

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — M. LARAMEE.

Du diabète sucré.

Vous avez vu, couchée au n^o 47 de la salle Ste-Marie, une femme atteinte d'une maladie fréquente, bien qu'elle ne le soit pas autant que le rhumatisme musculaire dont je vous ai entretenu dans notre dernière leçon. Voici les symptômes accusés par cette patiente : Appétit vorace, avec amaigrissement notable de tout le corps, soif intense, miction abondante, hyperesthésie généralisée. Elle est très impressionnable aux moindres sujets d'émotion et se chagrine pour des riens : la langue et la bouche sont sèches. Il y a déjà quelque temps, elle a souffert de prurit à la vulve.

A ces signes non équivoques vous avez raison de soupçonner l'existence du diabète sucré.

Chaque fois, messieurs, que vous entendrez un malade (ou *une* malade, car on dit la femme plus sujette que l'homme à contracter cette affection.) vous dire que son appétit est vorace, insatiable, avez soin de pousser plus loin votre interrogatoire et de lui demander s'il a toujours été grand mangeur. S'il vous répond que c'est surtout depuis un certain temps, et si vous avez affaire à un sujet avancé en âge, soyez sur vos gardes. Un appétit désordonné n'est pas l'apanage des vieillards, qui, d'ordinaire mangent peu, comme vous le savez. Dans ce cas vous devez soupçonner l'existence du diabète sucré, surtout si votre patient accuse en même temps, ou dit avoir éprouvé naguère une soif que rien ne pouvait étancher, la miction étant plus ou moins abondante. La sécrétion urinaire est ordinairement profuse au cours du diabète; ce symptôme, ainsi que la soif excessive qui l'accompagne, peuvent être rangés parmi les symptômes primaires. Ultérieurement, il n'est pas aussi manifeste, et c'est ce qui fait que les malades oublient souvent de le mentionner. Trop souvent aussi le médecin attend que le patient s'en plaigne pour songer à l'examen de l'urine. Cet examen doit se faire chaque fois qu'un malade accuse une miction abondante en même temps qu'une soif inusitée. L'urine des diabétiques est ordinairement limpide. C'est là un caractère que le malade n'oublie pas de mentionner quand on lui parle de son urine et qu'on demande de faire l'examen. Il ne faut pas s'y laisser tromper. Vous entendrez jusqu'à des médecins dire "qu'ils n'ont pas jugé à propos d'analyser l'urine de leurs malades, parce qu'elles étaient belles, limpides comme de l'eau de roche; que d'ailleurs, ils les ont vues eux-mêmes."

Le prurit qui se fait sentir aux diverses parties du corps, et en particulier aux parties génitales, chez les deux sexes, doit encore vous

mettre en éveil. Quand une femme accuse du prurit vulvaire (en dehors de la grossesse) ou qu'un homme se sent incommodé par des démangeaisons insolites au gland, au méat urinaire et au scrotum, vous pouvez soupçonner la présence du diabète et, alors, faire l'examen de l'urine. Chez l'homme il se forme, au pourtour du méat urinaire, de légers dépôts de sucre qui produisent de l'irritation. Ces dépôts saccharins se font aussi en dedans et même parfois en dehors du pantalon où ils se rencontrent sous forme d'anneaux blanchâtres très reconnaissables à la simple inspection.

Le prurit simple n'est pas le seul accident produit aux parties génitales par le contact de l'urine diabétique. On y remarque encore plus souvent de l'eczéma, de l'herpès, de la balanite, quelquefois du phimosis (phimosis d'autant plus prononcé que le prépuce est plus long.) et très rarement la gangrène. Chez la femme on constate ces accidents à la vulve, dans le vagin, à l'anus, au mont de Vénus et à la partie supérieure et interne des cuisses. En règle générale le prurit est beaucoup plus intense chez la femme que chez l'homme. Mais ces lésions, (*diabétides génitales* de M. Fournier.) ne sont pas toujours limitées aux parties sexuelles, par cela même qu'elles ne sont pas toujours dues au contact d'une urine chargée de sucre. A toutes les périodes de l'affection, mais surtout à une période avancée, on les rencontre n d'autres parties des vêtements; elles sont alors liées à un état anémique particulier du sang (glycémie). Elles se montrent sous forme d'herpès, d'eczéma (*diabétide eczémateuse*) de zona, phlegmon, anthrax, gangrène, etc. Ces accidents cutanés peuvent se montrer même en l'absence des symptômes classiques ou caractéristiques du diabète, v.g. polyurie, polydipsie, polyphagie.

A propos des diabétides génitales produites par le contact de l'urine sucrée, M. Fournier fait observer que les ouvriers employés dans les fabriques de sucre souffrent souvent d'éruption à la peau: erythème, prurigo, eczéma, etc.

Je vous ai dit que notre malade prenait sujet de chagrin pour peu de chose. En effet, l'état mental des diabétiques présente en général un caractère de sensibilité exagérée. Il suffit de la moindre contrariété, du moindre chagrin pour les mettre tout à fait hors de leurs gonds. Cette excessive impressionnabilité du système nerveux chez ces malades fait même que l'on accuse trop souvent les chagrins d'être la véritable cause de l'affection. Messieurs, n'oubliez pas, je vous en prie, que les émotions pénibles, épreuves, ennuis, chagrins, etc, sont trop souvent accusés d'être la cause productrice des maladies. S'il fallait qu'il en fut ainsi, tout le genre humain serait malade et la vie deviendrait impossible.

L'haleine des diabétiques est d'une odeur sucrée, fade et désagréable. La bouche et la peau sont la plupart du temps d'une sécheresse qui incommodent fort le patient.

Notons en passant que l'amaigrissement est un symptôme tardif. Généralement il est considérable, et d'autant plus marqué que le sujet était plus obèse antérieurement. Un grand nombre de malades accusent des douleurs cutanées (hyperesthésie) et musculaires, surtout dans les jambes.

Plusieurs réactifs sont en usage pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine; je vous en recommanderai deux plus spécialement:

celui de Trommer et celui de Fehling. Je préfère de beaucoup ce dernier comme étant un agent très sensible et d'un maniement plus facile. Avec l'un et l'autre l'on obtient—après ébullition—un précipité jaune ou jaune orange. La solution de Fehling doit être fraîchement préparée, car à la longue il s'y forme un dépôt d'oxide de cuivre. Attendez-vous à retrouver ordinairement du sucre dans l'urine à toute période de la maladie, à moins que le malade ne suive un régime de diète spécial. Ce sucre n'y est peut-être pas toujours en égale quantité, mais vous en constatez la présence pour ainsi dire toujours certaine. Certaines maladies intercurrentes, v.g. scarlatine, pleurésie, etc., peuvent, en des cas exceptionnels, diminuer ou supprimer la présence du sucre dans l'urine, mais seulement d'une manière temporaire.

Le pronostic est mauvais dans le diabète. La maladie peut, à la vérité, durer longtemps, mais elle conduit à une issue fatale.

Le traitement du diabète est surtout alimentaire et hygiénique. Le malade doit suivre un régime de diète particulier. Ainsi il doit s'abstenir de tout aliment contenant du sucre ou pouvant en produire dans l'économie; or vous savez que la plupart des substances végétales en contiennent ou peuvent en former; toutefois le diabétique pourra faire usage de radis, tomates, oignons, asperges, champignons, céleri, concombre, chou, chicorée et de quelques autres. Il pourra aussi librement faire usage de n'importe quel poisson ainsi que de toute viande, sauf le foie, et vous verrez que la plupart du temps il ne se fera pas prier sur ce point.

Recommandez à vos malades l'exercice à l'air libre. Cet exercice ne devra cependant pas être poussé jusqu'à la fatigue.

En fait de médicaments on recommande l'opium, le bromure de potassium, le cannabis indica, l'acide salicylique, l'ergot, etc. L'opium a donné de bons résultats, mais il faut en surveiller l'emploi car les malades s'y habituent facilement. L'arsénite de brôme (solution de Clemens) à dose de 3 à 5 gouttes dans un verre à vin d'eau, après chaque repas, de même que l'acide lactique sous forme de limonade, d'après Cantani, agissent assez favorablement. Cette limonade de Cantani se prépare comme suit :

R—Acide lactique pur.....	5iss 3v
Eau aromatique.....	5v-5i
Eau	oii

À prendre en petite quantité durant la journée.

Bourchardat, Cantani et plus récemment A. Flint, jr. (de New-York), font jouer un grand rôle au régime anti-diabétique et avec raison.

Contre les accidents cutanés en général, on recommande les soins de propreté, et en premier lieu le lavage à l'eau pure, les bains de son, d'empois, les poudres siccatives, v.g., le bichlorate de soude, l'oxyde de zinc, l'acide borique. Dans les cas de phimosis, prenez pour règle de ne pas opérer, car l'opération est la plupart du temps suivie d'accidents gangréneux. C'est surtout quand il y a du phimosis que le malade doit *savoir pisser* suivant l'expression pittoresque de M. Fournier. Il importe alors en effet que le patient empêche, autant que possible, le contact des urines avec les téguments de la verge. Pour cela, au moment où il va pisser, il aura soin de refouler le prépuce un peu en arrière, de manière à mettre bien en face l'une de l'autre les orifices du prépuce et de l'urèthre.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE; (1)

par H. E. DESROSIERS, M. D.

Professeur à l'Université-Laval, (Montréal), Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Atropine.—Collodion.—Acide gallique.—Sulfate d'alumine et de potasse.—Cerium et iridin.—Pilocarpine.—Antipyrine.—Cure de lait.—Anesthésie par la voie rectale.

