

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Les verdicts de la cour du Coroner du district de Montréal, pour le premier semestre de 1893, au point de vue médical,

par les docteurs Wyatt JOHNSTON et George VILLENEUVE, de Montréal.

Dans un mémoire lu dernièrement devant la Société médico-chirurgicale de Montréal, et publié dans la livraison d'août du *Montreal Medical Journal*, nous avons passé en revue l'œuvre de la cour du Coroner du district de Montréal, pour les six mois écoulés, de janvier à juin 1893, inclusivement. Dans ce mémoire, nous avons considérés les verdicts surtout au point de vue de la statistique et nous nous sommes abstenus, autant que possible, d'entrer dans des détails sur chaque cas en particulier. Cependant, au cours de notre travail, nous avons reconnu qu'il existait des divergences sérieuses entre le témoignage médical et les verdicts rendus dans certains cas; et, d'un autre côté, que le témoignage de l'expert ne reposait souvent que sur des données absolument insuffisantes, soit que le médecin n'eût pas été à même d'observer les symptômes qui avaient précédé la mort, soit que l'on n'eût pas jugé à propos de faire pratiquer l'autopsie. Nous avons même remarqué que dans 22 cas, aucun témoignage médical n'était enregistré. Le présent mémoire est donc un complément de l'autre. Nous avons l'intention d'y considérer plus particulièrement les divers cas que nous avons cités, de rechercher le rapport entre les verdicts et le témoignage médical, d'examiner dans quelle mesure de certitude le témoignage médical a pu établir la cause de la mort, et de voir quelle influence le témoignage médical a exercée sur le verdict des jurys.

D'après la statistique que nous avons publiée dans notre premier mémoire, nous constatons qu'il a été tenu 201 (1) enquêtes dans le district de Montréal, pendant le premier semestre de l'année courante. Pour la même période des années 1890 et 1891, la moyenne des enquêtes a été de 120, ce qui fait une augmentation soudaine de 67 0/0, pour cette année. La compilation des statistiques des autres villes prouve que cet accroissement n'est nullement en excès du nombre des enquêtes tenues dans les districts ayant à peu près la même population que le district de Montréal, c'est-à-dire 300,000 âmes; même, le nombre des enquêtes tenues à

---

(1) Nous élaguons une enquête pour une affaire d'incendiat, comme n'offrant aucun intérêt au point de vue médical.

Montréal est moins considérable que dans des villes de moindre importance. Nous pouvons donc prétendre, avec raison, que ce nombre représente à peu près le quotient de morts subites et suspectes dont il était du devoir de la justice de s'enquérir.

Les verdicts rendus dans les 201 enquêtes tenues par la cour du Coroner peuvent se grouper comme suit, savoir :

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Homicides.....                  | 4  |
| Suicides ....                   | 12 |
| Morts accidentelles.....        | 76 |
| Morts naturelles.....           | 85 |
| Morts de causes inconnues ..... | 24 |

Sur les 201 enquêtes nos services comme experts furent requis 70 fois, et dans 26 cas, c'est-à-dire, 12.6 par cent, nous avons pratiqué l'autopsie. Dans 22 cas, soit 11 par cent, aucun médecin ne fut appelé à témoigner. Sur les 201 enquêtes, 113, soit 57 par cent furent tenues devant jury, et 88, soit 43 par cent, furent conduites par le coroner seul, c'est-à-dire, *ex-parte*.

## I

### HOMICIDES.

Quatre cas de cette nature se sont présentés devant la cour du Coroner.

Dans un cas, un verdict d'infanticide fût rendu d'après les conclusions tirées de l'autopsie. La police ne fit aucun effort pour rechercher les coupables, et des pièces de convictions qui enveloppaient le petit cadavre ne furent pas mêmes recueillies.

Dans un autre cas, alors qu'il n'existait pas le moindre indice de violence extérieure, l'autopsie révéla une fracture considérable du crâne, évidemment le résultat d'un coup, et une méningite aiguë consécutive à cette fracture et qui avait entraîné la mort. Les conclusions des experts ne furent pas mises en doute par les jurés, et leur indécision porta sur le fait de savoir si le coup avait été donné en état de légitime défense ou non, vu qu'il y avait eu lutte, mais ils ne purent s'entendre, et aucun verdict ne fut rendu par eux.

Dans un troisième cas, celui d'un journalier précipité à l'eau par un coup porté à la tête par la cuillère d'un cure-môle, on trouva, à l'autopsie, une fracture du crâne n'intéressant que la table externe de l'os frontal, mais vu l'état de décomposition avancée du cadavre, aucun des signes probants d'asphyxie par submersion ne pût être constaté. L'expert émit l'opinion que le choc pouvait parfaitement amener la perte de connaissance, mais qu'il n'était pas de nature telle qu'il devait nécessairement entraîner la mort. La question en discussion fut celle

de la responsabilité du conducteur des travaux et le jury, considérant qu'il y avait preuve de négligence contre lui, l'incrimina par un verdict d'homicide. Le grand jury renvoya l'accusation comme non fondée.

Dans chacun de ces trois cas, l'autopsie du cadavre fut pratiquée, et aucun doute ne fut émis sur l'opinion de l'expert, quant à la cause de la mort.

Pour le quatrième cas, il s'agit d'une mort par rétention et infiltration d'urine, accident attribué à un coup de pied porté sur le périnée, en jouant. L'autopsie ne fut pas pratiquée; le jury rendit un verdict d'homicide et le coupable présumé fut amené devant la Cour du Banc de la Reine pour y subir son procès. Le témoignage médical sur lequel le verdict du jury est basé est assez vague: la mort est due à l'absorption des produits toxiques de l'urine, cet empoisonnement ne peut pas avoir été amené directement par le coup, mais il peut l'avoir été indirectement. (*Death was due to poisoning absorption of the poisonous products of urine: this condition could not have been directly caused by the blow, but might have been indirectly.*) Ce qu'il était important pour le jury de savoir, c'était s'il avait été démontré que la mort était due au coup de pied ou non. Sur ce point, aucune opinion ne fut donnée et il ne pouvait en être autrement, attendu que l'autopsie n'avait pas été faite et que le médecin qui avait le premier donné ses soins au défunt n'avait pas été appelé à rendre témoignage. Le médecin qui avait donné le témoignage médical, devant le jury du coroner, pratiqua l'autopsie pour sa propre satisfaction personnelle, après l'enquête. Il constata, en toute évidence, que l'infiltration d'urine s'était faite au travers des lacérations de l'urèthre, dont la seule explication satisfaisante était qu'elles étaient dues aux déviations de sondes dans des tentatives de cathétérisme. Des rétrécissements de l'urèthre, ainsi que l'altération pathologique de ses parois furent aussi reconnus, *de visu*. Il fût prouvé au cours du procès, devant la Cour du Banc de la Reine, que le défunt souffrait de rétrécissement de l'urèthre depuis de longues années et que, environ un mois avant l'accident présumé, il ne passait plus l'urine que goutte à goutte. Le médecin appelé le premier à donner des soins au défunt témoigna de ses tentatives répétées et prolongées, mais vaines, de pénétrer dans la vessie au moyen de la sonde. La preuve faite devant le tribunal établit: 1o que le défunt souffrait depuis longtemps de rétrécissement urétral; 2o que depuis un mois l'affection s'était considérablement aggravée rendant une rétention d'urine imminente; 3o que des tentatives de cathétérisme avaient été faites, sans succès. D'un autre côté, les lésions constatées à l'autopsie, cause immédiate de la mort, par l'infiltration d'urine qui en était résultée, ne purent être rattachées à un traumatisme par coup de pied.

Il est à regretter que tous ces éléments d'une expertise médi-

cale complète n'aient pas été recueillis par la cour du Coroner, dont le verdict aurait pris une direction toute autre. Ce fut le sentiment de l'honorable juge Wurtole, président les assises de la cour Criminelle, qui arrêta l'instruction du procès, sans même appeler les témoins à décharge, et recommanda au jury d'acquitter le prisonnier.

L'honorable juge exprima, dans des termes sévères, son étonnement qu'une autopsie n'eût pas été faite.

Nous croyons important d'enregistrer, ici, l'opinion de Brouardel, notre maître à tous en médecine légale, sur la conduite de l'expert en pareille circonstance. "L'expert, dit-il, doit fournir une *démonstration*. il doit dire qu'il est évident, qu'il est prouvé que tel accident a eu pour cause directe ou tel acte ou tel fait, que la victime a succombé par telle lésion produite par telle arme ou tel coup, ou bien qu'il n'est pas possible de prouver que les choses se sont passées ainsi. Pour l'expert, il ne s'agit pas de dire : il est probable que tel ou tel fait a été accompli dans de telles conditions, mais : il est démontré où il n'est pas démontré que tel fait a été accompli dans telles conditions."

## II

### SUICIDES.

On compte douze verdicts de suicide. Cinq autopsies seulement furent pratiquées. Dans huit cas la mort est attribuée à l'ingestion de substances toxiques, mais jamais l'analyse chimique des organes ne fut faite, ce qui rend la preuve médicale de l'empoisonnement très incomplète. Dans les cas d'empoisonnement volontaire, le jury s'est toujours contenté de la preuve circonstancielle, négligeant complètement de se prévaloir des recherches scientifiques. Lorsque l'autopsie fut ordonnée, (4 fois) ce fut surtout dans le but d'amener la découverte de lésions cérébrales pouvant indiquer la folie. Dans un cas on put constater un certain degré de ramollissement cérébral.

Dans un cas de deux cadavres trouvés avec la gorge coupée, pas d'autopsie et pas de détails sur l'examen externe.

Nous réservons, pour considération ultérieure, trois cas de suicide par pendaison, submersion et arme à feu, respectivement.

Au sujet de ces empoisonnements, nous citerons, comme sujet de réflexion, l'opinion de M. Chapuis, agrégé de Paris: "Dans une affaire d'empoisonnement par une substance toxique, quelle qu'elle soit, il faut, pour que l'expert puisse apporter une conclusion ferme, que les symptômes observés pendant la vie, les lésions trouvées sur le cadavre, l'analyse chimique, les expériences physiologiques, présentent un ensemble concordant. Si un de ces moyens d'informations fournit un résultat en contradiction for-

“ melle avec la somme des autres, l'expert doit douter et exposer les motifs de son doute.”

### III

#### MORTS ACCIDENTELLES.

Sur 76 cas de ce genre, examinés par la cour du Coroner, l'un de nous (Dr Johnston) fut consulté 39 fois, mais il ne put pratiquer l'autopsie que cinq fois.

Laissant de côté les cas dans lesquels les dépositions de témoins oculaires et les circonstances de l'événement établissaient parfaitement la nature purement accidentelle de la mort, et il ne s'agissait alors que d'une question de responsabilité, nous ne relèverons que les cas dans lesquels le verdict ne comporte pas toute la certitude voulue, par le fait qu'on n'a pas demandé à une expertise médicale complète la preuve absolue qu'elle seule pouvait fournir.

Dans le cas d'un individu trouvé mort le long d'une voie de chemin de fer, avec des blessures, le verdict de mort accidentelle fut rendu, sans témoignage oculaire de l'accident, sans examen médical préalable. Nous croyons que l'expertise médicale était nécessaire pour rechercher s'il y avait des traces de lutte, quelle était la nature exacte des blessures, si elles devaient être attribuées à un homicide ou à un accident, et si elles avaient été infligées avant ou après la mort. Des personnes assassinées ont été placées intentionnellement sur les voies des chemins de fer pour cacher un crime en simulant un accident de chemin de fer.

Dans le cas d'un enfant, sur le seul fait qu'il avait été trouvé mort au fonds d'un puits, on arriva à la conclusion de mort accidentelle par submersion. Le témoignage médical ne fait pas mention de la recherche de signes extérieurs de violence, et l'autopsie ne fut pas faite. Nous croyons que ces deux conditions étaient nécessaires pour écarter la possibilité d'un crime en face de l'absence de tout témoignage oculaire d'une chute accidentelle dans le puits.

Nous relevons quatre verdicts de mort par inhalation de gaz d'éclairage. Ici, pas d'examen spectroscopique du sang, seule preuve absolue de ce genre de mort, pas d'autopsie, et dans un cas, absence même de tout témoignage médical. Dans le cas d'un individu trouvé mort dans son lit, dans une chambre d'hôtel, le fait seul qu'on avait constaté une forte odeur de gaz répandue dans la chambre parut suffisant au jury pour étayer un verdict de mort accidentelle par inhalation de gaz d'éclairage. Il est facile pour un meurtrier de cacher son crime en laissant après lui un bec de gaz ouvert, pour faire croire à une mort accidentelle. L'examen spectroscopique du sang peut seul faire briller la vérité.

Nous pouvons ici mentionner le cas d'une personne trouvée morte dans une chambre en feu, le témoignage médical forme un mélange de symptômes de syncope, d'asphyxie, etc., complètement en désaccord avec la position dans laquelle fut trouvé le cadavre et les faits circonstanciels développés à l'enquête.

Nous notons trois verdicts d'intoxication accidentelle attribuées respectivement à la morphine, à un sirop calmant et à une mixture anticholérique, sans autopsie, ni analyse chimique des organes. Dans un cas, un médecin rapporta quelques symptômes très vagues observés par lui, peu de temps avant la mort; dans les deux autres cas, il ne fut pas appelé de médecin avant la mort. Dans le cas d'un cadavre trouvé sur la voie publique, à la campagne, pendant l'hiver, un verdict de mort par l'action du froid fut rendu. La face portait des traces de violence sous forme d'érosions et de plaies à la figure et d'une contusion située derrière l'oreille droite. L'un de nous (Dr Johnston) émit l'opinion suivante d'après l'examen extérieur du cadavre :

1. La cause de la mort ne peut être déterminée par l'examen extérieur du cadavre;

2. La contusion qui existe derrière l'oreille, quoique pas très grave d'aspect, est cependant un fait assez suspect pour nous porter à recommander l'autopsie du cadavre.

Cette recommandation ne fut pas acceptée, et comme conséquence il n'y eut pas d'autopsie. Dans le cas d'un individu trouvé mort avec des lacérations de la peau, à la figure et aux mains, le verdict suivant fut rendu : mort de paralysie par *exposition* (exposition aux intempéries de la saison) et intempérance, sur le seul examen extérieur du cadavre.

Nous relevons quelques opinions médicales assez étranges émises, sans autopsies préalables, sur les causes de morts arrivées immédiatement après un accident, entr'autres : mort de congestion cérébrale, dans un cas d'accident dû à des appareils mécaniques, où il y avait eu enfoncement du crâne et des fractures des membres, et dans un cas de brûlure par eau bouillante. Dans de semblables circonstances, le terme de choc nerveux fut invoqué pour expliquer la mort, d'après l'aspect extérieur du cadavre seulement, sans qu'une autopsie eût éliminé la possibilité de l'existence de lésions internes. De telles opinions peuvent en imposer à un jury, mais elles portent une teinte scientifique très modérée.

Les médecins, d'une manière générale, ne se rendent pas assez compte qu'ils ne sont pas tenus d'émettre une opinion positive sur les causes de la mort lorsque les faits qu'il leur a été donné d'observer ne justifient nullement cette assurance. Personne n'est obligé de donner une opinion d'après des données insuffisantes. Une telle opinion ne peut toujours être que conjecturale, et peut impliquer le médecin dans une responsabilité désagréable.

Sur les 76 cas de morts accidentelles, l'autopsie des cadavres

fut pratiquée six fois, et chaque fois elle permit d'établir la cause de la mort d'une manière certaine, comme suit : déchirure du foie, passage des vivres dans les voies respiratoires, hémorragie du cordon ombilical, etc. Ce sont là des explications parfaitement claires et qui ne laissent pas l'ombre d'un doute. Dans le cas d'un individu dont le cadavre présentait une fracture considérable au crâne et des érosions et des ecchymoses sur différentes parties du corps, une plainte d'homicide fut déposée et nécessita une enquête. A l'autopsie nous constatâmes une fracture considérable du crâne, intéressant le sommet et la base, une déchirure du foie et d'une des capsules surrénales et d'autres lésions internes. Nous déclarâmes que de telles lésions n'avaient pu être produites que par une violence considérable, telle qu'une chute de haut ou un choc considérable, tel que celui produit dans les accidents de chemins de fer. L'enquête établit que l'individu avait été frappé par une locomotive.

Dans les 71 autres cas où l'autopsie ne fut pas pratiquée, on serait tenté de croire que les circonstances de l'événement étaient telles, qu'elles ne laissent aucun doute sur la nature purement accidentelle de la mort, et que le jury ne s'assemblait que pour rechercher si la responsabilité devait en être imputée à quelqu'un. Mais il ne semble pas en avoir été ainsi, puisque des médecins furent appelés à témoigner 67 fois, après examen extérieur seulement. Nous nous demandons quels éléments de certitude additionnels cette constatation purement platonique pouvait apporter à la preuve ? S'il fallait que lumière se fit, pourquoi ne pas s'être adressé à l'autopsie qui seule pouvait la faire jaillir, comme dans les cas d'asphyxie par inhalation de gaz toxiques, par exemple ? La pratique de tirer des conclusions positives de l'examen extérieur du cadavre seulement est peu satisfaisante et est propre à induire en erreur. Nous citerons un cas, dans lequel nous n'avions constaté qu'une légère érosion du cuir chevelu et une fracture du nez ; à l'autopsie, pratiquée sur notre propre initiative privée, nous avons trouvé une fracture considérable du crâne, accompagnée d'hémorragie cérébrale, et une fracture de la colonne vertébrale qui n'était indiquée par aucun signe extérieur.

#### IV

##### MORTS NATURELLES.

Sur 85 cas de mort naturelle. l'un de nous fut consulté 15 fois et sur ce, il fut autorisé à pratiquer l'autopsie 11 fois. Dans chacun de ces 11 cas, la mort était arrivée sans cause apparente aucune, mais elle fut toujours expliquée à l'autopsie, d'une manière entièrement satisfaisante, comme suit : apoplexie 3, abcès du cerveau 1, pneumonie 3, embolie pulmonaire 1, enfants morts nés 3. Même chez ces fœtus, l'autopsie permit d'établir la cause de la mort dans

deux cas, comme suit : pneumonie d'origine syphilitique (hépatisation blanche), avec dégénérescence graisseuse du cœur ; hémorragie cérébrale.

