

## 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

---

## Empoisonnement par la Nitrobenzine;

par M. T. BRENNAN, M. D., médecin interne de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.

---

L'empoisonnement par la nitrobenzine étant rare, et deux cas étant venus à ma connaissance, je me permets de les faire connaître avec tous les détails utiles que j'ai pu rassembler.

Il est étonnant que l'on ne rencontre pas plus souvent de ces cas, vu l'usage assez étendu que l'on fait de cette substance en confiserie, en savonnerie, dans la fabrication du cirage, etc. C'est un poison assez violent, que l'on peut se procurer facilement et à un prix assez modique; malgré tout, je crois qu'on ne trouve que deux ou trois cas, parmi ceux rapportés, qui aient eu un résultat fatal: deux par Letheby et un autre par Lehmann.

Voici, en quelques mots, l'histoire des deux cas observés par moi:

Un fermier, demeurant à L..... trouve sur le bord de la rivière une bouteille à cognac, pleine d'un liquide ayant l'apparence de l'eau-de-vie; tout naturellement il l'emporte à la maison, où sa femme lui dit que c'est du "noyau," le liquide en ayant le goût et surtout l'odeur; elle en prend une quinzaine de gouttes avec de l'eau et le trouve "bon"; elle en offre à deux employés qui étaient à déjeuner; ceci se passait vers 6 hrs. a. m. Ces deux hommes en prennent chacun un peu plus que une demi-once; en l'avalant, ils éprouvent une chaleur à la bouche et à l'œsophage; cette sensation se fait sentir aussi dans l'estomac. Dix à quinze minutes après ils sont tous deux pris d'engourdissements dans les jambes, les mollets surtout; en même temps ils se sentent comme ivres, ont du vertige, des lipothymies et ne peuvent se tenir debout, les engourdissements, les fourmillements et la faiblesse des jambes augmentant. Les témoins remarquent que les deux patients ont les yeux hagards, vitreux, proéminents; les lèvres, ailes du nez et mains cyanosées; la figure couverte de sueurs et très pâle, les hommes chancelent. Les croyant empoisonnés, on leur administre du lait en abondance, et, environ 20 minutes après l'ingestion du poison, il se produit des vomissements abondants et répétés. On transporte immédiatement les malades chez le médecin, celui-ci leur administre des émétiques et institue un traitement en rapport avec leur état, mais en dépit de tous les efforts

des deux médecins présents, les malades succombent, l'un à 9 hrs. a. m. et l'autre à 11 hrs a. m.

Les symptômes, tels que relatés dans le temps par messieurs les médecins, autant que je puis me les rappeler, auraient été les suivants : pouls petit, rapide, faible, presque imperceptible par moments ; cyanose bien marquée des extrémités et de la figure ; de la dyspnée et une odeur forte, pénétrante, d'amandes amères, s'exhalant de la bouche et des vêtements sur lesquels étaient tombées des matières vomies ; douleurs épigastriques et abdominales, sécheresse de la bouche et soif intense ; l'intelligence s'est maintenue lucide jusqu'à quelque temps avant la mort, celle-ci a été précédée de relâchement des sphincters, — l'urine et les fécès émettant l'odeur d'amandes amères, — de quelques contractures, de trismus, et finalement de coma.

La femme du fermier dit n'avoir ressenti qu'un peu de céphalalgie et de langueur dans le cours de la journée. La fille du fermier, aussitôt que les symptômes d'empoisonnement se sont manifestés chez les deux victimes, a, de suite, brisé la bouteille et jeté son contenu à la rivière.

Ayant été demandé pour faire l'autopsie de ces deux individus, 30 heures après la mort, par le coroner du district, j'ai recueilli les notes suivantes :

Les cadavres sont ceux de deux hommes, l'un de 64 ans, l'autre de 38 ans, en toute apparence bien constitués.

La rigidité cadavérique assez marquée encore ; mâchoires très fortement serrées ; les extrémités des doigts et des orteils sont d'un bleu noirâtre intense ; sphincter anal ouvert.

En incisant les parois thoraciques et abdominales, il se dégage une odeur forte, pénétrante d'amandes amères ; d'ailleurs, cette odeur spéciale, presque pathognomonique, se rencontre partout, dans tous les tissus, dans tous les organes et dans tous les fluides de l'économie. Elle est persistante, mais ne paraît pas fatiguer ; nous avons fait les deux autopsies à la suite l'une de l'autre, et pour ma part je n'ai été nullement incommodé ; cependant, un des médecins qui assistaient a eu quelques nausées. Partout les vaisseaux sont gorgés d'un sang noir très fluide ; ils se vident très facilement à la pression.

Les organes abdominaux sont tous congestionnés et ont l'odeur caractéristique. L'estomac, rempli aux deux tiers d'un liquide exhalant très fortement l'odeur signalée, est très congestionné par endroits, offrant des arborisations artérielles, rouges vermeilles ; à la section, il s'écoule un sang de même couleur ; par îlots il y a des taches hémorrhagiques intenses, le sang en est de même très rouge et fluide. Cette congestion active se limite à la muqueuse-gastrique et intestinale et tranche sur cette congestion passive que l'on trouve dans toutes les autres parties de l'économie. Elle va en di-

minuant dans les intestins à mesure que l'on s'éloigne de l'estomac.

*Foie* : surface de couleur violette, purpurée par endroits ; la section donne une couleur brune foncée ; les tissus sont gorgés d'un sang noir, fluide, abondant ; l'organe est de grosseur normale ; la capsule s'enlève très facilement.

*Vésicule biliaire* : pleine d'une bile brunâtre, à odeur caractéristique de la nitrobenzine ; tous les organes et tissus en contact avec la vésicule sont teints très fortement en jaune et la région présente une apparence frappante, tout-à-fait semblable chez les deux empoisonnés.

*Reins* : sont tous deux fortement congestionnés : sang noir fluide, odeur &c., il en est de même de la rate.

Les *poumons* sont également gorgés.

Le *sac péricardique* renferme, dans un cas une demi-once de liquide et dans l'autre deux onces.

Les *cavités du cœur*, surtout au cœur droit, contiennent du sang noir en petite quantité ; l'endocarde est beaucoup plus pâle qu'à l'état normal ; le myocarde n'offre rien de spécial ; les artères coronaires sont remplies et se vident très facilement à la pression.

*Cerveau* : les artères de la dure-mère sont gorgées d'un sang noir fluide et se vident aisément ; la cavité de l'arachnoïde renferme beaucoup de liquide fortement imprégné de l'odeur de nitrobenzine ; la substance cérébrale est très molle et œdématisée ; tous les ventricules sont remplis d'un liquide séro-sanguinolent.

J'ai donné une esquisse rapide de l'autopsie, car elle ne diffère que peu de celles déjà publiées, et cela seulement en ce qui regarde le canal alimentaire qui, ici, offre les lésions d'une gastro-entérite commençante, tandis que Letheby l'avait trouvé intact ; quant au cœur que ce dernier avait trouvé plein, il était presque vide dans les cas que je cite, et s'était arrêté en systole ; de fait, la congestion remarquée dans tous les organes est de nature artérielle, mais d'un sang non oxygéné.

La nitrobenzine, (nitrobenzide, benzoène nitré, mononitrobenzine, ou nitrobenzol,) découverte en 1834 par Mitscherlich, est obtenue par l'action de l'acide nitrique fumant sur la benzine,  $C^6 H^6$ , substituant  $No^2$  à  $H$  et donnant  $C^6 H^5 HO^2$  formule de la nitrobenzine. C'est un liquide huileux, de couleur citron pâle ; d'odeur forte, mais agréable, d'amandes amères ; saveur âcre, chaude et désagréable. Cette huile se vend dans le commerce sous le nom d'huile ou d'essence de mirbane ou d'essence artificielle d'amandes amères et est utilisée, comme je l'ai dit plus haut, quoique moins au Canada qu'en Europe, dans la préparation des parfums, des savons, des bonbons, des cirages &c. Une certaine quantité est aussi employée dans la fabrication de l'aniline, substance importante que la nitrobenzine donne par réduction. Par l'analyse chimique, j'ai parfaitement constaté la présence de la nitrobenzine

dans l'urine, (point important chimiquement) les substances contenues dans l'estomac, le liquide péricardique et le *liquide des ventricules du cerveau*. Les matières vomies, de même que la terre recueillie là où la bouteille avait été brisée, en contenait beaucoup.

Dans le cours des dépositions des témoins, un d'entre eux a reconnu avoir eu en sa possession, de l'huile de mirbane qu'il employait dans la fabrication du cirage ; ayant pu reconstruire ainsi l'histoire de la bouteille trouvée sur la grève par le fermier, tout doute qui aurait pu exister sur la nature du poison fut levé.

Le poison est généralement rangé parmi les narcotiques ; dans les cas actuels, il a paru jouer le rôle d'hyposthénisant ou peut-être de névrosthénique.

Après ce court exposé, nous pouvons remarquer pratiquement :

Que la nitrobenzine est un poison violent, à effet rapide, et qu'elle ne devrait pas être vendue sans précaution ; dans ce cas-ci, le monsieur qui s'en servait n'avait pas même été averti que l'huile fut un poison ;

Qu'elle agit un peu à la manière de l'acide cyanhydrique et donne à peu près les mêmes lésions anatomiques ; mais son action est beaucoup plus lente que celle de l'acide prussique. Que les vapeurs produisent peu d'effet — contraste avec l'acide prussique ;

Que le poison se reconnaît à son odeur plus pénétrante et plus persistante que celle de l'acide cyanhydrique, et peut-être par l'examen des urines ; que le traitement devra être prompt et énergique.

---

## HOPITAUX.

---

### HOPITAL NOTRE-DAME, Montréal.

*Empoisonnement par le vert de Paris—Paralyse alcoolique—Fièvre typhoïde—Maladie de Corrigan.*

*Empoisonnement par le vert de Paris.*—Alexis L.—vieillard âgé de 60 ans, est admis d'urgence à l'hôpital, le 13 août, à 10h. a. m. La personne qui l'accompagne raconte que, vers 5h. du matin, L... a ingurgité une forte dose de vert de Paris, qu'il a été pris de nausée, puis de vomissements, environ une heure plus tard. Les matières vomies alors consistaient d'abord en une substance verte, mélange de vert de Paris et de mucosités, puis de mucosités seules. Quatre à cinq vomissements se sont ainsi produits spontanément, le malade se plaignant de vives douleurs au creux épigastrique, et accusant une soif ardente.

Lors de l'entrée de L... à l'hôpital, le diagnostic n'offre donc pas de doute, étant donné le récit qui précède. Il suffit d'ailleurs

de jeter un coup d'œil sur le malade pour se convaincre qu'on a affaire à un empoisonnement par l'acéto-arsénite de cuivre. La barbe, la chemise et le gilet du patient sont couverts de vert de Paris, le malheureux ayant pris la dose dans un accès de désespoir rendu plus intense par des libations copieuses antérieures. Au reste, il est un alcoolique confirmé et est, en outre, séparé de sa femme avec qui il a eu naguères des difficultés. La face est pâle, les yeux caves; le pouls rapide, petit; la peau est froide, la respiration normale. Le malade répond assez bien aux questions qu'on lui pose et demande fréquemment à boire. Pas de diarrhée ni d'hématurie. Les vomissements sont loin d'être fréquents. On administre immédiatement une cuillerée à bouche de fer dialysé ammoniacal, que l'on fait suivre, au bout de cinq minutes, par une dose de sulfate de zinc. Des vomissements surviennent, et l'on répète les doses de fer dialysé et de sulfate de zinc de demi heure en demi heure, jusque vers 2h. p. m. Les vomissements ont été abondants, contenant de grandes quantités de vert de Paris mêlé à des grumeaux bruns verdâtres formés par l'oxyde de fer combiné (?) à l'arsénite de cuivre. Le malade n'ayant presque plus la force de vomir, on introduit dans l'estomac un tube de Faucher et l'on pratique le lavage qui amène encore la sortie d'une assez forte proportion de vert de Paris mêlé à d'épaisses mucosités. Vers le soir, les symptômes de dépression sont plus marqués; le pouls est petit, compressible, très rapide, la respiration suspicieuse; on pratique des injections hypodermiques d'éther qui ont pour effet de relever momentanément le pouls et de ramener un peu de chaleur aux extrémités. Malgré cela, le malade va s'affaiblissant de plus en plus et meurt vers 11h. du soir.

*Autopsie.*—L'autopsie est faite 24 heures après la mort. La muqueuse de la bouche, du pharynx et de l'œsophage est intacte. A peine constate-t-on une légère plaque rougeâtre au niveau de la jonction du pharynx avec l'œsophage. L'estomac est aux trois quarts rempli d'un liquide verdâtre, le malade ayant ingéré de grandes quantités d'eau durant les quelques heures qui ont précédé sa mort. Adhérent à la muqueuse gastrique, on remarque deux onces d'une substance verte qui n'est autre chose qu'un mélange de mucus épais et de vert de Paris. La muqueuse est presque uniformément colorée en vert. Ça et là se remarquent des taches et arborisations rougeâtres, indices de l'inflammation qui s'y est développée. Dans le duodénum on ne retrouve plus la coloration verte de la muqueuse, mais celle-ci est très rouge et on y découvre du vert de Paris en nature.

M. le DR. DESROSIERS attire l'attention des élèves sur l'extrême gravité de tous les cas d'empoisonnement par les préparations arsenicales. Sous l'influence de l'irritation produite par

l'arsenic, l'estomac sécrète une grande quantité de mucus épais qu'invisque le poison, l'emprisonne en quelque sorte et en empêche le rejet. En général, le pronostic est fatal. Les lésions de tissus ne sont cependant pas caractéristiques, et quand on ne retrouve pas le poison en nature dans l'estomac ou l'intestin, il est impossible de dire, par le seul examen de ces lésions, si oui ou non l'arsenic a été ingéré. Il faut alors s'aider de l'analyse chimique. Dans l'empoisonnement aigu par l'arsenic et ses sels, la mort survient ordinairement en 24 ou 48 heures, et c'est pour cette raison qu'on ne retrouve presque jamais d'ulcérations de la muqueuse gastrique, le processus ulcératif n'ayant pas eu le temps d'évoluer.—Les antidotes chimiques recommandés contre l'arsenic : la magnésie hydratée, l'hydrate de peroxyde de fer et le fer dialysé ont-ils une valeur réelle ? C'est peut-être plus qu'on ne saurait dire. Il serait peu sûr de se fier à eux exclusivement, mais il faut s'attacher davantage à assurer le rejet du poison, soit au moyen d'émétiques prompts et sûrs : sulfate de cuivre, apomorphine etc., soit au moyen de la pompe gastrique, comme cela a été fait dans le cas présent. La plupart du temps, malgré tous les efforts possibles, on ne peut provoquer le rejet de la totalité du poison ingéré, surtout quand l'ingestion remonte à plusieurs heures, et le malade se trouve ainsi voué à une mort presque certaine. Ici le malade avait pris sa dose de vert de Paris à 5 heures a. m., et ce n'est qu'à 10 heures que l'on put le transporter à l'hôpital. Déjà l'on pouvait pronostiquer une terminaison fatale.

*Paralysie alcoolique.*—Damase L..... boulanger, âgé de 31 ans, entre à l'hôpital le 16 avril, pour une paralysie des extenseurs des deux avant-bras, paralysie dont il dit souffrir depuis quatre ou cinq semaines. Les antécédents du malade ne révèlent rien d'anormal si ce n'est des habitudes alcooliques qui ont duré plusieurs années et dont L..... ne s'est défait que depuis un mois environ, c'est-à-dire lors de l'apparition de la paralysie. Il n'a jamais été exposé à l'influence d'émanations plombiques, ne présente pas de liseré des gencives, et n'accuse ni coliques, ni constipation, ni arthralgie. La santé générale est assez bonne, l'appétit conservé, la digestion parfaite. En un mot rien ne peut, dans ce cas, faire croire à l'intoxication saturnine ni à une maladie de la moelle. Reste l'influence de l'alcool dont le malade a fortement abusé.

La paralysie, dans le cas présent, affecte les extrémités supérieures. C'est là une exception à la règle générale ; la paralysie alcoolique, en effet, débute la plupart du temps par les membres inférieurs dont les extenseurs sont frappés tout d'abord. M. le Dr DESROSIERS insiste sur les faits suivants, mis en lumière par les remarquables travaux de M. LANCEREAUX : La paralysie alcoolique

que est à début lent, jamais subit, quoique généralement précédée de symptômes prodromiques (douleurs, fourmillements, soubresauts, etc.); elle respecte toujours la face; les fonctions intestinales et vésicales restent normales; pas de paralysie des sens spéciaux; on observe très souvent des douleurs fulgurantes, comme dans l'ataxie du mouvement, de l'hypéresthésie, des perversions de la sensibilité, et l'absence du réflexe rotulien.

La paralysie alcoolique doit être rangée parmi les paralysies périphériques et reconnaît pour cause une névrite. Elle est la plupart du temps chronique. Dans le cas qui précède, on a employé tour à tour la strychnine, le phosphore, les toniques généraux et l'électricité. Ce dernier agent, sous forme de courant galvanique, a donné d'aussi bons résultats qu'on en pouvait espérer. Lors de la sortie du malade, le 20 juillet, il y avait amélioration évidente. L... pouvait écrire assez facilement, chose qu'il lui était tout à fait impossible de faire à son entrée dans le service. Mais le traitement devra être continué pendant plusieurs mois encore si l'on veut obtenir un résultat tout à fait satisfaisant.