Atropine.—Dans une communication à la *New-York Neurolog ic Society*, le Dr. W. M. LESZYNSKY a rapporté un cas de torticollis rebelle et de longue durée traité avec succès au moyen du sulfate d'atropine en injections hypodermiques, la dose initiale ayant été gr. $\frac{1}{80}$ et la dose finale $\frac{1}{4}$. Aucune amélioration marquée ne se manifesta tant que la dose n'eut pas atteint $\frac{1}{8}$. D'autres mesures thérapeutiques, telles que le galvanisme, la faradisation, etc., furent simultanément mises à contribution, mais l'auteur n'hésite pas à attribuer la guérison au seul usage de l'atropine. Il rapporte aussi l'opinion de quelques autorités au sujet de cette médication, entre autres celle des Drs DaCosta, Shaw et Hammond. Dans tous les cas cités, il a fallu avoir recours à des doses assez élevées de l'alcaloïde, commençant toujours, cependant, par les doses les plus faibles. Comme le fait remarquer le Dr Leszynsky, il est toujours important de bien surveiller les effets du médicament, afin de ne pas s'exposer à des accidents toxiques; de là la difficulté d'employer une semblable médication ailleurs qu'à l'hôpital.

Collodion.—Mr. Sampson GAMGEE (*Practitioner*) emploie le collodion dans le traitement de l'orchite aiguë dans le but de produire une compression qui amène à la fois la réduction du processus inflammatoire et de la tuméfaction. Il applique plusieurs couches de collodion sur le scrotum et sur le cordon, au moyen d'un pinceau. Il fait encore usage du collodion dans les cas de gonflements inflammatoires localisés, après la disparition des symptômes aigus. De même il emploie un pansement au collodion pour maintenir en place les os du nez dans les cas de fracture de cet organe.

Acide gallique.—Lionel BEALE recommande (*Lancet*) l'usage de l'acide gallique à doses élevées et persistantes dans le traitement des hémorrhagies des organes urinaires. Comme l'acide agit probablement par action de contact sur les tissus saignants, il agira d'autant mieux qu'il sera administré en solution plus concentrée. On devra donc multiplier la fréquence d'administration des doses, d'autant plus que le médicament est éliminé assez rapidement. Beale s'en est très bien trouvé dans les cas d'hémorrhagie chronique de la muqueuse des bassinets, des uretères, de la vessie et de l'urèthre, ainsi que dans les cas où le sang est fourni par des tumeurs fongoides de la vessie ou du rein.

L'acide doit être donné à doses fréquemment répétées, nuit et jour, jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit en grande partie contrôlée, alors qu'on peut réduire les doses à trois fois par jour ou moins encore.

(1) Voir la livraison de mai.

Il est rare que l'acide gallique soit mal supporté. Il ne produit pas de constipation et n'irrite pas l'estomac. Le glycérolé d'acide gallique est certainement la meilleure forme sous laquelle on puisse donner le médicament; il renferme une partie d'acide pour quatre parties de glycéroline. Quarante minimas représentent dix grains et peuvent être administrés dans de l'eau distillée, de l'eau de menthe, d'orange etc. L'auteur a été jusqu'à donner dix grains d'acide gallique toutes les trois heures, sans interruption, pendant trois semaines, et cela sans aucun inconvénient pour le malade.

Sulfate d'alumine et de potasse.—On essaie de ressusciter le traitement de la coqueluche par l'alun. Le Dr WARFVINGE, de Stockholm, (*N. Y. Medical Record*) rapporte une série de cas de coqueluche, d'intensité variable, et chez lesquels il a employé l'alun, avec des résultats encourageants. Il administre ordinairement le remède aussitôt que les symptômes caractéristiques se sont montrés, les bons effets se manifestant d'autant plus tôt que l'alun a été prescrit plus au début. Dans le cas d'un garçon de 8 ans, qui toussait déjà depuis trois semaines, les symptômes ont disparu tout-à-fait au bout de quinze jours, sous l'action de l'alun donné en solution de deux pour cent. Chez une petite fille de six ans, ayant de vingt à vingt-cinq accès par jour, la toux caractéristique fut supprimée au bout de dix jours d'un traitement analogue. Le médicament est la plupart du temps donné en solution de un ou deux pour cent de véhicule (eau et sirop d'orange), à dose d'une cuillerée à thé quatre fois par jour. Même aux dernières périodes de la maladie, les accès ont paru diminuer beaucoup de fréquence et d'intensité, par l'effet de l'alun prescrit à l'exclusion de tout autre remède.

Cerium et iridin.—M. BLONDEAU a lu à la Société de médecine de Paris (séance du 14 juin 1884) un travail sur le traitement des vomissements de la grossesse par l'emploi des préparations de cerium et d'iridin.

On connaît déjà l'usage de l'oxalate de cerium dans ces cas, usage préconisé par sir James Simpson. Mais l'oxalate n'est pas toujours pur; souvent il renferme des proportions assez notables de fer et autres substances métalliques.

En raison même de cette impureté de l'oxalate, un pharmacien de Paris, M. Thibault, a imaginé de lui substituer le valérianate, dont l'apparence est la même, mais qui a l'avantage d'être d'une pureté presque absolue et de combiner à l'action sédative et tonique du cerium, celle de l'acide valérianique dont on connaît les vertus antispasmodiques.

M. Blondeau a expérimenté le médicament chez une jeune femme qui, depuis le commencement d'une troisième grossesse arrivée à la fin du deuxième mois, était tourmentée par des vomissements survenant chaque jour, à chaque repas. Il prescrivit le valérianate en pilules de deux grains, dont la malade prit une au commencement des deux principaux repas. Dès le troisième jour de ce traitement, les vomissements avaient cessé. Afin d'assurer la guérison, la médication fut continuée en diminuant la dose de pilules, dont elle ne prit plus qu'une le soir pendant une semaine. A partir de ce moment, les choses sont entièrement entrées dans l'ordre et la grossesse a pu suivre son cours régulier sans accident d'aucune sorte.

De son côté, le Dr Berry-Hart, d'Edimbourg, a employé dans des cas semblables, l'iridin, poudre extractive fournie par la racine de *Iris versicolor*, et vantée par Rutherford, à titre de cholagogue. Il se base ici sur l'influence probable du foie sur les causes de vomissements de la grossesse, et sur le fait que, pendant la gestation, il se produit normalement une modification de cet organe. On sait que beaucoup de malades affectées de vomissements présentent la teinte ictérique. L'indication d'un cholagogue serait évidente dans ces cas, suivant Berry-Hart. Mais comme l'iridin, tout en augmentant le flux de la bile, a aussi besoin d'être aidé d'un purgatif qui expulse celle-ci de l'intestin, l'auteur institue le traitement de la façon suivante. La malade prend, le soir, une pilule renfermant deux grains d'iridin. Le lendemain matin elle ingurgite un verre d'eau minérale (Carlsbad, etc.), ou deux cuillerées à café de poudre de Sedlitz. Cette médication peut être répétée deux ou trois fois s'il est nécessaire. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants, puisque, dans neuf cas, il y eut huit guérisons.

Antipyrine.—Le nom d'antipyrine a été donné par le professeur FILEHNE, d'Erlangen, à un nouvel alcaloïde dérivé de la chinoline. Cette substance (*Gazette médicale de Paris*, 28 Juin 1884), est douée d'une action antipyrétique très-puissante. D'après Filehne, avec une dose totale de 90 à 100 grains, administrée en trois prises espacées d'heure en heure, on obtient constamment, même dans les cas de fièvre très-élevée, un abaissement de température considérable. L'effet antipyrétique dure habituellement de sept à neuf heures; quelquefois sa durée ira jusqu'à dix-huit et vingt heures. La température remonte progressivement sans que le malade soit pris de frisson, presque toujours sans sueur. La fréquence du pouls suit une marche parallèle à celle de la température. L'urine ne devient pas plus albumineuse et ne subit pas de changement de couleur appréciable. M. Filehne recommande d'administrer l'antipyrine en solution aqueuse additionnée de vin ou d'eau de menthe. Chez les enfants on emploiera des doses moitié moindres que chez les adultes.

Les résultats annoncés par M. Filehne ont été confirmés par d'autres observateurs dans des cas d'affections fébriles très-variées: pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine, fièvre récurrente, érysipèle, rougeole, variole, pleurésie, etc. Un de ces observateurs, M. Guttman, insiste aussi lui sur l'absence de frisson au moment où la fièvre se relève. Cette circonstance constitue en faveur de l'antipyrine une réelle supériorité sur la kaurine dont la puissance d'action est contrebalancée par la brusquerie des effets produits et par la violence des phénomènes de réaction. L'administration de l'antipyrine détermine quelquefois les vomissements: à part cela, le médicament est bien supporté.

D'après les observations de May, il paraît démontré que dans le traitement de la fièvre typhoïde, le nouveau médicament l'emporte, au point de vue de l'intensité et de la durée de ses effets antipyrétiques, sur le sulfate de quinine et sur les bains froids.

Les recherches faites par M. Rank offrent un intérêt spécial en ce que l'auteur a eu l'idée d'administrer le médicament par la voie sous-cutanée, pour éviter aux malades les vomissements et la constriction pharyngée, conséquences assez fréquentes de l'administration du remède par les voies supérieures. Ces essais ont parfaitement réussi;

la solution doit seulement être préparée à chaud. L'expérience a démontré que ces injections, quand elles sont faites dans la région fessière, ne déterminent qu'une douleur passagère, sans réaction inflammatoire. Pratiquées chez un ensemble de 25 malades, elles n'ont jamais été suivies de vomissements ni de sensation de strangulation. En outre, l'effet antipyrétique est à la fois plus intense et plus rapide à se produire que lorsque le médicament est administré par les premières voies. Dans cinq cas de fièvres intermittentes, M. Falkenheim a vu échouer l'antipyrine; celle-ci ne convient donc pas à toute espèce de maladie fébrile.

Enfin, administrée à des sujets bien portants, l'antipyrine, loin d'abaisser la température, a produit l'effet inverse, une élévation d'environ un demi degré, accompagnée de sueurs modérées.