Dans les autres cas ou nous avons été consultés, sans avoir été autorisés à pratiquer l'autopsie, les résultats obtenus sont loin d'être aussi satisfaisants ; nous en citerons trois.

Dans le cas d'un enfant dit être mort de débilité, une présomption de négligence criminelle s'éleva contre les parents qui en aucun temps n'avaient appelé de médecin. L'un de nous déclara qu'une autopsie seule pourrait expliquer la cause de la mort. La question de savoir si la débilité de l'enfant devait être ou non attribuée à une maladie organique ou au manque de soins resta sans solution.

Dans deux autres cas, l'examen extérieur du cadavre ne put fournir aucune indication sur la nature de la mort. Ce résultat fut porté, d'une manière claire et précise, à la connaissance du jury qui, cependant, n'hésita pas à attribuer la mort à une maladie de cœur, dans un cas, et dans l'autre à l'intempérance, quoiqu'il n'y eût dans les dépositions aucune preuve à cet effet. Dans ce dernier cas, une autopsie, pratiquée à la demande des amis du défunt auquel on refusait l'inhumation dans le cimetière catholique, à cause du verdict, prouva qu'il avait succombé à une pneumonie.

Sur les 70 cas de morts naturelles qui restent, il y en a 15, savoir 21 par cent, arrivées dans une grande institution hospitalière qui ne doivent pas occuper notre attention. Nous nous demandons pourquoi le Coroner fut appelé dans ces cas seulement pour entendre dire que les défunts avaient succombé à telle ou telle maladie, après un séjour plus ou moins prolongé dans l'institution, sous une direction médicale éclairée. Il nous semble que ces cas étaient justifiables d'un simple certificat de décès. Le fait " que ces personnes étaient mortes plus tôt qu'on ne s'y attendait," ne nous paraît pas d'une nature très suspecte.

Il reste 55 cas à considérer dans lesquels la mort fut presque toujours rapide, soudaine ou inattendue. L'autopsie ne fut jamais pratiquée, et c'est seulement dans l'infime minorité des cas que les médecins appelés en témoignage avaient été en mesure d'observer les symptômes qui avaient précédé la mort; même, dans plusieurs cas, il n'avaient jamais vu les défunts pendant la vie. Cependant, dans presque tous les cas, ils n'ont pas hésité à attribuer la mort à des causes bien définies; les motifs sur lesquels ils se sont basés pour émettre leurs opinions nous échappent complètement.

Nous allons entrer dans quelques détails, nous résumant aux cas les plus intéressants, et qui démontrent bien l'insignifiance des verdicts appuyés sur une preuve médicale incomplète.

*Système nerveux.*—Sur trois cas dits d'apoplexie, dans un seul seulement le défunt avait été vu de son vivant par le médecin. Un autre cas est appuyé sur le témoignage médical suivant:

“ d'après l'apparence de la figure, j'ai tout lieu de croire que le défunt est mort frappé d'apoplexie.” Dans le troisième cas, aucune raison n'est donnée. Dans un verdict de congestion cérébrale, celle-ci est attribuée à une dégénérescence graisseuse du cœur diagnostiquée d'après l'aspect du cadavre. Dans trois cas, nous trouvons la paralysie comme cause de mort subite.

*Appareil circulatoire.*—Nous comptons 20 verdicts de mort par maladie du cœur. Huit de ces cas n'avaient jamais été observés pendant la vie par des médecins; d'autres avaient été vus à des époques plus ou moins rapprochées de la mort, mais ce n'est que dans deux cas que le diagnostic de maladie de cœur avait été posé. A part cette exception, toute autre cause ordinaire de mort subite eût pu tout aussi bien être assignée dans les verdicts. Cette prédilection d'attribuer la mort subite au cœur ne semble pas justifiée par les autopsies que nous avons pratiquées dans les cas de mort subite, cet organe ne fut pas trouvé intéressé une seule fois. Nous relevons pour en faire mention seulement et pour les livrer aux réflexions de nos lecteurs, deux verdicts, l'un de syncope du cœur causée par l'intempérance, et l'autre d'asthme cardiaque.

*Appareil respiratoire.*—Dans le cas d'une personne qui s'était plainte d'une violente douleur d'estomac, suivie d'une hémorrhagie abondante par la bouche, le jury rendit un verdict de mort par maladie de cœur ou inflammation de poumons; chez une femme morte subitement en état de grossesse, le médecin, qui ne l'avait vue depuis quatre mois, émit l'opinion suivante, sans autopsie bien entendu: “ la cause de la mort, d'après moi, est due à une attaque d'apoplexie pulmonaire causé par l'émotion de l'approche de la délivrance; par l'examen vaginal, j'ai constaté que l'enfant était mort.” Dans une enquête pour un cas de mort subite, le médecin, qui n'avait pas vu le défunt de son vivant, déclara qu'il avait constaté sur le cadavre les symptômes de la congestion pulmonaire et le jury rendit un verdict en conséquence. Nous relevons neuf cas de phthisie; il semblerait en lisant la preuve que l'on déclare volontiers phthisique toute personne morte en état de langueur.

*Divers*—Sous ce titre il est intéressant de noter un cas de colique hépatique chez un enfant âgé d'une semaine, sans jaunisse apparente; et un autre de “ maladie incurable,” mais laquelle? Un individu meurt quelque temps après sa sortie d'un hôpital où il avait été traité pour “ de la paralysie.” Un médecin donna un certificat de décès sous la rubrique d'albuminurie, sur représentation d'un parent que le défunt avait eu les jambes enflées; un autre médecin vint dire à l'enquête qu'il avait aussi traité le défunt quelques mois auparavant, et qu'il avait alors diagnostiqué une maladie du foie, mais qu'il n'avait aucune objection à croire que le défunt était mort d'hydropisie; verdict en conséquence. Un individu est trouvé mort dans une chambre d'une maison qu'il habitait seul. La mort remontait à 48 heures. Il

portait des contusions à la figure et la chambre était dans un grand désordre. Le jury accepta comme satisfaisant le diagnostic de colique de plomb comme explication de la mort, des marques de violence et du désordre de la chambre à coucher. Il est bon d'ajouter que le défunt, peintre de son métier, avait déjà souffert de coliques de plomb; mais il n'appert pas, par la preuve, qu'il eût eu de ces coliques, récemment, ou qu'il eût été occupé à peindre.

D'après ce qui précède, il est facile d'observer que les médecins sont trop prompts à donner leur opinion sur la cause de la mort, dans une enquête de coroner, sans faire l'autopsie du corps. Les faits prouvent que cet empressement regrettable est un des grands obstacles à la découverte de la vérité et peut avoir les conséquences les plus funestes, en entraînant des erreurs judiciaires, comme l'histoire de la médecine légale en cite plusieurs exemples.

## V

### MORTS DE CAUSES INCONNUES.

Nous trouvons 24 verdicts de cette nature répartis comme suit: mort subite, 3; mort de cause inconnue, 8; mort naturelle, 6; mort de causes naturelles inconnues, 3; choléra du pays ou empoisonnement, 1; trouvé noyé, 3.

C'est un fait digne de remarque que les verdicts de mort par causes inconnues ont été rendus sur le témoignage de médecins des plus connus et des plus distingués de Montréal. Ces messieurs ont eu assez conscience de leur devoir et assez de souci de leur réputation scientifique pour refuser de donner une opinion positive sans une autopsie, dans le cas de personnes n'ayant pas été sous leurs soins et dont ils n'avaient pu observer la maladie et ses symptômes.

Un verdict assez extraordinaire est celui de mort naturelle de cause inconnue. On ne peut dire d'une mort qu'elle est naturelle, tant qu'on n'en a pas trouvé la cause. On a sans doute voulu dire par là qu'on ne s'était pas donné la peine de chercher la cause de la mort, mais qu'elle ne paraissait pas entourée de circonstances suspectes.



Faute d'un local convenablement aménagé pour la conservation des corps, les cadavres d'inconnus sont inhumés sans identification, quand celle-ci ne peut être faite dans les premiers jours qui suivent la mort. Nous ne pouvons trop nous élever contre la coutume singulière qui consiste à attendre le plus longtemps possible que le cadavre ait été reconnu, pour en faire l'autopsie. Cette pratique semble résulter de cette notion fautive que les opérations de l'expertise mutilent les cadavres au point de les rendre mécon-

paissables. Il n'en est pas ainsi, les corps ne sont nullement défigurés et leur identification peut se faire tout aussi bien avant qu'après. Ce retard, en permettant à la putréfaction de faire son œuvre, rend très difficile ou impossible la constatation de certaines lésions produites pendant la vie; de plus, certains états pathologiques des organes diffèrent peu des altérations produites par la putréfaction, et l'autopsie tardive perd beaucoup de sa valeur. Nous pouvons ajouter qu'au point de vue de l'identification, l'autopsie fournit des indications précieuses par la constatation des signes particuliers d'identité, des traces de maladies et de lésions anciennes, par la recherche de l'âge, etc.

Ce que nous avons constaté en passant en revue la preuve médicale devant la cour du coroner prouve amplement combien cette preuve est incertaine en l'absence d'une autopsie et combien notre loi, qui fait de l'autopsie une procédure tout à fait exceptionnelle, est défectueuse. Cette loi peut certainement atteindre son but, qui est de réduire les dépenses au minimum possible, mais elle est propre à embarrasser le coroner et les jurés en les forçant d'agir sur des données incertaines. Cependant l'honorable juge Wurtele, en proclamant la nécessité des autopsies, avec la haute autorité qui s'attache à sa parole, a engagé la justice dans la bonne direction et a fait faire à la médecine légale un pas énorme dans la voie du progrès. Depuis lors, nous avons remarqué que les autopsies ont augmenté considérablement en nombre. Tous ceux qui ont suivi de près le fonctionnement de la cour du coroner ont pu constater que M. McMahon a fait preuve de connaissances légales sérieuses, qui le qualifient éminemment pour la position qu'il occupe, et qu'il a déployé une grande activité dans l'accomplissement de ses fonctions.

---

Petit glossaire médico-philosophique :

*Faim*.—La dyspepsie du pauvre.

*Santé*.—Unité qui fait valoir les zéros de la vie (Jousset).

*Sein*.—Un garde-côte qui fraternise avec les contrebandiers.

*Choléra*.—L'espoir des médecins, le désespoir de la médecine.

*Melon*.—Un mouton à chapeaux.

*Remords*.—Une indigestion morale.

*Nombriil*.—Un certificat d'origine qu'Adam et Eve ne pourront pas exhiber à la résurrection.

*Eau-de-vie*.—Liqueur forte qui affaiblit tous les organes.

*Gynécologiste*.—Spéculateur du spéculum.

## Action à distance exercée par l'acide chrysophanique, en applications externes localisées, dans le traitement du psoriasis ;

par le docteur G. VILLENEUVE, médecin de l'hôpital Notre-Dame  
(Dispensaire de dermatologie).

Au mois de juillet dernier, M. X..., âgé de 14 ans, se présente à mon cabinet. Le malade étant déshabillé complètement, je pose le diagnostic de psoriasis généralisé, affectant les dispositions suivantes : La tête, la face, les bras, la poitrine, l'abdomen et le dos sont recouverts de nombreuses papules, disséminées sans ordre, environnées d'une squame d'un blanc nacré, dont la blancheur s'exagère par le grattage et qui tombe alors en une fine poussière. Sur les fesses et dans la région de l'aîne et du bas ventre, les éléments du psoriasis sont représentés par de grosses papules, un peu étalées, recouvertes d'une squame épaisse, fortement adhérente. Ces papules sont confluentes et intéressent les téguments dans toute leur étendue. Sur les cuisses, les jambes, il y a de nombreuses papules disséminées.

L'affection a débuté il y a sept ans; traitée par l'huile de cade, à plusieurs reprises, elle a présenté des améliorations qui ne se sont pas maintenues.

Les papules du dos furent badigeonnées, par placards successifs, avec la solution suivante :

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| Acide chrysophanique ..... | 1 gramme.   |
| Chloroforme .....          | 10 grammes. |

Après évaporation du chloroforme, le tout était recouvert de collodion élastique. Ces badigeonnages furent répétés tous les deux jours, pendant un mois. L'amélioration se fit sentir sur tout le corps, dès les premiers jours, beaucoup plus rapide dans les endroits qui ne furent pas touchés par l'acide chrysophanique, surtout aux fesses où les éléments étaient le plus confluentes.

Pendant le traitement, quelques nouvelles papules firent irruption sur le dos, dans la zone d'application de l'acide chrysophanique, mais il n'en apparut aucune aux endroits non touchés. Après un mois de traitement, la guérison paraissait complète. Rien d'intéressant à relever dans l'histoire pathologique du malade.

---

*Style.*—Toilette de l'idée (Goncourt).

*Fourrure.*—Une peau qui change de bête (Decourcelle).

*Femme.*—Produit de l'une des côtes de l'homme : ce qui paraît prouver que l'homme n'est qu'un melon.

## REVUE DES JOURNAUX

## THÉRAPEUTIQUE.

Les anesthésiques en chirurgie. Communication de M. GURLT au 22ème Congrès de la Société allemande de chirurgie.— M. GURLT fait une communication sur l'enquête au sujet de l'anesthésie chirurgicale. Pendant l'année écoulée, on a pu réunir 58 rapports sur les anesthésiques généraux, la plupart provenant de médecins allemands. Ces rapports rassemblent un total de 57,541 anesthésies; on peut en déduire 11,464 faites avec le protoxyde d'azote par des dentistes. Il reste donc 46,077 anesthésies chirurgicales qui ont occasionné 12 morts. Si l'on ajoute à ces nombres les chiffres statistiques des deux années précédentes, on arrive à un total de 157,815 narcoses avec 53 décès, ce qui fait une mort sur 2,977 narcoses.

Voici comment se répartit cette mortalité : sur 130,609 chloroformisations, 46 décès, soit 1 sur 2,839 ; sur 14,506 éthérisations, aucun décès ; sur 4,118 narcoses mixtes par éther et chloroforme, 1 décès ; sur 3,450 narcoses par le mélange de Billroth (chloroforme, éther et alcool), aucun décès ; sur 4,538 narcoses par le brométhyl, 1 décès ; sur 597 narcoses par le pental, 3 décès, ce qui fait une mort sur 199 anesthésies. Dans ces chiffres ne sont pas comprises des asphyxies graves, dont 41 ont nécessité une trachéotomie suivie de succès.

Le chloroforme pur est trois fois plus employé que les autres anesthésiques. La purification par le procédé Pictet ne met pas à l'abri d'accidents, car le chloroforme ainsi purifié a causé, l'année dernière, 3 décès sur 666 anesthésies.

L'éther semble être l'anesthésique de choix, d'autant plus qu'il relève les forces du cœur ; il a moins d'inconvénients consécutifs que le chloroforme (embarras gastrique, etc.) et il est à souhaiter que son emploi se généralise. Le mélange de Billroth paraît aussi devoir être recommandé. Quant au pental, c'est un anesthésique reconnu comme dangereux.

Les 11,464 narcoses faites par les dentistes à l'aide de protoxyde d'azote pur ou mélangé d'oxygène (ce qui est préférable), n'ont donné lieu à aucun accident sérieux.

M. KENIG (de Göttingue) croit que les observations sur les anesthésiques doivent être continuées. Quand, depuis vingt ans,

on se sert d'un agent anesthésique, on ne prendrait pas volontiers la responsabilité de lui en substituer un autre. Depuis quatre ans, sur plus de 7,000 chloroformisations, il n'a pas eu un seul décès. Il doit dire cependant que trois malades seraient certainement morts si on ne les eût pas racimés.

M. KUSTER (de Marbourg), après vingt et un ans d'emploi du chloroforme, s'est mis à se servir de l'éther et en a été très satisfait. C'est tout autre chose d'opérer en redoutant une syncope cardiaque à tout instant possible, ou d'opérer avec un repos d'esprit complet à ce sujet. Avec l'éther, c'est à peine si l'opérateur se préoccupe de la narcose. Il est certain que, dans quelques années, l'éther aura détrôné les autres anesthésiques. Cependant, il est des cas où le chloroforme est préférable : l'éther n'est pas sans danger dans les affections bronchiques ou pulmonaires, et il a perdu un vieillard atteint de bronchite par suite de l'emploi de l'éther comme anesthésique.

Le chloroforme est également préférable dans les opérations pratiquées sur la face et le cou, parce qu'il ne nécessite pas l'usage du masque.—*Union médicale.*

**De l'élimination du plomb dans l'intoxication saturnine chronique,** par DIXON MANN, in *British Medical Journal*.—On n'est pas encore d'accord sur la façon dont le plomb est éliminé de l'organisme en cas de saturnisme chronique, ni sur l'action éliminatrice des médicaments.

Les uns disent que les reins en sont les agents principaux; pour d'autres c'est le tube digestif.

La confusion vient de ce que beaucoup des recherches chimiques sur ce sujet ont été faites chez des animaux.

Dans les expériences sur les animaux, quoique la quantité de plomb introduite dans l'organisme soit encore faible, elle est relativement grande, quand on la compare avec les doses minimales que l'homme absorbe par jour, en buvant de l'eau qui n'en peut renfermer plus de 1 milligramme par litre. Chez l'homme l'évolution de l'intoxication est excessivement graduelle, et ce n'est que par l'action continue et prolongée du poison que ses effets toxiques peuvent se manifester. En outre, la susceptibilité et le pouvoir des voies d'élimination varient de l'animal à l'homme.

Ellenberger et Hofmeister ont constaté que chez le raton l'élimination a lieu surtout par le rein.

Dixon Mann a essayé de démontrer qu'il n'en est pas de même chez l'homme et que la prétendue influence éliminatrice de certains médicaments est appuyée sur des observations sans valeur.

Les expériences ont été faites sur deux malades. L'une, une femme, s'était intoxiquée avec de l'eau renfermant du plomb et présentait une paralysie des extenseurs avec chute de la main et un liseré bleu gingival.

L'autre, un homme, peintre de son métier, maniait depuis longtemps le blanc de céruse. Il avait eu des coliques de plomb et était entré à l'hôpital pour un commencement de paralysie du membre supérieur.