*Fièvre typhoïde.*—Durant les mois de juillet et août, vingt cas de fièvre typhoïde ont été traités dans le service de médecine; il y a eu dix-sept guérisons et trois morts. Le traitement suivi dans ces cas de fièvre typhoïde peut se résumer comme suit: Tant que la fièvre n'atteignait pas 103° Fahr. on n'a pas administré d'antipyrétique; on a estimé, avec Bouchard, qu'il était alors parfaitement inutile de chercher à abaisser une température qui ne pouvait compromettre, à elle seule, les jours du malade. Quand la température a atteint 103° ou dépassé ce chiffre, on a donné l'antipyrine, à dose de 15 à 20 grains, vers 3 heures de l'après-midi, et une deuxième dose de 15 à 20 grains à 5 heures. On a ainsi presque toujours obtenu un abaissement de 2 à 4 degrés, abaissement qui s'est maintenu de 6 à 8 heures. On répétait les doses le lendemain aux mêmes heures, si le thermomètre indiquait une élévation thermique au-dessus de 103°. En même temps on a prescrit la quinine suivant la méthode de Pécholier, 20 à 25 grains par jour; 1½ à 2 grains toutes les 2 heures. Le salicylate de soude n'a pas été employé.—Contre la soif, limonade à l'acide muriatique (1 drachme pour un pot d'eau). Pour combattre la sécheresse de la langue, on a badigeonné cet organe avec de la glycérine; ce moyen a réussi dans la plupart des cas et les malades y trouvent un soulagement réel. Dans les cas de diarrhée, on a administré l'eau sulfo-carbonée ou, à son défaut, le bismuth, dans le but d'assurer l'antisepsie intestinale tout en diminuant la fréquence des selles. Enfin, quand le pouls a montré du dicrotisme ou une tendance à s'affaiblir, on a eu recours aux stimulants alcooliques: cognac, xérès, champagne, à dose de 4, 6, 8, 10, 12,



15, 16 onces dans les 24 heures, suivant les cas.—Diète liquide, de facile digestion, consommé, lait, œufs, etc. Repos au lit, même dans les cas d'apparence bénigne. L'insomnie, si fréquente dans ces cas, a toujours été combattue par le chloral (15 à 20 grains) donné soit par la bouche, soit par le rectum quand il n'y avait pas de diarrhée.—Les complications pulmonaires ont été rares. Un des cas fatals s'est terminé par péritonite. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie intestinale.

*Maladie de Corrigan.*—Ellen L..., âgée de 58 ans, irlandaise d'origine, entre à l'hôpital le 4 mai, souffrant d'œdème et de dyspnée. C'est une vieille alcoolique. Pas de syphilis. Quelques accidents rhumatismaux. Aspect ordinaire des cardiaques, face un peu bouffie; œdème des pieds et du bas des jambes; dyspnée intense; orthopnée, appétit nul, nausées de temps à autre; intestins réguliers; urines rares; pas d'albuminurie; délire. A l'auscultation, râles muqueux sur toute l'étendue des deux poumons. pas de souffle tubaire. A la percussion, rien d'anormal. Au cœur on perçoit un bruit de souffle au deuxième temps, avec maximum d'intensité à la base. Pouls irrégulier et légèrement intermittent, bondissant, visible. Le tracé sphygmographique, pris très facilement, présente une ligne d'ascension verticale dont le sommet se termine par une pointe aiguë. Diagnostic: insuffisance aortique.

L'irrégularité et l'intermittence du pouls ainsi que la diminution de la sécrétion urinaire ayant suggéré l'idée d'une affection mitrale compliquant la lésion aortique, de la digitale avait d'abord été donnée à cette malade, mais sans aucun succès. La sécrétion urinaire n'en fut pas augmentée non plus que la dyspnée, et il y eut des vomissements. On mit alors de côté la digitale pour instituer le traitement de l'insuffisance aortique par les agents congestionnants et les paralysants de la tension artérielle. Ainsi l'on prescrivit tout d'abord l'opium, à dose de  $\frac{1}{2}$  grain toutes les 4 ou 5 heures, en même temps que l'iodure de potassium: 3 grains toutes les 4 heures. Le soulagement ne se fait guère attendre. Au bout de trois jours, la dyspnée et l'orthopnée ont disparu, de même que le délire et les vomissements. La malade dort facilement, pisse bien et mange de même. Le pouls est moins bondissant, la circulation périphérique se fait mieux, l'œdème a disparu tout à fait. L'iodure de potassium est remplacé, pour un temps, par la nitro-glycérine (solution au 1/100<sup>e</sup>) à dose de 1 à 2 gouttes, trois fois par jour. On continue l'opium. La malade sort le 31 mai, pas guérie, à coup sûr, mais aussi améliorée que possible. La maladie n'en restera pas là pourtant. Dans un avenir, plus ou moins incertain encore, la compensation artificielle qui vient d'être établie prendra fin, et les symptômes décrits plus haut se manifesteront de nouveau. Cette femme est exposée à mourir subi-

tement, comme tous les aortiques du reste, et si la dégénérescence des parois de l'aorte atteint l'orifice des artères coronaires, on pourra voir survenir des accès d'angine de poitrine vraie, impliquant danger imminent de mort soudaine. Contre ces accès, la nitro-glycérine sera encore indiquée, mais surtout le nitrite d'amyle et le nitrite de sodium.

**L'utérus et la morphinomanie.**—Notre savant collègue le Dr. LUTAUD vient de lire à la Société de médecine un intéressant mémoire sur les rapports de la morphinomanie et des affections utérines. En ce qui concerne le point de vue thérapeutique, nous devons signaler ici textuellement les points suivants :

“ C'est surtout contre les hémorrhagies du cancer utérin que j'ai eu à me louer de l'emploi régulier de la morphine. C'est en présence de ces faits que j'ai pensé pouvoir établir une certaine corrélation dans l'action de cet agent thérapeutique sur l'utérus sain et sur l'utérus malade. Dans le premier cas, il est nuisible en faisant disparaître une fonction; dans le second, il est utile en supprimant l'activité utérine et en atténuant les hémorrhagies et les douleurs qui accompagnent les fibromes et le cancer de l'organe.

“ Je ne m'aventurerai pas, du reste, dans des considérations d'ordre purement physiologique, et je me bornerai à insister sur un fait qui me paraît bien établi, et qui fournit une précieuse indication thérapeutique.

“ 1<sup>o</sup> Le morphinisme chronique diminue ou supprime la menstruation ;

“ 2<sup>o</sup> Il résulte de ce fait une indication précise pour la thérapeutique des affections utérines qui sont aggravées par l'existence du flux menstruel, et qui ne sont pas toujours susceptibles d'un traitement curatif; tels sont le cancer utérin et certaines variétés de fibromes.

“ Je pense que l'emploi méthodique de l'injection sous-cutanée de doses élevées de morphine (de 15 à 60 centigr.) est particulièrement applicable aux femmes atteintes de cancer de l'utérus. Il atténue considérablement l'hémorrhagie, fait disparaître les douleurs, produit chez les malades un stimulant nécessaire et prolonge considérablement l'existence.

“ Si le médecin a pour devoir absolu d'enrayer l'emploi beaucoup trop généralisé de la morphine en injections sous-cutanées, chez les personnes qui appliquent *elles-mêmes* cette médication, il doit, au contraire, s'efforcer d'habituer les femmes atteintes d'affections utérines incurables à cette thérapeutique dont les effets palliatifs sont toujours satisfaisants.”—*Revue de thérap.*

## REVUE DES JOURNAUX.

## MEDECINE.

**Pathogénie et traitement des troubles réflexes d'origine gastrique.**—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité (1).—Quant aux manifestations, elles se produisent par deux mécanismes distincts. Quelques-unes d'entre elles peuvent être rangées dans la catégorie de ces actes inhibitoires qui préoccupent si vivement les physiologistes depuis qu'ils ont été indiqués par Brown-Séguard, et qui consistent dans ce fait qu'une excitation portée vers le centre, au lieu d'en exciter le fonctionnement comme c'est la règle, le suspend pour quelque temps.

Voilà, par exemple, un homme qui, tout à coup, au milieu d'un repas, perd la mémoire, alors que toutes ses autres fonctions sont régulières ; tel autre, après un bon repas, et du fait de ce repas, devient impuissant. Ne sont ce pas là des actes d'inhibition au premier chef ?

Reconnaissons, toutefois, que l'inhibition ne saurait expliquer qu'un très petit nombre des phénomènes que nous étudions en ce moment. La plupart d'entre eux sont le résultat de troubles vaso-moteurs.

Or, la vaso-motricité peut porter sur les vaso-constricteurs ou sur les vaso-dilatateurs. La distinction entre ces deux ordres d'excitation est très délicate et, fort souvent, on est obligé de rester dans le doute sur la question de savoir à laquelle on a à faire. Dans la plupart des cas, cependant, l'excitation porte à la fois sur les vaso-constricteurs et sur les vaso-dilatateurs ; cette excitation est-elle légère, ce sont les vaso-constricteurs qui sont touchés. Est-elle plus énergique, l'action sur les dilatateurs devient prépondérante. En d'autres termes, on peut dire, ainsi que le fait remarquer M. Franck : Action légère, constriction ; action plus forte, dilatation. C'est là, du moins, ce qui est le plus en rapport avec ce que nous montre l'observation courante. Voyez, en effet, ce qui se produit lorsqu'on excite la peau d'une partie du corps. Le fait-on avec douceur, la peau blanchit, s'anémie par le fait de la diminution du calibre de ses vaisseaux, agit-on avec plus d'énergie, c'est, au contraire, de la rougeur produite par la dilatation de ses vaisseaux qui se manifeste.

(1) Suite et fin. Voir la livraison de juillet.

Appliquons maintenant ces données aux faits cliniques, et voyons si elles peuvent nous en fournir une explication satisfaisante.

Prenons comme exemple les accidents dont le poumon et le cœur peuvent être le siège.

Dans quelques circonstances, vous ai-je dit, on observe le type respiratoire connu sous le nom de respiration de Cheyne-Stokes, c'est-à-dire que l'activité pulmonaire diminue, la respiration se ralentit, se suspend en quelque sorte ; il semble qu'une inspiration ne puisse se produire qu'à la condition que le besoin de respirer soit plus impérieux qu'à l'état normal.

Cet état particulier s'explique facilement avec la théorie de l'inhibition.

Cette théorie nous apprend, en effet, qu'une irritation partie de l'estomac et arrivant au bulbe, peut se traduire par un acte d'arrêt allant au poumon par l'intermédiaire du pneumogastrique, et se traduisant par un ralentissement de la respiration.

La même théorie permet d'expliquer le ralentissement des mouvements du cœur. Un enfant soumis à mon observation, qui présentait le phénomène à un très haut degré, avait des battements du cœur en tout comparables à ceux qu'on observe sur les animaux dont on électrise le pneumogastrique.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent le plus souvent. Presque toujours, les phénomènes observés sont des phénomènes vaso-moteurs, et l'excitation réflexe du sympathique en est l'origine.

C'est l'excitation du sympathique, le nerf excitateur du cœur, qui produit les palpitations, la fréquence et l'irrégularité du pouls.

C'est la contraction des vaisseaux pulmonaires qui produit la suffocation spéciale due à l'insuffisance du courant sanguin dans les alvéoles pulmonaires, et c'est elle qui, par contre-coup, provoque une exagération de tension dans l'artère pulmonaire, et amène la dilatation du cœur droit.

Et n'allez pas croire qu'il s'agisse ici d'une simple vue de l'esprit, d'une hypothèse que rien ne justifie. Cette explication à laquelle m'avait conduit l'observation clinique, vient d'être contrôlée.

Dans une série d'expériences que M. Maurel a faites sous la direction de M. Chauveau, il a été constaté, en effet, que toute excitation de la muqueuse gastrique d'un animal dont l'artère pulmonaire était en communication avec un manomètre, s'accompagnait immédiatement d'une augmentation de la tension sanguine de cette artère.

Quoiqu'il en soit de ces explications, les faits existent et doivent être étudiés avec le plus grand soin, car si on n'en fait pas le diagnostic, on ne songera à traiter que l'organe dont les fonctions sont troublées, sans s'occuper du seul organe malade : l'estomac.

Or, le traitement de la maladie stomacale prime tout.

Si l'irritation pathologique est produite par la présence de sécrétions viciées, de débris d'aliments mal digérés dus à une dilatation de l'estomac, on aura recours aux moyens évacuateurs tels que vomitifs, purgatifs, lavage de l'estomac.

Le régime alimentaire devra être surveillé avec le plus grand soin, et l'on conseillera au malade de ne pas faire de repas copieux, de manger peu à la fois et souvent, et d'éviter toutes substances qui sont d'une digestibilité difficile. On surveillera la dentition, parce que bien souvent, les accidents dyspeptiques reconnaissent pour cause une mastication insuffisante. Enfin, dans certains cas, on conseillera le régime lacté.

On pourra également s'adresser à la muqueuse gastrique pour diminuer son excitabilité et, pour cela, on conseillera les poudres dites absorbantes, telles que la craie, le phosphate de chaux, le charbon pulvérisé. Comme l'état du système nerveux est une cause predisposante des plus puissantes à l'apparition des accidents, il conviendra d'en modérer l'excitabilité réflexe. Or, celui des médicaments qui répond le mieux à cette indication a, par malheur, dans le cas particulier, le tort grave d'être presque toujours médiocrement ou mal toléré par l'estomac. Je veux parler des bromures. Il sera donc utile, toutes les fois qu'on le pourra faire, de l'administrer par la voie rectale et, dans ce cas, on pourra faire choix du bromhydrate d'ammoniaque, dont le goût désagréable cesse alors d'être un inconvénient.

Un gramme de ce sel donné dans un quart de lavement, deux fois par jour, pourra rendre grand service. Dans le cas de tendance à la dépression, les préparations de valériane à haute dose seront préférables.

Que si les accidents prennent une intensité grande et se prolongent, malgré la médication employée, il faudra bien, durant quelques jours au moins, recourir au moment où ils se produisent à l'injection hypodermique de chlorhydrate de morphine qui reste encore ici l'*ultima ratio* contre la souffrance aiguë.

Quant à l'organe qui est devenu le lieu de manifestation du réflexe, il pourra sans doute devenir à son tour le but directement visé par la thérapeutique. Et, par exemple, rien n'empêchera d'employer les moyens de dérivation ou de réfrigération locale qui réussissent parfois dans la migraine, d'arrêter le vertige par le repos et une situation convenable, de calmer les crampes des mollets par des frictions et des massages, de calmer les phénomènes angineux par l'application des mains dans l'eau chaude, ou de mettre en usage mille autres moyens du même genre. Mais on ne saurait trop se défier de ceux de ces moyens qui ont à demander passage à l'estomac et qui, au passage, l'excitant à nouveau, augmentent les accidents au lieu de les calmer.

C'est ainsi que les préparations de digitale, souvent employées contre les palpitations d'origine gastrique, sont presque toujours inutiles et la plupart du temps nuisibles; elles ne calment pas les sensations pénibles éprouvées par les malades et semblent exagérer souvent leurs battements de cœur. Sans doute, il ne faut pas renoncer à y avoir recours dans les formes graves de dilatation cardiaque d'origine gastrique, lorsque l'affection du cœur atteignant un haut degré de persistance et après une durée déjà longue, s'est rendue presque indépendante de ses causes premières; mais ce sera toujours avec des ménagements et une discrétion bien plus grande que lorsqu'on s'adresse aux maladies du cœur primitivement endocardiaques.—*Bulletin médical.*

**Paralysies alcooliques, progressives, des extrémités.**—Les paralysies alcooliques des membres, sujet très connexe, ont occupé la *Société royale de médecine et de chirurgie* de Londres. Les paralysies progressives pouvant affecter les quatre membres, mais se complétant graduellement et précédées, accompagnées de douleurs vives, sont bien connues comme un des résultats possibles de l'alcoolisme.

A la *Société médico-chirurgicale* de la même ville, M. FINLAY vient de communiquer trois nouvelles observations, dont deux suivies d'autopsie. Il a constaté chez ces deux malades les lésions des nerfs périphériques, signalées il y a vingt ans déjà, par Leudet, de Rouen. Chez une, en outre, il paraissait y avoir un certain degré d'atrophie des grosses cellules des cornes antérieures de la moelle. L'une et l'autre étaient encore jeunes: c'étaient des femmes de vingt-huit ans. La troisième malade, âgée de quarante-trois ans, a fini par récupérer les mouvements de ses membres, mais les réflexes n'ont pas reparu.

Dans tous ces exemples, je le répète, comme c'est la règle classique, la paralysie ne s'était produite que peu à peu.

**La scarlatine et la néphrite parenchymateuse.**—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Je ne laisserai pas échapper aujourd'hui l'occasion, à propos d'un malade qui est dans notre service, de vous montrer de nouveau que, dans la scarlatine la plus régulière et la plus bénigne, on peut observer, à titre temporaire, certains accidents pathologiques qui ont été considérés à tort comme l'attribut le plus exclusif de la scarlatine très grave. Quoi qu'il en soit, voici l'histoire de ce malade. C'est un jeune garçon, tailleur de son état, chez lequel, par parenthèse, nous retrouvons l'origine de sa scarlatine. Il nous a raconté, en effet, qu'il avait été, il y a huit jours, en rapport avec un camarade affecté de scarlatine. Or, si cela est vrai, il est dans son droit, une incubation de huit jours étant acceptable.

Quoi qu'il en soit, le mardi 19 avril, au soir, il fut pris de frissons, de malaise et de mal de gorge. Puis, le 20 au soir, commença à se montrer une éruption absolument normale quant à son siège.

Y a-t-il dans tout cela quelques particularités à relever? Oui. Et d'abord ce garçon a eu des frissons répétés. Ce n'est pas l'habitude; en général, dans la scarlatine, le frisson est unique et quelquefois tout aussi violent que dans la pneumonie la plus franche. Ensuite, malgré la netteté de cette invasion, ce malade n'a pas eu de vomissements. Eh bien! pouvons-nous en conclure quelque chose? Sans doute; c'est que, même dans les premières 24 heures, l'hyperthermie n'a pas été trop forte. Et de fait, au début des maladies aiguës, le vomissement ne survient que lorsque l'élévation de la température est trop forte et se fait très brusquement. Voilà pour quelle raison on n'observe pas de vomissement dans la période d'invasion de la rougeole.

Le 22 avril, quatrième jour de sa maladie, sont apparues des douleurs dans les genoux, puis, le lendemain, dans les poignets. Notez, à ce propos, l'erreur classique qui fait des arthrites de la scarlatine une manifestation tardive. Chaque fois que l'occasion s'est présentée, j'ai insisté sur ce fait pour bien vous prouver que cela peut être une manifestation précoce. J'ajouterai, en outre, qu'ici, nous ne sommes pas réduits aux sens du malade, attendu que nous avons trouvé du liquide dans les deux genoux. Le tout présente une bénignité parfaite, deuxième enseignement encore absolument contraire aux propositions classiques. Ce malade n'était pas beaucoup affecté par ces accidents, puisqu'il a différé sa venue à l'hôpital jusqu'au septième jour de sa maladie.