Pilocarpine.—Se basant sur une expérience de plusieurs années, DE DOMINICIS est convaincu de l'efficacité de la pilocarpine, non-seulement dans le traitement de la pleurésie et de la pleuro-pneumonie, mais encore dans celui de la péritonite, le médicament ayant pour effet de favoriser la réabsorption du liquide exsudé, en quelque grande quantité qu'il soit.

On peut rapprocher de ce qui précède, les résultats obtenus par Richter dans le traitement de l'ascite hépatique par la pilocarpine. Sous l'effet de cet alcaloïde, cet auteur a vu, entre autres dans deux cas, le liquide ascitique diminuer rapidement pour ne plus reparaitre. De son côté, le Dr. de Luca a rapporté des insuccès par l'emploi de cette méthode. On pouvait s'y attendre. La pilocarpine pourra dans la plupart des cas amener une diminution plus ou moins marquée de la quantité de sérum épanché, ou même favoriser la résorption complète, mais elle ne saurait en empêcher la reproduction tant que les lésions hépatiques seront de nature à obstruer le cours du sang dans le système porte. Si, dans les deux cas de Richter, il n'y a pas eu de nouvel épanchement, c'est que la lésion du foie s'est améliorée simultanément, comme on voit la chose se produire quelquefois, alors que le processus pathologique n'est pas encore très-avancé et reste par conséquent susceptible de guérison.

Cure de lait.—Dans une communication à l'*American Medical Association* en mai dernier, M. le Dr TYSON, professeur à l'Université de Pensylvanie, a résumé (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*) les diverses indications de la diète lactée et exposé le mode d'action de ce précieux agent dans le traitement des maladies. Son expérience personnelle l'a conduit après bon nombre d'observations à employer le lait dans les maladies suivantes: diabète sucré, affections calculeuses, maladie de Bright, dyspepsie gastro-intestinale, obésité et certains cas de soi-disant prostration nerveuse chez la femme. Pour lui, aucun article de diète ne réussit mieux que le lait écrémé dans le traitement de la glycosurie. Il est vrai qu'on ne peut, en tous cas, promettre une guérison, mais il n'en reste pas moins établi que dans un certain nombre de cas il y a soulagement complet, les symptômes ordinaires disparaissant pour ne plus revenir, même après que l'on a ajouté à la diète lactée un peu plus de substances azotées, et plus tard les farinacés, voir même les aliments sucrés. Dans d'autres cas on a constaté l'absence du sucre dans l'urine

tant que le patient s'en tenait à l'usage du lait. Chez d'autres enfin, il y a diminution notable dans la proportion de sucre dans l'urine, mais pas de disparition complète. Il arrive parfois que le lait est mal supporté par quelques-uns, mais dans la grande majorité des cas c'est un des agents les plus efficaces contre la glycosurie.

Bien qu'il soit impossible de préciser à l'avance la quantité de lait que le malade doit prendre chaque jour, Tyson conseille cependant, comme règle générale, de prescrire de 5 à 10 chopines pour un adulte de taille moyenne, le tout proportionné suivant la somme de travail et d'exercice que se donne chaque patient. Ce lait doit être pris lentement; il ne faut pas moins de cinq minutes pour en boire huit onces. Le liquide ne doit pas être très froid. S'il se produit de la constipation, comme cela arrive souvent par l'effet du lait, Tyson la combat au moyen d'un laxatif salin, sulfate de magnésie ou eau minérale apéritive, ou autre purgatif analogue. Il continue la diète lactée tant qu'il y a du sucre dans l'urine, et même durant quatre ou six semaines après la disparition de toute trace de sucre, alors qu'il revient graduellement à un régime moins rigoureux.

Dans la diathèse urique, l'auteur administre aussi le lait écrémé et s'en trouve bien. Il dit n'avoir pas encore vu un seul cas caractérisé par la persistance des sédiments d'acide urique chez lequel l'usage prolongé et exclusif du lait n'ait pas amené, tôt ou tard, la disparition du dépôt; en revanche il a eu occasion de voir, dans un cas, l'emploi persistant du lait être suivi du passage d'un calcul assez volumineux d'acide urique, par l'urèthre. Le lait non écrémé agit aussi bien ici que le lait privé de ses éléments gras. La diète lactée est contre-indiquée dans les cas de calculs phosphatiques. Rationnellement, elle peut être mise en œuvre si le calcul est formé d'oxalate de chaux, mais l'expérience n'en dit rien.

Une autre affection contre laquelle on dirige souvent le traitement par le lait est la maladie de Bright. Tyson prescrit le lait écrémé de préférence au lait pur, et l'administre avec plus d'avantages dans la néphrite interstitielle que dans les formes parenchymateuse et amyloïde. La céphalée, le vertige, la nausée, etc., sont souvent soulagés d'une manière remarquable par ce mode de traitement. Si l'on veut obtenir des effets diurétiques marqués, il faut se servir de préférence du lait-de-beurre qui favorise davantage la diurèse tout en étant assimilé aussi facilement que le lait écrémé.

Tyson divise en deux groupes les affections gastro-intestinales contre lesquelles il emploie la diète lactée: dyspepsie simple et maladies organiques. Dans la dyspepsie simple il retire les plus grands avantages de l'emploi du lait écrémé, seul ou associé à l'eau de chaux, ou même aux peptones s'il se produit de la flatulence. S'il s'agit d'une affection organique du tube digestif, ulcère de l'estomac, cancer gastro-intestinal, etc., les propriétés adoucissantes du lait en font un article de diète des plus précieux; de fait les organes malades ne peuvent guère supporter autre chose. Dans un certain nombre de cas on doit employer simultanément les peptones. Le lait est certainement alors le meilleur reconstituant que nous ayons à notre disposition.

D'accord avec Weir-Mitchell, l'auteur regarde l'usage systématique du lait écrémé comme étant le meilleur agent à opposer à l'obésité. Il le donne à dose de une chopine toutes les quatre heures, ou cinquante

six onces par jour, ayant soin d'en administrer davantage encore si la faim le demande. Quand le poids du corps a atteint un chiffre rationnellement proportionné à la taille du sujet, il faut réduire la quantité de lait et revenir graduellement à une nourriture un peu plus riche : lait pur, etc. Il est important de noter, toutefois, que quand la réduction en poids a atteint un certain degré, elle ne marche plus que très lentement ensuite, même si l'on continue l'usage du lait à dose modérée, de sorte que l'on peut facilement suppléer à la perte de substance au moyen d'un régime approprié.

Anesthésie par la voie rectale.—(*Concours médical.*)—En mars dernier, le Dr. Mollière publiait, dans le *Lyon médical*, une note sur l'injection des vapeurs d'éther dans le rectum pour produire l'anesthésie chirurgicale. D'après lui, ce procédé l'emporterait tellement sur la méthode habituelle que celle-ci ne tardera pas à être détrônée. De tous côtés, on voulut expérimenter la chose, et les chirurgiens américains ont déjà fait un certain nombre d'opérations chez des patients ainsi anesthésiés.

Dans le *Medical Record* du 3 mai, William Bull publie le résumé de dix-sept observations.

La première chose observée est la distension gazeuse de l'intestin; puis, au bout de trois ou quatre minutes, l'odeur d'éther dans l'haleine. La face devient alors rouge; la respiration se ralentit et devient profonde; le malade a des bailllements, et s'il ne se produit pas d'excitation, il perd graduellement conscience, sa respiration devient stertoreuse, les sensations et les réflexes disparaissent. Mais la période d'excitation n'est pas toujours supprimée, et l'on note un certain nombre de fois—sept fois sur dix-sept—un symptôme d'une certaine importance, de la diarrhée. Bien que cette diarrhée n'ait été accompagnée que de peu de douleur et ait disparu d'elle-même, que deux fois seulement elle ait été un peu sanglante, l'auteur pense que l'administration de l'éther par le rectum ne doit pas se pratiquer indifféremment, et que même de petites quantités pourraient déterminer chez des sujets jeunes ou affaiblis, la mort par diarrhée et collapsus.

D'après ces observations, il faudrait plus de temps pour produire l'anesthésie que par l'inhalation, et on ne réussirait pas toujours par la méthode rectale seule. En effet, dans plusieurs des cas cités, on a été obligé de recourir à l'inhalateur pour amener l'anesthésie complète. Il avoue qu'il faut moins d'éther que par le procédé ordinaire, que le malade n'est gêné ni par l'odeur désagréable, ni par la sensation de strangulation plus désagréable encore; mais il trouve que les manipulations nécessaires sont désagréables aux malades et aux médecins, et il insiste surtout sur l'irritation intestinale.

Il ne regarde donc la méthode rectale que comme un adjuvant à l'inhalation. Ainsi, pour éviter aux malades l'odeur désagréable et la sensation de strangulation, on pourrait commencer par l'injection rectale et terminer par l'inhalation.

D'un autre côté, lorsqu'on a à opérer sur la face, on pourrait suivre la voie inverse: inhaler d'abord et injecter ensuite.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Indications et contre-indications de la digitale.—Clinique de M. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Dans le cours de cette année, ceux qui, parmi vous, ont suivi assidûment mon service ont été à même de voir un grand nombre de maladies de cœur contre lesquelles j'ai administré la digitale. Ce médicament a toujours été suivi de bons effets; mais cela n'empêche pas qu'il peut être nuisible. Je viens de vous montrer dans nos salles, deux individus qui sont deux types tout à fait opposés. Chez l'un, la digitale est d'un effet salutaire, tandis que chez le second, elle est tellement contre indiquée, qu'elle pourrait lui porter préjudice. Les choses étant ainsi, je me propose, aujourd'hui, de vous expliquer très nettement quel est le principe qui doit vous guider au sujet de l'application de la digitale dans les maladies organiques du cœur.