Afin d'obtenir des résultats précis, Dixon Mann fit des analyses, à différents intervalles, sur les matières fécales et les urines rendues dans les vingt-quatre heures. Il négligea l'élimination par la salive et la peau, qui serait d'après lui à peine appréciable. Deux analyses des matières et deux de l'urine furent faites environ une semaine avant le commencement de toute espèce de traitement. Ensuite il appliqua différentes méthodes thérapeutiques, laissant entre chaque tentative un intervalle suffisant, l'analyse des fèces et des urines étant faite régulièrement tous les deux ou trois jours, pendant toute la période d'observation qui fut de plus de quatre mois pour le premier cas.

Les résultats ont été consignés sur des tableaux comparatifs rigoureusement tenus.

Passant sur les détails de l'expérimentation (analyse chimique des fèces et de l'urine), nous dirons qu'en jetant un simple coup d'œil sur les tables de Dixon Mann, on constate que la plus grande partie du plomb quitte l'organisme par le tube digestif. La bile a été considérée comme le principal véhicule d'élimination. Annuschat expérimentant sur des animaux, a trouvé qu'une quantité considérable de plomb était exécrée avec la bile, mais que lorsque l'accumulation du plomb dans l'organisme s'arrêtait, la bile cessait d'en contenir, alors que le foie pouvait encore en renfermer une quantité considérable.

Il est possible que le mucus intestinal aide à l'élimination.

Les mêmes tables montrent que si les reins éliminent du plomb, c'est en proportions bien moindres que l'intestin.

Lorsque le plomb est administré sous forme de sel, d'acétate de plomb par exemple, comme médicament contre certains accidents tels que l'hémoptysie, la diarrhée symptomatique des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, il y a une évacuation considérable de plomb par l'intestin pendant le traitement et immédiatement après. Une faible portion seulement est éliminée, et la plus grande partie passe directement à l'état de composé insoluble de l'estomac dans l'intestin sans entrer le moins du monde dans la circulation. Cela explique pourquoi les effets toxiques du plomb sont si rares quand un sel soluble de ce métal est administré dans un but thérapeutique, même pendant un temps considérable. Cependant on vit se produire dans certains cas des accidents tels que la colique par exemple. Dans les cas où Dixon Mann expérimentait sur des yeux traités par l'acétate de plomb, tandis que les matières fécales renfermaient de plomb, jusqu'à 0 gr. 094, 0 gr. 1411, les urines des mêmes vingt-quatre heures n'en contenaient que 0 gr. 0005 et 0 gr. 0004.

De tous les médicaments recommandés pour faciliter l'élimination du plomb, l'iodure de potassium a obtenu le plus de vogue. Sur quoi est basée cette préférence ?

Quelques auteurs anciens, traitant de la question, donnaient comme preuve de l'action de l'iodure de potassium, le fait que l'intoxication saturnine chronique s'amende pendant son emploi. Plus tard on fit des analyses d'urine après l'administration de ce sel et on trouva des quantités considérables de plomb. L'idée primitive était qu'il se forme de l'iodure de plomb. L'iodure de potassium attaquait l'albuminate de plomb et les sels insolubles tels que le sulfate, et les convertissait en partie en iodure de plomb. Mais on vit bientôt que cela était faux, car l'iodure de plomb est un sel absolument insoluble, si bien qu'un chimiste éminent sentait à l'appui de cette thèse que le grand avantage de l'iodure de potassium était de rendre insoluble et par conséquent inactif tout le plomb qui se trouvait dans l'organisme. C'est alors qu'on eut recours à la théorie de l'iodure double de plomb et de potassium. Il est très vrai que des sels doubles tels que ceux-ci sont généralement très solubles dans l'eau. Malheureusement l'iodure double de plomb et de potassium est un sel qui se fabrique difficilement dans des conditions qui ne peuvent guère se réaliser dans l'organisme, en outre il se décompose immédiatement en présence de l'eau. La théorie de Binz sur l'action de l'iodure de potassium sur les substances albumineuses a été invoquée pour expliquer l'action du médicament dans l'isolement du plomb des combinaisons albuminoïdes. On suppose que le plomb accumulé dans l'organisme y réside à l'état d'albuminate, que l'iode libre dégagé de l'iodure de potassium est pris par les substances albumineuses et les force à subir de rapides métamorphoses qui ont pour résultat la mise en liberté du plomb combiné. Mais on se retrouve toujours en face de la même difficulté : le plomb mis en liberté se recombinaera avec l'excès d'iodure, ou avec l'iode libre.

Aucune de ces explications n'est satisfaisante, par la raison qu'elles essaient d'expliquer un fait qui n'existe pas.

Dixon Mann a dressé des tableaux attestant que la quantité de plomb présente dans les fèces et les urines n'augmente pas quand les malades prennent de l'iodure de potassium. Pendant toute la durée de l'observation les quantités obtenues ont été variables, que l'iodure fût administré ou non. Le seul point constant, c'est une diminution progressive de la quantité totale de plomb éliminé quotidiennement. Cet auteur est le premier qui ait examiné les matières fécales en pareil cas, et il affirme que pendant les quatre mois qu'a duré l'observation d'un des cas, il ne lui est arrivé qu'une fois de ne pas trouver une quantité pondérable de sulfate de plomb dans les matières fécales, tandis que bien souvent les urines n'en contiennent que des traces, et plus souvent encore pas du tout.

D'après Pouchot, l'iodure de potassium élimine le plomb, mais non d'une façon continue : après six à dix jours, l'effet du médicament est épuisé, même si on le donne à doses croissantes. Mais si on l'administre de nouveau après un intervalle de deux à trois semaines, il agit comme au commencement. Par contre, Dixon laissant un intervalle de quinze jours à trois semaines entre les périodes de traitement par l'iodure de potassium, n'a pas vu augmenter l'élimination du plomb, quand le malade reprenait l'iodure de potassium après un certain intervalle de traitement négatif.

Les bains et le massage ont été pendant longtemps considérés comme favorisant l'élimination du plomb, et tout récemment on a publié un cas dans lequel le traitement par l'iodure n'ayant amené aucune augmentation dans l'excrétion urinaire, on cessa l'iodure pour recourir au massage général. Le résultat fut extraordinaire, à un tel point que 50 milligrammes de plomb furent retrouvés par semaine dans l'urine (Tedeschi).

Dixon fit des essais de ce genre, dans son premier cas, en même temps qu'il prescrivit les bains. Le résultat parut être favorable quant à l'excrétion plombique par les matières fécales, mais il fut insignifiant, si on le compare à celui obtenu dans le cas que nous venons de signaler. L'urine renferme aussi une quantité de plomb légèrement plus grande.

En résumé, le plomb est éliminé lentement et d'une façon plus ou moins continue par l'intestin, et à un degré bien moindre par les reins. Celui qui est déposé dans les tissus y réside à l'état de composé stable sur lequel les médicaments ont un pouvoir bien faible, sinon nul. Les meilleurs adjuvants de l'élimination sont les bains et le massage général, avec l'air frais, la bonne nourriture et tous les autres moyens qui peuvent soutenir l'état général. Tout en niant que l'iodure de potassium provoque l'élimination du plomb, on le peut contester qu'il ait des avantages d'une autre nature dans le saturnisme chronique.

**Emploi de la vaseline dans le traitement de certaines affections de l'oreille moyenne.**—D'après M. DELSTANCHE, la vaseline liquide employée en injections dans la caisse par la trompe d'Eustache est un adjuvant utile dans la thérapeutique des affections adhésives de l'oreille moyenne. Elle est absolument inoffensive pour les tissus et l'auteur la recommande dans les circonstances suivantes :

1o Pour chercher à rompre des adhérences étendues du tympan avec la paroi labyrinthique, contre lesquelles les insufflations d'air et l'emploi des raréficateurs se sont montrés impuissants, il signale plusieurs succès partiels, obtenus en pareil cas par les injections forcées de vaseline liquide dans la caisse.

2o Afin de débarrasser l'oreille moyenne des mucosités qui s'y

accumulent dans le cours de certains catarrhes chroniques. M. Delstanche fait ressortir, à ce propos, la facilité avec laquelle les injections massives de vaseline, pratiquées au besoin coup sur coup, réussissent en général à refouler l'exsudat visqueux qui encombre cette cavité vers les cellules mastoïdiennes, où elles n'entravent plus l'audition, ou à l'éliminer à travers la trompe, jusque dans le pharynx.

30 Pour diminuer les chances de réaction inflammatoire à la suite de la paracentèse du tympan, lorsqu'en raison de la densité ou de la viscosité des matières qui remplissent l'oreille moyenne, il importe, afin d'en obtenir l'évacuation complète à travers l'ouverture ménagée au tympan, de recourir aux injections intratympanales.

40 Comme moyen de rétablir la perméabilité de la trompe des mucoosités obstruant la lumière de ce canal et empêchant les insufflations d'air de parvenir jusque dans la caisse, quelques gouttes de vaseline introduites dans le cathéter et poussées dans la direction de la trompe suffisent souvent pour en rétablir la perméabilité. Il convient donc d'essayer toujours d'un moyen aussi simple avant de se résoudre à faire usage de la bougie dilatatrice.

50 Finalement, dans les otites moyennes aiguës avec ou sans perforation du tympan, notamment dans les otites purulentes qui compliquent parfois l'influenza. Ici, les injections massives de vaseline liquide pure, mais surtout saturée d'iodoforme, rendent des services signalés, non seulement en raison de leur action sédative très marquée sur les douleurs souvent atroces dont s'accompagnent ces processus, mais aussi parce qu'il y a tout lieu de croire qu'elles en favorisent et en hâtent la terminaison heureuse.  
— *Revue de thérap. méd. chir.*

**Traitement de l'asthme par la strychnine.** — M. le Dr Th. Mays, professeur des maladies de la poitrine à la polyclinique de Philadelphie, traite avec succès l'asthme bronchique dit essentiel (ainsi que l'asthme des foin) par l'administration prolongée de la strychnine.

Il se sert d'injections hypodermiques dans les cas graves et commence par une dose quotidienne de 2 milligrammes de sulfate de strychnine, qu'il porte ensuite progressivement à 4 milligrammes, à 6 milligrammes et même au delà.

Il est souvent utile d'ajouter à la strychnine de petites doses (1 décimilligramme) d'atropine.

Le mieux est de pratiquer l'injection le soir, puisque les accès d'asthme sont, le plus souvent, nocturnes.

En même temps que les injections hypodermiques, et pour en augmenter l'effet, notre confrère fait encore prendre des cachets dont voici la formule :

|                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| Phénacétine .....              | 4 grammes.  |
| Sulfate de quinine.....        | 2 —         |
| Chlorhydrate d'ammoniaque..... | 6 —         |
| Poudre de capsicum.....        | 25 centigr. |
| Sulfate de strychnine.....     | 6 —         |

Mêlez et divisez en 32 cachets. A prendre 4 cachets par jour.

Dans les cas légers, on peut se passer des injections hypodermiques et se borner aux cachets ci-dessus formulés.

Dans les cas très graves et au début du traitement, on est souvent obligé, pour juguler les accès asthmatiques, d'ajouter à la strychnine employée par la voie hypodermique et par la bouche, la morphine et la nitro-glycérine en injections sous cutanées.

Enfin, un repos aussi complet que possible, un régime alimentaire reconstituant, le massage et l'électricité, pourront rendre les plus grands services.

Par ce traitement, M. Mays a obtenu la guérison ou une amélioration presque équivalente à la guérison dans les cas d'asthme les plus invétérés ; l'un d'entre eux datait de vingt-cinq ans.

**L'ichtyol dans l'érysipèle.**—M. HALLOPEAU a fait à la *Société de thérapeutique*, le 28 juin 1893, une communication sur le traitement abortif de l'érysipèle par l'ichtyol. Il rappelle que récemment, à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 19 mai), M. JUHEL-RENOY avait donné les résultats obtenus par l'emploi de l'ichtyol dans l'érysipèle, suivant l'exemple de Unna, qui, depuis sept ans, use avec succès de ce procédé. Les antiseptiques et la compression par le collodion avaient rendu de grands services à de nombreux médecins ; M. Juhel-Rénoy joint ces deux procédés en se servant d'une solution de gutta-percha dans le chloroforme ou traumaticine, à laquelle il adjoint l'ichtyol. Voici la formule de cette solution :

|                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| Gutta percha ..... | } à 25 grammes. |
| Chloroforme .....  |                 |
| Ichtyol .....      | 25 —            |

M. JUHEL-RENOY circonscrit la plaque d'érysipèle d'une zone de cette solution sirupeuse pour mettre une barrière à son invasion ; il applique sur la plaque elle-même une pommade, formée de parties égales de vaseline et d'ichtyol ; en même temps il prescrit la désinfection des narines par des onctions avec cette même pommade. M. Juhel-Rénoy a pu expérimenter ce traitement sur 500 malades à l'hôpital d'Aubervilliers ; il a obtenu 60 p. c. de succès.

M. HALLOPEAU a eu l'occasion d'essayer sur lui-même ce traitement. Ayant été atteint d'un érysipèle, dont une excoriation du nez était le point de départ, il fut guéri après trois jours de maladie, moins de 48 heures après le début du traitement.

L'innocuité de cette médication est absolue. Au début, la douleur qu'elle provoque est très supportable et passagère; le principal inconvénient consiste après l'application en la coloration du visage, qui donne au malade l'aspect de Maure d'opéra-comique. Quel est le mécanisme de l'action de cette médication? On peut invoquer la compression, la stricture vasculaire produite par l'ichtyol, son énergique pouvoir réducteur qui rend le derme impropre au développement des streptocoques aérobies, enfin une action directe sur les microbes. Quoi qu'il en soit, nous sommes aujourd'hui, grâce à Unna et à M. Juhel-Rénoy, en possession d'une médication qui permet dans la plupart des cas d'enrayer en 23 et 28 heures l'érysipèle à toute période de son évolution; un progrès important se trouve ainsi réalisé.

M. C. PAUL fait remarquer que la plaque d'érysipèle guérit généralement en quatre jours; il a obtenu la guérison en trois jours par l'emploi de la pommade suivante :

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| Vaseline blanche..... | 40 grammes.       |
| Sucrate de chaux..... | 10 "              |
| Sublimé corrosif..... | 0 gr. 05 centigr. |

M. EDOUARD LABBÉ met en doute l'action de toutes les médications locales de l'érysipèle qu'il considère comme une maladie infectieuse générale. À son avis, le streptocoque n'est pas l'agent pathogène de l'érysipèle, il coexiste avec ce dernier, qui d'après M. Ed. Labbé, est encore inconnu.

M. HALLOPEAU réplique que la médecine expérimentale met dans l'impossibilité de douter de l'action pathogène du streptocoque dans l'érysipèle, mais il est absolument d'avis, et avec nombre de médecins, que le traitement local de l'érysipèle n'est pas inutile.

M. C. PAUL ajoute que, dans cette affection, surtout dans la forme à rechute, on doit se préoccuper de l'état général du malade, du terrain où se développe le streptocoque.

M. FERRAND, qui est aussi de cet avis, a obtenu de bons résultats en administrant à ses malades matin et soir dix gouttes de teinture d'iode.—*Progrès médical*.

—NICOLAIEF recommande, dans les cas graves de diabète, 20 grains de salol, à prendre trois fois par jour.—*Practitioner*.

—M. BOURNEVILLE conseille contre l'épilepsie l'emploi du bromure de camphre, en capsules de 3 grains, à prendre à dose de deux capsules par jour, pendant une semaine, puis trois capsules par jour, la semaine suivante, puis quatre fois par jour une quatrième semaine, augmentant ainsi de 1 grain par dose chaque semaine subséquente jusqu'à concurrence de 7 grains par dose.

## MEDECINE

**Traitement du hoquet.**—Voici quelques indications données par les *Annales de médecine* sur le traitement de ce symptôme parfois très pénible et persistant.

Le traitement doit être d'abord *général*. On a recommandé contre le hoquet accidentel de suspendre la respiration aussi longtemps que possible, de faire des inspirations lentes, de comprimer l'épigastre, d'y faire des applications chaudes ou froides, d'y mettre des sinapismes, de priser du tabac, d'avaler quelques gorgées d'eau froide ou d'eau de Seltz, d'ingurgiter quelques fragments de glace, de comprimer, pendant quelques instants, le phrénique entre les deux chefs sterno-claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien, etc.

Parmi les médicaments employés pour faire cesser le hoquet, ceux dont l'énumération va suivre sont le plus habituellement employés :

L'éther (10 à 20 gouttes sur du sucre, ou bien en perles), le chloroforme, sous forme d'eau chloroformée, le laudanum, l'hydrate de chloral, le valérianate d'ammoniaque, l'ammoniaque liquide, la belladone, le chanvre indien (10 à 30 gouttes de teinture), le bromure de potassium, le sulfate de quinine, la cocaïne, etc.

La galvanisation du phrénique a été pratiquée par Duchenne (de Boulogne), en 1851, et depuis, souvent employée. On place le pôle positif sur le trajet du phrénique au niveau du cou, et on promène l'électrode négative sur la base du thorax, au niveau des insertions du diaphragme.

Le traitement doit être *symptomatique*.

Le hoquet lié à un trouble fonctionnel ou à une lésion des organes de la digestion est le plus fréquent; on l'observe dans les affections de l'œsophage (rétrécissement), dans certaines dyspepsies, ou comme symptôme lié à la tympanite ou à l'existence de vers intestinaux. Il est inutile d'insister sur les moyens de remédier à cette variété de hoquet; c'est évidemment en modifiant la dyspepsie, en combattant la constipation et la tympanite, en expulsant les parasites de l'intestin, que l'on viendra à bout du hoquet.

Celui qui se manifeste dans les maladies de l'appareil respiratoire (spasme de la glotte, coqueluche, adénopathie trachéo-bronchique, pleurésie diaphragmatique), de l'appareil circulatoire (péricardite, anévrisme de l'aorte), des affections utérines et de la

grossesse, des maladies organiques du système nerveux (mningites), n'est pas justiciable d'un traitement particulier.

Le hoquet s'observant dans le cours de certaines intoxications (saturnine, tabagisme), disparaît avec la cause qui l'engendre; celui de l'urémie avec le régime lacté.

Le hoquet est fréquent dans le cours et à la suite des maladies infectieuses, et notamment du choléra, de la grippe, de la fièvre typhoïde, etc. C'est l'un des symptômes constants de la péritonite. Dans le choléra, les applications chaudes à l'épigastre peuvent soulager les malades. Dans la péritonite, l'ingestion de petits fragments de glace, l'eau de Seltz, l'application de sachets de glace rendent des services.