Lorsque je vous l'ai montré le huitième jour, au matin, il avait encore un peu de fièvre. Ceci rentre tout à fait dans la normale. La variole, à une certaine époque, a occupé une place tellement prépondérante dans l'étude sur les fièvres éruptives qu'elle a donné lieu à croire que la fièvre tombe lorsque l'éruption est bien établie. Cela n'est pas dans la rougeole et dans la scarlatine où, au contraire, la fièvre persiste avec l'éruption. Quand donc, dans la scarlatine régulière, la fièvre tombe-t-elle? Le neuvième jour. Sous ce rapport, notre malade a été d'un jour en retard. Le soir du neuvième jour il avait encore 38°,5, mais, le matin du dixième jour, il n'avait plus que 37°,5. Pour expliquer cette anomalie, on trouve plusieurs raisons. Ce sont: d'abord les arthrites, puis, avec le minimum d'étendue, une plaque de péricardite sèche à la base de la région précordiale. Ce dernier fait nous suggère les mêmes réflexions que les arthrites. Or, si la péricardite a été jusqu'ici rattachée à la scarlatine grave, c'est très probablement parce qu'on n'a pensé à ausculter son malade que lorsque quelque chose d'anormal se passait du côté du cœur. Pour des raisons de même ordre, j'ajouterai qu'avec une péricardite très précoce

vous avez de grandes chances pour que tout se réduise à ces phénomènes stéthoscopiques.

Et maintenant, pour ne rien omettre, je dois vous dire que dès son entrée ce malade a présenté, en petite quantité il est vrai, de l'albumine dans l'urine. Il avait donc aussi cette albuminurie précoce de la scarlatine dont il ne faut pas s'effrayer, attendu qu'elle n'est, à cette date, que la simple expression d'une congestion rénale.

Quant au traitement, je ne vous en dirai que peu de chose. Le jour même de son entrée, nous avons mis ce malade au régime lacté exclusif. Qu'en est-il résulté ? L'épanchement dans les genoux a disparu, la fièvre est tombée, et l'albumine, depuis une semaine, ne se montre plus dans l'urine.—*Praticien.*

**Traitement du mal de mer.**—M. le docteur REBATEL indique, dans le *Lyon médical*, un moyen qu'il a souvent employé avec un plein succès contre le mal de mer ; il supprime les vomissements et même la sensation épigastrique assez pénible que presque tout le monde ressent en mer. Les malades disent tous ne plus sentir leur estomac. Ce moyen consiste dans l'emploi de l'injection sous cutanée d'atropine. De faibles doses suffisent, soit 2 et demi à 3 dixièmes de milligramme (3 milligrammes dans dix grammes d'eau ; injecter avec une seringue) par injections sous-cutanées répétées toutes les 7 ou 8 heures. Jamais l'auteur n'a constaté le moindre accident, sauf parfois une légère sécheresse de la gorge. On peut, si on veut provoquer un sommeil qui fait trouver le temps moins long, ajouter un peu de morphine, mais en faible quantité, pour ne pas contre-balancer l'effet de l'atropine. L'injection par l'estomac, chez des sujets tourmentés par des vomissements, donnerait probablement des effets beaucoup moins réguliers et plus incertains.

**De la pneumonie aiguë,** par M. le professeur JACCOUD.—*Académie des Sciences.*—La note que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie est relative à l'une des causes de la pneumonie aiguë, et à l'une des origines des micro-organismes qui la caractérisent. Lorsqu'il fut établi que la pneumonie est une maladie à microbes, cultivables et inoculables, on a déduit de cette découverte les deux conclusions que voici : 1° le refroidissement n'est pas une cause efficace de pneumonie ; 2° la pneumonie a une cause unique savoir la pénétration accidentelle dans l'organisme des microbes spécifiques venus du dehors. Or j'ai observé deux faits dont l'étude me permet d'établir la valeur réelle de ces propositions.

Dans la première observation, il s'agit d'un ouvrier robuste de cinquante et un ans qui s'endort bien portant dans sa chambre. Durant la nuit, l'imposte s'ouvre ; de là un refroidissement qui



détermine la pneumonie aiguë. Douze heures après, on constate dans les crachats la présence des microbes spécifiques. Le malade succombe le quatorzième jour ; à l'autopsie on découvre de nombreux microbes encapsulés dans le tissu pulmonaire.

La seconde observation nous montre une domestique de vingt-deux ans, vigoureuse, en pleine santé ; elle commet l'imprudence d'aller se promener au Luxembourg sans prendre d'autres vêtements que ceux qui lui servent auprès de ses fournaux. Elle a froid, rentre avec le frisson ; le lendemain, la pneumonie se déclare, accompagnée de néphrite et d'endocardite. Des microbes existent dans les crachats. La malade succombe rapidement.

Que deviennent, en présence de ces faits, les deux propositions qui ont été formulées comme conséquence de la nature microbienne de la pneumonie ? La première affirme que le refroidissement n'en est pas une cause efficace. Or, voilà deux individus robustes, d'âge et de sexes différents, tous deux en parfaite santé ; dans des conditions complètement dissemblables, ils subissent un refroidissement prolongé ; ce refroidissement a cela de commun chez tous les deux, qu'il est suivi d'un malaise immédiat : le jour même, il y a du frisson, de la fièvre, un point de côté, et, après un délai qui varie de vingt-quatre à trente-six heures, la pneumonie est constituée. Je ne crois pas qu'on puisse concevoir une filiation étiologique plus étroite. L'influence du froid est ici saisie sur le fait ; le rapport de la cause à l'effet est vraiment d'une précision mathématique. La proposition examinée n'est donc pas fondée ; il faut maintenir le refroidissement au nombre des causes efficaces de la pneumonie.

Quant à la seconde proposition, la portée de mes observations est plus notable encore, en ce qu'elle est plus imprévue et qu'elle éclaire l'une des questions fondamentales de la pathologie générale. Cette proposition enseigne que la pneumonie a pour cause unique la pénétration accidentelle dans l'organisme des microbes spécifiques venus du dehors ; ce qui revient à dire que cette maladie si fréquente et si vulgaire est toujours la conséquence d'une infection extrinsèque. Voyons comment l'histoire de nos malades se concilie avec cette affirmation.

Il est certain que chez tous deux les pneumocoques ont été constatés dans les crachats pendant tout le cours de la maladie ; il n'est pas moins certain qu'à l'autopsie les mêmes éléments ont été trouvés dans les poumons ; conséquemment malgré leur cause si brusque et si spéciale, ces pneumonies ont été des pneumonies à microbes ; jusque-là nulle difficulté.

Mais comment concevoir la présence de ces éléments chez ces deux individus qui étaient en parfaite santé lorsqu'ils se sont refroidis ? Si l'on s'en tient à la proposition actuellement en cause, il faut admettre que ces microbes ont pénétré dans l'orga-

nisme au moment précis du refroidissement ; il faut admettre aussi que les susdits microbes ont cheminé et proliféré avec une telle instantanéité, que la pénétration a été suivie d'un malaise immédiat, lequel a précédé de peu d'heures l'explosion de la pneumonie. Voilà bien des hypothèses ; la dernière est une impossibilité ; aussi, je ne saurais me résoudre à les accepter, et dans mes deux cas, comme dans tous les cas semblables, je repousse sans hésitation l'idée d'une pénétration microbienne fortuite contemporaine du refroidissement. Les partisans absolus de l'origine extrinsèque constante des maladies à microbes ont avancé, comme argument suprême, que là même où la pénétration du dehors est le plus invraisemblable, il faut cependant l'admettre sous peine de conclure à la génération spontanée des micro-organismes constatés chez le malade. En est-il vraiment ainsi ? Sommes-nous réellement enfermés dans ce dilemme qui nous accule entre la génération spontanée et la pénétration du dehors contemporaine de l'impression morbide ? Pas le moins du monde. L'argument n'a du dilemme que l'apparence ; il omet un troisième terme et non le moins considérable, savoir la présence préalable des microbes dans le milieu organique.

L'organisme humain porte constamment en lui des microbes en grand nombre, de bien des espèces différentes. Tant que son fonctionnement est normal, il est pour eux un milieu hostile qui en prévient les effets nuisibles ; mais vienne une perturbation qui altère le fonctionnement physiologique, le milieu hostile devient un milieu favorable, et l'organisme troublé est livré sans résistance efficace à l'activité de ses propres microbes, dont il tolérerait naguère la présence sans en être impressionné.

C'est là le mode d'infection que j'ai désigné, il y a bien des années, sous le nom d'*auto-infection* ou *infection intrinsèque*.

Or, l'observation a établi la présence possible du microbe pneumonique dans la salive normale ; d'un autre côté, l'explosion rapide de la pneumonie dans mes deux cas ne permet pas d'admettre une pénétration microbienne contemporaine du refroidissement ; par suite, je suis autorisé à conclure que ces deux cas relèvent de l'infection intrinsèque. Les pneumocoques ne sont pas venus du dehors, ils ne sont pas entrés dans l'organisme au moment où il a subi l'action du froid ; ils existaient préalablement chez ces deux individus ; tant que la santé a été parfaite, ils sont restés innocents ; la perturbation résultant du refroidissement en a permis la diffusion et la prolifération. De là cette conséquence que la condition génératrice primordiale de ces pneumonies a été le désordre produit dans le poumon par l'influence du froid. Et de fait, en raison des modifications circulatoires et cellulaires qu'elle provoque, cette influence peut vraiment être assimilée à un traumatisme. Cette doctrine nouvelle de l'infection autochtone par

trouble préalable de l'organisme me paraît avoir une extrême importance ; elle agrandit largement le domaine de la pathogénie microbienne, et elle maintient au premier rang la puissance causale des prédispositions individuelles en face de l'étiologie parasitaire.

Ces enseignements, issus de l'analyse rigoureuse de mes observations, ont d'ailleurs une portée générale ; ils prouvent que l'étiologie classique des maladies aiguës est enrichie, et non point supprimée, par les notions microbiennes : ils prouvent que ces notions ne sont point subversives des vérités antiques, et ils montrent ainsi que le progrès doit être cherché dans la conciliation féconde de la médecine traditionnelle avec les découvertes de la microbiologie.—*Tribune médicale.*

---

## CHIRURGIE

---

### **Du raccourcissement dans les fractures du corps du fémur.**

—Clinique de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital de la Charité.— Dans un assez court espace de temps nous avons eu cinq cas— pour ne rappeler que les plus récents—de fracture de la diaphyse du fémur ; aussi voudrais-je en profiter pour vous dire quelques mots d'une question qui a tant préoccupé les chirurgiens de tous les temps : je veux parler du raccourcissement du membre consécutif à ces sortes de fractures.

Tout d'abord je vous entretiendrai d'un malade entré à l'hôpital le 2 février dernier. C'est un homme de 40 ans, qui fut renversé par un camion dont les roues passèrent sur le membre inférieur droit, déterminant une fracture de la partie moyenne du fémur droit ainsi que de l'extrémité supérieure du péronée du même côté, avec plaies contuses et éraflures de ce même membre, éraflures aussi de la jambe gauche. Ces diverses complications nous empêchèrent de poser immédiatement un appareil de fracture à cause des soins à donner à la vaste plaie de la jambe. Le dixième jour seulement il nous était permis d'appliquer l'appareil Hennequin, avec une traction d'abord de 2 kilogrammes, puis 3, puis 4, enfin portée à 6. Mais vers le quarante cinquième jour survient un malaise général, de l'inappétence, de la douleur dans le membre fracturé ; six jours plus tard, la température étant montée à 39 degrés, j'examine l'appareil et je constate autour de la plaie de la jambe non guérie une rougeur érysipélateuse. Le surlendemain, l'érysipèle est confirmé, température 40 degrés, et vingt quatre heures plus tard 41 degrés. Au bout de trois jours la température commence à descendre pour tomber, le neuvième

jour qui suit, à 37°,6. Pendant ce temps l'érysipèle s'était étendu depuis la plaie de la jambe droite, non seulement jusqu'à la région fessière du même côté, mais encore jusqu'à la racine de la cuisse du côté opposé. Au moment où la température était revenu à la normale nous ouvrions un premier abcès situé en dehors de la malléole interne de la jambe droite et, sept jours plus tard, un second abcès sur la face dorsale du pied droit.

Nous constatons aussi que le cal de la fracture du fémur était volumineux à la face interne de la cuisse, et quelques personnes émettaient l'hypothèse que nous avions eu affaire à une fracture esquilleuse. Enfin, au commencement du mois dernier, la tuméfaction du cal apparaissait aussi à la face externe; de plus, celui-ci était douloureux, et la température s'élevait de nouveau à 38 et 39 degrés; enfin nous percevions un certain degré de crépitation. Bref, il s'agissait d'un foyer purulent que nous ouvrions, et dans lequel le doigt sentait en dedans une saillie formée par le fragment supérieur du fémur. Malgré l'introduction d'un drain, l'écoulement du pus se faisant très mal, je pratiquai une contre-ouverture, puis je dus bientôt inciser un second foyer au côté externe de la fracture.

Bref, aujourd'hui, bien que le trajet des abcès suppure encore un peu, le malade est définitivement en convalescence. Mais pourquoi ces accidents? Serait-ce parce que nous avons déjà un érysipélateux dans le service, que notre blessé a eu un érysipèle avec abcès multiples? Je ne saurais le dire, mais toujours est-il que cet homme a présenté plusieurs abcès consécutifs de la jambe et du pied, puis des abcès périphériques au cal, qui doivent être rangés dans la même catégorie que les deux premiers, c'est-à-dire de nature érysipélateuse, nullement esquilleux, mais extra-périostiques.

Les quatre autres individus atteints de fracture de cuisse sont: 1° un israélite qui est sorti guéri avec un centimètre seulement de raccourcissement, c'est-à-dire un très bon résultat; 2° le malade du n° 41, qui était entré le 1er février, et qui marche aujourd'hui très délibérément avec une claudication à peine visible; 3° un autre dont la marche est également très bonne, le raccourcissement est de 1 centimètre  $\frac{1}{2}$  seulement; 4° enfin, le dernier qui est en traitement depuis trois jours. C'est un homme plus âgé qui, en plus de sa fracture de cuisse, a une fracture du bras. L'accident est arrivé dimanche.

Ceux de mes auditeurs qui sont de mon temps doivent se rappeler qu'à l'époque de leurs études on traitait communément les fractures de cuisse par l'appareil de Scultet et que les résultats obtenus étaient déplorables. Certaine thèse, écrite il y a une quinzaine d'années, sous l'inspiration de Laborie, nous montre que la masse des guérisons avait lieu avec un raccourcissement

moyen de 6 à 8 centimètres, et parfois même de 10, 11 et 12 centimètres. Je parle, bien entendu, des fractures de la diaphyse fémorale chez l'adulte.

Ces temps-là ne sont plus aujourd'hui, ainsi que les malades que je viens de vous citer en sont la preuve. Et cependant, autrefois les meilleurs esprits, tous nos maîtres en chirurgie, répétaient à l'envi que la guérison des fractures du fémur sans un raccourcissement notable était une lubie, un mythe, un mensonge, que cela n'existait pas. Ce progrès, pourtant, s'est accompli, non pas entièrement, il est vrai, mais communément avec un faible raccourcissement de  $\frac{1}{2}$ , 1,  $1\frac{1}{2}$ , 2 et 3 centimètres *au plus* dans les cas ordinaires. Et encore 3 centimètres sont-ils considérés comme un résultat peu brillant; néanmoins, quelle différence déjà avec les guérisons d'autrefois.

Or cette transformation, il faut bien le dire, est ignorée de la plupart des étudiants actuels. Feuillotez vos livres, cependant, et vous verrez les chirurgiens demander à toutes les ressources de la thérapeutique les moyens de combattre ces raccourcissements. Si Pott, au siècle dernier, faisait placer le membre inférieur en demi-flexion, d'autres chirurgiens plus tard voulaient au contraire la rectitude, d'autres encore inventaient des appareils de suspension de toute espèce et les résultats ne valaient pas mieux dans un cas que dans l'autre, et l'on revenait aux moyens de contention, à l'appareil de Scultet, puis on passait aux appareils plâtrés et, alors, cela ne marchait pas du tout, les résultats étaient encore plus mauvais, en raison des accidents auxquels ils donnaient lieu.

Quant aux appareils à traction continue, ils sont connus depuis l'antiquité; depuis très longtemps on a eu l'idée de tirer sur la cuisse brisée à l'aide d'une machine, mais pour qu'une pareille traction ait quelque efficacité, il faut que, d'autre part, cette traction soit en partie favorisée par une résistance dans le sens opposé. Le salut, la conquête véritable a donc consisté tout simplement en ceci: qu'on n'a rien inventé, qu'on n'a rien découvert, mais qu'on a su appliquer des principes connus de longue date de façon à en arriver à une méthode, un procédé réellement valable. On a imaginé les dispositions les plus ingénieuses pour la contre-extension mécanique cherchée autour du bassin, dans l'aîne, par des lacs, des alèses, des tubes en caoutchouc, etc. Mais tous ces moyens étaient insupportables aux malades, et l'on dut bientôt y renoncer. Bref — je passe rapidement sur tous ces moyens dont l'énumération exigerait plus d'une leçon, — on en revint à l'ancienne méthode de Fabrice de Hilden, basée sur le principe de la pesanteur, c'est-à-dire au traitement des fractures par la pesanteur et, si vous lisez le *Traité des fractures* d'Hampton, vous verrez qu'il regarde, comme une conquête merveilleuse

de la chirurgie moderne, l'idée d'obtenir la contre-extension dans le poids lui-même du malade, en élevant les pieds de son lit de sorte que le corps soit entraîné vers la tête tandis que l'extension se fera par des poids attachés au membre fracturé. Hamill'on propose même d'y ajouter trois attelles au niveau de la fracture, ainsi qu'une grande attelle latérale fixée de manière à empêcher toute déviation du pied en dehors ou en dedans. C'est sur ce même principe de la pesanteur que repose l'appareil de M. Hennequin qui rend, chaque jour, de si grands services pour combattre le raccourcissement du membre dans les fractures de cuisse.