Ce principe est tellement important que je ne sais que faire pour vous en pénétrer de la manière la plus profonde. Au cours d'une maladie du cœur, pour savoir si vous devez employer ou rejeter la digitale, vous n'avez pas besoin de l'auscultation; la main seule suffit. Il est très facile de vous prouver qu'il n'y a pas d'autre loi et qu'il suffit de connaître seulement l'état de la contraction du cœur. Veillez réfléchir à cette question, et vous verrez que la cause des désordres périphériques et viscéraux qui font la gravité, le danger des maladies du cœur est le défaut de rapport entre la force du moteur central, le cœur, et la résistance de l'obstacle, la colonne sanguine à mettre en mouvement.

Cela est un fait. Examinons maintenant un peu quelle est l'action de la digitale. D'une part, elle augmente la force des contractions du cœur en les ralentissant, et d'autre part, elle diminue, secondairement, l'obstacle, par la quantité considérable de liquide qu'elle soustrait au moyen de la diurèse. Alors, tandis que vous savez que tous les dangers résultent de la rupture du rapport entre la force du moteur central et la colonne, et que vous avez un médicament qui a pour but d'augmenter, d'une part, la force du moteur et de diminuer, d'autre part, la résistance de la colonne sanguine, vous n'avez pas, comme je le disais tout à l'heure, à vous occuper de l'état des souffles. Le principe, qu'en découle, est le suivant: si la force du moteur est insuffisante, donnez de la digitale; mais si c'est le contraire qui a lieu, abstenez-vous de faire prendre ce médicament.

Mais, me direz-vous, des médecins, et des plus compétents, ont envisagé le sujet d'une autre manière, et en ont fixé les indications par rapport à tel ou tel orifice. Cette objection est purement apparente; on a en tort de catégoriser l'indication de la digitale d'après les lésions d'orifice. Cela n'empêche pas, toutefois, qu'au point de vue pratique, on doit s'en servir dans les lésions mitrales, et qu'elle est rarement employée dans les affections aortiques. Tout cela est vrai, et sera toujours vrai, sans que mon principe soit atteint. En effet, si elle est pres-

indiquée dans les lésions mitrales, c'est parce que ces affections sont beaucoup plus souvent associées avec une insuffisance des contractions cardiaques, tandis que, très souvent, les lésions aortiques ne présentent pas une telle liaison. Voilà pourquoi l'objection n'est qu'apparente, et si l'on fait un pas de plus, vous verrez qu'elle est la consécration la plus flagrante de mon principe. Faites après cela le diagnostic de la lésion d'orifice, vous ne saurez rien de plus et rien de moins.

Mais comment faut-il s'y prendre pour apprécier la contraction cardiaque ? On peut diviser tous ces malades en deux groupes. Dans le premier, où vous rangerez ceux qui ont de la cyanose, de l'œdème, de la dyspnée, l'appréciation du mode de la contraction du cœur est des plus simples, et un coup d'œil suffira à vous donner la certitude que la force est devenue insuffisante. Dans l'autre groupe, vous trouverez des malades qui n'offrent aucun de ces symptômes et qui se plaignent seulement de palpitations. C'est alors que vous devez, chez ces gens-là, interroger la contraction du cœur par la main et beaucoup mieux par l'auscultation directe de l'organe, le stéthoscope jouant ici un rôle nuisible plutôt qu'utile, pour apprécier fidèlement la force, la régularité et l'égalité des contractions cardiaques. Très souvent, si vous ne considérez que l'énergie, vous serez porté à conclure que la force est en rapport suffisant. Ne commettez donc pas la grande faute de vous occuper seulement du choc et, pour peu que les contractions soient irrégulières, n'hésitez pas à en conclure que la force est insuffisante. On comprend très bien, en effet, que si les battements sont inégaux, la force sera suffisante, il est vrai, mais le travail effectué ne sera pas en rapport avec la contraction.

Dans les cas du même groupe, comme il importe de ne rien négliger, l'état du pouls sera un bon signe qu'il sera toujours utile, cependant, de corroborer. Mais si, malgré un examen attentif, vous restez dans le doute, attendez 24 heures et faites mesurer la quantité d'urine rendue par le malade. L'énergie est elle insuffisante ; la quantité d'urine sera au-dessous de la normale, grâce à l'abaissement de la contraction artérielle et à l'augmentation, par contre, de la tension veineuse. Par conséquent, lorsque le malade ne présente aucun des phénomènes grossiers du premier groupe, il faut attendre 24 heures, avant d'employer la digitale. Voilà ce que mon expérience me permet de vous enseigner, et, pour me résumer, je vous dirai que l'emploi de la digitale est indiqué toutes les fois que la contraction du cœur n'est pas suffisante, tandis que dans le cas contraire elle est non seulement contre-indiquée, mais même nuisible.

Ceci dit, afin de vous présenter une étude complète de la question, consacrons quelques instants à examiner quelles sont les meilleures préparations de digitale. Il y a bien des années, en me basant jusqu'ici sur mes propres expériences, que je préconise l'infusion, et cela avec raison, car des expériences faites en 1881 sont venues confirmer ma manière de faire. En outre, depuis 1881, et grâce aux expériences pharmaceutiques faites en Allemagne, nous sommes édifiés sur la nécessité de laisser de côté toutes les teintures. L'expérimentateur a examiné les teintures provenant des meilleures pharmacies des plus grandes villes d'Allemagne, et en a jugé l'action par la dose qu'il faut pour tuer un animal. En présence d'écart allant du simple au double, on peut en conclure que la richesse est variable et qu'il n'y a pas, par

conséquent, à compter sur ce mode de préparation. Quant à la teinture éthérée, je n'en parle pas; on sait qu'elle est véritablement inerte.

Si nous éliminons les teintures, nous nous trouvons en présence de la poudre, des macérations, toutes préparations que je ne veux pas critiquer. Pour ce qui est de moi, comme je vous le disais tout à l'heure, je me sers de l'infusion que je suis bien loin de changer, surtout depuis les expériences de ces dernières années, et que vous devez prendre toujours la peine de formuler dans tous ses détails.

Supposons, par exemple, que vous vouliez ordonner quatre-vingts centigrammes de feuilles de digitale: "dans 100 grammes d'eau bouillante, mettez la dose indiquée ci-dessus et laissez infuser pendant 15 minutes. Au bout de ce laps de temps, filtrez, ajoutez 25 ou 30 grammes d'un sirop indifférent et ne faites prendre que lorsque le tout sera complètement refroidi."

Voilà une infusion correctement prescrite dont vous varierez la dose, suivant l'urgence des cas. A un malade du premier groupe, vous n'hésitez pas à prescrire quatre-vingts centigrammes à un gramme à prendre en quatre ou cinq fois dans les 24 heures. Je ne donne jamais un gramme deux jours de suite, et, si le médicament est toujours pris pendant trois jours consécutifs à la dose de quatre-vingts centigrammes ou moins, suivant la tolérance du malade, lorsque je diminue, le deuxième jour, on peut compter aussi sur un abaissement le troisième. De cette façon, vous aurez les meilleurs effets dans le moins de temps possible. Le ralentissement des battements du cœur, l'énergie de la contraction et l'augmentation de la tension artérielle vous montreront tout ce que l'on peut obtenir de ce médicament qu'une diurèse courable achèvera de traduire.

Son administration doit être cependant minutieusement surveillée, car il est si facile de passer des effets thérapeutiques aux effets toxiques, que vous n'avez pas le droit, lorsque vous prescrivez une infusion de digitale à un individu qui n'en a jamais pris, de le laisser 24 heures sans le revoir.

Quels sont donc les signes qui permettront au médecin de reconnaître l'invasion de la phase toxique? Ordinairement le malade vous mettra lui-même sur la voie en vous disant: "J'ai mal au cœur." En présence d'un pareil malaise vous ne devez pas attendre d'autres phénomènes, et supprimer immédiatement la digitale. D'autres fois, ce symptôme ne se montrera pas, et il faut que le médecin soit toujours aux aguets et n'oublie jamais de noter le changement du pouls. Normalement, il est lent et fort, et quand l'intolérance arrive, il peut être encore lent, mais il est moins fort et ne tarde pas, quelques heures plus tard, à devenir plus fréquent. Ce phénomène n'arrive ordinairement qu'après les nausées; toutefois, il est bon de savoir que l'ordre peut être renversé.

Un autre signe, beaucoup plus facile à apprécier; c'est la diurèse urinaire. Tant qu'elle augmente, vous pouvez être tranquille; mais n'en continuez pas moins à exercer une surveillance active, car, du jour au lendemain, elle peut diminuer et alors commencera la phase toxique. Cette diminution, qui ne vient qu'après les nausées, peut être la première en acte, de sorte que, si ces signes sont parfaitement certains dans leurs caractères, ils ne sont pas du tout réguliers dans l'ordre de leur apparition.

Dans toutes ces circonstances, il faut obéir: persister, serait-il

des fautes les plus graves. Maintenant, n'oubliez pas qu'à côté de ces intolérances, il y en a d'autres individuelles absolues qui se traduisent par des vomissements. C'est dans ces cas qu'il faut examiner si on ne peut pas se retourner d'un autre côté.—*Praticien.*

Traitement de l'hystérie.—La *Revue médicale de Louvain* traduit une clinique du professeur LIEBERMEISTER, où se trouvent réunis d'excellents préceptes pratiques.

Lorsque l'hystérie est déclarée, la conduite à tenir variera d'après les symptômes prédominants. "Pendant les accès hystériques, le médecin pourra intervenir, pour les faire cesser, par la seule influence de l'autorité qu'il a acquise sur l'esprit de la malade." Toute émotion vive produit d'ailleurs le même résultat : un des moyens les plus simples et les plus sûrs est de lancer vivement et à plusieurs reprises de l'eau froide à la figure de la patiente; l'application du courant induit à un point quelconque du corps agit également bien. Les mêmes moyens sont applicables aux contractures localisées dans certains groupes de muscles ou dans certains viscères; l'auteur recommande aussi l'application *in loco morbi* d'une large ventouse sèche.