Dans un cas de hoquet post-scarlatineux rebelle, M. Chambard (de Lyon) a employé avec succès le drap mouillé. Il est probable que le hoquet, dans les maladies infectieuses, est dû à l'influence exercée par les toxines sur le centre du phrénique. Chez les paludiques, le sulfate de quinine est particulièrement indiqué.

Le hoquet le plus rebelle est le hoquet hystérique. Il débute parfois d'une façon soudaine et imprévue chez des malades qui ne présentent aucun stigmate de la névrose, et rentre alors dans le cadre des hystéries locales.

Le hoquet hystérique est bruyant, à timbre rauque et éclatant. Il peut être continu et ne laisse au malade aucun moment de repos, ou bien se manifeste sous forme d'accès. Il est habituellement d'une ténacité désespérante. On a employé contre lui les différents médicaments précédemment indiqués et, de plus, la pilocarpine (proposée par Ortille, Stilles).

Ce dernier emploie la formule suivante :

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| Chlorhydrate de pilocarpine..... | 15 centigr. |
| Eau distillée .....              | 10 grammes. |

10 gouttes, trois ou quatre fois par jour.

On a utilisé également l'hydrothérapie, le lavage de l'estomac, la faradisation du creux épigastrique, la métallothérapie, la suggestion hypnotique.

**Modes de traitement de la diphtérie.**—Il ne se passe pas de quinzaine que la presse n'ait à enregistrer les traitements plus ou moins nouveaux et appliqués avec " les meilleurs résultats " à la diphtérie. Mais autant en emporte le vent et l'on comprend que nous ne puissions signaler que ceux qui paraissent avoir subi l'épreuve du temps et d'une observation sérieuse. Nous signalerons un traitement par la teinture de myrrhe, appliqué avec succès par le Dr P. STRÆLL (de Munich), qui emploie la formule suivante :

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| Teinture de myrrhe..... | 4 grammes. |
| Glycérine.....          | 8 —        |
| Eau distillée.....      | 120 —      |

F. s. a. A prendre par cuillerée à café, à dessert ou à bouche, suivant l'âge du malade, toutes les demi-heures ou toutes les heures pendant le jour, et toutes les deux heures pendant la nuit.

D'un autre côté, il est bon, lorsqu'il s'agit de diphtérie du pharynx, de pratiquer toutes les heures des badigeonnages de la gorge avec la teinture de myrrhe pure, ou bien l'on prescrit un gargarisme dont voici la formule :

|                  |            |
|------------------|------------|
| Chloroforme..... | 2 grammes. |
| Eau.....         | 400 —      |

Mélez. Se gargariser le jour, toutes les heures, et la nuit, toutes les deux heures, avec cette solution.

Dans les cas de diphtérie du larynx, on fait faire des inhalations avec une à deux cuillerées de la mixture susmentionnée, destinée à l'usage interne, qu'on pulvérise au moyen d'un pulvérisateur à vapeur ou à boule.

Une condition essentielle du succès du traitement est que l'administration interne de la teinture de myrrhe soit continuée jour et nuit de la façon déjà indiquée.

Chez les malades qui prennent la teinture de myrrhe, l'urine se trouble sous l'influence de l'ébullition, parce qu'elle contient la substance résineuse du médicament. Ce précipité se distingue facilement de celui qui est dû à l'albumine par les deux particularités suivantes : il n'est pas floconneux et il disparaît lorsqu'on ajoute à l'urine une quantité suffisante d'alcool.

D'autre part, M. le Dr G. DUMONT, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, emploie avec avantage dans le traitement de la diphtérie pharyngienne les badigeonnages des régions atteintes avec un mélange qu'il formule ainsi :

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| Essence de pétrole.....              | 20 grammes. |
| Ether sulfurique.....                | 4 —         |
| Iodoforme ou aristol porphyrisé..... | 50 centigr. |
| Essence de menthe.....               | 20 gouttes. |

Mélez Usage externe.

Les badigeonnages avec ce mélange sont pratiqués au moins toutes les heures, et souvent même toutes les dix minutes, à la période d'acuité de la maladie, au moyen d'un petit tampon de coton aseptique monté sur l'extrémité d'une petite baguette. On les continue, mais moins fréquemment, quelques jours encore après la disparition des fausses membranes.

Ces badigeonnages ne sont pas caustiques et sont dépourvus de toute toxicité (surtout lorsque l'iodoforme est remplacé par l'aristol) et, cependant, leur action antiseptique sur les pseudo-membranes diphtéritiques serait puissante, d'après M. Dumont. Sous leur influence, les pseudo-membranes se désagrègent et perdent leur adhérence avec la muqueuse sous-jacente, qui prend une teinte grisâtre.

Institué dès le début de l'angine diphtéritique, ce traitement pourrait empêcher la propagation de la diphtérie au larynx. Il agirait aussi très favorablement dans d'autres :ngines infectieuses, telles que l'angine diphtéroïde de la scarlatine, l'angine varioleuse, l'angine pneumococcique et les pharyngites catarrhales graves de nature douteuse.

Le traitement général ne doit pas être négligé. Outre les badigeonnages avec l'essence de pétrole et l'iodoforme ou l'aristol, M. Dumont prescrit à ses malades le régime lacté, la suralimentation quand elle est possible, l'alcool, la noix de kola, le quinquina et la noix vomique.

**Du brightisme.**—M. DIEULAFOY a continué, à l'Académie de médecine, sa communication sur certaines variétés du brightisme par un discours aussi remarquable par la lucidité de l'exposition que par la verve et l'entrain de l'orateur.

Dans sa précédente communication, il avait voulu montrer que le brightisme n'est pas nécessairement lié à la présence de l'albumine dans l'urine et pouvait exister chez des sujets non albuminuriques.

Il commence son nouveau discours, en insistant sur la disposition inverse qui se trouve, également, souvent vérifiée en clinique, et en passant en revue les états pathologiques dans lesquels on la rencontre le plus souvent.

“ Un individu peut rester plusieurs années albuminurique sans devenir brightique, à la condition de ne pas avoir de maladies intercurrentes, car les petits accidents de la veille peuvent devenir les grands accidents du lendemain.

“ La dissociation des actes morbides du rein dans les maladies diathésiques peut se réduire à la dissociation dans la diathèse arthritique ou goutteuse, car celle-ci est solide et n'a pas disparu de la science comme les autres. On commence souvent par avoir des coliques néphrétiques pour s'acheminer vers la néphrite interstitielle.

“ Un individu pendant plusieurs années va avoir des accès de goutte sans avoir aucun des accidents du brightisme, tout en ayant de l'albuminurie pendant plusieurs années. Cette albuminurie peut diminuer sous une influence quelconque, mais elle persiste. Une série d'observations montrent que les goutteux ont de l'albuminurie sans néphrite parenchymateuse. On voit quelquefois des goutteux qui n'ont pas d'albuminurie, mais qui sont brightiques. Cet homme n'a pas un vrai asthme, ni une dyspepsie des goutteux, il a de l'urémie; et cet homme, si on le met au régime lacté, on lui fait beaucoup plus de bien qu'en soignant uniquement la goutte chez lui.

“ Dans les maladies infectieuses, nous trouvons la scarlatine, cette cause si fréquente de mal de Bright et de néphrite; nous y

retrouvons la même dissociation de phénomènes que chez les goutteux. Des malades peuvent avoir de l'albuminurie sans aucun symptôme de brightisme et inversement.

“ Une autre question est celle du syphilo-brightisme. Il y a des gens qui pendant la première et la deuxième année de l'infection sont albuminuriques et ne sont pas brightiques. Au contraire, pendant la troisième et la quatrième année de l'infection, ces malades ne sont plus albuminuriques, mais ils ont des céphalées, du froid des extrémités, des sensations spéciales et on attribue cela à la syphilis, c'est du syphilo brightisme.

“ Passons au chloro brightisme, je ne parle que des vraies chlorotiques : j'ai une trentaine d'observations prises dans mon service d'hôpital. Une vraie chlorotique voit en ville une série de médecins qui tous recommandent la viande saignante, l'extrait de viande, le jus de viande, les vins de coca, de quinquina, le fer, l'arsenic, mais ce traitement souvent recommandé, n'a produit aucun résultat et même la jeune fille n'a jamais pu le supporter. Mais, en outre, cette jeune fille a de petits phénomènes de brightisme, sans albuminurie et si vous êtes au courant, vous recommandez le régime lacté. Ce traitement, accepté toujours avec difficulté, finira cependant par faire disparaître tous les symptômes de pseudo-chlorose.

“ Dans une deuxième catégorie, les malades ne sont pas seulement des chloro-brightiques, elles ont en même temps de l'albuminurie passagère et en très petite quantité très bien vue par Gubler.

“ Ces jeunes filles ou jeunes femmes, que deviendront-elles plus tard ? Quelquefois elles auront, plus tard, des accidents graves. Une jeune fille amenée dans mon service avec un chloro-brightisme des mieux caractérisés, mais non albuminurique, sortit guérie en apparence au bout de quelques semaines. Elle s'est mariée, est devenue enceinte, elle n'a jamais été albuminurique, mais, après l'accouchement, elle a eu des accès d'éclampsie des mieux caractérisés et dont elle a guéri.

“ Une autre jeune fille, chloro-anémique pendant trois ou quatre ans, est devenue ensuite chloro-brightique, puis chloro-urémique et est morte de son urémie.”

M. LANCEREAUX se déclare d'accord avec M. Dieulafoy sur beaucoup de points, au point de vue clinique. L'albuminurie et l'urémie ne sont pas deux états morbides parallèles ; l'urémie peut parfaitement se montrer sans avoir été précédée par l'albuminurie.

Sur un autre point, son accord est moins complet. Dans la goutte, comme dans le rhumatisme chronique, on observe du brightisme ; cela n'est pas douteux, mais c'est par un processus que M. Dieulafoy n'a pas indiqué que ce brightisme se produit, les goutteux sont brightiques parce qu'ils sont artério-scléreux. Ce que M. Dieulafoy a appelé les petits signes du brightisme, ce sont les signes de l'artério-sclérose, pas autre chose. En somme, chez les goutteux, pas d'artério-sclérose pas de brightisme.

M. Dieulafoy nous a parlé de chloro brightisme. Au point de vue clinique, ici encore, il a eu parfaitement raison. Mais pourquoi certaines chlorotiques deviennent-elles brightiques; pourquoi d'autres ne le deviennent-elles pas?

L'explication est la même que pour la goutte; les chlorotiques qui deviennent brightiques sont celles qui sont atteintes de lésions artérielles. Ici ce n'est plus à l'artério sclérose que l'on a affaire, mais à l'étranglement congénital des artères.

Chez les chlorotiques, ce sont celles qui ont le système artériel atteint qui deviennent brightiques.

M. Lancereaux comprend moins ce que M. Dieulafoy a désigné sous le nom de syphilo-brightisme. Dans la syphilis on observe deux variétés de lésions rénales.

Dans la période secondaire, il y a de la néphrite épithéliale; cette lésion n'est pas due à la syphilis qui ne frappe pas les épithéliums; elle est de même nature que les néphrites qu'on observe dans les maladies infectieuses, elle est produite par les toxines que les reins éliminent. A la période tertiaire il y a des lésions gommeuses, limitées; ces lésions sont rares, elles ne donnent presque jamais lieu au brightisme. C'est très probablement la première forme que M. Dieulafoy a en vue.

En résumé, au point de vue clinique, M. Dieulafoy a eu complètement raison; mais l'orateur croit que sa communication est incomplète; c'est pourquoi il a voulu indiquer à grands traits la physiologie pathologique de ces cas.

M. DEJARDIN-BEACMETZ exprime sa satisfaction d'avoir entendu M. Dieulafoy soutenir que l'albuminurie est un symptôme qui n'a que peu de rapport avec l'urémie. Il regrette seulement qu'il n'ait pas davantage insisté sur le régime qui convient aux brightiques. Il y revient, pour son compte, en ces termes:

Chez les brightiques qui ont le foie normal, les toxines absorbées sont facilement détruites par cet organe. Mais si le foie est insuffisant, le rein malade ne peut suffire à l'élimination des toxines; dès lors empoisonnement et urémie.

"Il est donc très important d'interdire aux brightiques les aliments riches en toxines (poisson, gibier, viandes avancées, etc.). Chez eux le meilleur régime est le régime végétarien."

Aux deux précédents orateurs, M. Dieulafoy se borne à répondre qu'il a seulement voulu s'en tenir aux faits cliniques, sans prétendre s'engager ni dans l'étude de la pathogénie du brightisme, ni dans celle de son traitement.

M. G. CÉE résume ainsi son opinion au sujet du brightisme:

1<sup>o</sup> L'albuminurie manque rarement d'une manière complète et permanente dans les néphrites. Souvent elle a précédé le mal de Bright pour disparaître temporairement; mais elle appartient à l'histoire du malade. En aucun cas on ne doit nier d'une manière absolue la présence absolue de l'albumine dans les urines, quoiqu'on a examiné celles-ci à diverses heures de la journée:

Ainsi dans l'urine de la nuit et du matin, l'albumine manque dans tous les cas d'albuminuries fonctionnelles ou physiologiques ; il en est de même dans les *néphrites interstitielles*. Or c'est précisément le matin que, chez nos malades d'hôpital, on a l'habitude d'analyser l'urine ;

20 Dans les *néphrites* sans albuminurie avérée, les phénomènes décrits par Dieulafoy sous le nom de petit mal de Bright, particulièrement les troubles de l'ouïe, la sensation de doigt mort, la fréquence de l'urination sans diurèse ou pollakiurie, la sensation de froid, ou cryesthésie, n'ont rien de spécial et peuvent se retrouver dans une foule d'affections du système nerveux indépendantes du mal de Bright.

30 Il n'y a de valeur véritable que pour un signe, l'œdème de la face ou des membres inférieurs ; la présence de cette hydropisie permet dès le début de reconnaître le mal de Bright latent, quand on a défailqué de cet œdème variable, l'œdème déclive (ou des membres inférieurs) provenant d'une lésion du cœur ;

40 Un autre signe qui a été considéré comme appartenant spécialement à la *néphrite latente*, c'est l'hypertension ou l'hyperpression affirmée comme de grande valeur par un grand nombre d'auteurs français et allemands. Or, jamais personne n'a pu mesurer la pression et les instruments employés dans ce but, surtout par M. de Barth (de Vienne) sont absolument infidèles et sans portée pratique.

50 La seule manière ou la manière principale de reconnaître l'origine uraté des petits et des grands symptômes de Bright sans albuminurie, c'est la recherche de la toxicité urinaire imaginée par Bouchard. L'urine qui ne charrie plus les produits toxiques destinés à l'expulsion de l'urine qui paraît saine est précisément la plus dangeureuse, elle indique l'impuissance fonctionnelle du rein.

60 Un autre moyen de contrôle est tiré du bilan azoté des *néphrétiques* ; chez tous les *néphrétiques* on note d'abord une mauvaise absorption des aliments, et les sécrétions intestinales éliminent plus d'azote que normalement ; c'est ce qui fait que l'azote, c'est-à-dire l'urée, apparaît en moins grande quantité dans les urines.

Il y a non seulement diminution de l'azote urinaire, mais il y a rétention d'urée ou d'azote dans les organes et dans les tissus qui se saturent d'éléments albumineux de décomposition.

Il y a un troisième phénomène remarquable, c'est le retard de l'élimination de l'urée ; au lieu de paraître dans les urines quelques heures après l'introduction des aliments azotés, l'urée retarde vingt-quatre heures, quarante huit heures, trois jours, et ne paraît totalement au dehors qu'au bout de ce temps.

Ce sont là des caractères négatifs, au même titre que l'altération du suc gastrique et les caractères chroniques de dénutrition précoce ou tardive des *brightiques*.

7o La goutte, la seule diathèse qui survit, ne donne pas lieu à la néphrite par le principe qui semble la dominer. Nous savons aujourd'hui, en effet, que l'acide urique qui caractérise, dit-on, la goutte, ne résulte pas d'une oxydation incomplète des tissus, il dérive des xanthines ou de leurs congénères, entr'autres des nucléines ou nucléo-albumines provenant des globules blancs, et qui en se dédoublant forment l'acide urique ; c'est donc une lésion non seulement exclusivement chimique comme on le croyait, mais elle est à la fois chimique et trophique.

Si donc la goutte donne lieu au mal de Bright, c'est en provoquant la formation de l'artério-sclérose, qui à son tour peut atteindre ou le rein ou le cœur en sclérosant ces organes.

8o Le rein gouteux, c'est le rein sclérosé, il ne présente rien de spécial.

Ne confondons pas la goutte des reins avec la lithiase rénale qui est parfaitement indépendante dans la plupart des cas.

9o Le chloro-brightisme ne présente non plus rien de spécial ; les signes du petit brightisme n'ont pas de valeur ; on peut les expliquer, soit par la lésion artérielle (rétrécissement congénital des artères), soit par une lésion cardiaque concomitante. Sinon, on ne peut expliquer ces petits signes que par une superposition de la chlorose et du brightisme vrai, lequel se traduit, soit par l'albuminurie, d'ailleurs fréquente chez les chlorotiques, soit par l'œdème des paupières ou des pieds qui est encore plus caractéristique.

10o La cure lactée de l'albuminurie n'entraîne pas la diminution de l'albumine ; le lait a d'autres propriétés, surtout alimentaires, par la caséine.

Le lait fortement phosphaté calcaire a une propriété bien étudiée récemment et très intéressante ; c'est son action par l'acide phosphorique qui s'absorbe parfaitement et se retrouve ensuite nettement dans les urines ; c'est à ajouter à la cure de lait qui est si générale et si mal interprétée, excepté par la propriété diurétique de son sucre de lait

---

—HARE, de Philadelphie, est d'avis que le *Hoffman's Anodyne* (Ph. E. U.) est le meilleur carminatif connu.—*College and Clinical Record*.

—D'après le professeur WILSON, de *Jefferson Medical College*, la pleurésie survient très rarement comme complication de la diphtérie.

--Dans l'ulcère gastrique, l'alimentation doit toujours se faire par le rectum. On ne doit faire ingérer par l'estomac ni aliment ni médicament.—DONKIN.