C'est ainsi que, par l'application raisonnée de cette grande méthode de traitement par la pesanteur, nous arrivons aujourd'hui à un raccourcissement nul ou seulement de  $\frac{1}{2}$ , 1,  $1\frac{1}{2}$ , 2 ou  $2\frac{1}{2}$  centimètres.

Mais je suis forcé de me borner ici, car, pour être complète, l'histoire du traitement des fractures de cuisse exigerait un livre et non une simple leçon.—*Gazette des hôpitaux.*

#### Traitement des cystites et des uréthrites par le lavage.—

Depuis que la thérapeutique des maladies de la vessie a mis en usage les lavages de ce réservoir, on a souvent remarqué que l'introduction de la sonde était irritante pour l'urèthre et pour le col vésical; de plus, la vessie elle-même, excitée par une force qu'on ne saurait facilement calculer, peut réagir et devenir intolérante. M. LAVAUX s'est proposé de supprimer la sonde et de n'utiliser que la force rigoureusement nécessaire pour faire pénétrer la colonne liquide dans la vessie. Il se sert pour cela d'une bouteille d'un litre, graduée, fermée par un bouchon de caoutchouc lequel est traversé lui-même par deux tubes courbes à angle droit en métal nickelé. L'un de ces tubes ouvert directement à la partie supérieure du réservoir reçoit à son orifice extérieur le conduit en caoutchouc d'une poire d'insufflation. L'autre tube est muni, du côté de la bouteille, d'un tube plongeur allant jusqu'au fond et du côté extérieur d'un long tube de 1 m. 50, tube injecteur, terminé par une canule à robinet qui pénètre dans le canal jusqu'au delà de la fosse naviculaire. Ces canules ont un diamètre variable de 1 mm.  $\frac{1}{2}$  à 3 mm. et, quand le vase est à une hauteur moyenne de 1 m. 30, la pression du liquide dans le canal peut varier suivant la canule employée (le jeu se compose de six) de 16 gr. à 82 gr. On se sert d'une solution d'acide borique à 4 0/0 portée à 35° environ. On amorce le tube injecteur qui forme siphon à l'aide de la poire de caoutchouc qu'on retire ensuite; on introduit la canule et, élevant le réservoir, on laisse couler le liquide dans la vessie jusqu'à ce que l'envie d'uriner se fasse sentir. Sous l'influence de ces manœuvres, on ne tarde pas à constater que la

vessie devient de plus en plus tolérante. Dans les cystites aiguës intenses, il est bon de faire le lavage deux fois par jour; dans les formes chroniques, une seule séance suffit.

Quand la cystite coïncide avec une blennorrhagie, qui d'ailleurs en est la cause, il faut, avant de faire le lavage vésical, nettoyer l'urèthre afin de ne pas inoculer de nouveau la vessie. Pour cela, M. Lavauz, se basant toujours sur le calcul des pressions, a trouvé qu'après une élévation de 50 centimètres seulement et un robinet de débit de 1 millimètre on n'avait aucune chance de pénétrer dans la vessie. Il se sert alors d'une sonde métallique d'un calibre de 1 millimètre; l'extrémité olivaire porte deux rainures destinées à faciliter le reflux du liquide qui va dans son retour laver les parois uréthrales d'arrière en avant. Avec cet appareil dont on introduit la sonde jusqu'au cul-de-sac du bulbe, on peut dans les cas de blennorrhagie laver plusieurs fois par jour l'urèthre antérieur, et on obtient des guérisons rapides sans courir le danger de provoquer de la cystite.—*Archives générales de médecine.*

**Nature et valeur des progrès récents dans les amputations des membres.**—La très importante communication que M. le professeur TRÉLAT vient de faire sur ce sujet à l'*Académie des sciences* montre avec quel succès le professeur de clinique de la Charité a poursuivi depuis plusieurs années la perfection de ses résultats opératoires; ils sont *supérieurs* à ceux que l'on trouve énoncés dans toutes les statistiques du même genre publiées jusqu'ici.

C'est par l'application incessamment poursuivie de la large et simple doctrine anti-microbienne que l'on peut arriver à faire une bonne chirurgie anti-septique.

“ Opéré, opérateurs et aides, salles d'opérations, substances de pansement, liquides de lavage, éponges et succédanés, propreté des instruments, des tubes à drainage, fils à ligature et à suture, tout a été soumis à révision et à purification.” M. Trélat prend pour base de sa démonstration 52 grandes amputations qu'il a pratiquées depuis 1880 jusqu'à aujourd'hui; c'est-à-dire dans une période de six ans et demi.

On sait que les statistiques de 1836 à 1870 donnent les moyennes de mortalité suivantes :

Cuisse, 62 à 67 %. Bras, 45 à 54 %.

Jambe, 55 à 61 %. Avant-bras, 28 à 33 %.

Or, les 52 amputations de M. Trélat considérées en bloc donnent les moyennes suivantes :

	Opérés.	Morts.	pour cent.
Cuisse.....	22	4	18, 1 %
Jambe.....	20	3	15, %
Bras.....	6	0	0, %
Avant-bras.....	4	1	25, %
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	52	8	15, %

Le résultat total est déjà très important ; mais, entrant dans une démonstration plus rigoureuse, M. Trélat divise en deux périodes les faits qu'il a rassemblés. Dans la première période, qui est de 4 ans, il a fait à l'hôpital Necker 27 amputations ; voici leurs résultats :

*Hôpital Necker (de novembre 1880 à août 1884.)*

	Opérés.	Morts,	pour cent.
Cuisse.....	12	3	25 %
Jambe.....	20	3	30 %
Bras.....	3	0	0 %
Avant-bras.....	2	1	50 %
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	27	7	25 %

A l'hôpital de la Charité, au contraire, en deux ans et demi, il y a eu 25 grandes amputations ; l'antisepsie a été améliorée dans tous ses détails, et aujourd'hui encore, on poursuit ses imperfections sans cesse renaissantes dans un vaste service de clinique. Les résultats opératoires se sont déjà ressentis de ces efforts.

En effet, voici ce que M. Trélat a obtenu :

*Charité (de novembre 1884 à juin 1887.)*

	Opérés.	Morts.	pour cent.
Cuisse.....	10	1	10 %
Jambe.....	10	0	0 %
Bras.....	3	0	0 %
Avant-bras.....	2	0	0 %
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	25	1	4 %

Ce minimum de 4 % est un résultat supérieur à tous ceux qui sont connus jusqu'ici.

Non seulement les malades guérissent, mais encore leur guérison s'effectue le plus souvent d'une façon rapide ; la suppuration, qui n'est plus l'apanage obligé des plaies d'amputation, étant supprimée, on obtient des moignons dont les tissus conservent, sans déformation, la forme, la souplesse, la vitalité qu'ils avaient au moment de l'opération et de la réunion. La concité des moignons, les adhérences vicieuses, les déformations, les névrites consécutives, tout est prévenu par la réunion immédiate. L'application exacte de l'antisepsie a inspiré aux chirurgiens un beau rêve, la



réunion des plaies sous un seul pansement. On l'obtient souvent pour les petites plaies, et on croyait autrefois ne point pouvoir l'obtenir pour les amputations.

Trois amputés de cuisse de M. Trélat ont pu guérir cette année sous deux pansements ; l'un de ces malades, amputé pour une tumeur blanche du genou, était totalement guéri le huitième jour.

En appliquant avec figueur l'antisepsie, on est arrivé à mieux saisir les causes des complications septiques qui surviennent encore de temps en temps ; ces observations ont même la valeur d'expériences de laboratoire : elles indiquent ou que le milieu est vicié par l'encombrement hospitalier, ou que les tissus sur lesquels a porté le couteau, atteints au préalable de lymphangites ou d'autres lésions, ne sont pas aptes à la réunion immédiate : " De ces observations réitérées doivent résulter des règles où le " caractère scientifique, c'est-à-dire la fixité, doit se substituer à " l'art qui repose sur des aptitudes individuelles et toujours " variables."—*Concours médical.*

**Des cors et des oignons.**—Clinique de M. le professeur Lewis A. SAYRE à l'hôpital Bellevue, New-York.—Un cor, un oignon, un ongle incarné, déterminent de vraies tortures, et c'est pour cela que je n'hésite pas à les prendre pour sujet de leçon. Soulager la souffrance, voilà le devoir du chirurgien. Peu nous importe qu'elle vienne d'un cor ou d'un cancer. Le public est persuadé qu'un chirurgien n'entend rien aux cors, ou que, si par hasard il sait les traiter, il croirait déroger en s'en occupant : c'est ce qui explique la vogue des pédicures. Un de mes clients, dont je soignais la famille depuis de longues années, a un jour bien cruellement blessé mon amour-propre de médecin. Il lui arriva de dire devant moi, de l'air d'un homme agacé : " Le temps va changer, il faut que j'aille trouver mon pédicure pour qu'il me débarrasse de mes cors." Je lui demandai comment il pouvait me confier sa vie et celle des siens, puisqu'il ne me jugeait pas capable de soigner ses cors ? Il me dit qu'il serait honteux de me déranger pour cela, et qu'il ne pensait pas que je voudrais m'abaisser à de tels soins.

J'estime que toute souffrance est digne de notre attention, et j'espère que pas un médecin ne me contredira. Un cor est infiniment plus douloureux qu'un cancer : les douleurs qu'il provoque aigrissent le caractère le plus doux, et peuvent mettre la désunion dans les familles les plus unies. Je n'invente rien. Sans être taxé d'exagération, on peut dire,—et l'expérience journalière le démontre,—que le repos et la tranquillité de certaines familles sont perdus, uniquement parce qu'un de ses membres a des cors qui le font souffrir. J'en connais une,—précisément celle dont j'ai parlé plus haut,—dans laquelle, des années durant, on

n'eut pour ainsi dire pas une minute de tranquillité, tant que le maître de la maison n'eut pas été débarrassé de ses cors. Depuis, son caractère a changé à tel point, que son fils, qui m'en faisait la remarque, me dit qu'il croyait que "son père devait être dévot." En effet, maintenant qu'il est délivré des cors qui le tourmentaient, il vit en paix avec tout le monde, et ceux qui l'entourent sont parfaitement heureux.

Qu'est-ce donc au juste qu'un cor ?

C'est simplement une hypertrophie locale de l'épiderme, produite par une pression mal supportée. L'épiderme s'accumule en couches stratifiées, ressemblant à une écaille ; au milieu apparaît un point plus dur, c'est le *noyau* du cor. Cette petite tumeur plonge dans les tissus et irrite les nerfs comme le ferait la pointe d'une aiguille. De là, des douleurs atroces.

Il y a deux variétés de cors : les cors *mous* et les cors *durs*.

Le cor mou est très irritable, et s'enflamme plus facilement que le cor dur. On le trouve surtout dans les espaces interdigitaux.

Je viens de donner la description du cor dur.

Comme je l'ai dit, la cause prochaine du cor est une pression anormale, soit continue, soit intermittente, et due ordinairement à des chaussures mal faites. Au lieu d'être suffisamment larges pour laisser aux orteils et aux articulations métatarso-phalangiennes toute leur liberté, ce qui permettrait de poser franchement le pied sur le sol à chaque pas, les chaussures sont généralement si étroites, que leur pression porte sur des parties qui ne sont pas préparées à la supporter. De là le développement des cors. Comprimés, ces cors irritent les tissus voisins ; ils deviennent le point de départ de contractures musculaires réflexes ; celles-ci, à leur tour, font dévier les orteils ; et il n'est pas rare d'observer des cors sur la face dorsale de la 2<sup>e</sup> articulation phalangienne que cette déviation repousse constamment contre le cuir de la chaussure.

Comment remédier aux cors ? La première chose à faire est de bien se chauffer. Avec des chaussures suffisamment larges pour ne pas gêner l'expansion du pied pendant la marche, on n'a pas de cors. Mais, s'ils existent, il faut les faire disparaître. On commence par rogner le cor, en abrasant l'épiderme induré avec une lame bien tranchante, mais *sans effusion de sang*. Après quoi, on cautérise la surface abrasée avec un crayon de nitrate d'argent. On provoque ainsi l'élimination du noyau, ce qu'on n'obtiendrait pas avec le bistouri sans faire saigner. On entoure ensuite le cor avec du diachylon ; on en dispose une bandelette étroite autour de lui, en lui donnant assez d'épaisseur pour le préserver de toute compression.

S'il s'agit de cors mous, le meilleur mode de traitement est la cautérisation avec l'acide nitrique ou le nitrate d'argent. Après

avoir enlevé, avec un canif ou des ciseaux, la partie superficielle et dure du cor, on essuie la surface de section, et on applique le caustique. Les premières cautérisations sont généralement assez douloureuses, mais les résultats définitifs sont excellents.

La cautérisation faite, on glisse entre les orteils des tampons de coton, de manière à permettre la circulation de l'air ; au bout de quelques jours, on enlève avec la pince l'eschare dure produite par le caustique, et on cautérise de nouveau. Cette seconde cautérisation est ordinairement indolore, à moins qu'on ne la fasse trop tôt, et on a rarement besoin d'y revenir.

Les contractures musculaires réflexes produites par les cors qui siègent sur la face dorsale de la deuxième phalange peuvent être assez énergiques pour amener la subluxation des articulations métatarso-phalangiennes. On arrive parfois à redresser les orteils déformés et déviés en les maintenant avec des bandelettes de diachylon. Souvent, cependant, ce moyen échoue ; il ne reste alors d'autre ressource que la ténotomie.

*Oignon.*--On désigne sous ce nom l'inflammation de la bourse séreuse qui existe au côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Fréquemment, elle est assez intense pour provoquer des contractures réflexes qui, à leur tour, amènent la subluxation de l'articulation. L'extrémité de la phalange subluxée comprime les nerfs collatéraux du gros orteil, et cette compression occasionne des douleurs excessives.

Il est assez facile de remédier à cet état de choses. On enroule autour du gros orteil, de sa base à son extrémité libre, une bandelette de diachylon, et on la conduit le long du bord interne du pied. On lui fait contourner le talon, et on la ramène jusqu'à la tête du cinquième métatarsien. On la fixe à ce niveau avec une autre bandelette transversale et on assujettit le tout avec une bande roulée. Ordinairement, il faut, avant de procéder à ce pansement, disposer un petit coussinet de diachylon autour de l'oignon, de manière à placer celui-ci au fond d'une sorte de cupule qui le protège. Parfois aussi, le tendon de l'extenseur propre du gros orteil met obstacle au redressement : il faut en faire la ténotomie.

J'ai vu quelquefois ces oignons provoquer, par les progrès de leur développement, une périostite, et, finalement, une carie osseuse. En pareille occurrence, la résection m'a donné des succès complets. Parfois, il est impossible d'obtenir le redressement immédiat et d'appliquer l'appareil que je viens de décrire, parce que la déviation et le chevauchement sont trop considérables. Dans ce cas, la méthode de choix est la traction continue, dont l'action ininterrompue finit par triompher de la résistance. Celle-ci une fois vaincue, on applique l'appareil contentif en diachylon. On se sert pour cela d'un doigtier en peau de daim ou en tissu

résistant ; on y coud un ruban élastique, long de quelques centimètres, auquel fait suite une bande de diachylon contournant le pied et maintenue par deux bandelettes transversales.—*Revue internationale des Sciences médicales.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

**Congestions gravidiques et révulsion.**—Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker. — Au No. 11 de notre salle Sainte-Adélaïde se trouve une femme âgée de 36 ans et qui vient d'avorter au cinquième mois de sa cinquième grossesse. Cette malade n'est pas seulement intéressante par la série des troubles fonctionnels qui ont préparé et provoqué ce redoutable accident, et si j'appelle sur elle toute votre attention, c'est parce que son cas est de ceux qui soulèvent une grave question de traitement et qu'il m'a fourni l'occasion de mettre en œuvre un agent thérapeutique dont on a peut-être abusé jadis, mais que l'on dédaigne ou que l'on repousse bien à tort aujourd'hui. Je veux parler de la révulsion.

Notre malade est d'un tempérament assez robuste. Elle n'est ni syphilitique ni alcoolique ; elle n'est pas entachée de rhumatisme. Elle n'a pas non plus de maladie de cœur. Ses quatre premières grossesses ont évolué normalement, sans incident, sans complication d'aucune sorte. Sa santé était donc parfaite lorsqu'elle est devenue enceinte pour la cinquième fois dans le courant du mois de décembre dernier.

Dans les premiers mois, tout s'est bien passé ; mais, il y a quinze jours environ, cette femme a éprouvé des douleurs de tête incessantes, puis des nausées, et enfin elle a été prise de vomissements répétés. Remarquez, messieurs, que ce n'étaient pas là ces vomissements d'ordre réflexe, avertisseurs de l'imprégnation, qui se montrent d'ordinaire pendant le premier mois. Bientôt la malade voit ses jambes enfler, ses paupières deviennent bouffies. Un médecin appelé examine ses urines. Elle était albuminurique ; je dis plus, elle était urémique. C'est dans ces conditions qu'elle a avorté ; elle était alors au cinquième mois de sa grossesse. A peine l'expulsion du placenta est-elle effectuée que cette femme est frappée d'une violente attaque d'éclampsie. Cela se passait la veille même de son admission à l'hôpital, où elle fut transportée lundi dernier à huit heures du matin. A quatre heures, elle avait eu un second accès convulsif, pendant lequel elle s'était mordu la langue.

Je l'examinai séance tenante et, après avoir constaté la présence dans les urines de cette femme d'une forte proportion d'albumine

rétractile, je prescrivis immédiatement l'application de six ventouses scarifiées sur la région rénale. Ceux d'entre vous qui suivraient ce jour-là ma visite ont pu trouver quelque peu paradoxale et illogique cette intervention sanglante chez une femme albuminurique, en couches, et, partant, *anémique*, selon l'opinion régnante du jour. Pourquoi ai-je agi ainsi ? Je vais vous le dire.

Physiquement, nécessairement et logiquement, toute femme enceinte est *plethorique*. La méconnaissance de ce fait a entraîné des aberrations de thérapeutique déplorables et c'est une des erreurs les plus monstrueuses de la médecine contemporaine de considérer comme *anémiques* toutes les femmes grosses. Elle me paraît reposer sur ce double paralogisme : abus de la généralisation et vice de langage.