Quant aux paralysies hystériques, elles sont en général à la disposition du médecin, pour peu qu'il ait acquis sur l'esprit de la malade une autorité suffisante; les résultats sont parfois merveilleux; ainsi, sur un simple commandement joint à l'assurance du succès, on voit se réveiller comme par enchantement des fonctions qui ne s'étaient plus exercées depuis des mois ou des années. Dans certains cas, d'ailleurs, il conviendra d'assurer l'effet du traitement moral par l'emploi préalable d'un agent médicamenteux quelconque, particulièrement du courant induit.

Contre les anesthésies, la métallothérapie a fourni aussi à l'auteur de bons résultats, mais il n'est pas convaincu que ce moyen intervient autrement qu'en agissant sur l'état psychique des patientes; l'effet des courants induits est d'ailleurs plus durable que celui de la métallothérapie. Quant à l'hyperesthésie proprement dite, aux malaises si variables que les hystériques éprouvent dans telle ou telle région de l'économie, tout traitement local est d'ordinaire non-seulement superflu, mais nuisible : il suffit de persuader à la malade que toutes ces douleurs disparaîtront avec l'amélioration de la situation générale. Quelquefois cependant des névralgies fixes et persistantes exigeront un traitement approprié.

Quoi qu'il en soit, si le médecin ne veut pas se contenter dans l'hystérie de "succès passagers, il devra s'attacher à éloigner toutes les influences qui, dans l'entourage de la malade ou dans le milieu où elle est placée, agissent sur son esprit d'une manière fâcheuse." Ainsi, souvent on voit l'hystérie se développer chez des personnes qui manquent d'une occupation sérieuse, capable d'absorber leur attention, et plus encore chez celles qui ont acquis la conviction plus ou moins fondée qu'une vocation manquée les laisse dans la société humaine comme membres inutiles. Ce sont les raisons qui expliquent pourquoi l'hystérie sévit surtout parmi les célibataires. Naturellement, le médecin ne sera pas toujours à même d'éloigner ces influences, si préjudiciables à la guérison définitive; à cet égard il devra se résigner à faire ce qu'il peut.

“Quant au traitement médicamenteux de l'hystérie, l'auteur le trouve entièrement superflu,” et il ne faut pas nous en étonner : c'est également l'opinion que Nothnagel et Rossbach défendent dans leur traité de thérapeutique. Quelquefois, il est vrai, il y a dans l'hystérie des indications particulières qu'il faut remplir; quelquefois aussi il convient d'administrer un médicament quelconque dans le but d'influencer le moral des malades; mais, quant au reste, conclut le professeur Liebermeister, tous les prétendus remèdes antihystériques ont beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages, parce qu'ils détournent le médecin qui y a confiance de la véritable indication qu'il doit remplir: “agir sur l'état psychique des patientes.”—*Courrier médical.*

Sur un signe de méningite (douleurs cérébrales des membres).— Le docteur Lambert Ott signale comme signe de la méningite tuberculeuse l'extrême sensibilité accusée par le patient lorsqu'on presse le fémur, il a constaté ce fait accidentellement dans un cas et a pu contrôler l'exactitude dans un second cas, la pression sur d'autres points des extrémités ne déterminant aucune douleur.

La mention de ce signe clinique, extraite du *Philadelphia Medical Times*, et que nous avons recueillie dans le *Paris médical*, nous a remis en mémoire une leçon clinique de M. Lasègue, dans laquelle le professeur avait insisté sur l'utilité qu'on peut en tirer, et avait cité trois faits remarquables par la netteté de ce symptôme. Dans un premier cas, appelé auprès d'une jeune fille présentant quelques symptômes attribuables à la méningite, laquelle, d'ailleurs, se confirma plus tard, M. Lasègue constata par hasard, en explorant la surface cutanée, une sensibilité extrême de la région de la cuisse. Au moment, en effet, où il exerça une certaine pression dans cette région, la malade poussa un cri de douleur. Il y avait là une hyperesthésie considérable qui n'existait nulle part ailleurs.

Chez une autre malade, ce phénomène était moins marqué, mais la douleur existait encore dans le même point de la cuisse. Cette malade se plaignait, en outre, de douleurs spontanées dans les membres inférieurs.

Enfin, chez une femme de vingt ans, atteinte de fièvre, avec céphalalgie violente et délire, ce signe était des plus nets, car la malade, plongée dans un état demi-comateux, se redressa brusquement au moment où l'on exerçait cette compression sur la cuisse. M. Lasègue rappelait ces différents cas de sa pratique à propos d'une jeune fille entrée dans son service avec de la surdité, de la prostration, de la stupeur, sans troubles intestinaux ni thoraciques, et qui présentait ce phénomène à un haut degré. Au moment où l'on fit cette exploration, elle poussa un cri, témoignant de la douleur qu'on lui faisait éprouver, douleur bien différente de celle qui résulte du rhumatisme musculaire, car alors c'est au niveau des attaches et non dans le corps des muscles, comme ici, que le phénomène se produit. Aussi M. Lasègue concluait-il que ce symptôme, lorsqu'il se joint à différents autres accidents, tels que la surdité, la céphalalgie, etc., pouvait constituer un élément de jugement important.

Des faits de cet ordre ont été déjà signalés par M. le professeur Fournier, qui y insiste d'une façon toute particulière dans son livre sur la syphilis du cerveau. Parlant, en effet, de la forme congestive de la sy-

philis cérébrale, après avoir décrit certains troubles de la sensibilité générale, tels que des fourmillements ou des engourdissements localisés principalement dans les membres, M. Fournier note comme troubles d'un genre différent certaines douleurs vagues se produisant en un point limité du corps, dans un membre, dans l'extrémité d'un membre, douleurs quelquefois assez fixes, d'autres fois mobiles, névralgiformes, plus ou moins persistantes, en tous cas essentiellement sujettes à retours. Que sont de telles douleurs? Quel en est le siège précis? C'est là ce qu'on ne saurait dire. En raison de leur localisation essentiellement indéfinie, on les néglige souvent, et l'on se contente de les qualifier de douleurs rhumatismales, rhumatoïdes, névralgiques, ostéocopes, etc. M. Fournier dit les avoir observées trop souvent, pour sa part, et toujours dans les mêmes conditions, pour ne pas croire qu'elles soient en relation avec l'affection cérébrale. Toujours est-il que de telles douleurs se produisent fréquemment comme phénomènes prodromiques ou symptomatiques de lésions du cerveau. Peu remarquées jusqu'à ce jour, elles méritent d'être étudiées de plus près, car elles constituent un symptôme qui peut apporter un appoint utile au diagnostic.

M. Fournier cite, en outre, un fait qui peut être rapproché de ceux qui ont été signalés plus haut, fait relatif à un jeune homme affecté d'une encéphalo-méningite qui fut rapidement mortelle et s'accompagna de ces douleurs à un haut degré d'intensité. Ce malade, traité par M. Fournier, avec MM. Charcot et Edouard Labbé, accusait au niveau de la cuisse droite une douleur tellement violente qu'on dut à plusieurs reprises chercher si, indépendamment de son affection cérébrale, il ne présentait pas là quelque lésion particulière, telle que abcès profond, périostite, ostéite, etc... Un examen minutieux donna la conviction qu'il ne s'agissait de rien de semblable, et la douleur resta inexplicée comme localisation et comme pathogénie.

En vue d'appeler l'attention sur ces douleurs de forme spéciale, M. Fournier a proposé de les qualifier du nom de douleurs cérébrales des membres, quitte à modifier le terme le jour où l'on sera mieux éclairé sur leur pathogénie véritable.—P. L. CHAMPIONNIERE, in *Journal de méd. et de chir. pratiques*.

Pathologie et traitement de quelques formes de céphalalgie, par T. LAUDER BRUNTON, M.D., F.R.S.—Le mal de tête résulte ordinairement de deux facteurs : irritation locale et état général. Les principales causes locales sont la carie dentaire et les anomalies oculaires, quoique, cependant, il ne faille pas oublier non plus certaines maladies de l'oreille et du nez, l'inflammation de la gorge, et l'irritation locale du péricrâne ou du crâne dans le cours du rhumatisme ou de la syphilis.

La carie dentaire peut occasionner de la céphalalgie temporale ou occipitale quand les molaires sont affectées et aussi de la céphalalgie frontale quand ce sont les incisives qui sont atteintes. Les principales causes oculaires du mal de tête sont la fatigue occasionnée par une lecture trop assidue, le travail fait à une lumière insuffisante, ou trop longtemps prolongé, la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et le fait d'une vision différente dans les deux yeux. En outre, je crois que des troubles de la circulation ou de la pression intra-oculaire sont souvent le résultat de la présence, dans le liquide sanguin, de la bile

ou autres substances toxiques, et que de plus, un état rhumatismal, soit de l'œil lui-même. soit des muscles qui le meuvent est une cause assez fréquente de céphalalgie. Quand les deux yeux sont également atteints, le mal de tête est ordinairement frontal, mais quand l'un des yeux est plus malade que l'autre, la céphalalgie affecte de préférence le côté correspondant et prend la forme de migraine.

Dans le traitement d'un cas de céphalalgie, la première chose à faire est donc de voir si les dents sont saines et si les yeux fonctionnent normalement, et de remédier à tout trouble qui pourrait exister. On devra aussi examiner la gorge, le nez et les oreilles et enlever toute cause d'irritation ; le cuir chevelu sera également soumis à un palper attentif, au cas où il serait le siège de quelque inflammation de nature rhumatismale ou syphilitique. Le siège précis du mal de tête sera déterminé surtout par la nature et le siège de l'irritation, mais cela peut varier suivant l'état général du patient.