## CHIRURGIE.

**Traitement des entorses.**—Clinique de M. PAUL RECLUS à l'hôpital de la Pitié.—Nous avons observé ensemble un certain nombre d'entorses graves guéries en peu de jours par un procédé dont j'ai déjà donné la formule, mais qui ne me paraît pas s'être vulgarisé autant qu'il le mérite. Vous avez vu nos blessés quitter l'hôpital en se servant sans douleur, sans raideur et même sans gêne appréciable de leur jointure forcée. Ce résultat ils le devaient à un traitement bien simple et dont l'originalité, s'il en a une, est qu'il est une synthèse des trois méthodes qui, à cette heure, se disputent la thérapeutique de l'entorse: la balnéation prolongée, le massage et l'enveloppement avec la bande élastique. Je vous demande la permission de revenir une fois encore sur ce sujet, tant je voudrais vous communiquer mes convictions appuyées maintenant sur une pratique de plus de sept années.

La balnéation, dans le traitement des entorses, a déjà un long passé, et Ravaton, J. L. Petit, Boyer en signalent les bons effets. Mais il faut arriver à Baudens pour en trouver l'application régulière; jusque-là on se bornait à entourer la jointure forcée de compresses imbibées d'eau blanche et d'alcool camphré; mais on y appliquait aussi des sangsues sous le prétexte—d'une physiologie bien enfantine—d'absorber le sang épanché dans les tissus. L'immersion dans l'eau froide, préconisée par le célèbre chirurgien militaire, est un progrès dans la thérapeutique des entorses; elle apaise la douleur, arrête la tuméfaction, s'oppose aux phénomènes inflammatoires consécutifs; dans des mains habiles, elle a rendu de réels services et, par elle, de nombreuses entorses ont été guéries. Mais une grande patience est nécessaire, car l'immersion dans l'eau froide dure trois, quatre, huit et même dix jours, "tant que le blessé s'y trouve bien," disait Baudens.

J'ai proposé de substituer à l'immersion dans l'eau froide l'immersion dans l'eau très chaude, dont la valeur me paraît infiniment supérieure, et voici quels me paraissent en être les avantages: d'abord, la haute température accélère la circulation qui débarrasse plus rapidement les tissus des exsudats extravasés par le traumatisme; elle augmente, dit-on, l'activité nutritive des protoplasmas qui réparent plus vite les désordres articulaires; enfin, on n'a pas à redouter avec elle les réactions si vives qui succèdent trop souvent à l'emploi de l'eau froide, le gonflement et la congestion consécutives. Je ne sais si mes adeptes sont très nombreux; en tous cas, j'ai eu le plaisir de voir mon opinion acceptée par le docteur Rosenblith, car ce spécialiste écrivait

récoment: " Je plonge l'articulation malade pendant dix minutes dans de l'eau très chaude, qui dilate les vaisseaux de la partie à masser."

La technique de l'immersion est des plus simples: l'articulation entorse est mise dans une poissonnière si la lésion siège au membre supérieur, dans un bain de pied si elle a frappé le membre inférieur, et c'est dans l'un ou l'autre de ces récipients que l'on verse de l'eau d'abord à 45 degrés centigrades; puis, peu à peu, on ajoute de l'eau bouillante de façon à élever progressivement la température. Certains blessés ne peuvent supporter plus de 50 à 52 degrés, mais d'autres vont assez facilement jusqu'à 55. On s'arrête alors, et il nous paraît inutile de dépasser cette température d'une tolérance déjà difficile. L'immersion doit être assez prolongée; mais on ne peut guère aller au delà de dix minutes, car la température du corps tout entière s'élève et le malade se couvre de sueur. C'est à ce moment qu'on cesse la balnéation et que, dans mon procédé thérapeutique, on a recours au massage.

L'immersion, comme procédé exclusif pour le traitement des entorses, perdit le plus grand nombre de ses partisans le jour où le massage, abandonné jusqu'alors aux mains des rebouteurs, fut réhabilité par Bonnet de Lyon, puis vulgarisé par Lebatard et par Girard en 1856, par Nélaton, par Malgaigne, Broca et Servier. Le massage fit alors son entrée triomphale dans la médecine officielle et, depuis, il est resté parmi nous la méthode de choix. Toutes les entorses ont été massées, les plus souvent au grand bénéfice des blessés. Lorsque le mal est léger, trois ou quatre jours suffisent pour amener une guérison durable, et l'on a vu même des individus, cloués au repos par la douleur que provoquait le moindre mouvement, reprendre la libre fonction de la jointure après une seule séance. Le "lève toi et marche" de l'Évangile a pu se renouveler pour eux, et, lors du renouveau du massage, les journaux du temps racontèrent des faits merveilleux de guérison rapide pour des "étoiles" de l'Opéra. Ne croyez pas, cependant, que cette restitution immédiate de la fonction soit la règle, et même sous les doigts des virtuoses du massage, les entorses de gravité moyenne exigent plusieurs jours d'un traitement assidu.

On a voulu faire du massage une science fort ardue, qui nécessite des dons particuliers ou, pour le moins, une lente initiation. Certainement, un bon masseur ne s'improvise pas, et tous les métiers doivent s'apprendre; mais un médecin instruit, attentif, agile de ses doigts et qui, par surcroît, connaît l'anatomie, les sinuosités articulaires, les gaines des tendons, les groupes musculaires, le trajet des nerfs et des vaisseaux, peut, en quelques heures, devenir assez habile pour traiter utilement une entorse. Il ne faut pas se laisser éblouir par la multiplicité des termes dont on a hérissé les livres publiés sur ce sujet. En somme, le but à atteindre est très simple et les manœuvres pour y arriver

assez peu compliquées. On veut provoquer la résorption plus rapide des extravasats épanchés autour de la jointure, et pour cela, il suffit d'exercer des pressions graduées d'abord très douces et, progressivement, plus appuyées, qui aillent, sur un plus large espace, dans les mailles du tissu conjonctif, le sang et la lymphe, dont l'absorption se fait alors par des voies beaucoup plus nombreuses.

Nous n'avons pas à vous apprendre ici comment on pratique le massage et vous avez vu nos frères du service oindre la jointure entorsée d'un corps gras que conque, huile ou vaseline, entourer de leurs deux mains la région douloureuse et gonflée et la presser de la face palmaire de leur pouce. C'est d'abord un frôlement doux, un glissement, une pression légère et toujours dirigée de l'extrémité du membre vers sa racine. Ces frictions "centripètes" sont de rigueur, et tous les spécialistes attachent une grande importance à ces passes faites uniquement dans le sens du courant veineux. Cette pratique s'explique: d'abord, on refoule les exsudats péri-articulaires vers des régions à lames cellulaires plus étendues et où les mailles conjonctives sont plus aptes à l'absorption; et puis, si on massait dans les deux sens, la pression centrifuge ramènerait au point d'origine les infiltrations séro-sanguines qu'en avait chassé la pression centripète.

Des discussions sans terme se sont élevées sur la durée de chaque séance; les uns déclarent que une, deux, trois heures même sont nécessaires et d'autres se contentent de dix minutes; pour ma part, je me rattache plutôt à la pratique de ces derniers, et je ne dépasse guère un quart d'heure, un peu plus du temps qu'a duré l'immersion du membre dans l'eau chaude. Après cinq minutes de pression légère, la région est comme engourdie et le patient supporte beaucoup mieux les frictions énergiques; on sent sous le doigt fondre l'œdème et s'écraser les caillots sanguins qui crépitent et se dissolvent. D'ailleurs, si la séance est bien supportée, on peut la renouveler deux ou trois fois dans le même jour, et nous préférons ces massages brefs et multiples au pétrissage prolongé: l'effet thérapeutique nous en paraît meilleur. Quoi qu'il en soit, il nous paraît, enfin, que le massage est un moyen excellent; on ne compte plus les succès indiscutables qu'on lui doit. Aussi voulons-nous le conserver au même titre que la balnéation dans notre thérapeutique de l'entorse.

Pendant on a cherché mieux encore, et, d'après nous, on a trouvé. Bruns et Siebermann ont appliqué aux entorses la bande en caoutchouc dont Marc Sée s'est fait, en France, le défenseur convaincu. Grâce, dit-il, à la pression douce, mais soutenue, qu'elle exerce sur la région blessée, elle refoule les liquides extravasés qui l'infiltrèrent; le sang et la lymphe cheminent jusqu'aux tissus sains où leur absorption est plus facile. "La bande élastique agit donc comme le massage, mais elle a sur lui

cet avantage que son action est continue; elle évite les réactions qui s'opèrent dans l'intervalle des séances, le retour du gonflement et de la douleur. "Nous avons bien des fois contrôlé la réalité de cette assertion, et, depuis près de dix ans, nous avons recours à la bande élastique, dont l'emploi, du reste, ne présente aucune difficulté; voici cependant les règles élémentaires dont il ne faudrait pas se départir :

Dès que l'entorse s'est produite, nous enveloppons la jointure entorsée avec la bande élastique, s'il s'agit du pied,—car nous avons étendu son emploi aux autres articulations,— nous mettons nos premiers tours au niveau des orteils, et nous enroulons la bande autour du pied, puis du coude-pied, jusqu'à mi jambe environ; nous ne la serrons pas ou mieux nous la serrons juste ce qu'il faut pour qu'elle puisse tenir. C'est suffisant, et, à l'exemple de Marc Séo, nous recommandons au patient ou aux personnes de son entourage d'enlever la bande si la striction était assez forte pour provoquer de la douleur. Lorsque l'entorse n'est pas très grave, que les déchirures sont peu étendues, que l'articulation est sans mobilité anormale, nous permettons les mouvements. Siebermann raconte que, grâce à cet enveloppement pratiqué sur son pied entorsé, très gonflé et très douloureux, il put marcher le lendemain et faire, au cinquième jour, son service militaire.

Je pourrai citer aussi ma propre observation: lors d'une chute de voiture, j'eus une entorse du genou telle, qu'après m'être relevé et avoir fait quelques pas dans la rue, je fus obligé de m'arrêter tant la douleur était vive; au bout d'une demi-heure, la région était chaude, gonflée, déformée et déjà la rotule était soulevée par une petite quantité de liquide. J'appliquai aussitôt la bande élastique. L'apaisement fut immédiat, et, au repos, du moins, la souffrance était nulle; je pouvais même marcher sans trop de douleur en terrain plat; dès le cinquième jour, je commençai à monter facilement un escalier et je pouvais le descendre quelques jours plus tard. Au bout de deux semaines, la plupart des mouvements étaient possibles et les trois semaines n'étaient pas écoulées que je pus quitter la bande en caoutchouc qui avait guéri mon entorse, tout en me permettant de ne pas interrompre mes occupations habituelles.

L'immersion du pied dans l'eau chaude, les massages, l'enveloppement dans la bande en caoutchouc, voilà donc les trois méthodes principales que la thérapeutique actuelle nous fournit pour le traitement des entorses. Pour ma part, je les retiens toutes les trois, car, il me semble que, loin de s'exclure elles peuvent se prêter un mutuel appui, et voici la technique que je vous propose: je commence par appliquer le plus tôt possible, immédiatement après l'accident si les circonstances le permettent, la bande élastique selon la méthode indiquée plus haut. Elle doit rester à demeure et fait le fond du traitement. Cependant, deux fois par

jour, le matin et le soir, je l'enlève pour essuyer et laver la région. En effet, sous son tissu imperméable, s'accumule la sueur qui se décompose vite, prend une odeur insupportable, et, chose plus grave, irrite les téguments; sans la précaution que j'indique, elle pourrait provoquer des poussées eczémateuses et de véritables éruptions d'acné ou de petits furoncles.

C'est alors qu'intervient le deuxième précepte du traitement: on profite de cet enlèvement momentané de la bande élastique, le matin et le soir pour plonger la jointure entorsée dans un bain dont on élève progressivement la température, à 48.50, et même à 55 degrés centigrades. Il me paraît inutile d'aller jusqu'à 60 et 62 comme je l'ai vu faire pour quelques malades stoïques. Sous cette influence, la douleur cesse si déjà la bande élastique ne l'a pas calmée ou dissipée; la circulation s'active, peut-être aussi les échanges nutritifs, et nous nous imaginons que ces modifications diverses doivent être pour beaucoup dans la résorption plus rapide des exsudats péri-articulaires. Quoi qu'il en soit, l'amélioration est manifeste, et après les dix ou quinze minutes tout au plus que les patients ont pu supporter l'immersion, la jointure entorsée se trouve plus souple et les mouvements plus faciles.

C'est encore pour activer la résorption des exsudats que nous ajoutons le massage à la pression exercée par la bande élastique; et ce massage constitue le troisième terme de notre traitement. Le caoutchouc a bien sur le massage l'avantage d'agir d'une façon continue, mais il ne peut, comme le massage, chasser des mailles qui les contiennent des caillots solidifiés: l'énergique pression du doigt, le "pétrissage" n'est pas de trop pour cela; il dissémine beaucoup mieux les infiltrations péri-articulaires et prépare ainsi la besogne à la bande élastique. En effet, après l'immersion du pied dans l'eau chaude pendant dix à quinze minutes, après une séance de massage d'une même durée, encore dix à quinze minutes, on enveloppe le membre pendant douze heures sous la bande de caoutchouc. Et il faut que l'entorse soit très grave, les délabrements étendus, les déchirures considérables, les épanchements sanguins abondants, pour que la guérison complète ne soit pas obtenue en moins de quinze jours.

Je pourrai vous citer un grand nombre de faits où cette triple manœuvre, l'enroulement élastique, l'immersion dans l'eau à 50 degrés et le massage, ont donné les meilleurs résultats. Je laisserai de côté les observations recueillies dans notre service, d'abord parce que vous les connaissez, et puis elles sont sujettes à une double erreur: parfois, quelques malades, soucieux de leur famille et de leur travail, se disent guéris pour quitter plus tôt l'hôpital; d'autres, en plus grand nombre, surtout aux époques de chômage et pendant la mauvaise saison, accusent encore des douleurs qu'ils n'ont plus pour continuer leur séjour. Aussi vous rappelle-ai-je seulement quelques cas que j'ai soignés dans la clientèle, et qui

tirent une réelle importance de l'extrême gravité des lésions: il s'agit de trois entorses de l'articulation tibio tarsienne et d'une entorse du poignet, variété peu fréquente, mais dont on a exagéré la rareté.

Je fus appelé chez une dame de 39 ans qui, en descendant de voiture, fit un faux pas; elle voulut marcher, mais la douleur devint si vive qu'on dût la transporter chez elle; je la vis au bout de quelque temps, et la déformation du cou-de-pied était telle que je crus à une fracture sus-malléolaire, mais l'examen minutieux me prouva que les os étaient intacts, sauf peut-être un léger arrachement du sommet de la malléole externe; le gonflement étendu et rapide était dû à la rupture de quelques veines variqueuses. Je fis immédiatement plonger le pied dans un bain à la température de 45 degrés que je fis élever progressivement jusqu'à 50, et, après un quart d'heure, j'appliquai la bande élastique. Déjà la douleur, très vive au moindre mouvement, s'était apaisée dès que la région malade avait été immergée, et le bien-être se continua sous la pression du caoutchouc.

Dès le lendemain, le gonflement était moindre; je recommandai l'immersion bi-quotidienne du pied dans le bain chaud, puis la réapplication immédiate de la bande élastique. Au troisième jour, je commençai les séances de massage, une chaque matin, un quart d'heure environ, après un quart d'heure d'immersion dans l'eau à 50 degrés; j'écrasais, sous mes pouces, des caillots abondants que j'essayais de refouler vers le mollet; mais la masse en était telle qu'à la quatrième séance il en existait encore de véritables foyers en arrière, le long du tendon d'Achille. Néanmoins, dès le septième jour, la malade pouvait faire quelques pas dans sa chambre, et au douzième, elle tenta, sans dommage, sa première sortie; au quinzième, la guérison était complète.

Observation analogue pour un Américain de 55 ans qui, dans la rue, en voulant se garer d'un omnibus, se tordit le pied et tomba; la roue d'une voiture atteignit le front et y fit une déchirure étendue. Le blessé fut transporté à l'hôtel et soigné par un médecin qui sutura la plaie du visage et mit le pied dans un appareil. Je fus appelé au huitième jour; les douleurs étaient vives, l'impotence absolue et de grandes plaques ecchymotiques noircissaient la région externe du pied et la gouttière rétro-malléolaire; la pression était très douloureuse au niveau de l'interligne articulaire et au sommet de la malléole externe; mais la malléole elle-même était absolument intacte; il s'agissait bien d'une entorse avec épanchement sanguin abondant.

Le traitement fut institué: immersion du pied pendant vingt minutes dans un bain qui fut très difficilement élevé à 49 degrés, le patient ne pouvant supporter une température supérieure; puis nous pratiquons une séance de massage qui dure un quart d'heure: nous écrasons des caillots, moins nombreux cependant que dans

l'observation précédente, et nous refoulons l'œdème vers le mollet ; puis nous appliquons la bande élastique jusqu'au lendemain. Pour la première fois, depuis l'accident, le sommeil fut tranquille. Nous recommençons le lendemain ; le troisième jour, le malade fit quelques pas dans l'hôtel ; le cinquième, on le descendit, et, le septième, il recommençait ses visites quotidiennes à l'Exposition.

J'ai observé récemment une jeune dame qui, en tombant dans un escalier, se fit une entorse grave de l'articulation tibio-tarsienne ; le gonflement fut rapide et l'impotence fonctionnelle presque absolue ; le moindre mouvement était la cause de souffrances telles que le sommeil de la première nuit fut presque impossible. Je fus appelé le lendemain et je prescrivis un bain de pied qui fut pris devant moi à la température de 52 degrés ; je fis, aussitôt après, une séance de massage d'un quart d'heure et j'appliquai la bande élastique. La malade se sentit si bien sous cette compression méthodique et douce qu'elle voulut et qu'elle put, séance tenante, mettre le pied par terre et faire quelques pas. Le repos néanmoins fut continué pendant quatre jours. Au bout de ce laps de temps, la patiente vaquait à quelques occupations dans sa maison, et, au septième jour, elle sortait, marchait d'un pas assez délibéré ; au quinzième, elle quittait la bande élastique, qu'elle reprit pourtant pendant une semaine encore pour combattre un œdème rétro-malléolaire.