Andral et Gavarret, il y a plus d'un demi-siècle, ont eu l'idée féconde de donner à l'humorisme ancien une base scientifique. C'est là une œuvre très belle, et toute d'initiative. Elle eut l'immense mérite de diriger l'investigation scientifique vers l'étude minutieuse du sang et des autres humeurs de l'économie et de préparer ainsi tant et de si précieuses découvertes qui ont agrandi le domaine de l'hématologie. Ils se sont mis à étudier le sang des femmes enceintes. Ils ont trouvé que la masse des globules était constamment inférieure à la normale, et ils en ont conclu que *toute* les femmes en état de gestation étaient *anémiques*. C'était rigoureux quant à leurs expériences ; mais attendez.

Savez-vous de quelles femmes ils avaient examiné le sang ? C'est chez les *femmes pauvres de l'hôpital*, femmes pauvres physiquement, physiologiquement, et socialement, qu'ils ont poursuivi leurs recherches ; ouvrières parisiennes chétives et mal nourries, invalidées par le travail ou par leur grossesse et tombées de ce fait dans le dénument le plus complet ; villageoises séduites et délaissées, venant à Paris pour y cacher leur grossesse clandestine : misère physiologique, misère morale, telles sont en somme les deux conditions pathogéniques dominantes dans cette population à laquelle Andral et Gavarret ont emprunté leurs éléments d'étude. Oui, certes, les malheureuses dont il s'agit sont *anémiques*, et leur sang est pauvre en globules. Mais il n'en est plus de même pour la femme d'un riche banquier, entourée de tout le confort désirable, sous le rapport de l'alimentation, du repos et de l'air ; il n'en est plus de même chez cette robuste fermière, chez cette femme de la campagne, au teint coloré, débordante de vigueur et de santé. Ainsi, messieurs, on a voulu appliquer à *toutes* les femmes enceintes ce qui n'est vrai que de quelques-unes ; on a voulu trop tôt étendre à la pratique médicale ce qui n'était réel que dans les expériences du laboratoire. J'avais donc raison de dire que c'est commettre un paralogisme par abus de généralisation que de déclarer, comme on le fait couramment, que toutes les femmes enceintes sont *anémiques*.

Mais qu'importe! ouvrez vos livres classiques, consultez les traités d'accouchement les plus justement estimés et vous y trouverez formulée à la façon d'une incontestable vérité, d'un axiome authentique, cette très peu véridique assertion.

Je vous ai dit que cette erreur d'interprétation s'était imposée à la faveur d'un *vice de langage*. Je m'explique. le mot *anémie* peut et doit avoir deux significations, ou, si vous voulez, indiquer deux états différents. On peut être *anémique* quant à la quantité ou bien quant à la qualité de son sang. C'est à ce dernier mode que ressortissent les femmes grosses de la population hospitalière; celles-là ont, je vous le concède, un sang appauvri, soit en globules, soit en hémoglobine. Mais elles n'en sont pas moins *pléthoriques* en ce sens que la masse totale de leur sang s'est accrue du fait de leur grossesse. Il n'est pas douteux que toute femme qui devient enceinte augmente sa masse sanguine, puisque, et parce qu'elle porte en elle une circulation nouvelle, une circulation parasite, à l'hématose de laquelle son sang à elle doit satisfaire. N'est-ce pas là un fait physiquement et hydrauliquement incontestable? les dilatations vasculaires et l'hypertrophie du cœur n'en sont-ils pas d'ailleurs la preuve anatomique?

Vous voyez bien, messieurs, que les femmes grosses ne sont jamais *anémiques*; c'est *pléthoriques* qu'il faut dire, *pléthoriques* pauvres en globules quelquefois, *pléthoriques ad vasa* ou quant à la quantité toujours. La chose a bien quelque importance, car c'est cet état de pléthore vasculaire qui prédispose les femmes grosses aux congestions viscérales multiples, si fréquentes chez elles: congestion pulmonaire ou rénale; et c'est le cas de notre malade. C'est précisément la congestion rénale qui a fait de cette femme, jusque-là bien portante, une albuminurique d'abord, puis une urémique, enfin une éclampsique. C'est pourquoi, m'attaquant à l'état congestif de l'appareil rénal, cause première de tous ces désordres, j'ai eu recours à la révulsion sanglante. Or, voici ce qu'il en est advenu: le lendemain il y avait moins d'albumine dans les urines, le surlendemain l'amélioration s'accroissait et aujourd'hui on n'en trouve plus que des traces.

Je ne veux pas, messieurs, m'attribuer tout l'honneur d'une guérison aussi rapide. Cette cure a deux auteurs: le premier c'est la nature, ou si vous préférez l'avortement; c'est lui qui pour une large part a fait cesser la pléthore et partant la congestion rénale avec toutes ses conséquences; le second, c'est le médecin. Je vous ai dit que les urines de notre malade ne présentaient plus que des traces d'albumine, de sorte qu'elle pourrait être considérée comme guérie. Gardez-vous en pareil cas de croire, comme le font parfois les accoucheurs, que tout danger soit passé. La nature a fait aujourd'hui tout ce qu'elle pouvait faire; son rôle est fini; néanmoins l'albuminurie persiste et

c'est ici que le médecin doit agir. Savez-vous ce qu'il pourrait advenir si, dédaignant cette albuminurie en apparence insignifiante, on cessait l'emploi des révulsifs ? La congestion rénale persistante, quoique à un faible degré, entraînerait à la longue des lésions inflammatoires irremédiables et notre malade s'acheminerait ainsi lentement, mais sûrement, vers la néphrite chronique. Plus souvent qu'on ne le croit, la congestion rénale des femmes enceintes est l'origine de cette terrible affection qu'on appelle le mal de Bright. Pour ma part, je pourrais vous en citer d'assez nombreux exemples. Aussi ai-je prescrit chez notre malade des applications successives, et à court intervalle, de poignées de feu ; ce traitement, joint au régime lacté, à l'emploi du tannin, sera poursuivi jusqu'à complète cessation de l'albuminurie.

Lors donc que vous serez en présence d'une femme enceinte, albuminurique, en proie aux convulsions, si cette femme est robuste, largement nourrie, pratiquez la saignée, c'est là le traitement héroïque de l'éclampsie puerpérale ; le chloral et les anesthésiques ne s'adressent pas à la cause première du mal ; les convulsions ne sont qu'un des effets de l'empoisonnement urémique et de la congestion des centres nerveux.

Si la malade est simplement albuminurique, usez encore et largement de la révulsion, sous forme de ventouses scarifiées, puis de cautérisation ponctuées, et cela tant que persistera l'albuminurie, quelque légère qu'elle soit après comme avant l'accouchement. Le régime lacté seul ne suffit pas. Sans doute, il facilite et diminue le travail du filtre rénal, mais il ne peut rien contre l'élément congestif. N'oubliez pas que c'est la congestion que doit toujours et surtout viser votre action thérapeutique ; et pour la combattre, ne vous privez pas, sous le prétexte d'une anémie physiquement impossible, d'une anémie physiologiquement incompatible avec les besoins matériels du fœtus, ne vous privez pas, dis-je, des réels et précieux avantages que vous offre la révulsion ; la révulsion, dont tant de médecins méconnaissent aujourd'hui la valeur ou rejettent l'emploi, quelques-uns par erreur de jugement et beaucoup tout simplement parce que la mode en est passée.—*Gazette médicale de Paris.*

**Traitement préventif de l'avortement.** — Le Dr STOUT (*Daniel's Texas Med. Journ.*) conseille ce qui suit pour prévenir l'avortement ; il faut distinguer d'abord entre un accident inévitable et celui que l'on peut prévenir. La malade devra garder le lit jusqu'à ce que les symptômes inquiétants aient cessé ou que l'hémorrhagie se soit arrêtée. Comme médicament, l'auteur préconise l'opium à l'intérieur, sous forme de pilules, d'injections ou de lavements. En même temps, un emplâtre de moutarde sera appliqué sur la région lombaire. L'auteur n'a jamais eu d'in succès par cette méthode.

**Quelques considérations sur le rôle du médecin dans l'accouchement normal.**—Ce sujet, déjà bien souvent traité, a fait l'objet d'un mémoire présenté au concours entre les internes de Montpellier, par M. RAUZIER. Les vues originales qu'il renferme et l'actualité toujours existante du sujet nous ont engagé à le résumer brièvement, bien que chacun ait déjà sa manière d'agir sur ce point. L'auteur commence par critiquer un travail du Dr. Byford, de Chicago, paru dans les *Annales de gynécologie*. Ce dernier déclare qu'un règne nouveau doit commencer, règne de patience pour laisser la nature suivre sa marche, qui doit détrôner bientôt les anciens préjugés qui voulaient que commère, sage-femme, jeune accoucheur, ou même toute personne de l'entourage ait toujours dans son sac des expédients ou des médicaments propres à accélérer le travail. " Les anneaux vaginal et vulvaire, dit-il, doivent, par un mécanisme de dilatation et de relâchement, subir la préparation destinée à favoriser le dégagement de la tête." Mais, pour le praticien américain, cette dilatation a pour unique agent la poche des eaux, qui dilate les voies inférieures et sert d'avant-coureur à la tête. Il recommande, par suite, de respecter les membranes dans tous les cas; de plus, il dit que nous devons rendre le travail si facile que la patiente ne se doute qu'elle est en travail que lorsque celui-ci touche à sa fin. Nous reconnaissons, avec M. Rauzier, que ces explications sont au moins naïves et puériles et nous n'y ajoutons pas la moindre confiance. Les recommandations données pour éviter la rupture de la poche des eaux sont beaucoup plus rationnelles : repos au lit, pendant toutes les périodes du travail, calmer la femme par l'opium et le chloral quand elle est en proie à une trop grande agitation, éviter de pratiquer le toucher et chercher à faire le diagnostic de la position par le palper abdominal. Tout ceci est bien plus rationnel; il n'en est plus de même de la prescription suivante. Pour remédier à un travail lent et ennuyeux, il donne *un ou deux vomitifs* à la parturiente, prétendant que l'état nauséeux accélère la dilatation du col. Si nous admettons qu'il faut, pour conserver la poche des eaux, éviter de pratiquer le toucher trop souvent; nous ne pouvons admettre que, dans les cas où le diagnostic est difficile par la palpation seule, il vaille mieux recourir au toucher rectal. Le toucher vaginal fait avec prudence et dans l'intervalle des douleurs ne fait courir que peu de danger à la poche des eaux. M. Rauzier combat vivement la théorie de Byford et ne croit pas que la poche des eaux joue un rôle aussi important. Nous nous écartons un peu de son avis, car souvent, nous avons remarqué, chez les primipares, quand la poche des eaux résiste jusqu'à la fin du travail et ne se rompt que lorsqu'elle fait fortement saillie à la vulve, alors la tête est retenue beaucoup moins longtemps par l'anneau vulvaire et ce temps est remarquablement court.



A cette pratique, qu'il ne faut nullement ériger en méthode, mais qui consiste à conserver la poche des eaux le plus longtemps possible, Rauzier oppose une méthode qui peut s'appliquer dans tous les cas, c'est la *dilatation préfétales de la vulve* récemment préconisée par son maître le P. Dumas de Montpelier.

Dans la dilatation du col, c'est la poche des eaux qui joue le rôle principal, car, grâce à sa malléabilité, elle prend la forme du col et pénètre dans son ouverture à la façon d'un coin, ce que ne pourrait faire la tête qui a la forme d'un sphéroïde peu malléable, et qui est trop volumineuse.

Mais cette poche, soumise à une pression énorme, ne résiste que parce que l'ouverture du col est petite et que la partie non encore effacée la soutient, en vertu du principe de physique qui veut qu'à pressions égales une petite surface résiste mieux qu'une grande; aussi dès que la dilatation est complète, la surface libre devenant plus considérable, la rupture a lieu. Cependant l'auteur reconnaît que, dans certains cas, la poche des eaux, tendue et résistante, vient faire saillie à la vulve et qu'alors elle a une certaine action sur la dilatation. Sur 77 accouchements où le moment de la rupture de la poche a été noté, l'auteur dit que 10 fois seulement elle a résisté assez longtemps pour apparaître à la vulve. De ceci il conclut que le repos au lit n'est pas nécessaire pendant la période de dilatation et qu'on peut laisser promener la femme qui souvent en manifeste le désir pendant cette période énervante. Avec quelques précautions, on peut également pratiquer le toucher sans crainte, car la rupture de la poche n'arrive que rarement de ce fait, et elle n'est nullement redoutable. Mais nous trouvons que l'auteur est un peu trop porté à rompre prématurément les membranes pour favoriser la descente. La rupture n'est pas une complication, mais il est toujours bon, sauf dans des cas exceptionnels, de conserver la poche le plus longtemps possible. Quand la poche se rompt prématurément, la bosse séro-sanguine qui se forme sur la tête au niveau de l'orifice du col, par suite de la différence de pression supportée en ce point, vient remplir le même rôle.

L'auteur admet que, dans certains cas, le même fait se passe à la vulve, et c'est une bosse séro-sanguine de plus en plus volumineuse, qui vient la dilater petit à petit et qui finit par permettre l'expulsion de la tête sans déchirure. Mais quand cette bosse fait défaut, quand la primipare ne modère pas ses poussées à certains moments, il se fait d'abord une déchirure de la fourchette, puis une déchirure du périnée. Il faut donc, pour que le périnée demeure intact, que la bosse séro-sanguine se forme et que les contractions utérines aidées des poussées de la femme soient régulières et méthodiques.

Plusieurs causes viennent compromettre l'intégrité du périnée, ce sont : la descente trop brusque de la tête, la continuité des douleurs causées par une sorte de tétanisation de l'utérus, une flexion exagérée ou une déflexion prématurée de la tête, l'étroitesse et la rigidité de l'anneau vaginal. Aucune méthode n'obvie à tous ces inconvénients, chacune ne résout qu'un des termes du problème. Nous trouvons que dans son énumération des moyens employés, l'auteur passe trop rapidement sur une combinaison de deux procédés qui donne de très bons résultats. Quand de la main droite on soutient le périnée, cherchant à ramener le plus d'étoffe possible en avant, tandis que de la main gauche on dirige la tête du fœtus et surtout on la retient au moment des contractions exagérées, dans ce cas, on évite presque toujours les déchirures.

Voici maintenant la méthode du Prof. Dumas préconisée par l'auteur.

La femme étant dans le décubitus dorsal, les cuisses modérément écartées et fléchies, le médecin, placé à sa droite, introduit, au moment où la tête se présente à la vulve, les trois premiers doigts de la main droite dans le vagin, en ayant soin d'agir entre deux contractions. Les doigts sont écartés et disposés autour de la tête pour former le *trépied digital*, c'est-à-dire un cône dont la base répond à la tête et le sommet à la vulve. Le pouce soulève le bord droit de la vulve à sa partie moyenne, l'index et le médius le bord gauche à un ou deux centimètres l'un de l'autre. Ainsi, à chaque contraction, la main présente successivement à la vulve des portions plus évasées d'un coin et la dilate progressivement. De plus, il est facile de maintenir la tête dans sa flexion normale et de modérer l'effet des contractions en la repoussant. Si l'anneau vulvaire est trop rigide, on le débride par une incision purement intérieure et le passage de la tête est facile. Enfin, au dernier moment, quand on sent que le sommet va se dégager, on invite la femme à cesser tout effort et on décoiffe soi-même la tête en faisant glisser les commissures antérieure et postérieure de la vulve que l'on reporte l'une en haut, l'autre en bas et en arrière.

À cette méthode on objecte qu'elle augmente les douleurs de la femme ; ceci est possible dans une certaine mesure, mais le résultat acquis vaut bien une légère douleur supplémentaire. De plus, il y a une compression exercée sur les doigts qui sont serrés entre la tête et le plancher périnéal, mais le service rendu à la femme fait passer sur ce léger inconvénient. Il y aurait une autre objection à faire à ce procédé, c'est la dernière manœuvre ; le décoiffement opéré par le médecin suppose une trop grande confiance dans la docilité de la femme ; si elle pousse à ce moment, la déchirure de la commissure postérieure est presque fatale, et les soins que l'on a pris deviennent inutiles. Il est vrai que M. Rauzier a

modifié la manœuvre de Dumas et répond ainsi indirectement à cette objection.

Au lieu d'introduire trois doigts, il se contente du médius et de l'index et les dispose simplement sur les deux côtés de la commissure postérieure, sur les limites latérales de la fourchette, il prolonge ainsi la gouttière périnéale par une gouttière digitale.

Cette manière de faire est moins fatigante pour l'opérateur qui doit moins se courber en avant, elle est moins pénible car il n'y a que deux doigts de comprimés au lieu de trois. De plus, non-seulement elle préserve le périnée mais elle permet aussi d'éviter la déchirure de la fourchette que l'on considère souvent comme fatale. L'auteur croit que celle-ci cède à sa partie médiane, c'est-à-dire au point le plus faible; or, ce point tendu sous les deux doigts ne supporte pas directement la tête, car il y a là un espace libre qui empêche la compression. "*Pour protéger la commissure postérieure pendant toute la durée de l'expulsion, il est bon de laisser ses doigts en place jusqu'à l'issue complète du fœtus.*" On voit par là que l'auteur a abandonné la manœuvre du décoiffement qui semblait souvent dangereuse.

Sur 26 observations il y a eu trois déchirures de périnée; ces résultats, on le voit, ne sont guère plus brillants que ceux que l'on obtient par la méthode classique. L'auteur les explique, il est vrai, par une expulsion brusque du fœtus; or, avec la méthode ordinaire ce n'est que dans ces cas également que l'on a des déchirures. Il montre ensuite l'avantage qu'il y a à éviter toute déchirure, ces faits sont trop connus pour que nous insistions. Il reconnaît que certaines femmes n'ont pas de déchirure, même sans l'emploi de ce procédé, tandis que la dilatation préfétales elle-même est parfois impuissante à préserver de la déchirure des périnées qui, comme le dit Pajot, sont voués à la rupture. En somme, cette méthode, bonne dans certains cas quand l'anneau vulvaire est peu extensible, est impuissante parfois. Nous croyons de plus qu'elle est inutile dans bien des cas, et que ce serait un abus de faire de la dilatation préfétales indistinctement chez toutes les primipares.—*Gazette heb. des sciences médicales de Montpellier.*

**Admiration.**—Sentiment que beaucoup de médecins éprouvent, en comparant leurs ordonnances et leurs honoraires à ceux de leurs voisins, sous la dent desquels ils coupent impitoyablement les chardons.