La céphalalgie frontale avec constipation est ordinairement soulagée par l'emploi des purgatifs ; la céphalalgie frontale siégeant au-dessus des sourcils et ne s'accompagnant pas de constipation cède à l'emploi des acides, tandis que si elle siége plus haut, au niveau de la racine des cheveux, elle est justiciable des alcalins. Le mal de tête du vertex s'accompagne la plupart du temps d'anémie et se traite par le fer. La céphalée plus ou moins continue de la syphilis est généralement soulagée par l'iodure de potassium, mais ce médicament doit alors être donné à des doses beaucoup plus élevées que celles que l'on administre dans les cas ordinaires, c'est-à-dire, de cinq à trente grains à la dose. Le même agent, aux mêmes doses, suffit en général à guérir la céphalalgie rhumatismale.—*Buffalo Med. and Surg. Journal.*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des injections intra-vésicales.—Extraits d'une clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker (1).—La *seringue à anneaux*, dite *seringue à hydrocèle*, est évidemment le meilleur instrument pour injecter le liquide dans la vessie. Vous aurez soin toutefois de vous assurer que le piston glisse avec la plus grande facilité. Il faut qu'il n'oppose, pour ainsi dire, au doigt qui le pousse, aucune résistance. Vous n'oublierez pas non plus, si vous faites usage d'une sonde métallique dont l'embouchure soit assez large, de dévisser le petit embout conique dont l'extrémité de la canule est munie. Le liquide contenu dans la seringue s'échappera ainsi beaucoup plus librement, sans qu'il soit nécessaire d'exercer sur la tige de fortes pressions. C'est seulement à cette condition que vous pourrez apprécier la quantité de liquide qu'il convient de lancer à chaque coup de piston dans la vessie. Ce n'est pas, en effet, par des chiffres que vous pourrez évaluer le nombre de grammes auquel vous vous arrêterez. Ce nombre est très variable, non seulement d'un sujet à l'autre, mais encore sur un même sujet, à des moments différents. C'est la résistance de la vessie qui sera votre seul guide. Il vous faut donc la reconnaître aisément et ne pas vous expo

(1) Suite.—Voir la livraison précédente.

ser à la confondre avec celle que produirait un piston trop dur ou une canule trop étroite. Vous risqueriez ainsi d'aller trop loin. Il est nécessaire de s'arrêter devant la première manifestation de la résistance vésicale, et même il vaudrait mieux éviter de la mettre en jeu. Rien n'est plus facile, d'ailleurs, avec un peu d'attention, que d'apprécier la quantité de liquide qui peut être facilement acceptée par la vessie. Mais il faut vous poser en règle : *qu'il vaut mieux en pousser trop peu que trop.*

Très commode pour le chirurgien, la seringue l'est moins pour les malades auxquels on est souvent obligé de confier les lavages, après leur avoir fait subir l'apprentissage nécessaire. On peut alors les autoriser à se servir de *poires en caoutchouc* et surtout d'*irrigateurs*. Ce dernier instrument rend souvent les plus grands services. Il faut seulement recommander avec soin aux malades de ne pas ouvrir complètement le robinet et de ne pas laisser pénétrer trop brusquement une trop grande quantité de liquide.

La composition de ce liquide de lavage peut être fort variable. Nous y reviendrons surtout en parlant des injections modificatrices. Mais je puis dès maintenant vous dire que je me sers exclusivement depuis plusieurs années de solutions d'acide borique préparées sans alcool, à 40 gr. pour 1,000. Elles m'ont toujours parfaitement réussi. Cependant vous pourrez obtenir avec de l'eau simple d'excellents résultats. Seulement vous ferez bien de la faire bouillir auparavant, de manière à stériliser les germes qu'elle pourrait contenir. Quel que soit le liquide auquel vous aurez recours, il vous sera bon de le faire tiédir au moment de l'employer. Vous ne ferez de bons délayages qu'avec un liquide tiède et vous ne risquerez pas d'exciter les contractions douloureuses.

Enfin, comment placerez-vous vos malades ? Les ferez-vous coucher ou les laisserez-vous dans la position verticale ? Vous m'avez souvent entendu répéter qu'il ne faut jamais procéder à l'évacuation d'une vessie distendue pendant que le malade reste debout, sous peine d'aller au-devant d'une syncope ou d'une hématurie. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de pratiquer des lavages. Ils peuvent se faire dans la position verticale, mais il ne faut pas oublier que la vessie supporte alors tout le poids des viscères abdominaux et qu'elle a une tendance à se vider trop rapidement. Sous l'influence de cette évacuation trop brusque, l'engagement des graviers et des paquets glaireux se fait avec précipitation et souvent la sonde s'obstrue. Il se passe un phénomène comparable à l'encombrement qui a lieu à la sortie du théâtre lorsque les spectateurs se pressent tous en même temps dans un couloir trop étroit. Il est préférable, en définitive, de pratiquer les lavages dans la position horizontale. La démonstration de cette règle n'est plus à faire pour l'évacuation des fragments après la lithotritie. Elle s'applique également, sans toutefois être aussi absolue, aux simples lavages d'une vessie qui sèche. C'est la position qui permet au chirurgien d'agir avec le plus de précision et de douceur, à la vessie de rester le plus tolérante. Il est utile seulement de ne pas soulever le siège et de relever le dos au contraire par des coussins.

Je dois ajouter cependant que les inconvénients de la position verticale deviennent parfois des avantages et peuvent être utilisés. C'est dans les cas où l'inertie vésicale ralentit à l'excès le retour du liquide.

Cette lenteur nuit à l'efficacité du lavage. Au lieu d'exercer sur l'abdomen des pressions qui sont parfois difficiles et infructueuses, si les sujets sont obèses, vous pourrez avec avantage leur faire prendre la position verticale.

Tous ces préliminaires relatifs aux instruments et à la position du malade étant réglés, il s'agit de savoir comment il faut conduire l'injection.

Le manuel opératoire en est des plus simples. Si vous voulez réaliser les conditions d'un bon lavage, il convient de pousser le liquide à petits coups, mais vivement et en retirant prestement la canule aussitôt après.

L'injection doit être faite à petits coups ; c'est le moyen le plus sûr d'assurer les résultats mécaniques du lavage ; on évite ainsi en même temps de distendre la vessie en n'y faisant pénétrer à la fois qu'une petite quantité de liquide.

Elle doit être poussée un peu vivement ; cela ne veut pas dire qu'il faut user de la moindre violence, mais qu'on ne doit pas craindre de produire un certain choc sur les parois vésicales. Ce choc, à la condition qu'il soit très modéré, n'a rien de redoutable. C'est un mode de contact, et nous savons que si la vessie est douée d'une exquise sensibilité vis-à-vis de la distention, elle peut impunément supporter les contacts. La vivacité de l'impulsion rend d'ailleurs les plus grands services, d'abord en produisant dans le liquide une agitation nécessaire et en soulevant les détritons dont on veut provoquer l'évacuation ; ensuite en excitant doucement les contractions de la vessie. Celles-ci entrent alors en collaboration avec le chirurgien et concourent à augmenter la puissance du jet de sortie, qui joue un si grand rôle.

Enfin, il faut retirer prestement la canule pour profiter de cette contraction de la vessie que vous venez de provoquer et aussi du tourbillonnement du liquide qui agite et soulève encore les graviers ou les paquets glaireux.

Poussée, sous prétexte de prudence, avec une lenteur excessive et pusillanime, l'injection manquerait complètement le but qu'on se propose. Peut-être serait-elle exempte de danger, et encore faudrait-il pour cela surveiller attentivement la quantité de liquide injecté, mais elle serait certainement peu utile.

Il est bon de *ne pas laisser*, entre chaque coup de piston, la vessie se vider complètement. La contraction née sous l'influence de la poussée précédente augmenterait à mesure que s'avancerait l'évacuation. Elle pourrait donner lieu à un léger suintement sanguin ou même à des phénomènes douloureux que vous devrez toujours, avec le plus grand soin, vous appliquer à éviter. D'ailleurs, en ne mettant pas la vessie à sec, la nouvelle dose de liquide que vous pousserez rencontrera le liquide non retiré, s'y mélangera et l'agitiera sans toucher directement la paroi vésicale. Cette petite précaution vous permettra de fournir au liquide l'impulsion nécessaire sans craindre de mettre en jeu par un choc direct la sensibilité de la vessie. C'est en effet une précaution ajoutée à celles que nous vous avons déjà recommandées.

Enfin, avant de retirer la sonde, vous prendrez soin de *purger la vessie des bulles d'air* qui pourraient s'y introduire pendant les manœuvres. Vous devrez aussi conserver, dans la seringue, une petite quantité de solution et laisser la canule appliquée sur la sonde pendant que

vous retirerez cette dernière. Vous pourrez ainsi pousser doucement un peu de liquide dans le canal pendant que la sonde le traverse. Cette petite précaution est utile, même quand il s'agit de simples lavages dans une vessie atteinte de catarrhe. Elle serait indispensable après la lithotritie, si vous ne faisiez usage du mandrin. Dans le cas où un fragment se serait fixé dans l'œil de l'instrument, le liquide, en écartant les parois du canal, le protégerait contre un frottement rugueux ou contre des déchirures.

La durée des lavages est nécessairement variable suivant l'état de la vessie. Vous pourrez les prolonger de manière à faire passer au besoin deux ou trois litres de liquide dans l'espace de quelques minutes, si, après une lithotritie, l'évacuation est laborieuse. Mais s'il s'agit simplement du lavage d'une vessie qui suppure, il vous suffira, en général, d'injecter deux ou trois seringues pour voir le liquide ressortir parfaitement limpide. La règle, lorsque l'on fait des injections de lavage, est de les continuer jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte tel qu'il a été injecté.

Il est souvent possible de répéter les injections tous les jours ; mais il n'est pas bon, à moins d'indications particulières, de les répéter plusieurs fois par jour. La vessie et l'appareil urinaire tout entier ne sont jamais indifférents à l'action des lavages. Aussi faut-il savoir, pour cet agent thérapeutique aussi bien que pour nos médicaments les plus actifs, ne pas dépasser la dose physiologique.