Enfin, j'ai constaté, chez une jeune fille de vingt-et-un ans, une tuméfaction douloureuse du poignet survenue à la suite d'une chute sur le dos de la main ; cette flexion forcée s'était accompagnée d'une très vive souffrance, et, lorsque je fus appelé, je constatai, outre une tuméfaction généralisée de la jointure, mais plus marquée, cependant, sur la région dorsale, l'absence des signes cardinaux de la fracture, douleur localisée à un centimètre au-dessus de l'interligne, apophyses styloïdes du radius et du cubitus situés au même niveau et déformation en dos de fourchette. Aussi, malgré la rareté de ce traumatisme, je conclus à une entorse radio-carpienne, et j'instituai mon traitement : immersion dans l'eau chaude, massage et enveloppement dans la bande élastique. Le résultat en fut rapide et excellent ; les mouvements, impossibles le premier jour avant notre intervention, commençaient à s'exécuter le lendemain et devenaient faciles le troisième jour. La semaine n'était pas finie que le poignet avait reconquis sa souplesse primitive.

Telle est, Messieurs, la méthode que je vous conseille ; elle est simple, facile, pratique, malgré son apparente complication, et je doute qu' : la balnéation toute seule, le massage sans autre adjuvant, ou la bande élastique à demeure puisse, aussi rapidement et aussi sûrement, guérir des entorses aussi graves. Et voilà pour quoi j'ai voulu revenir sur un sujet que j'ai exposé ailleurs, presque dans les mêmes termes ; mais il semble présenter un assez vif

intérêt pour que j'appelle sur lui, une fois encore, votre attention.  
—*Union médicale.*

**Traitement de l'urétrite blennorrhagique chez la femme,** par M. Etienne ROLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.—Le traitement de l'urétrite blennorrhagique est souvent relégué au second plan dans la thérapeutique de la blennorrhagie génitale de la femme. C'est en raison des symptômes fonctionnels, parfois de minime importance, que cette affection détermine et qui même peuvent être nuls; en raison aussi de sa guérison qui peut survenir spontanément, ce qui est dû à la brièveté et à la direction rectiligne du canal, ou au passage de l'urine agissant comme liquide aseptique.

Nous croyons néanmoins qu'en présence d'une urétrite blennorrhagique chez une femme, un traitement immédiat est nécessaire, ne serait-ce que comme moyen prophylactique, pour prévenir des accidents graves, des métrites, des salpingo ovarites et des péritonites si souvent causées par le gonocoque, ainsi qu'il est bien démontré aujourd'hui. Cet agent virulent peut du reste s'installer pendant plusieurs années, et souvent sans qu'on s'en doute, au niveau des follicules intra et préurétraux et devenir, sous l'influence de causes occasionnelles, une source de contagion et de complications de voisinage ou à distance. Si par conséquent l'urétrite blennorrhagique est primitive, ce n'est parfois qu'après un temps assez long que le vagin et surtout l'utérus sont envahis par infection ascendante.

D'autre part, traiter une métrite blennorrhagique sans traiter les nids à gonocoques intra ou péri-urétraux, c'est s'exposer à tourner dans un cercle vicieux, l'urétrite non guérie pouvant à nouveau engendrer la métrite par infection ascendante, de même que l'on voit une métrite blennorrhagique provoquer, par infection descendante, une urétrite secondaire.

On peut distinguer trois formes cliniques de l'urétrite blennorrhagique; nous les appellerons formes aiguë ou douloureuse, chronique d'emblée ou indolore, latente ou insidieuse.

Le traitement s'impose dans les blennorrhagies aiguës, formes relativement peu fréquentes: il y a alors douleur et dysurie marquées ainsi qu'un écoulement purulent et sanguinolent. Deux femmes, à l'heure actuelle, que j'ai en cours de traitement à la Clinique de l'Antiquaille pour une endométrite blennorrhagique, ont été, huit jours après les premiers rapports sexuels, atteintes de blennorrhagie urétrale aiguë. Chez elles, l'infection a débuté par l'urètre pour envahir quelques mois après l'utérus; si leur urétrite a disparu, l'endométrite est seulement très améliorée, grâce à des lavages antiseptiques intra-utérins et au curettage. Si dès le principe elles avaient réclamé des soins pour leur urétrite, cette complication ne se serait sans doute point produite.

D'autres fois l'urétrite est chronique d'emblée et indolore. La

femme ne se sait pas atteinte d'une lésion contagieuse et l'examen direct révèle seul l'affection. Ainsi une femme entrée ces jours-ci à la Clinique pour une syphilis secondaire est examinée : on constate une goutte urétrale et une glaire utérine purulentes avec gonocoques en très grand nombre, le tout s'est produit sans provoquer aucun signe appréciable pour la malade.

Dans les formes latentes, un examen superficiel ne dénote rien et il faut rechercher attentivement l'inflammation cantonnée au fond des cryptes de la muqueuse.

Dans aucun de ces différents cas, l'urétrite ne doit être abandonnée à elle-même ; il convient d'intervenir.

Le traitement comprend deux ordres de médications, internes et externe. Les remèdes internes sont loin d'agir comme chez l'homme, par conséquent il faudra peu compter sur l'action du copahu, du cubèbe, du santal. Les tisanes et le salol seront ordonnés, mais il convient de se rappeler qu'il faut avoir recours à une thérapeutique plus active pour prévenir les localisations folliculaires de la blennorrhagie, aussi doit-on s'adresser de suite au traitement externe, le traitement interne n'étant qu'un adjuvant du premier.

Les remèdes externes sont très nombreux.

Les insufflations pulvérulentes, vantées encore récemment par Zeisler chez l'homme, sont d'une application plus facile chez la femme. On fait uriner la malade, on lave antiseptiquement le canal, on le sèche et on introduit la poudre : sous-nitrate de bismuth, calomel, soufre, iodoforme...

Les topiques solides comprennent les crayons pour cautérisation rapide ou action plus lente. C'est ainsi que le crayon de nitrate d'argent pur ou mitigé, introduit rapidement dans le canal, constitue une ancienne et bonne méthode thérapeutique. On peut employer également les crayons à demeure d'iodoforme et de salol, d'un usage courant en chirurgie générale. Toutefois, il nous a paru préférable d'user de crayons plus mous, par exemple de ceux qui sont à base de glycérine aseptique à 30° ; ils restent plus facilement en place et leur introduction est moins douloureuse. Le médicament actif à ajouter sera le sulfate de cuivre, le sublimé, l'iodoforme, l'ichthyol... avec addition de cocaïne. Dans le même ordre d'idées, Martineau a préconisé des suppositoires antiseptiques avec le beurre de cacao, tout en faisant remarquer que généralement, une fois placé, les femmes s'empressent d'expulser ce suppositoire qui, bien souvent, au moment de son application, passe dans la vessie où il peut provoquer des accidents vésicaux. Les injections pâteuses sont à base de glycérolé ou de lanoline ; en Angleterre, l'étui en étain des peintres est d'un usage courant pour pratiquer cette injection molle. Les injections liquides comprennent les instillations, les injections proprement dites et les lavages ou irrigations.

Les instillations uréthrales se font ordinairement avec une solution de nitrate d'argent 1/50. Les injections donnent de bons résultats, mais spécialement les lavages qui, chez l'homme, sont fort en honneur à l'heure actuelle et à juste titre. L'urètre de la femme étant moins sensible que celui de l'homme, la dose du médicament actif doit être plus élevée que pour ce dernier. M. Horand a recommandé l'injection de nitrate d'argent 0,30/100; on peut faire le lavage sans inconvénient, paraît-il, avec la solution 1,50/100 (Prigent, *thèse de Bordeaux*, 1892). L'ichthyol 3/100, la résorcine 5/100, le sublimé 1/2.000, le permanganate de potasse 1/250 arrivent rapidement à tarir tout écoulement urétral. Toutefois, les canules des seringues ou les sondes employées pour lavages sont généralement à jet direct ou à jet récurrent. De cette façon, ou le canal urétral est lavé incomplètement, ou la vessie est irriguée du même coup. Or, si les lésions sont purement uréthrales, il nous semble inutile de faire des lavages vésicaux, à l'imitation de Chéron qui les ordonne de parti pris, en recommandant à la femme d'uriner lentement après l'injection.

Dans le but d'irriguer le canal de l'urètre seul, nous avons fait construire une sonde métallique et une sonde en caoutchouc; cette dernière n'est qu'une modification de la sonde à demeure de Pezzer, en caoutchouc rouge.

La sonde métallique répond au n° 17; elle se termine par un bout conique n° 21, et en avant, dans une étendue de 25 millimètres, elle est largement fenestrée; on fait pénétrer la sonde enduite d'huile salolée dans la vessie, on la ramène doucement au col vésical dont le bout conique plein obturera l'orifice. Avec un peu de précaution, comme nous avons pu nous en assurer, on peut de cette façon laver l'urètre seul.

La sonde de Pezzer, pour femme, est en caoutchouc pur, elle est à la fois ferme et souple, elle présente en outre cet incontestable avantage sur les sondes de Nélaton d'avoir, avec un volume extérieur semblable, un calibre double. Son extrémité vésicale présente un renflement aplati qui s'applique sur le col de la vessie; on l'introduit avec une petite pince ou un mandrin qui allonge et déforme momentanément l'œillet vésical. Nous avons fait supprimer les pertuis du renflement, qui sont disposés alors en avant dans une étendue de 25 millimètres et permettent ainsi le lavage des parois de l'urètre.

On peut encore traiter l'urétrite par des badigeonnages au pinceau. Un petit pinceau trempé dans une solution concentrée de résorcine 10/30 est introduit dans l'urètre puis rapidement retiré. Ce traitement nous a donné des résultats et il est bon, dans les uréthrorrhées, d'user de l'uréthroscope, qui permet de juger des lésions et de les cautériser.

L'écouvillon en crin est d'une application très douloureuse et son usage doit être restreint aux cas rebelles dans lesquels une

petite intervention chirurgicale est indiqué: curettage de l'urèthre, cautérisation des folliculites au thermo-cautère ou excision des végétations (Verchère, *in* thèse de Boyer, Paris, 1892).

En définitive ce sont les lavages, avec un ou deux litres d'une des solutions que nous avons énumérées, qui constituent, combinés ou non avec les méthodes du crayon à demeure ou du pinceau, la méthode de choix. L'antisepsie permanente du vagin, à l'aide d'ovules ou de tampons antiseptiques, sera destinée à barrer au gonocoque la voie de l'utérus. — *Progrès médical*.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**De l'accouchement prématuré artificiel**, par M. TARNIER (*Société obstétricale de France*).—Depuis quelques années l'antisepsie a révolutionné l'obstétrique, surtout en modifiant les suites de couches. Avec elle, l'opération césarienne et la symphyséotomie ont donné des résultats si heureux qu'on s'est demandé si ces deux modes d'intervenir ne devraient pas être substitués à l'accouchement prématuré artificiel. Je ne le pense pas, quant à moi, et les résultats que j'obtiens ne me permettent pas d'abandonner une opération que je regarde comme très bonne.

Mes succès tiennent à ce que je pratique de bonne heure et volontiers la provocation de l'accouchement. Les soins d'antisepsie assurent toujours la sécurité de la mère; la couveuse et le gavage protègent l'enfant que j'ai le soin de faire naître assez tôt pour n'avoir pas besoin de l'extraire instrumentalement.

Sans entrer dans le détail minutieux de ma technique opératoire, je tiens à signaler le relevé des 44 provocations d'accouchement pratiquées à la Clinique, du 1<sup>er</sup> novembre 1890 au 1<sup>er</sup> novembre 1892 :

2<sup>1</sup> fois je me suis servi de mon dilatateur seul ;  
 9 fois du dilatateur et de l'écarteur ;  
 3 fois de la bougie ;  
 2 fois du dilatateur et du ballon Champetier ;  
 1 fois du dilatateur et du ballon Champetier, faisant col-pourynter vaginal.

J'ai pratiqué la provocation de l'accouchement :  
 1 fois pour une femme cardiaque ;  
 1 fois pour une anémie pernicieuse progressive (l'enfant était mort *in utero* et la mère était moribonde) ;  
 1 fois pour une amaurose progressive ;  
 41 fois pour des rétrécissements pelviens.

La mortalité a été de 1/44e, attendu que la femme atteinte d'anémie pernicieuse, moribonde lors de l'opération, a succombé. Dans ces conditions, je crois qu'on peut dire que la mortalité du fait de l'intervention est nulle. Cette innocuité absolue de l'accouchement provoqué est, du reste, confirmée par les statistiques actuelles de tous les accoucheurs.

La mortalité infantile a été de 180/0 :

4 enfants sont venus morts-nés (entre autres l'enfant de la femme anémique) ; 4 sont morts après la naissance. La proportion des enfants sortis vivants de mon service a été de 820 0.

J'estime que ces chiffres que je viens d'exposer sont intéressants à connaître et qu'il est utile de les comparer aux chiffres fournis par les statistiques d'opération césarienne et de symphyséotomie.

M. GUÉNIOU.—Il n'est pas douteux que les diverses méthodes ne doivent pas s'opposer l'une à l'autre, mais s'entr'aider. On recourt aux unes ou bien aux autres, selon les circonstances.

Les résultats obtenus par M. Tarnier établissent l'excellence de l'accouchement artificiel.—*Revue des maladies des femmes.*

**Infection et éclampsie.**—MM. OUI et SABBAZÈS (*Société obstétricale de France*) relatent un cas d'éclampsie *post partum* chez une femme accouchée au début d'une broncho-pneumonie. L'éclampsie s'est produite le neuvième jour après l'accouchement, au moment où la broncho-pneumonie semblait en voie de guérison. La malade n'a présenté qu'une crise convulsive. Elle a succombé quarante-huit heures après, sans être sortie du coma.

Les coupes du foie ont montré des hémorragies péri-portales et une dégénérescence des cellules hépatiques.

Les reins présentaient des lésions de tuméfaction trouble.

L'ensemencement du sang et des urines, recueillis pendant la vie, a donné des cultures de staphylococcus pyogenes albus.

L'autopsie fut faite quinze heures après la mort ; les cultures du sang du cœur droit, du poumon et des urines, donnèrent alors le staphylococcus albus. Il était associé dans la vessie au coli-bacille. Ce même coli-bacille se retrouvait dans la vésicule biliaire et dans un épanchement péricardique.

Ce bacterium coli commune présenta les caractères suivants de différenciation, qui permettent d'en affirmer la nature : fermentation du bouillon lactosé, coagulation du lait, ensemencement dans l'urine, réaction des milieux colorés, décoloration par la méthode de Gram, mobilité, etc.

Le staphylocoque inoculé à un lapin n'a déterminé qu'un mouvement fébrile passager.

Le coli-bacille inoculé en série à deux lapines pleines a provoqué une infection suraiguë, accompagnée de convulsions, mortelle pour la mère et les fœtus. Le microbe retrouvé dans les organes a donné de nouveau des cultures pures coli-bacillaires.

Les présentateurs pensent que, dans certains cas, les auteurs

qui ont décrit un microbe spécifique de l'éclampsie ont peut-être en affaire au *bacterium coli* ou à d'autres bactéries intestinales ou utérines. Il peut, en effet, exister des infections surajoutées ou des invasions cadavériques qui peuvent donner le change, si l'observation des microbes isolés reste incomplète.

**L'ascite dans ses rapports avec la gynécologie.**— Le professeur GUSSEROW (de Berlin) a étudié les diverses formes d'ascite qui surviennent chez les femmes qui sont atteintes d'affections des organes génitaux ou du péritoine. Il s'agit d'une ascite parfois considérable qui n'est pas enkystée et dans laquelle on ne retrouve pas toujours ses symptômes habituels. Il n'existe pas d'œdème des membres inférieurs, ni de la paroi abdominale. L'aspect des femmes, très amaigries dans ces cas, fait songer à l'existence d'une tumeur abdominale. On ne trouve pas dans ces cas de lésion du côté de l'appareil circulatoire, du foie, ni des reins, ou du moins Gusserow ne considère pas l'ascite dans laquelle on constate ces lésions comme ayant une cause gynécologique. Il rejette les ponctions parce qu'elles exposent à des dangers et qu'elles n'ont même pas beaucoup l'avantage de faciliter le diagnostic, et il préfère une incision de 6 centimètres de long qui vide l'abdomen et permet, au moyen du toucher digital au travers de l'incision, d'examiner la région et de poser un diagnostic. On peut alors se décider ou non pour une opération immédiate.

Les cas se divisent en deux groupes. Dans le premier, l'ascite est générale et est la conséquence d'une péritonite tuberculeuse, sans que d'ailleurs on puisse constater d'autre signe de tuberculose. Au cours de la laparotomie, on trouve un nombre colossal de nodosités rougeâtres sur les deux faces du péritoine. Dans quelques-uns de ces cas, il s'agit plutôt d'une péritonite noueuse que d'une péritonite tuberculeuse suivant l'acception moderne du mot. L'auteur a observé trois de ces cas dont deux avant la découverte du bacille tuberculeux qui était d'ailleurs absent dans le troisième.

Le second groupe renferme les cas dans lesquels l'ascite est due à un papillome des ovaires. Ces papillomes sont constitués par une prolifération abondante de tissu conjonctif vilieux à la surface même de l'ovaire, dont le stroma est normal ou épaissi. Les caractères de ces papillomes superficiels, qui doivent être distingués des papillomes qui ont fait irruption à la surface de l'ovaire, sont les suivants : les deux ovaires sont atteints ; l'ascite est considérable et se reproduit après la ponction ; les ovaires sont généralement trop peu volumineux pour pouvoir être sentis après la ponction. Gusserow insiste sur ce fait que la ponction est inutile et qu'elle ne peut en rien faciliter le diagnostic.

L'ascite peut encore se développer à la suite d'un cancer des ovaires ou du péritoine. Là encore on doit employer l'incision qui seule peut permettre de reconnaître la nature cancéreuse de

la tumeur et le siège du néoplasme, et de voir si une opération est ou non indiquée.

Des affections bénignes de l'appareil génital peuvent amener une ascite générale; il s'agit de tumeurs qui ne présentent pas un caractère de malignité.