**Adultère.**—Trinité qui parvient rarement à être un mystère. On prétend que, chez les fils d'Hippocrate, l'infidélité entre le plus souvent par la porte que le mari laisse ouverte, en allant rendre visite à ses plus jolies clientes. Dent pour dent, œil pour œil, comme dans *Francillon*.—Dr GRELLERY, in *Gazette de gynécologie*.

## PÆDIATRIE.

**Parallèle entre la fièvre typhoïde des enfants et la fièvre typhoïde des adultes.**—Clinique de M. BOUCHUT à l'hôpital des Enfants-Malades.—Obligé de faire un choix parmi les cas intéressants que vous avez pu observer durant la visite, je crois devoir m'arrêter sur la fièvre typhoïde, dont vous avez vu un grand nombre de cas. Nous en avons douze. Cela me permettra de vous montrer les analogies et les différences de cette maladie chez l'enfant et chez l'adulte. C'est un parallèle intéressant à faire. Des douze malades observés, deux nous présentent la forme très grave, trois la forme grave, trois la forme demi-grave, un seul la forme légère, deux la forme très légère, le dernier est en pleine voie de convalescence. Il vous sera utile, à vous qui sortez des hôpitaux d'adultes, de connaître les différences qui existent entre la fièvre typhoïde que vous y avez étudiée, et la fièvre typhoïde des enfants. Et d'abord, il faut s'entendre sur le mot enfant. En clinique, on peut considérer comme tel celui qui n'a pas atteint l'âge de douze ans. Car, vers treize ou quatorze ans, la transition s'opère et les caractères différentiels n'ont plus la netteté de ceux que je vais vous indiquer. Le parallèle de la fièvre typhoïde à ces deux époques de la vie, le traitement propre à celle des enfants, tel sera l'objet de cette courte leçon. Je glisserai sur les notions techniques que vous connaissez, m'attachant à faire ressortir les points saillants des différences existantes.

La fièvre typhoïde est une maladie zymotique, une nosoémie due à un ferment invisible qui pénètre dans l'économie, y fermente, et le produit de cette fermentation est l'état typhoïde. Si les expériences de M. Pasteur sont exactes, c'est une maladie bactérique ou bactériémie. Mais toutes les maladies contagieuses sont des bactériémies. Et si les bactéries ont été découvertes dans la fièvre typhoïde, on n'a pu les différencier de celles des autres états pathologiques où elles se trouvent. Quoi qu'il en soit, la fièvre typhoïde est une maladie infecto-contagieuse et là-dessus les anciens en savaient autant que nous. C'est une maladie à ferment, mais on ignore la nature de ce ferment. Ce que l'on sait bien, c'est que la fermentation est plus ou moins grande suivant l'alimentation, le climat, le tempérament de celui qui en reçoit le germe; de même que, sous des influences diverses, les fermentations artificielles d'un agent chimique sont plus ou moins rapides, plus ou moins considérables. Cette comparaison

est loin d'être absolue, mais elle donne une excellente idée du ferment typhoïde. Telle est la donnée du jour. Et si je ramène mon esprit vers le passé, je trouve encore vivant le souvenir des luttes engagées par deux écoles acharnées et contraires : celle de Broussais, soutenant que la fièvre typhoïde n'est qu'une inflammation dont l'évolution fait la maladie ; celle qui, se basant sur les idées d'Hippocrate, affirme que c'est la manifestation d'une infection putride (fièvre putride). Les élèves de l'Hôtel-Dieu et ceux de la Charité se passionnèrent au point d'en venir aux coups. C'était de 1830 à 1840, l'époque où l'agitation du monde littéraire se transmettait au monde scientifique.

La fièvre typhoïde se présente sous une triple manifestation anatomique : dans l'intestin, dans le poumon, dans le cerveau. La manifestation intestinale est la plus importante. On a voulu se baser sur cette manifestation pour rattacher la fièvre typhoïde aux fièvres éruptives, et, rapprochant les ulcérations intestinales des pustules de la variole, on a été jusqu'à dire que c'était la *variole de l'intestin*. Les désordres s'observent sur les follicules de Brunner et sur les plaques de Peyer : c'est d'abord une inflammation suivie d'exsudation, plus tard une ulcération qui, s'aggravant, peut amener une perforation et même une résorption purulente. Du côté de la poitrine, c'est une bronchite, puis une broncho pneumonie, enfin une pneumonie bien caractérisée. Le cerveau subit une hyperhémie d'abord fugace, qui s'accroît souvent, entraînant une méningo-encéphalite diffuse et parfois une altération des nerfs optiques. J'ai donné à cette méningite le nom de méningite typhoïde, afin de ne pas la confondre avec les méningites de natures différentes. Telles sont, d'une façon générale et succincte, les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde. Voyons les différences chez l'adulte et chez l'enfant. L'état du cerveau et celui de la poitrine sont sensiblement les mêmes à tous les âges. Il n'en est point ainsi pour l'intestin. L'adulte présente des ulcérations plus manifestes, des perforations plus fréquentes, et l'engorgement de ses ganglions mésentériques est beaucoup plus appréciable.

Mais, dans l'étude des symptômes, les différences prennent un caractère plus accentué. L'enfant vomit presque toujours au début de la fièvre typhoïde, et, parmi nos douze malades, dix ont présenté ce vomissement ; il est rare de le rencontrer chez l'adulte. L'épistaxis, qui, chez l'adulte, est un signe précieux de diagnostic, devient tout à fait exceptionnel dans l'enfance, et sur nos douze malades, un seul nous a offert ce symptôme. Les troubles visuels et auriculaires, si fréquents après 14 ans, sont à peu près nuls chez l'enfant ; seuls, les nos 33, 11 et 8 nous les font observer, et nous devons tenir compte de la gravité de l'état dans lequel ils se trouvent. Si l'inappétence et la soif sont com-

muns à l'adulte et à l'enfant, la pulvérulence des narines et la stupeur sont rares chez ce dernier. La diarrhée, si souvent remarquée chez l'adulte, manque dans la moitié des cas de fièvres typhoïdes d'enfants. Il en résulte ce fait, que les fermentations gazeuses dans l'intestin étant moins considérables, le ballonnement du ventre, le météorisme sont moins prononcés chez l'enfant que chez l'adulte. De plus, l'enfant peut ne pas présenter ces taches lenticulaires qui, chez l'adulte, apparaissent du troisième au dixième jour. Les râles sonores, muqueux et sous-crépitaux peuvent s'observer à toutes les époques de la vie. C'est toujours une complication inquiétante.

Le diagnostic, facile d'ordinaire chez l'adulte, offre parfois chez l'enfant la plus grande difficulté. Vous êtes appelé auprès d'un enfant qui est constipé, qui a vomé, qui se plaint de la tête et qui, avec un peu de fièvre, se trouve en état de somnolence; vous êtes loin de songer à la fièvre typhoïde et l'idée de méningite vous vient naturellement à l'esprit. Si la fièvre est intense, une température de 30° à 40° peut vous éclairer, mais si la maladie est bénigne, il vous est à peu près impossible de ne pas tomber dans l'erreur. Pourtant, au bout de quelques jours, les intermittences du pouls pourront vous venir en aide. Vous songerez que la température du soir est plus élevée dans la fièvre typhoïde que celle du matin, et qu'elle ne présente pas les inversions que vous observerez dans la tuberculose.

D'après l'étude anatomique et symptomatique de cette maladie, il est aisé de voir qu'elle est d'un pronostic moins grave pour l'enfance.

Le traitement que je vais vous conseiller est le résultat de ma longue pratique. Je crois pouvoir affirmer que dans les trois premiers jours il est impossible d'enrayer la maladie, et de transformer une fièvre typhoïde grave en fièvre typhoïde légère. Usez donc, si vous le pouvez, du traitement abortif suivant : tartre stibié 0,025 milligr., si l'enfant est âgé de 2 à 4 ans ; 0,05 centigr., s'il est âgé de 8 à 14 ans, 100 grammes d'eau sucrée, à prendre en une fois. Sous l'influence de cette médication, la maladie thermique change, la température s'abaisse, car le tartre stibié est un réfrigérant de premier ordre, un antiphlogistique évident. Le même résultat était autrefois obtenu par la saignée, lorsqu'on croyait à l'existence d'une inflammation. Du reste, diminuer la température dans une maladie thermique est toujours un service rendu, car l'excès de température expose aux thromboses, soit dans le cœur, soit dans les autres parties de l'appareil circulatoire. De plus, le tartre stibié évacue les matières infectieuses qui peuvent être contenues dans l'estomac. C'est dans ce but, et pour favoriser la même évacuation dans l'intestin, que je vous conseille un purgatif salin comme seconde in-

dication. Il sera pris le lendemain. Vous ne le répétez pas, car, réitéré, il pourrait produire du météorisme, en fatiguant l'intestin et en provoquant la formation de gaz. Vous ne le répétez pas, à moins que vous ne découvriez du gargouillement dans la fosse iliaque droite, signe évident de la présence de matières dont il faudrait débarrasser le tube intestinal. A la suite de cette médication abortive, je vous recommande les toniques et les antiputrides. Donnez, comme tisane, du vin coupé avec de l'eau, à discrétion : que ce soit du Bordeaux, du Sauterne ou du Champagne frappé, peu importe, voire même de la bière. Le médicament sera l'extrait de quinquina à la dose de 1 gramme par jour, dans 15 grammes de cognac. L'extrait de quinquina agit comme tonique, antipyrétique et antisepticémique. Le cognac lui donne une plus grande activité. L'alimentation doit être demi-liquide. Mais, si la fièvre redoublait le soir, n'hésitez pas à employer le sulfate de quinine, à traiter la maladie comme une fièvre intermittente. Il en est qui ont poussé fort loin cette idée, et qui, à la suite d'une pratique pleine de bons résultats, ont borné leur traitement de la fièvre typhoïde au sulfate de quinine qu'ils donnaient exclusivement. Je vous ai déjà parlé des dangers que présente une température trop élevée ; si l'état du malade faisait redouter des thromboses, il est de toute nécessité d'abaisser sa température. On y parvient par les applications froides intus et extra. Ce sont les boissons glacées, les lavements d'eau froide de deux heures en deux heures (250 gr. d'eau par lavement). A l'extérieur, on a conseillé les bains d'eau froide prolongés. Mais ils sont peu pratiques, et malgré l'excellence des résultats cités et publiés, j'ai peine à croire qu'ils n'aient pas une influence funeste sur les lésions pulmonaires déjà formées ; c'est du moins ce que j'ai pu observer dans ma pratique personnelle. Voici mon procédé. Je fais appliquer sur tout le corps de l'enfant, six fois par jour, une éponge imbibée d'eau à 15° ou 16°. Ces applications ne produisent qu'un froid passager qui suffit pour abaisser la température, et ne présente point d'inconvénient vis-à-vis des complications thoraciques.—*Paris médical.*

**Des brûlures chez les enfants, pronostic.**—M. le Dr. JOULIARD, dans un article publié par la *Revue des maladies de l'enfance*, expose les difficultés que présente le pronostic des brûlures chez les enfants et indique, d'après la pratique de M. de Saint-Germain, quels sont les éléments sur lesquels on peut se baser pour ce pronostic. Parmi les faits cités par l'auteur, l'un est relatif à un enfant de cinq ans, présentant sur le ventre une vaste brûlure au quatrième degré, atteignant également les organes génitaux et les cuisses où elle n'était qu'au deuxième degré. Pendant les quatre premiers jours, il n'y eut pas de réaction générale, l'en-

fant avait bon appétit, dormait bien, s'amusaît avec ses jouets ; mais, à partir du cinquième jour, il tomba dans une prostration et une adynamie croissante qui prirent bientôt le caractère typhoïde et entraînent la mort, le vingtième jour de la brûlure.

Ce sont ces phénomènes de prostration survenant tout à coup dans l'évolution de brûlures légères, mais étendues, qui ont frappé depuis long emps M. de Saint-Germain et qui lui ont fait souvent porter dès les premiers jours un pronostic funeste, alors que l'état général satisfaisant semblait annoncer une issue favorable. Une particularité non moins frappante qui existait nettement chez ce malade, c'est le peu de réaction générale que déterminent, chez certains enfants, des brûlures quelquefois très profondes, mais toujours assez étendues. On peut rencontrer, dans les brûlures des enfants, deux ordres de phénomènes : bénignité apparente des symptômes généraux au début de certaines brûlures profondes et plus ou moins étendues, gravité excessive et subite de l'état général dans l'évolution de brûlures légères. Il ne faut pas se hâter de croire à la guérison d'un enfant dont les brûlures légères, mais occupant une assez grande surface, ne paraissent pas graves, dès le début, et, d'autre part, il ne faut pas s'illusionner sur la terminaison de brûlures profondes et étendues qui ne s'accompagnent pas à leur début de phénomènes généraux inquiétants. Dans les deux cas, une adynamie rapidement mortelle menace le malade et contribue à assombrir le pronostic déjà si grave des brûlures de l'enfant.

**Traitement de la diarrhée infantile.**—M. CADET de GASSICOURT, médecin de l'hôpital Trousseau, insiste beaucoup comme moyen préventif sur l'allaitement jusqu'à l'âge de 12 à 16 mois s'il est possible, sur le choix du lait et des aliments quand l'allaitement prolongé est impossible.

La diarrhée étant déclarée, la première prescription à faire, c'est la diète. Dans les diarrhées légères, se contenter de diminuer le nombre des tétés ou des bols de lait, y ajouter de l'eau de chaux ou de Vichy, soit pure et avant chaque tété, soit mêlée au lait dans la proportion d'un cinquième ou d'un quart suivant l'âge de l'enfant. Dans les diarrhées graves, suspendre complètement l'usage du lait que l'on remplacera par du bouillon de bœuf ou de poulet, et dans certains cas par un lait de poule (dans les vingt-quatre heures).

Au début de la diarrhée, il est utile de débarrasser l'intestin par un purgatif (1 à 2 gr. d'huile de ricin ; 1 à 3 gr. de magnésie associée à 50 c. à 1 gr. 50 de bicarbonate de soude ; 10 à 15 centigrammes de calomel ; ou l'infusion d'Hencch à dose fractionnée, 10 centigrammes d'ipéca dans 60 grammes d'eau). Cette infusion convient surtout lorsque les selles sont muco-sanguinolentes et s'accompagnent de ténésme.



Si les selles continuent à être liquides, avoir recours aux opiacés (1 goutte de laudanum de Sydenham ou 4 gouttes d'élixir parégorique du Codex). M. Cadet donne la préférence à l'élixir parégorique, parce qu'il est plus maniable (4 gouttes d'élixir égalent 1 goutte de laudanum) et parce qu'il est d'un goût plus agréable. Associer aux opiacés les astringents (50 cent. à 1 gr. d'extrait de ratanhia dans 60 gr. d'eau pour un lavement); combattre les vomissements par les boissons froides et surtout la glace donnée par petits fragments.

Dans les diarrhées infectieuses, M. Cadet ne recommande pas l'usage de la créosote, du benzoate de soude et de la résorcine. Il a obtenu de réels services de la formule suivante :

Eau sucrée.....	20 grammes
Laudanum de Sydenham.....	$\frac{1}{2}$ à 2 gouttes
Acide chlorhydrique dilué.....	2 gouttes

à donner en une seule. Répéter cette dose plusieurs fois par jour selon les indications.

En cas d'insuccès des moyens précédents, force est bien d'avoir recours à l'ancienne méthode : *arrêter le flux intestinal et combattre le collapsus.*

Remplir la première des indications à l'aide de 1 à 2 cent. de nitrate d'argent dans 60 gr. d'eau en potion ou en lavement (Billiet et Barthez), par l'emploi de lavements opiacés (1 à 5 gouttes de laudanum dans 100 grammes d'eau) ou les lavements d'ipéca (5 grammes dans 100 gr. d'eau).

Satisfaire la deuxième indication avec l'un des moyens suivants : alcool, injections sous-cutanées d'éther (1 à 2 gr.), bains chauds et sinapisés.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

**Intoxication d'un enfant par l'opium; atropine comme antidote physiologique; guérison,** par le docteur D. G. SJENCZENKO.—Administration par erreur, à un enfant de 8 mois, de cinq grammes de poudre de Dover. Somnolence comateuse, myosis, strabisme, respiration stertoreuse (11 à 14 par minute); pouls à 112, cyanose, rigidité des membres. Les symptômes éclatèrent tout de suite après l'absorption du médicament (9 h. du matin). S. arriva à quatre heures, alors que l'on avait employé, en vain, les remèdes usités. T. 36°, 2 C Il employa d'abord des remèdes excitants de toute sorte sans résultat. N'ayant pas sous la main l'appareil pour le lavage de l'estomac, il donna d'abord cinq grammes *radicis ipecacuanhæ*, point de vomissement. Il fit prendre une solution d'*atropinum sulfuricum* (gr. i : z i i) deux fois une goutte chaque demi-heure, puis une goutte chaque heure.

L'enfant absorba quatre gouttes en trois heures. Après la seconde dose, le myosis cessait, la respiration devint plus fréquente

et profonde, le pouls s'éleva à 127 p. ; la température à 37°, 4 C. L'enfant hors de danger à huit heures du soir. Guérison.—*Revue d'obstétrique.*

**Des causes de la claudication par troubles du système nerveux.**—Clinique de M. le docteur Jules SIMON à l'hôpital des Enfants Malades.—Étant donné un enfant qui boîtie, il est naturel, toute lésion osseuse m'so de côté, de penser à la paralysie infantile. La première question alors à poser aux parents est celle-ci : " Comment cette affection a-t-elle débuté ? " La plupart du temps, ils vous répondront que ces accidents sont survenus tout d'un coup. Toutefois, il ne faudrait pas croire que la paralysie infantile ne se présente avec aucun autre symptôme, car tantôt on observe une fièvre importante, tantôt une rougeur intense de la peau, et d'autres fois, cas très embarrassants, des convulsions. Quoi qu'il en soit, au bout de trois ou quatre jours, voici ce qui survient : chez un petit enfant de dix-huit mois à deux ans un état paralytique tout spécial, qui atteint son maximum immédiatement. Parfois la diminution du mouvement porte partout, et d'autres fois sur les deux membres inférieurs ou sur un seul. Plus tard, en même temps que la sensibilité est conservée, la paralysie se confine à certains endroits ; puis, la région attaquée s'atrophie, la peau qui la recouvre devient rouge, violacée et se refroidit, le membre ne se développe pas.