Les manœuvres précédentes, excellentes pour entraîner le pus, les paquets glaireux, des petits graviers, des détritux phosphatiques, sont le plus souvent insuffisantes lorsqu'il s'agit de caillots sanguins. Alors il faut recourir à une véritable aspiration à l'aide d'une seringue à anneaux dont on adapte la canule à la sonde. On fait le vide et on exerce une véritable succion. C'est à peu près le seul moyen de désagréger des caillots un peu cohérents. Avant ce travail préliminaire, les lavages sont inutiles et, plus tard même, il est bon de n'y recourir qu'avec réserve. On doit craindre, en effet, que le moindre mouvement ne provoque un retour de l'hémorrhagie.—*Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

(A suivre).

Traitement de l'ongle incarné.—Quand l'ongle tend à pénétrer dans la chair, ou a déjà entamé la peau, la première chose à faire est de se chauffer d'une pantoufle assez large et de rester en repos. Puis on gratte l'ongle du côté malade, jusqu'à ce qu'il soit suffisamment aminci ; alors on le saisit avec une petite pince, et on le soulève en sens de son incurvation naturelle. Cela fait, on introduit au-dessous une petite lame de plomb de quelques millimètres d'épaisseur, que l'on retourne sur l'orteil et que l'on fixe avec une bandelette de diachylon. De cette façon, la plaie n'étant plus en contact avec le bord de l'ongle, la douleur cesse et l'ulcération guérit plus ou moins rapidement. Pendant toute la durée du traitement l'appareil devra être inspecté souvent, afin de s'assurer que la lamelle de plomb ne tend pas à se déplacer. De plus il est nécessaire de gratter l'ongle tous les deux ou trois jours, afin de le conserver mince et flexible, jusqu'à ce que la peau revienne à son état normal et puisse résister à la pression. Alors on enlève la lame de plomb.

Hébra traite l'ongle incarné de la manière suivante : il coupe quelques brins de charpie de la longueur de la rainure latérale de l'ongle. Il l'introduit ensuite brin par brin, au moyen d'une petite spatule, entre l'ongle et la chair, et il maintient ce petit pansement au moyen d'un taffetas adhésif ; on le change toutes les vingt-quatre heures. Au bout de deux ou quatre semaines, l'ulcération est guérie. S'il arrive que l'ongle soit normalement implanté et que ce sont les chairs qui croissent outre mesure, il est nécessaire d'enlever les tissus ulcérés. Cette petite opération qui peut être faite sans anesthésie, mérite d'être décrite. Un bistouri à deux tranchants, tenu comme une plume à écrire, est passé au travers des tissus malades, en ayant soin de raser le bord latéral de l'ongle. On sectionne les chairs de manière à mettre à jour la partie qui est incarnée. On lave la blessure à l'eau phéniquée, on la recouvre d'un petit plumasseau de charpie, et on bande avec une étoffe adhésive, de manière à exercer une certaine compression.—*Praticien.*

Pleurésie purulente ; pleurotomie antiseptique précoce.—Dans son travail, aujourd'hui classique, sur la pleurésie purulente et son traitement, M. Moutard-Martin s'exprime ainsi : Il est bien entendu qu'on ne pratique pas l'opération de l'empyème sans qu'elle soit motivée par des accidents graves. Il faut que les moyens plus doux, thoracocentèse, canule à demeure, siphon, drainage, aient échoué, que l'état des malades aille s'aggravant, et les menaces d'une mort assez prochaine, pour se décider à pratiquer la large ouverture de la poitrine. L'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu avait à se défendre, au moment où il publiait son travail (1872), contre des adversaires acharnés, condamnant vivement l'incision pleurale, et il avoue n'avoir jamais pratiqué l'opération qu'à la dernière période de la maladie, lorsque la mort paraissait imminente. Aujourd'hui que les adversaires de l'opération ont dû plier devant l'évidence de ses avantages, M. Moutard-Martin, auquel nous devons une méthode thérapeutique si précieuse, dont il a su tracer d'emblée les règles, a singulièrement élargi le champ de ses indications, et, entrant après lui dans la voie qu'il a si magistralement tracée, quelques médecins, accentuant encore ses doctrines, insistent sur l'utilité d'une intervention rapide dans le traitement de la pleurésie purulente. Défendre l'opération de l'empyème serait évidemment une besogne facile ; on ne trouverait pas de contradicteurs. Insister sur l'utilité d'une intervention chirurgicale précoce dans la pleurésie purulente, sur la sécurité que donne l'emploi des méthodes antiseptiques, n'est peut-être pas inutile. En effet, malgré les travaux de M. Moutard-Martin, il semble cependant que pour un grand nombre de médecins l'incision de la plèvre ne soit encore qu'une extrémité à laquelle on ne se soumet qu'après avoir épuisé la série des autres moyens thérapeutiques : pour quelques uns, c'est encore un épouvantail. Les progrès de la chirurgie antiseptique permettent une audace plus grande. Des observations nombreuses prouvent que l'empyème donne des résultats d'autant meilleurs qu'il est pratiqué plus tôt, et pour ceux qui comme moi ont eu l'occasion de mettre en pratique cette manière d'agir il semble probable que, dans un avenir peu éloigné, des observations répétées permettront d'établir cette règle : *Une pleurésie purulente étant donnée, faire l'empyème le plus tôt possible, après qu'une première ponction aura été suivie de la reproduction du liquide.*

En effet, dans la majorité des cas, le liquide purulent se reproduit rapidement après la ponction, et les symptômes généraux s'aggravent. De plus, l'anatomie pathologique a montré que, dans un grand nombre de cas, la plèvre contient des masses plus ou moins volumineuses d'exsudats fibrineux putrides flottant dans le liquide, qu'il est impossible d'évacuer par la canule du trocart. Après un temps plus ou moins long, l'incision de la plèvre s'impose; mais alors le malade est affaibli par la fièvre et la diarrhée qui l'accompagne souvent dans ces cas; ses forces de résistance ont donc singulièrement diminué: de plus, des scléroses secondaires à la pleurésie ont envahi le poumon, diminué, sinon détruit, la possibilité de son retour à son volume primitif après la disparition du liquide, nouvelle difficulté pour la guérison définitive, surtout chez les adultes dont la faculté de retrait de la paroi thoracique est beaucoup moindre que chez l'enfant.

Les progrès dus à la méthode antiseptique de Lister, en atténuant notablement les dangers qui résultent de l'opération elle-même, permettent désormais de ne plus avoir les craintes qui ont trop souvent arrêté la main du chirurgien; se basant sur les insuccès presque constants, sauf chez les enfants, des ponctions successives, des canules à demeure, etc., on en est arrivé à préconiser l'intervention chirurgicale précoce.

Il me faut maintenant indiquer les règles dont la stricte exécution, en donnant une grande sécurité, autorise seule une pratique. On peut les résumer en quelques mots.

La pleurésie purulente n'étant qu'un abcès de la plèvre, il faut se préoccuper de l'ouvrir au point le plus déclive, et, l'incision faite, s'assurer de la complète et constante évacuation du pus. Le précepte d'ouvrir au point le plus déclive de la cavité pleurale ne modifie pas la règle antérieurement tracée. M. Wagner a démontré, en effet, que c'est au niveau du cinquième ou du sixième espace intercostal, en avant du bord du grand dorsal, qu'est le point le plus déclive de la cavité pleurale, quand le corps est placé sur un plan incliné des pieds vers la tête. C'est pour cela qu'il insiste sur l'utilité de disposer le lit du malade de cette façon, au moins pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Une question importante à traiter maintenant est celle du lavage pleural. Faut-il le pratiquer? On sait que l'utilité des lavages fréquents avec des solutions antiseptiques à la suite de l'opération de l'empyème est une règle absolue posée par M. Moutard-Martin. Son application comporte cependant de nombreuses exceptions. Si le liquide a une odeur fétide, s'il contient des masses compactes et putrides d'exsudats fibrineux, pas d'hésitation possible; la nécessité de lavages fréquents avec des solutions fortement antiseptiques s'impose. Il semble utile de les cesser cependant quand la fétidité a disparu, quand l'évacuation des paquets de fausses membranes paraît complète et que la fièvre a cessé. Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand le liquide est homogène sans fétidité, un seul lavage après l'opération avec une solution d'acide borique à 4 pour 100 ou de chloral au centième suffit absolument. On pourrait même s'en dispenser, et en tout cas on ne le renouvellera pas, car dans ces conditions, il semble que les lavages sont plutôt un obstacle à la guérison en irritant la plèvre et en rompant des adhérences récemment formées. Cependant le liquide, d'abord

sans odeur, peut devenir fétide ; dans ces cas, l'indication des lavages se présente. Je rappellerai que dans l'observation citée plus haut, le liquide devint légèrement fétide le vingtième jour ; un lavage avec une solution phéniquée au centième fit rapidement disparaître cette fétidité, et on ne le renouvela pas. Un seul lavage avait été pratiqué immédiatement après l'ouverture de la plèvre.

On voit donc qu'il y a là une modification importante dans le traitement consécutif à l'opération, et l'on peut résumer en quelques mots les considérations précédentes : liquide fétide, non homogène, lavage jusqu'à la disparition de la fétidité ; liquide homogène, non fétide, pas de lavage.

Au lieu d'être une pratique rigoureusement suivie jusqu'à complète guérison, le lavage n'est donc plus qu'un moyen de combattre la fétidité des liquides et d'assurer l'évacuation des masses de fausses membranes. Hors de ces deux indications, il semble plus nuisible qu'utile ; et la possibilité de s'en passer a une grande importance quand on se rappelle les faits publiés par MM. Maurice-Raynaud, Leudet, Dumont-pallier, de convulsions épileptiformes dans certains cas, suivies de mort à la suite de lavages intra-pleuraux. J'ai observé un cas analogue chez un enfant enlevé en quelques minutes par des convulsions épileptiformes pendant qu'on pratiquait avec grandes précautions une injection intra-pleurale à la suite d'une ponction de pleurésie purulente ; et bien que fort rares, ces faits sont assez graves pour que la possibilité d'écarter ce danger ait une grande importance. Enfin, il faut se souvenir que c'est dans les cas de lavages des plèvres avec les solutions d'acide phénique que l'on a observé le plus grand nombre d'intoxications par cette substance. Il faut donc, si on l'emploie, procéder avec grande prudence ; encore est-il préférable d'utiliser des antiseptiques moins dangereux.