En résumé, lorsqu'une ascite paraît reconnaître pour cause ces affections des organes génitaux, il faut se garder des ponctions qui répétées finissent par épuiser les malades et avoir recours à l'incision exploratrice. Celle-ci facilite le diagnostic, elle permet de juger de la nature et du moment de l'intervention, et si on ne peut l'employer qu'à titre de palliatif, elle est encore supérieure aux ponctions.—*Therapeutic Gazette.*

**Traitement des troubles de la ménopause,** par M. KISCH.—Les nombreux désordres qui atteignent les femmes à l'époque de la ménopause peuvent être attribués à deux causes: aux troubles de la circulation offrant un caractère de stase dans les différents organes, et aux modifications du système nerveux qui sont accompagnées de phénomènes d'irritation et d'hyperesthésie. Les bouffées de chaleur, la tendance aux hémorragies nasales ou autres, les transpirations abondantes, les accès de tachycardie, de vertige, la stase sanguine dans les organes du petit bassin, les hémorroïdes, les troubles psychiques, etc., sont les phénomènes habituels de l'âge critique qui, de tout temps, a excité l'attention des médecins.

Autrefois on recommandait tout particulièrement les émissions sanguines, la saignée, les ventouses comme moyens préventifs. Elles peuvent en effet combattre momentanément les phénomènes de stase, mais elles ont l'inconvénient de soustraire du sang, d'amener l'anémie et d'affaiblir le système nerveux. Kisch fait au contraire grand cas des purgatifs qui ont été recommandés de tout temps et qui sont très efficaces dans les congestions passives qui se traduisent par l'ensemble symptomatique de la pléthore abdominale. Une partie du sang accumulé est consommée par les sécrétions intestinales abondantes, et la transsudation diminue la pression collatérale dans les vaisseaux abdominaux. Les purgatifs sont indiqués dans les hyperémies de la muqueuse stomacale ou intestinale, du foie, du poumon, des méninges. Ils exercent une action révulsive favorable sur l'utérus et ses annexes et sont absolument nécessaires pour combattre le météorisme qui accompagne la constipation; cependant on doit éviter les drastiques et n'employer que les moyens qui exercent une influence persistante et peu énergique sur l'intestin. L'auteur recommande ainsi la manne, la rhubarbe, les sels purgatifs, la pulpe de tamarin, de prune, et rejette habituellement l'aloès, la coloquinte, le séné, le jalap et d'autres drastiques, ou ne les réserve que pour certains cas particuliers. Les lavements ou les irrigations intestinales, les applications humides sur la région hypogastrique sont des

moyens adjuvants très utiles. Kisch, qui exerce à Marienbad, recommande aussi les cures thermales avec les eaux salines et chlorurées sodiques, surtout lorsqu'il y a des tendances aux congestions cérébrales, aux névralgies ou à la tachycardie.

Les bains tièdes à 30° ou 32° C constituent un moyen thérapeutique important dans les troubles de la ménopause. Ils stimulent les fonctions cutanées, diminuent la tendance à l'acné, à l'eczéma, au prurit; ils exercent une action calmante sur le système nerveux, les hyperesthésies cutanées, les névralgies et agissent par voie réflexe sur les névralgies viscérales et les troubles psychiques. D'après l'auteur, les eaux acidules gazeuses, les eaux ferrugineuses et les eaux salines sont contre-indiquées en raison des phénomènes d'excitation qu'elles produisent sur le système vasculaire; il en est de même des bains de mer froids.

Les hémorragies de la ménopause exigent toute l'attention des médecins en raison de l'état d'anémie et de marasme qu'elles peuvent produire et qui offrent un terrain tout préparé pour la production des néoplasmes malins. L'hémorragie est peu abondante, le repos, l'emploi local du froid, les injections froides, les applications de glace sur l'abdomen peuvent suffire.

Si ces moyens échouent, on a recours aux tamponnements vaginaux avec la gaze iodoformée qu'on laisse en place pendant plusieurs heures. Kisch prescrit encore avec avantage une teinture hémostyptique qui contient 0,10 d'ergot par gramme de teinture dont il donne 20 gouttes toutes les deux heures.

Un phénomène pénible de la ménopause et assez fréquent est le prurit de la vulve et du vagin. Il constitue parfois le premier symptôme du cancer du col. Pour combattre ce symptôme, Kisch recommande aux malades de prendre tous les soirs avant de se coucher un bain tiède à 30°, additionné de 1 kilog. de son que l'on enferme dans un sac plongé dans le bain. La durée de ce dernier doit être de vingt minutes. Après le bain, on saupoudre la vulve avec le mélange suivant : acide salicylique 1 gr., amidon et talc pulvérisés à 50 gr. Cette poudre est employée plusieurs fois par jour.

Le régime a une importance considérable dans le traitement de la ménopause. A ce point de vue, on peut distinguer deux catégories parmi les femmes arrivées à la ménopause. Les unes ont un tempérament sanguin et sont prédisposées à l'obésité; les autres sont excitables, nerveuses, plutôt maigres. Aux premières convient un régime légèrement dégraissé; aux secondes il faut un régime très nourrissant, sans excitant, riche en amylacés, le repos du corps et de l'esprit. D'une manière générale, toutes les femmes devront éviter des rapports sexuels fréquents qui congestionnent les organes du petit bassin, elles devront également éviter certaines influences nuisibles comme l'action de l'eau froide sur les pieds, sur les organes génitaux; la suppression brusque des règles pourrait alors avoir de graves conséquences.—L. JUMON, in *France médicale*.

## FORMULAIRE.

---

### Diphthérie.—*Hutinel.*

|                 |            |
|-----------------|------------|
| P.—Phénol ..... | 5 parties  |
| Alcool.....     | 10 parties |
| Camphre.....    | 20 parties |
| Glycérine ..... | 15 parties |

Usage local.

### Herpès circiné.—*Bertrand.*

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| P.—Rhubarbe pulvérisée ..... | 15 grains  |
| Vaseline.....                | 150 grains |

M.—Faire une pommade que l'on applique, tous les deux jours, dans la tricophytie circinée. Cette pommade ne réussit pas contre le psoriasis.—*Union médicale.*

### Dipsomanie.

|   |             |
|---|-------------|
| P.—Teinture de capsicum.....              | 2 drachmes. |
| Teinture de noix vomique.....             | 1 drachme   |
| Acide nitro hydrochlorique dilué.....     | 1 “         |
| Infusion de gentiane.....q. s. pour faire | 12 onces.   |

M.—*Dose* : Deux cuillerées à soupe, à répéter au besoin.

### Anémie.—*Wirgman.*

|                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| P.—Acide phosphorique dilué .....   | 10 minimes.                         |
| Teinture de perchlorure de fer..... | 20 “                                |
| Sulfate de strychnine.....          | $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{40}$ gr. |

M.—À prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

### Neurasthénie gastrique.—*Wilson.*

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| P.—Extrait de chanvre indien..... | 1 $\frac{1}{2}$ gr. |
| Sulfate de strychnine.....        | $\frac{1}{60}$ gr.  |

M.—Pour une pilule, à prendre après chaque repas.—*College and Clinical Record.*

### Diphthérie.—*Wilson.*

|  |             |
|--|-------------|
| P.—Huile essentielle d'eucalyptus..... | 1 drachme.  |
| Benzoate de soude .....                | 1 “         |
| Bicarbonat de soude.....               | 2 drachmes. |
| Glycérine .....                        | 2 onces.    |
| Eau distillée.....q. s. pour faire     | 16 onces.   |

M.—En vaporisation dans l'arrière gorge, toutes les demi heures ou toutes les heures.—*College and Clinical Record.*

## L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, AOÛT 1893.

## BULLETIN.

### Le traitement de la pneumonie au St. Francis Hospital. de New-York.

Le *N. Y. Medical Record* du 1er juillet nous apporte un article aussi intéressant que pratique sur le traitement de la pneumonie, tel que mis en usage au *St. Francis Hospital* par les docteurs Spence et Ripley. Ce traitement se résume ainsi :

Au début : Purgation : Calomel, 5 grains, en trituration dans du sucre et du lait. Si le malade est déjà un peu faible, employer un laxatif plus doux.

Après la purgation, donner la potion suivante, toutes les deux heures :

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Teinture d'aconit .....           | 24 minimes.         |
| Elixir parégorique ....           | 2 drachmes.         |
| Acétate d'ammoniaque liquide..... | $\frac{1}{2}$ once. |
| Sirop de gingembre ....           | $\frac{1}{2}$ once. |
| Eau.....q. s. pour faire          | 6 onces.            |

L'aconit s'emploie ici, au début, comme sédatif du cœur et des vaisseaux, agissant sur le poumon enflammé et abaissant la température. Il calme et ralentit l'irritabilité et la fréquence cardiaque, abaisse la pression artérielle, diminuant, en conséquence, la quantité de sang dans l'organe enflammé. Il tient la température dans des limites raisonnables et s'oppose aux exacerbations thermiques si fréquentes dans cette maladie. Chez les sujets forts et pléthoriques, on substitue à l'aconit le veratrum viride, aux mêmes doses. On y ajoute le parégorique dans le but de soulager la toux agaçante qui empêche si souvent les malades

de dormir. L'esprit de Mindererus, outre qu'il stimule, agit aussi comme sudorifique, et soulage d'autant le travail de sécrétion du rein.

Tout le temps que le malade fait usage de cette potion, on doit surveiller avec soin l'action du cœur afin de constater les modifications apportées dans le rythme circulatoire. S'il faut stimuler davantage, on prescrit libéralement l'alcool sous forme de *whiskey*, mais on ne doit s'en servir que s'il y a indication positive et évidente, l'abus de l'alcool dans cette maladie donnant parfois de bien mauvais résultats.

Contre l'insomnie rebelle, qu'elle soit produite par les accès de toux, la douleur pleurétique ou toute autre cause, on peut donner, le soir, une drachme de la solution de morphine (pharmacopée des États-Unis). On ne doit pas faire un usage constant de cet alcaloïde dont les inconvénients l'emportent la plupart du temps sur les avantages qu'on en peut retirer. La morphine masque l'intensité des symptômes et leur gravité aux yeux du médecin; en outre elle diminue la fréquence des mouvements respiratoires et constitue ainsi un obstacle à l'hématose.

Si, en dépit de l'emploi de la potion sus-indiquée, la température s'élève et se maintient au-dessus de 104° Fahr., il faut dans la plupart des cas avoir recours au drap mouillé (*wet-pack*). Pas de drogue antipyrétique dans ces cas, contrairement à la tendance marquée qu'il y a actuellement chez les jeunes praticiens à faire quand même de l'antithermie médicamenteuse, que la fièvre soit très intense ou modérée. Il est douteux que l'abaissement thermique qui suit—pendant quelques heures—l'administration de ces remèdes puisse compenser les effets dangereux produits sur le cœur. On ne saurait donc trop sévèrement interdire l'emploi inconsidéré de ces substances dans les cas d'hyperthermie en général.

Localement, on se borne à l'application, sur la poitrine, d'une chemisette de soie huilée, et cela durant toute la période du traitement. Les cataplasmes chauds, favorables chez l'enfant, donnent peu de confort à l'adulte. Outre leurs dimensions et leur poids, il est difficile de les faire assez grands pour recouvrir toute l'étendue du thorax.

Dans tous les cas ainsi traités par Spence et Ripley, la diète comprit le lait, les bouillons de viandes, les potages et les farinacés. Le décubitus dorsal a été conseillé et on ne permettait jamais au malade de se lever.

Les résultats produits par cette méthode semblent avoir été assez satisfaisants et sont consignés dans le tableau suivant :

|                       | Guérisons: | Morts: | Percentage de la mortalité | Cas de mort non compliqués | Chiffre de la mortalité p. 100 des cas mortels non compliqués |
|-----------------------|------------|--------|----------------------------|----------------------------|---|
| 100 premiers cas..... | 79         | 21     | 21.0                       | 10                         | 10.0  |
| 100 seconds cas.....  | 81         | 16     | 16.0                       | 10                         | 10.0  |

|                        |     |    |       |    |       |
|------------------------|-----|----|-------|----|-------|
| 1884-88 : 105 cas..... | 84  | 21 | 20.0  | 10 | 9.5   |
| 1888-92 : 123 cas..... | 96  | 27 | 21.9  | 13 | 10.5  |
| Total : 228 cas.....   | 180 | 48 | 21.05 | 23 | 10.05 |

Pour ce qui est de l'âge, le chiffre de la mortalité fut comme suit :

|                            | Cas. | Morts. | Percentage de la mortalité. |
|----------------------------|------|--------|-----------------------------|
| Au-dessous de 10 ans ..... | 3    | 0      | 0.0                         |
| De 10 à 20 ans.....        | 18   | 0      | 0.0                         |
| De 20 à 30 ans.....        | 88   | 15     | 17.0                        |
| De 30 à 40 ans.....        | 60   | 11     | 18.3                        |
| De 40 à 50 ans.....        | 32   | 10     | 31.2                        |
| De 50 à 60 ans.....        | 15   | 6      | 40.0                        |
| De 60 à 70 ans.....        | 9    | 4      | 44.4                        |
| Au-dessus de 70 ans.....   | 3    | 2      | 66.6                        |

Le sexe a aussi exercé une influence sur le résultat général, de même que les saisons. 191 cas furent observés chez l'homme et 37 chez la femme; chez celle-ci, 8 cas se terminèrent fatalement, constituant une mortalité de 21.6 p. 100. La distribution par saisons indique, ce à quoi on pouvait s'attendre, que la pneumonie se montre surtout durant les saisons à température variable et humides :

|                | Cas. | Morts. | Perc. de mortalité. |
|----------------|------|--------|---------------------|
| Été .....      | 30   | 8      | 26.6                |
| Automne.....   | 41   | 8      | 19.5                |
| Hiver.....     | 59   | 11     | 18.6                |
| Printemps..... | 98   | 21     | 21.4                |

Comme résultat général, le traitement Ripley donne-t-il plus de succès que les autres méthodes thérapeutiques dans une maladie qui, comme la pneumonie, a une tendance naturelle vers la guérison? Nous ne le croyons pas. Son principal avantage est d'être absolument rationnel, en autant que la thérapeutique est concernée.

Les remarques faites au sujet de l'abus des antithermiques sont, à notre avis, tout à fait justes. Les antithermiques, il ne faut jamais l'oublier, déterminent presque toujours, à doses élevées et même modérées, des accidents respiratoires dont la cyanose est la première manifestation, sans compter la dépression circulatoire cardiaque. Le zèle que professent nombre de médecins pour les médicaments nouveaux leur fait trop souvent oublier les règles de la prudence, et avant de prescrire, et ce peu à l'aveugle, une nouveauté thérapeutique, il est bon d'en connaître à fond les effets physiologiques et le mode d'action.

### Réaction chimique du pus tuberculeux.

MM. DEBRAYE et LEGRAIN ont publié dernièrement dans la *Revue médicale de l'Est* les résultats obtenus par eux dans des recherches faites pour reconnaître la nature des éléments organiques du pus tuberculeux. D'après eux, le pus des abcès chauds, examiné directement, donne la réaction des peptones; c'est le pus avec staphylocoques, pneumocoques, suppurations dues à un bacille produisant une pseudo-tuberculose, pus actino-mycosique. Au contraire, le pus des abcès froids ne semblerait guère contenir que des albumines.

Le procédé mis en œuvre par MM. Debraye et Legrain pour la découverte du pus tuberculeux est des plus simples. Quelques gouttes du pus sont délayées dans deux ou trois centigr. d'eau distillée; on y ajoute un petit fragment de potasse ou de soude, puis on y laisse tomber quelques gouttes d'une solution incolore de sulfate de cuivre; on obtient une coloration rose avec le pus des abcès chauds et une coloration violette avec le pus tuberculeux, à condition toutefois qu'il ne contienne que le bacille tuberculeux et n'ait jamais été contaminé par des microbes pyogènes vulgaires.

### La thérapeutique en 1784.

Notre bon ami M. le Dr J. W. MOUNT, de Montréal, nous communique un très curieux document en rapport avec l'exercice de la médecine tel qu'il se pratiquait il y a plus de cent ans, au Canada. Ce document intéressera sans doute la plupart de nos lecteurs. Il s'agit de la note d'honoraires d'un médecin, M. le docteur Philippe MOUNT, chirurgien major au 84<sup>e</sup> Régiment, et grand-père de notre ami.

Ci-suit le libellé de cette note :

#### DOIT

MADemoiselle DE LA VALTRIE,

*pour la succession de*

FEU Monsieur D'ARJENTEUIL,

à PH. MOUNT

| 1784    |   | £ | s. | d. |
|---------|---|---|----|----|
| Octobre | 9—Tincture antirhumatique volatile..... | 0 | 3  | 0  |
|         | Ingrédients pour fomentations.....      | 0 | 2  | 0  |
|         | 12—Poudres laxatives. ....              | 0 | 3  | 0  |
|         | 16—Embrocation anodyne.....             | 0 | 3  | 0  |
|         | do          camphrée .....              | 0 | 3  | 0  |

|   |  |    |    |   |
|---|--|----|----|---|
| Octobre                                   | 21—Liniment antirheumatique .....                      | 0  | 5  | 0 |
|   | 23—Lotion antiphlogistique .....                       | 0  | 3  | 0 |
|   | 25—Lotion répétée.....                                 | 0  | 3  | 0 |
|   | 29—Potion laxative.....                                | 0  | 2  | 6 |
| Novbre                                    | 31—Emulsion pectorale.....                             | 0  | 3  | 0 |
|   | 1—Saignée.....   | 0  | 2  | 6 |
|   | —Poudres hémorrhoidales .....                          | 0  | 3  | 0 |
|   | 9—35 visites avec pensements, &c., à 3 ch....          | 5  | 5  | 0 |
|   | 13—Potion laxative et aromatique .....                 | 0  | 5  | 0 |
| Décembre                                  | 17—Essence carminative et contre les vents..           | 0  | 4  | 0 |
|   | 29—Emplâtre vésicatoire très ample.....                | 0  | 7  | 6 |
|   | 1—Onguent pour pensement avec mouches<br>canthar ..... | 0  | 5  | 0 |
|   | —Poudres pour électuaire Hœmorrhoid....                | 0  | 6  | 0 |
|   | 9—Gouttes diurétiques répétées .....                   | 0  | 4  | 0 |
|   | —37 visites avec pensements, &c.....                   | 5  | 11 | 0 |
|   | — 2 visites de nuit.....                               | 0  | 15 | 0 |
|   | 10—Poudres fébrifuges.. ..                             | 0  | 3  | 0 |
|   | 11—Lotion hœmorrhoidale .....                          | 0  | 2  | 6 |
|   | 12—Julep neutre .....                                  | 0  | 5  | 0 |
|   | —Lotion répétée.....                                   | 0  | 2  | 6 |
|   | 13—Lotion répétée.....                                 | 0  | 2  | 6 |
|   | 14—Lotion de .....                                     | 0  | 2  | 6 |
|   | —Sel laxatif pour lavement.....                        | 0  | 3  | 0 |
|   | 16—Lotion répétée.....                                 | 0  | 2  | 6 |
|   | —Gouttes diurétiques et antiphlog .....                | 0  | 2  | 6 |
|   | —Sel laxatif pour lavement .....                       | 0  | 3  | 0 |
| 22—Tincture stomachique et cordiale ..... | 0  | 5  | 0  |   |
| —29 visites .....                         | 4  | 4  | 0  |   |
| 27—Bolus astringent et absorbant.....     | 0  | 2  | 0  |   |
| 1785                                      | Pour Mad <sup>lle</sup> de la Valtrie.                 |    |    |   |
| Janvier                                   | 8—Teinture volatile et nerveuse .....                  | 0  | 2  | 6 |
|   | 10—Teinture répétée .....                              | 0  | 2  | 6 |
|   | —Saignée.....  | 0  | 2  | 6 |
|   | —1 visite de nuit .....                                | 0  | 7  | 6 |
|   | Hal <sup>x</sup> Cy.....                               | 21 | 11 | 6 |

Reçu le montant en entier.

