Jacques-Evariste, enfant du docteur E. E. Duquet.