Supposons, maintenant, que l'enfant que nous avons considéré comme atteint d'une paralysie infantile ne présente pas ces caractères de localisation indiqués plus haut. La boiterie, vous dirait-on, a débuté progressivement depuis la naissance. Cet enfant, en outre, qui a maintenant trois ans, est excité, impressionnable, se met en colère, se roule par terre, renverse de temps en temps sa tête en arrière, et, d'autres fois, a de grandes attaques. Eh bien, voici un début qui n'a aucun rapport avec la paralysie infantile. De quoi s'agit-il donc ? D'une paralysie d'origine cérébrale. S'en prenant quelquefois aux deux côtés, mais la plupart du temps à un seul, cette affection est caractérisée par de l'amaigrissement, de la raideur, de la contracture. Si vous soumettez, en outre, les masses musculaires à l'influence d'un courant interrompu, dans la paralysie d'origine cérébrale elles se contracteront, tandis qu'elles resteront inertes dans la paralysie infantile atrophique. D'ailleurs, au cas où l'embarras serait extrême, vous avez un point de repère qui est infaillible : c'est l'état intellectuel de l'enfant. Mais, me direz-vous, comment, chez un enfant de trois mois, de six mois, voire même de trois ans, allez-vous saisir le degré de son intelligence ? Cela est très facile avec un peu d'habitude. Regardez cet enfant ; à la vue d'un objet, ou bien il est pris d'une terreur extrême, ou bien il veut le saisir.

Ce n'est pas tout: vous le verrez prendre des attitudes merveilleuses, toujours à propos d'un même fait, qu'il s'agisse d'une certaine lumière, de musique ou de toute autre chose. Enfin, à l'heure actuelle, ils ont encore des pertes de connaissance. Donc, en y mettant un peu de soin, toute confusion est impossible.

Il est, maintenant, des claudications par myélite aiguë, chez l'enfant comme chez l'adulte. Très exceptionnellement vous trouverez des myélites suraiguës, mais très fréquemment vous rencontrerez des myélites aiguës intéressant principalement les cordons antérieurs et un peu les cordons postérieurs. Susceptibles de guérison, ces affections sont caractérisées par de la douleur, de la parésie ou de la paralysie, et des troubles de la miction et de la défécation.—*Praticien.*

---

## MEDECINE LEGALE.

---

**Les faux témoignages des enfants devant la justice.**—*Académie de médecine.*—M. MOTET.—Je ne sais rien de plus émouvant que le récit d'un enfant racontant les détails d'un crime dont il prétend avoir été le témoin ou la victime. La naïveté du langage, la simplicité de la mise en scène, augmentent singulièrement l'intérêt, accroissent la confiance. L'entourage se laisse aisément gagner par une émotion qui va grandissant toujours, se doublant de l'indignation et de la pitié qu'inspire une monstrueuse aventure.

Lasègue racontait qu'un jour il avait eu à intervenir dans une affaire grave: Un négociant, chemisier, est appelé chez un juge d'instruction sous l'inculpation d'attentat à la pudeur sur un enfant de dix ans. Il proteste en termes indignés; il affirme qu'il n'a pas quitté sa maison de commerce à l'heure où aurait été commis l'attentat dont on l'accuse. Voici comment avait pris naissance cette fable: l'enfant avait fait l'école buissonnière et il était rentré à la maison longtemps après l'heure habituelle; à son arrivée, sa mère, inquiète, lui demande d'où il vient: il balbutie; elle le presse de questions; elle s' imagine qu'il a pu être victime d'un attentat à la pudeur et, lancée sur cette piste, on ne sait pourquoi, elle interroge en ce sens; elle prépare à son insu les réponses, et, quand le père arrive, c'est elle qui, devant l'enfant, raconte l'histoire telle qu'elle l'a créée. L'enfant la retient, la sait par cœur, et, quand on lui demande s'il reconnaît la maison où il a été conduit par le monsieur, il désigne la demeure du négociant, et l'histoire ainsi complétée est acceptée jusqu'au jour où il a été possible de reconstituer l'escapade et de réduire à

néant une fable dont les conséquences auraient pu être si graves.

Le hasard m'a permis de recueillir, dans un court espace de temps, quatre observations de ce genre :

Le 19 novembre 1835, un petit garçon de sept ans et demi ne s'entre pas chez sa mère, et le soir il est retrouvé à Billancourt : deux inspecteurs l'avaient retiré de la Seine au moment où il allait se noyer.

Il raconta que le matin, dans la rue, un homme dont il fait le portrait, dont il détaille le costume, les allures, l'avait abordé et l'avait emmené de force ; après avoir marché longtemps, ils étaient arrivés sur le bord de l'eau, et sans rien dire, l'homme l'avait jeté à la rivière, etc.

Le signalement de l'homme était si précis qu'on put sans peine trouver celui que désignait l'enfant. Malgré ses énergiques dénégations, cet homme, employé dans un musée d'anatomie ambulante, établi près de la demeure de l'enfant, fut arrêté, mais il prouva son alibi. C'est alors que je fus chargé d'examiner l'enfant Albert Morin.

J'appris auprès de la mère que depuis longtemps cet enfant dormait mal, presque toutes les nuits il urinait dans son lit.

En outre, le milieu dans lequel il vivait était de nature à frapper son imagination et à déterminer chez lui une exaltation singulière du sentiment du merveilleux. Sa mère était marchande de journaux, il entendait à chaque instant parler de faits divers émouvants, il avait continuellement sous les yeux des images qui représentaient des scènes de violence, etc. Sur ces entrefaites, dans son quartier vient s'établir un musée d'anatomie ; au milieu des figures de cire qui le fascinent, un homme se meut, parle, et, par une singulière coïncidence, l'enfant l'entend un jour dire à la foule : " Entrez, vous verrez la tête de Morin tué par Mme C. H. . . " Le reste lui importe peu ; mais Morin, c'est lui, la tête que cet homme va montrer, est-ce la sienne ?

Voilà le choc moral, l'impression est produite, la perplexité, l'obsession vont la suivre, la rendre durable, et, au lieu du sommeil si calme d'ordinaire à cet âge, des rêves effrayants vont le hanter, le souvenir en persiste au réveil, l'idée d'un danger menaçant s'implante alors dans l'esprit et un jour, au hasard peut être d'une rencontre, l'enfant pris de peur fuit devant lui et arrive sur le bord de la Seine ; à ce moment la vision a dû disparaître ; la chute dans l'eau n'est plus qu'un événement banal. Au fond de tout cela, qu'y a-t-il ? Un état mental très intéressant à étudier chez un enfant qui un beau jour a mis en action, dans un état d'automatisme analogue à celui du somnambulisme, l'un de ses rêves terrifiants. Son esprit troublé a fait tous les frais d'une aventure, à la réalité de laquelle on a pu croire, et qui n'est pas autre chose qu'un fait pathologique, une auto-suggestion.

J'ai eu presque à la même époque à examiner un jeune détenu qui racontait qu'une personne était entrée la nuit dans sa cellule, et s'était livrée sur lui à des attouchements obscènes. L'explication ne fut pas difficile à trouver : l'enfant avait des oxyures, et de l'érythème intertrigo avait été provoqué par des frottements répétés ; le sommeil était troublé par des rêves sous l'influence desquels la sensation de prurit à l'anus se transformait en attouchements, et dans cette jeune imagination pervertie par la vie d'atelier, une histoire faite moitié de terreurs nocturnes, moitié de conversations obscènes, était débitée avec toutes les apparences d'une conviction sincère.

C'est par un procédé analogue que des enfants s'accusent de délits ou de crimes qu'ils n'ont pas commis. C'est ainsi que j'ai vu un enfant de dix-sept ans arrêté sous l'inculpation d'avoir jeté à l'eau un de ses petits camarades.

Lorsqu'il fut conduit devant le juge d'instruction, il avoua et nia tour à tour ; si on l'interrogeait d'une certaine façon, il récitait une leçon apprise ; si on lui parlait avec bienveillance, il disait le contraire de ce qu'il avait affirmé : il y avait dans son esprit un mélange confus de vérités et de mensonges qui rendaient assez difficile la solution du problème.

Le retour de l'enfant disparu vint heureusement tout simplifier.

Il faut donc, au point de vue médico-légal, se tenir en garde contre les affirmations souvent mensongères des enfants ; ce qui s'est passé en Hongrie, il y a quelques années, en est un saisissant exemple. Une jeune fille disparut sans que personne sût ce qu'elle était devenue.

Deux mois après on retrouva un cadavre que les uns reconnurent pour celui de cette jeune fille, tandis que les autres le nièrent ; mais les passions religieuses s'éveillèrent à propos de ce fait : protestants et catholiques accusèrent les israélites d'avoir assassiné la jeune Esther dans la synagogue ; une légende se propage, on fixe le jour, l'heure du crime, etc. Un enfant de treize ans, rudoyé, violenté par le juge d'instruction, finit par dire que son père avait attiré chez lui la jeune fille, qu'il avait entendu un cri, et qu'il l'avait vue par le trou de la serrure, étendue à terre.

En vain démontra-t-on l'alibi des hommes accusés, l'impossibilité de commettre un pareil attentat en plein jour, etc., etc., la déposition de l'enfant est là, et le juge qui l'a préparée et qui ne veut pas la perdre, séquestre son jeune témoin jusqu'au jour de l'audience où il vient répéter comme une leçon apprise l'épouvantable déposition à laquelle il avait fini par croire.

C'est notre honneur à nous, médecins, de pouvoir apporter la lumière dans ces questions si délicates.

Lorsqu'il s'agit de l'enfant, il ne faut jamais oublier que sa

jeune intelligence est toujours prête à saisir le côté merveilleux des choses, que les fictions le charment, et qu'il objective puissamment ses idées, qu'il arrive avec une étonnante facilité à donner un corps aux fictions écloses dans son imagination ; que son instinctive curiosité, son besoin de connaître, d'une part, et d'autre part l'influence qu'exerce sur lui l'entourage, le disposent à accepter sans contrôle possible tout ce qui lui vient de ces sources. Bientôt il ne sait plus ce qui lui appartient en propre, ce qui lui a été suggéré, il les affranchit de tout travail d'analyse, et sa mémoire, entrant seule en jeu, lui permet de reproduire sans variante un thème qu'il a retenu ; mais c'est précisément par cette répétition monotone que l'enfant se laisse juger. Quand le médecin expert, après plusieurs visites, retrouve les mêmes termes, les mêmes détails, lorsqu'il suffit de la mise en train pour entendre se dérouler dans leur immuable succession les faits les plus graves, il peut être sûr que l'enfant n'a pas dit la vérité, et qu'il substitue, à son insu, des données acquises, à la manifestation sincère d'événements auxquels il aurait pu prendre part.

J'ai dit que ces états avaient des analogues : M. le professeur Charcot, qui ouvre avec une inoubliable bienveillance son service de la Salpêtrière à qui veut s'instruire, nous montrait, il y a quelques semaines, une jeune hystérique qui, pendant une période d'hypnose, avait été convaincue qu'une somme de 50 fr. avait été mise à sa disposition par un des assistants ; elle avait donné reçu, et elle avait vécu avec cette idée. Un jour qu'elle était à l'état de veille, on lui demanda où et comment elle s'était procuré un objet de toilette dont elle se parait avec coquetterie. Elle répondit qu'elle était sortie pendant une après-midi, qu'elle était allée rue de la Paix et qu'elle avait payé 12 fr. l'objet en question. Vous avez donc de l'argent ? lui demanda M. le professeur Charcot.—Certainement, répondit-elle, vous vous rappelez bien les 50 fr. que m'a donnés M. X. . .—Combien vous reste-t-il ? — Une trentaine de francs.—Pourriez-vous les montrer ?—Certainement, c'est la surveillante qui me les garde.—En effet, la surveillante avait en dépôt 35 fr. appartenant à la malade, et dont l'origine était tout autre que celle qu'elle leur assignait, ils lui venaient de sa famille. A l'analyse que trouve-t-on ? Une suggestion, passée dans le domaine des faits acquis, et autour de cette suggestion, une histoire vraisemblable, mais absolument fautive ; la malade n'était pas sortie de la Salpêtrière, elle n'était pas allée rue de la Paix, elle n'y avait pas acheté ni payé l'objet de toilette, elle n'avait pas reçu 50 fr. Dans son esprit s'entretenait une confusion inextricable pour elle, de souvenirs qu'elle était impuissante à mettre en place, et qui, s'enchevêtrant avec un certain ordre, donnaient à son récit les apparences de la vérité.

Pour les réduire, pour distinguer le vrai du faux, il suffisait de

savoir que cette fille n'était jamais sortie de l'asile, et que l'argent qui lui restait avait été remis par sa famille. Le témoignage de la surveillante y suffisait. J'ai cité cette observation parce qu'elle me permet de conclure,

En médecine légale, si l'étude des troubles en apparence aussi complexes que ceux dont je vous ai présenté le tableau, peut arrêter quelque temps; si de sérieuses difficultés doivent être vaincues, le médecin, habitué aux recherches de ce genre, trouvera dans les enseignements de la clinique, dans une observation sévère et patiente, les éléments nécessaires pour remplir dignement son mandat, et apporter à la justice la lumière qu'elle lui demande.—*Abeille médicale.*

**Sur la responsabilité chez les morphinomanes.** — Le Dr. GRANDY qui vient, dans un travail intéressant, d'étudier les effets de la *morphinomanie* et de son influence sur la responsabilité des sujets, lorsque, par abus de la morphine, ils ont troublé leur raison et commis des actes délictueux, indique aux médecins légistes la voie dans laquelle il faut se diriger.—Comme il le dit :

Les états des morphinomanes sont différents selon qu'ils sont sous l'influence récente de la morphine ou qu'ils en sont privés. A l'un de ces états, on a donné le nom de *puissance morphinique*, à l'autre celui d'*abstinence*. Cette distinction a une certaine importance en médecine légale, car les médecins compétents n'admettent pas une responsabilité égale dans les deux états.

Il est certain que si, parfois, l'irresponsabilité est reconnue, ce n'est pas par la raison que l'accusé a pris de la morphine, c'est à cause de l'état mental au moment de l'action; c'est parce que l'on a devant soi un vrai malade, et non parce que vous avez affaire à quelqu'un qui s'est excité volontairement, qui s'est troublé de bonne volonté, avec la morphine.

Si un homme qui a des habitudes alcooliques reçoit une blessure, par exemple; si le délire éclate à la suite, et qu'il commette alors un acte délictueux, on a devant soi un véritable malade; mais que quelqu'un se grise dans le but de commettre une mauvaise action, le médecin et la justice se trouveront d'accord pour ne pas juger identiquement les deux cas: il en est et en sera forcément de même pour le morphinique.

Levinstein, qui s'est occupé beaucoup du morphinisme, dans une belle monographie et qui a contribué grandement à répandre la connaissance de cette maladie, prétend que l'état mental qui suit l'injection morphinique semble plus propre à aggraver la responsabilité qu'à l'atténuer.

Cette opinion a un cachet d'exagération, mais elle exprime bien l'idée que se sont faite les médecins spécialistes qui se sont occupés de cette question de responsabilité chez les morphino-

manes. Pour tous, le fait de se pratiquer habituellement des injections de morphine n'entraîne pas en soi prétexte à l'immunité pénale, surtout quand l'acte est commis pendant la période régulière qui suit les injections habituelles, pendant l'état de puissance morphinique.

Cependant, au moment où le morphinomane est en période d'intoxication manifeste, dans des circonstances spéciales et déterminées, nos médecins experts en France reconnaissent généralement un affaiblissement, une diminution, sinon une perte de responsabilité chez les morphinomanes. L'acte délictueux se sera produit dans des conditions réalisant les desiderata quand il aura pour but de se procurer à tout prix de la morphine; quand celui qui le commet est absolument pressé par le besoin; quand la privation de morphine va le jeter dans un état menaçant son fonctionnement vital et le plonger dans un tourment horrible; car alors la volonté n'est plus entière, le sens moral est, d'ailleurs, le plus souvent atteint, et le malheureux obéit à une impulsion pathologique. De plus, sans se trouver dans l'état d'abstinence, mais bien pendant la période de marasme psycho-somatique qui se produit dans l'intoxication morphinique, le morphinomane présente un ensemble de symptômes assez analogues à ceux qu'on observe en abstinence; il peut y avoir une sorte de démence ou un état de manie assez caractérisé pour que Levinstein lui donne le nom de *delirium tremens* du morphinisme.

A l'état d'abstinence on a souvent lieu d'observer une perturbation psychique et psycho-somatique des plus accentuées; le délire éclate, soudain, violent; le délirant entre dans un accès de manie intense, furieuse, aveugle. Il est évident qu'ici encore, l'être humain a perdu la direction de lui-même, que sa volonté ni sa raison ne sont plus pour rien dans les actes qu'il accomplit; on ne pourra lui reprocher que des actes de démence et de fureur, et la justice, pas plus que le médecin, ne voudra, ne devra faire peser sur le morphinique délirant une responsabilité qui n'existe vraiment pas.

C'est, d'ailleurs, l'opinion universelle; et Levinstein lui-même proclame l'irresponsabilité entière.

En parlant de ce qu'il appelle le *delirium tremens* aigu de la morphinomanie produite par l'abstinence, il expose nettement son avis et dit: "Les sujets qui en sont affectés se trouvent dans un état de trouble pathologique de leur activité intellectuelle, lequel exclut toute détermination volontaire."

Cette opinion est partagée par les médecins français.

On a vu dans ces cas de vol, des accusés morphiniques ou simulant, chercher une excuse dans une impulsion kleptomaniacale qu'ils auraient subie; or, aucun fait clinique, aucune observation publiée n'autorise à penser que le morphinisme puisse donner lieu à une impulsion kleptomaniacale vraie.