PH. MOUNT.

L'Assomption,  
Mars 1<sup>r</sup> 1785.

C'est M. le juge BABY, l'éminent vice-président de la *Société Historique*, qui a retrouvé dans de vieilles archives l'original de cette note d'honoraires et en a fait hommage à M. le docteur Mount, lequel nous a, en outre, fourni les renseignements historiques suivants :

Le docteur Philippe Mount, né en Angleterre, est venu au Canada en qualité de Chirurgien-major du 24<sup>e</sup> Régiment. Il s'y maria avec Mademoiselle Christiana Munro, sœur de l'ancien docteur Henry Munro, lequel fut le père du regretté docteur P. A. C. Munro, le chirurgien bien connu de l'Hôtel-Dieu et professeur de chirurgie à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal.

C'est en 1816, à l'âge de 63 ans, chez le docteur Frs. C. Duvert, de St Charles de Richelieu, que mourut M. le docteur Philippe Mount.

Comme on le voit, toute une phalange médicale bien connue se groupe, dans les détails qui précèdent, autour du nom du signataire de la note publiée plus haut, et nous fait remonter—dans l'histoire médicale du pays—jusqu'à une époque où la thérapeutique, pour n'être pas aussi compliquée ni aussi fantaisiste que la nôtre l'est aujourd'hui, se basait sur un grand bon sens et sur une déduction stricte et juste des théories pathologiques de ce temps-là.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

---

LA JEUNE MÈRE.—Dans un de ses suppléments, cette intéressante revue publie ce qui suit sous le titre : **Nos Bobés** :

Pour apprécier les enfants, il faut les observer chez eux, libres de toute contrainte, dociles aux suggestions de l'instinct. Ce sont alors des charmeurs.

Le moyen, dites-moi, de ne point se laisser séduire par ces formes potelées, cette gravité comique, ce gazouillis confus au cours du tout jeune âge ?

Ne tiennent ils pas quelque chose—le naturel — de la gentille souriquette sans cesse grignotante, aux mouvements vifs ou effarouchés, ou du naïf oiselet dont les modulations indéçises et reconnaissantes montent vers le premier rayon de soleil ?

Ils ont encore un attrait : la faiblesse, pour laquelle nous leur vouons une part de notre tendresse émue pour les fragilités d'ici-bas.

Contre cette faiblesse et les mille maux d'un frêle existence, l'amour de la mère reste désarmé. Combien elle voudrait être, cependant, dans la mesure du possible, le premier et le plus naturel médecin de son enfant !

C'est ce que permet de réaliser un recueil mensuel illustré : *La Jeune Mère*, fondé par le Dr Brochard. Rédacteur en chef : Dr Depasse, vulgarisateur qui s'est acquis une juste célébrité dans la médecine infantine. Là se trouvent élucidés avec une suprême clarté les problèmes de l'hygiène infantile et de la médecine

d'urgence mis à la portée de tous, et les principes de cette bonne éducation qui fait les enfants dociles et aimables. Cette revue du foyer, précieuse à tous les parents, coûte 6 francs par an. Bureaux : 1, rue de Provence, à Paris.

Pour le même prix, les mères sauront habiller, pomponner elles-mêmes leurs chers bébés, avec le *Lutin*, journal des modes enfantines. (Même adresse.)

ABBE.—A New and Safe Method of Cutting Oesophageal Strictures, by Robert ABBE, M.D., New-York, 1893.

—The Surgery of Gall-stone Obstruction, by Robert ABBE, M.D., New-York, 1893.

Ces deux intéressantes brochures sont rééditées du *New York Medical Record* du 25 février et du 6 mai 1893.

BERLIN.—Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens, par le Dr BERLIN (de Nice), 1 vol. in-8° de 224 pages avec 69 figures. Prix : 6 frs, Société d'éditions scientifiques, 4 rue Antoine Dubois, Paris.

RELIQUET.—Faux rétrécissements de l'urètre, par le docteur RELIQUET et A. GUÉPIN, interne des hôpitaux. Publication du *Progrès médical*, Paris, 14 rue des Carmes. Brochure in-8° de 46 pages.—Prix : 1 fr.

BECELAERE.—Acometric syllabus, containing a list of diseases, and some indications which may be met in each by the use of diurnals and diurnal tablets triturates, J. W. Becelaere M.D.

MACKENZIE. — The treatment, of myxœdema and other diseases, by the use of certain organic extracts, by H. W. G. MacKENZIE, M. D.

NATIER.—Quelques cas de corps étrangers de l'oreille, (chez des enfants) Considérations sur le traitement, par le Dr M. Natier Paris.—*Revue médicale*, 16 Boul. St Germain, 1892.

SUMMERS. — The indications for amputation in chronic disease of the larger bones and joints, by J. E. Summers Jr. M.D., Omaha, Nebr.

*Révolution.*—Action de se passer des portefeuilles par-dessus des niais passés cadavre (Goncourt).

*Critique.*—Un homme dont la conversation prend un fauteuil et vous offre une chaise (Goncourt).

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

—M. le docteur L. E. FORTIER, attaché à la rédaction de l'UNION MÉDICALE DU CANADA, vient d'entrer au *Journal d'Hygiène Populaire*, à titre de secrétaire de la Rédaction.

—A l'occasion du mariage du Duc d'York, M. le Dr W. H. Broadbent, de Londres, a été fait Baronet par Sa Majesté la Reine Victoria pour les soins qu'il a prodigués à l'héritier de la couronne d'Angleterre atteint de fièvre typhoïde.

—Les éditeurs des revues américaines de médecine se réuniront en un banquet à Washington, lundi soir, le 4 septembre, veille de l'ouverture du *Pan-American Medical Congress*. Le Dr I. N. LOVE, de St. Louis, est le président du comité du banquet.

**Faculté de médecine de Paris.**—Par suite du décès de M. PETER, M. le professeur HAYEM passe à la chaire de clinique médicale, et la chaire de thérapeutique devient vacante.

**Nécrologie.**—CANADA : A Montréal, M. le docteur L. H. CHOQUETTE, ci-devant de Missoula, Mont., E.U.

ETRANGER : A Liège, Belgique, M. le docteur Auguste FESTAERTS, fondateur et Rédacteur en chef du *Scalpel*.—A Darnecy, Nièvre, M. MARIÉ-DAVY, docteur en médecine, docteur ès-sciences physiques et mathématiques, directeur honoraire de l'Observatoire de Montsouris, Chevalier de la Légion d'Honneur.

**L'Université Laval à Montréal.**—Le comité chargé de voir à l'édification des bâtisses universitaires sur la rue St-Denis vient, à la suite d'un concours, de donner l'entreprise à MM. Perrault, Ménard et Venne, architectes. Quelques jours après, le contrat des travaux de maçonnerie, pour les fondations, a été concédé à MM. Prénoveau, Turcot et Martineau, entrepreneurs. Ceux-ci ont déjà commencé les travaux préliminaires de façon à pouvoir les terminer avant l'hiver.

L'édifice projeté comprend, outre le rez-de-chaussée, quatre étages complets. Le rez-de-chaussée comprend les salles d'attente des élèves en droit, salles à fumer, salles de lecture, bibliothèques, etc., des élèves en droit et en médecine.

Au premier étage se trouvent les appartements du Vice-Recteur et de son secrétaire : bureaux privés, salles d'attente, etc.,

le salon des gouverneurs, la bibliothèque et le vestiaire des professeurs de droit, et la salle des cours de droit.

Le deuxième étage est assigné tout entier à la Faculté de médecine. Il contient deux grandes salles de cours, (150 à 200 élèves chacune), une salle d'attente pour les élèves, deux laboratoires d'histologie et de microscopie, un laboratoire de thérapeutique, un laboratoire de physiologie, un cabinet d'anatomie, la salle de réunion des professeurs, la bibliothèque de la Faculté, le bureau du secrétaire et celui du trésorier.

Au troisième et au quatrième étage enfin seront installés plusieurs laboratoires, musées, etc., et la grande salle des promotions, pouvant contenir 1,200 personnes.

Il est assez probable que les fondations de la bâtisse étant complétées à l'automne, les travaux seront repris activement au printemps de 1894 pour être terminés pour l'ouverture des cours en 1895.

---

## VARIÉTÉS.

---

### Le suicide dans la grippe.

Les *Statistiques de la Ville de Paris* ont montré d'une façon très nette que, dans les dernières épidémies de grippe, les suicides ont augmenté dans de grandes proportions, et ont même été doublés de nombre à certains moments.

M. le Dr Raynaud, qui a déjà signalé la recrudescence des cas d'aliénation mentale et des suicides au cours de l'épidémie de 1891-92 à Saint-Etienne, revient sur ce sujet, dans la *Loire médicale*, dans les termes suivants :

Nous pouvons donc généraliser la proposition que nous formulions pour l'épidémie de 1891-92 et considérer l'augmentation du nombre des cas d'aliénation mentale et des suicides comme l'une des conséquences des épidémies grippales.

Nous ne reviendrons pas pour le moment sur les considérations que nous avons développées au sujet de l'aliénation mentale et nous nous limiterons à l'étude du suicide.

Il nous suffira de rappeler que l'aliénation mentale et les suicides suivent une marche parallèle et qu'ils augmentent et diminuent en même temps, présentant un maximum au printemps et un minimum pendant les mois d'automne.

Ce parallélisme qui, dans les années ordinaires, existe entre ces deux manifestations morbides, se poursuit pendant les épidémies de grippe. Ainsi, tout indique, entre l'aliénation mentale et les suicides, une relation de cause à effet.

Pendant l'épidémie de 1889-90 à Paris, le suicide a reçu un accroissement de 25 p. 100. En dressant ce tableau des suicides pendant l'épidémie de 1893, on voit que le nombre des suicides a atteint rapidement son maximum en passant brusquement de 15 à 39. La moyenne des suicides à Paris pour le mois d'avril étant de 21, ce nombre a presque doublé sous l'influence de l'épidémie de grippe.

Le chiffre des suicides se maintient encore au dessus de la moyenne mensuelle pendant les deux semaines suivantes, et diminue ensuite graduellement en même temps que l'épidémie de grippe elle même.

Cette relation entre l'épidémie grippale et la recrudescence des suicides nous paraît établie de la façon la plus nette par les chiffres précédents.

L'épidémie de cette année offre ce caractère particulier d'avoir fait son apparition au printemps, qui est précisément la saison dans laquelle l'aliénation mentale et les suicides présentent leur maximum de fréquence.

On ne peut expliquer cette multiplicité des suicides que par ce fait que la grippe provoque, chez les sujets prédisposés, un délire à direction lypémaniacque qui se terminerait plus souvent encore par le suicide, si ces malades n'étaient surveillés et mis dans l'impossibilité d'attenter à leur vie.

---

### Les Folies du Caractère.

Parmi les aliénés, il est une classe nombreuse dont l'examen offre une réelle difficulté dans l'appréciation des actes. Ceux-là, comme disait Trélat, ne tuent pas, mais ils font mourir en détail ceux au milieu desquels ils vivent. Beaucoup d'entre eux ressemblent à des gens sensés, ont les formes les plus séduisantes, sont charmants dans le monde, où ils aiment à briller. Doués d'empire sur eux-mêmes, ils réservent, les uns leurs caprices et leurs exigences, d'autres leur orgueil blessant, un certain nombre leurs fureurs, pour leur famille. Étudiée sous le nom de "folie lucide" (Trélat), "folie des actes", *Moral Insanity* (Anglais et Allemands), cette affection est en réalité un état intermédiaire entre la raison et la folie confirmée, à laquelle elle aboutit souvent en se transformant brusquement et passagèrement en manie simple ou ambitieuse.

M. CHARPENTIER, le savant médecin de Bicêtre, reprend cette étude sous le nom de *Folies du caractère*, et nous montre que la paresse, l'instabilité, la perte des sentiments affectueux, l'anéantissement du sentiment du bien, la perte des notions de famille, de propreté, de respect de soi-même, le désir de satisfaire immé-

diatement ses mauvais penchants, les impulsions dites à tort irrésistibles sont les vices principaux du caractère du fou moral. À titre accessoire, il faut y ajouter la vanité, l'orgueil, la colère, l'envie et la haine.

“ Dès l'enfance, ces sujets sont déjà reconnaissables, ils ont tous les vices de l'enfance ; mais chez l'individu sain ces vices disparaissent par l'éducation, l'instruction et même le développement naturel chez les natures bien douées ; la colère, la violence, l'entêtement, l'envie, la défiance, la vanité, la ruse et le mensonge disparaissent chez ceux-ci, persistent et se développent chez nos sujets ; à l'adolescence, la médisance, la calomnie, l'hypocrisie et la dissimulation apparaissent et, au moment de la puberté, les vices génitaux et la précocité des mauvais penchants s'y rallient. Le renvoi des classes dans l'enfance est remplacé par le renvoi des ateliers plus tard, l'abandon des études est remplacé par les peines disciplinaires de l'armée ; le vol dans la famille se poursuit aux dépens des étrangers. Nos sujets sont-ils mariés ? ils désertent le foyer conjugal, comme d'autres désertent l'armée, et comme la désertion militaire est plus grave, et par suite plus rare, les abandons dans le mariage, moins poursuivis, sont plus fréquents. “ Désaccord, violence, désordre, séparation, misère, tel est leur tableau conjugal ”, d'après Trélat, qui les a si bien observés. Les penchants à d'autres vices s'ajoutent et viennent d'autant favoriser le nombre et la variété des délits. Souvent, c'est un délit grave qui fixe sur eux l'attention, et c'est à ce moment que se dresse le fastidieux problème : Sont-ils responsables ou non ? comme si la réponse allait changer leur caractère, leur nature. Responsables, ils sont tellement indisciplinés dans les prisons ou simulateurs de folie ou furieux, que les prisons les considèrent comme des aliénés et nous les renvoient ; irresponsables, ils troublent tellement par leur indiscipline l'ordre nécessaire dans les asiles, que nous réclamons pour eux des mesures pénitenciaires, mesures que nous ne voulons admettre que pour les prisons, et qu'à défaut nous préférons leur transfert dans un autre asile, voire même leur sortie. Qu'ils soient responsables ou non, fous ou non, peu importe l'étiquette : ils sont incorrigibles, et cela non en vertu de leur intelligence seule, mais en vertu de leurs vices de caractère. Ils sont aussi incorrigibles que beaucoup de criminels des prisons reconnus comme non aliénés ; ils sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus rusés, qu'ils ressemblent plus à des gens sains d'esprit, qu'ils ont plus l'air de jouir de la plénitude de leurs facultés intellectuelles, qu'ils sont plus appréciés pour leurs connaissances professionnelles, qu'ils sont surtout plus puissants, témoins les despotes et les tyrans de tous les régimes.”

Le très intéressant et très instructif mémoire de notre collègue de la Société française d'hygiène demande à être lu en entier. On

y trouvera des aperçus nouveaux d'une grande importance. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre ici plus longuement et nous serions heureux d'avoir pu éveiller la curiosité de nos lecteurs et leur inspirer le désir de lire *in extenso* " *les Folies du caractère.*" Cependant, nous ne pouvons nous dispenser de donner le résumé du travail :

" En résumé, dans les folies liées aux vices du caractère, nous trouvons :

" L'association fréquente chez un même sujet des trois formes de folie, avec prépondérance de l'une d'elles.

" La subordination volontaire des facultés intellectuelles aux émotions de nature agréable pour eux résultant de leurs sentiments ou penchants mauvais.

" Le discernement dans leurs actes.

" Le développement fréquent, l'entretien des facultés intellectuelles sous l'influence de leurs sentiments, de leurs penchants et de leurs vices de caractère.

" L'indifférence et l'affaïssement de ces mêmes facultés en l'absence des mêmes excitants.

" La disparition graduelle des bons sentiments qui pouvaient encore leur rester.

" L'apparition graduelle de nouveaux vices de caractère et de nouveaux penchants mauvais.

" La lente évolution de ces vices de caractères depuis l'enfance; leur caractère ne change pas, il ne fait que s'accroître dans son expression vicieuse.

" Leur conduite dans l'asile, qui les distingue nettement des autres fous. Leur conduite à l'état libre dans la société, ce qui les distingue des gens sains d'esprit.

" La rareté de leur mort, et de leur séjour très prolongé dans les asiles, la rareté de la démence, à moins de cause pathologique particulière; ils finissent toujours par sortir.

" Leur rôle capital dans les accusations de séquestration arbitraire.

" Leur absence de délire contrastant avec leurs propos déraisonnables.

" Tels sont les signes nombreux qui nous ont autorisé à réunir ces trois groupes en un seul plus synthétique. Ces signes vont nous permettre d'apprécier les rapports de ces sujets avec les asiles spéciaux, ce qui sera l'objet de notre prochaine communication."—Dr MOREAU, de Tours, in *Journal d'hygiène.*

---

*Amis.*—Comparses qui viennent toujours à votre noce, s'il y a manger, et quelquefois à votre enterrement, s'il fait beau (Goncourt).