Dans tous les cas de morphinomanie, il est une chose qu'il est intéressant de ne pas perdre de vue, c'est l'état mental de l'individu avant ses habitudes morphiniques, ce sont ses antécédents héréditaires et directs. Il est évident qu'un individu dont l'état mental n'est pas sain et qui a l'occasion de prendre de la morphine, réagira à sa façon et pourra voir des troubles nouveaux apparaître chez lui. Il est non moins évident que le médecin expert, s'il avait à examiner un morphinomane dans ces conditions, doit tenir compte de son appréciation de l'état mental pré-existant.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

La morphinomanie doit être considérée comme un trouble psycho-somatique, qui peut acquérir le caractère d'impulsion morbide.

Le morphinisme a deux origines principales : 1<sup>o</sup> une origine *thérapeutique* ; 2<sup>o</sup> une origine *passionnelle*.

Dans l'intoxication morphinique, il faut distinguer deux états différents : 1<sup>o</sup> un état de *puissance morphinique*, pendant lequel le morphinomane est sous l'influence de l'absorption régulière, habituelle de la morphine ; 2<sup>o</sup> un état d'*abstinence morphinique*, pendant lequel le morphinomane est privé de sa ration habituelle de morphine.

Dans l'état de puissance morphinique, il importe de distinguer deux périodes : 1<sup>o</sup> une période d'*euphorie*, ou de bien-être, caractérisé par l'activité psycho-somatique ; 2<sup>o</sup> une période de *marasme*, de malaise, caractérisée par la dépression et l'irritabilité.

Dans l'état d'abstinence, on peut observer deux manières d'être des morphiniques ; il se produit : 1<sup>o</sup> un état d'excitation délirante qui peut aller jusqu'à la fureur maniaque la plus violente ; 2<sup>o</sup> un état de dépression générale pouvant aller jusqu'au collapsus.

Toutes ces manifestations sont rapidement amendées par une injection morphinée suffisante.

Le morphinisme est une maladie qui, mentalement parlant, atteint surtout la *volonté* et le *sens moral*, puis enfin conduit à la démence définitive.

La responsabilité pénale des morphinomanes varie selon les états et les périodes d'intoxication.

Dans la période d'euphorie la responsabilité reste entière.

Dans la période de marasme, les auteurs admettent l'irresponsabilité quand l'acte délictueux emporte avec lui le caractère de démence et de fureur.

Dans l'état de puissance, on accorde généralement la diminution de la responsabilité ou même l'irresponsabilité, quand l'acte délictueux a eu pour but de se procurer de la morphine.

Dans l'état d'abstinence, on doit admettre l'irresponsabilité, à condition toujours que les actes soient des actes de fureur et de démence.—*Paris médical*.

## FORMULAIRE.

### Vomissement des hystériques.—*Bartholow.*

P.—Extrait de belladone.....	1/4 grain.
Extrait de fève de Calabar.....	1/4 “
Extrait de noix vomique.....	1/4 “
Aloïne .....	1/4 “
Sulfate de fer.....	1 “

M.—Pour une pilule, à prendre le soir, au coucher. Avec cela Bartholow prescrit 1 grain de permanganate de potasse, à prendre trois fois par jour,—*College and Clinical Record.*

### Dysenterie des enfants.—*West.*

P.—Huile de ricin.....	1 drachme
Poudre d'acacia.....	1 scrupule
Sirop.....	1 drachme
Teinture d'opium.....	4 minimes
Eau de fleur d'oranger.....	6 drachmes

M.—*Dose* : Une drachme toutes les quatre heures pour un enfant d'un an.—*Leonard's Medical Journal.*

### Albuminurie.—*Bartholow.*

P.—Chlorure d'or et de sodium.....	1/20 grain
Sublimé corrosif.....	1/12 “

M.—Pour une pilule, à prendre matin et soir.—*College and Clinical Record.*

### Blennorrhagie.—*Dr. J. B. Jones.*

P.—Extrait d'opium.....	20 grains
Glycérine.....	1 once
Sulfate de zinc.....	6 grains
Eau distillée.....	5 onces

M.—En injection, toutes les trois heures. En même temps, si l'urine est très acide, le malade prendra la potion suivante :

P.—Acétate de potasse.....	1/2 once
Esprit d'éther nitreux.....	1/2 “
Eau camphrée.....	15 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

Quand la période aiguë a cédé et que le copahu est indiqué, la formule qui suit peut être utile :

P.—Baume de copahu .....	1 once
Liqueur de potasse .....	2 drachmes
Esprit de lavande co .....	2 onces
Esprit d'éther nitreux .....	1 once
Sirop d'acacia .... ..	4 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les six heures.—*American Practitioner.*

### Hémorrhagies utérines.—Lutaud.

P.—Tannin .....	150 grains
Lycopode .....	150 "
Iodoforme.....	30 "

M.—Appliquer sous forme de tampon. Le tampon peut, sans inconvénient, être laissé en place quarantè huit heures.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

### Epididymite blennorrhagique.—Gross.

1. P.—Extrait de belladone.....	2 drachmes
Glycérine.....	$\frac{1}{2}$ once
Eau .....	1 "

M.—Usage local.

2. P.—Iodoforme.....	1 drachme
Pommade à la vaseline.....	3 drachmes.

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

### Otalgie.

P.—Muriate de morphine.....	5 grains
Sulfate d'atropine .....	1 grain
Huile d'olive.....	1 drachme
Glycérine .....	$1\frac{1}{2}$ "

M.—De 3 à 5 gouttes dans l'oreille, et répéter toutes les heures jusqu'à soulagement. —*Peoria Medical Monthly.*

### Pityriasis versicolor.—Besnier.

P.—Acide salicylique .....	3 parties
Soufre précipité.....	10 "
Lanoline .....	50 "
Vaseline.....	"

M.—Une friction chaque soir; un lavage le matin. La guérison est assurée au bout de huit jours.—*Revue internationale des sciences médicales.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1887.

---



---

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 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **83.00 par année** pour les médecins, et de **32.00** 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 quelque 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 & C<sup>IE</sup>, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des États-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 dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

---

## Le surmenage intellectuel et la sédentarité dans les écoles.

Depuis quelques mois, l'*Académie de médecine* de Paris est saisie d'une question des plus graves. Il s'agit de déterminer les conditions dans lesquelles s'exerce le travail des enfants dans les écoles et les lycées, et de décider si ces conditions sont favorables ou préjudiciables à la santé des élèves. Des faits ont été exposés, démontrant qu'en France le cerveau des jeunes gens est surmené outre mesure dans les maisons d'éducation par le nombre même des tâches, devoirs, leçons, etc., imposés aux élèves auxquels, en outre, on fait mener une vie par trop sédentaire, par suite d'un manque évident d'exercice physique, de sorties, etc. De nombreux et éloquents orateurs ont pris la parole sur cette question qui nous intéresse aussi nous au plus haut degré, et des opinions assez

diverses ont été émises. Or voici les conclusions auxquelles en est venue la docte Académie.

“ L'Académie de médecine appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de modifier, conformément aux lois de l'hygiène et aux exigences du développement physique des enfants et des adolescents, le régime actuel de nos établissements scolaires.

“ Elle pense : que les collèges et lycées pour élèves internes doivent être installés à la campagne; que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations; que les salles de classes doivent être améliorées au point de vue de l'éclairage et de l'aération.

“ Sans s'occuper des programmes d'études dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants : Accroissement de la durée du sommeil pour les très jeunes enfants.

“ Pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes, c'est-à-dire à la vie sédentaire, et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices.

“ Nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur âge : Marches, courses, sauts, formations, développements, mouvements réglés et prescrits, gymnastique avec appareils, escrimes de tout genre, jeux de force, etc.”

Pour peu que l'on veuille se donner la peine de jeter un coup d'œil sur ce qui se passe chez nous, il sera facile de voir qu'il y a actuellement une tendance assez prononcée, dans quelques-unes de nos maisons d'éducation, vers le surmenage intellectuel et l'excessive sédentarité des élèves. Dans un certain nombre de collèges et couvents, trop d'heures sont consacrées à l'étude et aux classes. Celles-ci, en outre, sont certainement trop longues et ne devraient pas dépasser une heure et quart. Souvent elles durent deux heures. Enfin, les quelques minutes de récréation accordées à l'issue de chaque classe sont insuffisantes. Une demi heure ou même une heure ne serait pas de trop pour permettre au cerveau de l'élève de se reposer un peu avant la reprise des travaux qui vont suivre.

Pour ce qui est des écoles primaires, le surmenage tend également à s'y introduire. Outre qu'on y envoie des enfants beaucoup trop jeunes, ce qui est déjà un tort évident, on leur donne parfois des tâches infiniment au-dessus de leurs forces, tant au point de vue du nombre que de la longueur, de telle façon que, une fois sorti de l'école, l'enfant, s'il tient à remplir le programme que lui a tracé son précepteur, n'a rien de plus pressé que de rentrer chez lui, de se mettre immédiatement le nez dans les livres et d'y passer la majeure partie de la soirée. Souvent même les parents sont obligés de venir en aide au pauvre petit cerveau impuissant à venir à bout d'une tâche évi-

demment disproportionné. Le père et la mère sont forcés de se faire tour à tour professeurs ou répétiteurs, s'ils ne veulent pas que l'enfant reste coi quand il sera interrogé à la leçon du lendemain.

Or, ces travaux excessifs imposés à un organisme en voie de développement, ce surmenage, puisque c'est là le nom qu'on lui donne, ne peut produire qu'un résultat: l'altération de la santé générale et une suractivité morbide du système nerveux surstimulé aux dépens du reste de l'économie. Ces enfants ainsi surmenés peuvent être de petits prodiges de mémoire, mais leurs forces physiques se développent mal, et la tête emporte le reste, pour nous servir d'une expression banale qui ne manque pas de justesse.

Il a donc là un danger sur lequel nous appelons l'attention de ceux qui s'occupent des choses de l'hygiène. On a parlé de mettre l'hygiène élémentaire au nombre des matières enseignées aux élèves de nos écoles et de nos collèges. Il faudrait peut-être, tout d'abord, l'enseigner aux maîtres eux-mêmes et aux professeurs.

---

**Erratum.**—Une erreur typographique s'est glissée dans la communication de M. le Dr. C. V. E. Marsil, telle que publiée dans notre dernière livraison (page 402 ligne 9); au lieu de: "paralysie complète de la face," on doit lire: "paralysie complète du côté droit de la face."

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

C. PAUL.—**Diagnostic et traitement des maladies du cœur.**—2e édit., 1 vol. in-8 avec figures et planche. Paris, 1887.

P. DIDAY.—**La pratique des maladies vénériennes.**—1 vol. Paris, chez Asselin et Houzeau, 1887.

DECHAMBRE, DUVAL ET LEREBoullet.—**Dictionnaire usuel des sciences médicales.**—1 vol. in-8 avec planches. Paris, G. Masson, 1885.

J. FINLAYSON.—**Clinical manual for the study of medical cases.**—1 vol. pp. 683. Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1886.

H. C. WOOD.—**Nervous diseases and their diagnosis.**—1 vol. Philadelphia, J. P. Lippincott & Co., 1887.

W. A. HAMMOND.—**Sexual impotence in the male and female.**—1 vol. in-8. Detroit, G. S. Davis, 1887. \$3.00.

J. MILNER FOTHERGILL.—**Hand-book of treatment.**—3rd

American from the 3rd English edition. 1 vol. in-8. Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1887.

**The year book of treatment for 1886.**—1 vol. in-8. Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1887.

A. STILLÉ AND J. M. MAISCH.—**The National Dispensatory**, containing the national history, chemistry, pharmacy, actions and uses of medicines. 4th edition, 1 vol. in-8 pp. 1781. Philadelphia, H. C. Lea's Son & Co., 1886.

S. W. GROSS.—**Disorders of the male sexual organs.**—3rd edition, revised, 1 vol. in-8. Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1887.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

Le choléra exerce ses ravages en Sicile.

Le Bureau provincial de médecine s'assemblera à Québec le 28 Septembre.

M. le Dr JOYAL, retour de Paris, a établi son cabinet de consultation au No. 51 rue Cathédrale, Montréal.

M. le Dr PARÉ, de Lachine, a été nommé assistant-chirurgien de la police montée du Nord-Ouest. Sa résidence, à Lachine, est actuellement en vente.

M. le Dr F. DUPONT, de Montréal, a été nommé médecin-gynécologue de l'Hôtel-Dieu.

M. le Dr Wm GARDNER, a été élu récemment Vice-Président de la *Société Britannique de Gynécologie*.

M. le Dr J. A. GRANT, d'Ottawa, vient d'être fait chevalier commandeur de l'ordre de St. Patrice et St. George (K. C. M. G.)

MM les Drs BRUSSEAU et FOUCHER, professeurs à l'Université Laval, sont partis dernièrement pour New-York où ils suivent les cours du *Post-graduate medical School and Hospital*. Ils doivent tous deux se rendre à Washington pour assister aux séances du *Neuvième congrès international de médecine*.

Le Conseil du *Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre* a récemment expulsé du sein du *Collège* un membre qui s'était permis d'insérer son affiche dans un journal politique. Si le *Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec* faisait de même, les expulsés seraient nombreux.

La livraison de juillet du *Chicago Medical Journal and Examiner* commence le volume 56e de cette intéressante publication, et nous

arrive sous toilette neuve. Chaque numéro constituera désormais une forte brochure de 124 pages imprimées sur colonne double. Cette publication est la plus ancienne de toutes celles qui se publient dans les États de l'Ouest et mérite tout le succès possible.

**Faculté de médecine de Paris.**—M. Charles RICHET, agrégé, vient d'être nommé professeur de Physiologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement du regretté M. BÉCLARD.

**Statue de Broca.**—On vient d'ériger sur la place de l'École de médecine de Paris, la statue de Broca. On lit sur le piédestal : Cette statue a été érigée par souscription universelle, sous les auspices de la Société d'Anthropologie de Paris, en 1887.

**Nouveau journal.**—Nous recevons le premier numéro des *Archives Roumaines de médecine et de chirurgie*, importante revue qui va paraître tous les mois à la librairie Alcan. Le directeur, M. le Dr Assaky, est professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bukarest et ancien interne des hôpitaux de Paris. Nos meilleurs souhaits.

**Bureau provincial d'Hygiène.**—Le nouveau bureau provincial d'hygiène se compose comme suit : Dr E. P. Lachapelle, président ; Drs Rinfret et Lemieux sr., Québec ; Dr R. MacDonnell, échevin Dupuis et M. H. R. Gray, Montréal, et le Dr Garneau, de Ste-Anne de la Pérade. M. le Dr Pelletier, de Québec, remplit les fonctions de Secrétaire.

**Université Laval, Montréal.**—La rentrée des facultés aura lieu le 30 septembre. Durant le terme finissant à Noël, les cours de la Faculté de médecine se donnent dans l'ordre suivant :

*Physiologie* : Prof. DUVAL, 8 h. a. m. tous les jours.—*Chimie* : Prof. FAFARD, 9 h. a. m. tous les jours.—*Ophthalmologie et otologie* : Prof. FOUCHER, 9 h. a. m. tous les jours.—*Anatomie descriptive* : Prof. LAMARCHE, 10 h. a. m. tous les jours.—*Anatomie pratique* : Prof. BERTHELOT, 2 h. a. m. tous les jours après le 1er novembre.—*Pathologie interne* : Prof. ROTTOT, 3 h. p. m. tous les jours.—*Médecine légale* : Prof. E. P. LACHAPELLE, 4 h. p. m. tous les jours.—*Pathologie externe* : Prof. BROUSSEAU, 5 h. p. m. tous les jours.

**CLINIQUES.**—*Clinique de gynécologie* (Maternité) : Prof. BRODEUR, 8 h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.—*Clinique interne* (hôpital Notre-Dame) : Prof. LARAMÉE, 11 h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.—*Clinique externe* (hôpital Notre-Dame) : Prof. BROUSSEAU, 11 h. a. m., mardi, jeudi, samedi.—*Clinique obstétricale* (Maternité) : Prof. DAGENAIS, sur avis spécial.



**Congrès de Washington.**—Le bureau d'informations de New-York vient d'émettre la circulaire suivante :

“ Le neuvième *Congrès Médical et International* s'assemblera à Washington le lundi 5 septembre. Washington est à deux cents milles de New-York, six heures de voyage par chemin de fer.

“ Les steamers étrangers débarquent à New-York, Jersey City ou Hoboken. Ces deux dernières villes sont situées sur la rive opposée à celle de New-York. Le Bureau d'Informations de New-York a engagé un salon de réception au Hoffman House, au coin de Broadway et de la 25<sup>me</sup> Rue. Le tramway de Broadway, qui est traversé par tous les autres venant de tous les débarcadères des steamers transatlantiques, passe devant l'hôtel.

“ Le comité a pris des arrangements avec le Hoffman House, lequel est conduit sur un plan tout à fait européen, pour fournir des chambres à une réduction de 25 pour cent. Un ou plusieurs membres du comité de réception, à partir de 2 à 4 heures chaque jour, sera à la disposition des voyageurs depuis le 20 août. Après les heures indiquées on s'adressera à l'employé de l'hôtel. Les personnes qui ont l'intention d'assister à l'assemblée du Congrès Médical International, sont priées d'envoyer leurs noms d'avance, adressé au “ Reception Committee, Hoffman House, New York,” de manière à ce que le comité puisse leur fournir chambres et billets de chemins de fer à prix réduits.”

L'UNION MÉDICALE DU CANADA sera représentée au Congrès par un des membres du comité de rédaction.

---

## DÉCÈS.

**LEMIEUX.**—A Québec, le 12 août, est décédée Marie-Charlotte-Yvonne, enfant de C. E. Lemieux jr, M. D., à l'âge de trois mois.

## MARIAGES.

**GAUTHIER-ST-GERMAIN.**—A St. Hyacinthe, le 17 août, M. le Dr S. Gauthier, d'Upton, à Mademoiselle Emelie St-Germain, fille aînée de M. le Dr J. H. L. St. Germain, de St-Hyacinthe.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. le Chanoine Prince, du Séminaire de St. Hyacinthe.

L'honorable Wilfrid Laurier servait de père au marié.

**BRODEUR-PREVOST.**—A Montréal, le 31 août, M. le Docteur Azarie Brodeur, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris, Chevalier de la Légion d'Honneur, professeur à l'Université Laval à Montréal, à Mademoiselle Adèle Prévost, dernière fille de feu Amable Prévost, Ecr.

La bénédiction nuptiale a été donnée par Sa Grandeur Mgr. l'Archevêque de Montréal.