Le traitement de l'empyème peut donc être résumé en quelques préceptes :

Ouvrir de bonne heure.

Vider à fond.

Employer très rigoureusement la méthode antiseptique.

Il résulte de ce qui précède que la persistance d'une fistule pleurale après l'ouverture large de la poitrine sera de plus en plus rare si l'on obéit correctement aux indications d'ouverture rapide et de soins antiseptiques immédiats. L'intervention rapide, un pansement antiseptique bien fait, la suppression des lavages quotidiens de la plèvre forment les éléments principaux de ce traitement. Malheureusement il restera toujours des malades qui auront été soignés différemment, et même parmi ceux qui auront été bien soignés il y en aura quelques-uns qui deviendront de bons sujets pour la méthode d'Estlander.

Cette méthode est fondée sur l'observation suivante. Après l'ouverture de la poitrine, la paroi thoracique se rétracte pour s'appliquer sur le poumon ratatiné. Les éléments rigides de cette paroi fléchissent, les côtes s'imbriquent. Puis, ce rapprochement fait, la nature ne saurait aller au-delà dans son effort de réparation ; une cavité persiste derrière les côtes, cavité qui suppure abondamment, le malade s'affaiblit, et, s'il s'agit d'une grande cavité, devient après une longue suppuration tuberculeux ou albuminurique. Si on enlevait le corps d'une ou plusieurs côtes, la paroi pourrait fléchir, les faces opposées de la cavité

s'appliquer l'une sur l'autre, et la guérison surviendrait après réduction rapide de cette cavité.

Il n'est pas besoin pour cela d'enlever toute la paroi thoracique avec la plèvre, comme cela a été fait aussi au moyen d'une opération beaucoup plus grave; on la désosse, c'est-à-dire qu'on résèque plusieurs côtes dans une étendue variable sans emporter la paroi, en laissant même le périoste en place. Cette résection permet un retrait immédiat de la paroi thoracique par chevauchement et rapprochement des fragments. Secondairement ce retrait de la poitrine augmente encore jusqu'à fusion des parois si la résection a été suffisamment étendue.

On conçoit que cette opération très bien conçue ne saurait être confondue avec les cas de résection costale faite pour agrandir l'orifice de sortie du pus.

En France elle a été faite avec succès par MM. Weiss, Bouilly, Berger, Monod, Périer et Championnière.

Dans le cas de M. Championnière, il s'agissait d'un garçon de 21 ans, le nommé Louis B..., entré le 3 décembre 1883, dans le service de l'hôpital Tenon. Atteint de pleurésie purulente droite ouverte il y a 21 mois, il avait une suppuration abondante et sa situation s'était aggravée de la présence d'un tube de caoutchouc de 19 centimètres perdu dans la poitrine depuis trois semaines. M. Rendu l'avait adressé pour ce fait à son collègue M. Championnière. Celui-ci pensa que l'ancienneté de la suppuration et l'état tout à fait misérable du patient autorisaient à tenter une opération radicale, et, le 13 décembre, pratiqua la résection des cinq côtes placées au dessus de la fistule située à la partie antéro-latérale droite de la poitrine.

Cinq côtes furent réséquées : de la neuvième un peu plus de 10 centimètres, la huitième, 8, la septième 8, la dixième, 7, et la cinquième 6 centimètres.

Le grand lambeau fut rabattu et suturé; le drain perdu dans la poitrine fut extrait avec une pince, et un gros tube fut placé dans la fistule agrandie.

La plus grande difficulté opératoire réside dans l'imbrication des côtes et la section de la première est un peu laborieuse; mais l'extirpation de la côte découverte avec la rugine est facile et se fait sans traverser la paroi thoracique épaissie du reste.

Les suites de l'opération ont été très simples : un peu de dépression; la température s'est élevée le troisième jour à cause de la formation d'un abcès à la base du lambeau. M. Championnière signalait à la Société de chirurgie les modifications opératoires qui doivent faire éviter aisément cet accident.

Quant aux résultats, ils ont été ceux-ci : dès les premiers jours la suppuration de la plèvre avait considérablement diminué, l'opéré recommençait à manger, perdait le teint blanc caractéristique des longues suppurations.

Juste un mois après l'opération, la cavité pleurale, lavée seulement tous les deux ou trois jours avec la solution concentrée d'acide borique, avait diminué de la façon suivante. Au jour de l'opération elle contenait 450 à 500 grammes de liquide; un mois après, 80 grammes seulement.

Tout le côté droit de la poitrine s'était affaissé, aplati. Le malade qui toussait avant l'opération et dont un semmet était fort suspect, avait cessé de tousser. Il marchait rapidement vers la guérison.

Nous avons raconté son histoire en peu de mots parce qu'elle est typique et répond bien à ce qu'on observe chez les autres malades. Tous ceux qui ont été opérés même dans un état trop misérable pour guérir ont été améliorés.

Cette grave opération a des suites d'une bénignité extraordinaire. M. Championnière pense qu'on assurerait aisément la réunion sans suppuration en formant un foyer d'opération bien distinct de la fistule infectée par l'air déjà. Il y aurait aussi avantage selon lui à bien drainer les cavités laissées par l'extirpation des côtes.

Enfin, il conseille d'agir le plus largement possible d'emblée, et, quelque grande que fût la longueur des côtes qu'il a enlevées, il pense qu'il eût mieux valu enlever deux ou trois centimètres de plus. La paroi thoracique retrouve sa dureté avec une rapidité extrême.

Bien que l'opération ait été faite depuis peu et que les malades cités fussent encore en voie de traitement, l'amélioration brusque de malades placés dans une situation des plus graves donne le meilleur espoir dans les résultats de cette opération. Elle paraît supportée beaucoup mieux qu'on ne pourrait le croire par les malades. Toutefois, à la fin de la discussion à la Société de chirurgie, M. Berger citait un cas de mort rapide chez un sujet épuisé chez lequel il venait de faire une opération très large. Mais il s'agit là d'un cas bien tardif, et à l'avenir, si l'on doit attendre un temps raisonnable pour intervenir, on devra néanmoins ne pas tarder à l'exécès, car si bénigne que soit cette intervention, elle doit compter parmi les grandes opérations.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Métrorrhagie.—Tamponnement.—Clinique de M. le professeur PAJOT à l'hôpital de la Clinique.—Dans la soirée du 3 janvier on rapporta à la Clinique une femme qui était *absolument mourante*. Elle mourut du reste quelques instants après son arrivée. M. Doléris, mandé en toute hâte, bien que sachant à peu près à quoi s'en tenir sur le résultat probable de sa tentative, crut devoir pratiquer l'opération césarienne, ne voulant pas avoir le moindre reproche à se faire au sujet de l'enfant. C'est d'ailleurs une conduite sage, que je ne puis que vous engager à imiter, s'il vous reste le moindre doute sur la vie du fœtus. Mais revenons à la femme. C'est en elle que git tout l'intérêt, et sa mort doit être pour vous un grand enseignement. *Cette femme est morte d'hémorrhagie*: or, il y a longtemps que j'ai émis cette opinion: "*Une femme en état de gestation ou dans l'état de vacuité ne doit jamais mourir d'une hémorrhagie quand elle est dans les mains d'un homme instruit et qui est appelé à temps.*"

Voici comment je justifie ma proposition. Qu'il s'agisse d'une femme enceinte ou d'une femme non gravide, les conditions, bien que non identiques, ne laissent pas que de présenter de grandes analogies au point de vue qui nous occupe. Chez toutes les deux, en effet, comment arriverez-vous à arrêter l'hémorrhagie? En aidant à la formation d'un caillot. Et comment favoriserez-vous cette formation? En créant un obstacle au cours du sang. Or, empêchez l'écoulement du sang et jamais un uterus en état de vacuité, ou contenant un ou plusieurs *acti-*

n'offrira au sang un réceptacle assez vaste pour qu'il puisse en contenir une quantité suffisante pour compromettre sérieusement la vie de la femme.

Il en est tout autrement pour les nouvelles accouchées. Chez elles, la matrice est susceptible d'une distension si considérable, que vous n'arriverez à supprimer une hémorrhagie externe qu'en lui substituant une hémorrhagie interne qui emportera votre cliente. Vous comprenez facilement, messieurs, que le tamponnement, cet excellent et sûr moyen d'arrêter les pertes de sang chez les femmes dans l'état de *vacuité* ou de *grossesse*, devient un remède *irrationnel* et *dangereux* après l'expulsion d'un fœtus à *terme*. Sans doute, bien appliqué, le tampon empêcherait l'hémorrhagie *au dehors*, mais n'oubliez pas qu'un utérus à *terme vide* peut contenir un demi seau de sang, c'est-à-dire plus qu'il n'en faut pour tuer la malade, sans qu'une seule goutte s'échappe de la vulve!

Il s'est pourtant trouvé de très rares médecins pour conseiller une pareille ineptie. Ces gens-là n'ont évidemment besoin que de se presser le crâne pour siffler!

Dans le cas actuel, que fallait-il faire, puisque cette femme rentrait dans la catégorie de celles qui, selon moi, ne doivent par mourir d'hémorrhagie quand un médecin capable a été appelé à temps? Il fallait, messieurs, employer dès le début le *tamponnement*, appliquer le *tampon classique* qui, à mon avis, est le meilleur.

Voici en quoi il consiste :

« Une demi-douzaine de bourdonnets de charpie, roulés en boule, du volume d'une noix et munis d'un fil terminé par un nœud. Une douzaine de bourdonnets du même volume avec un fil sans nœud. Un grand nombre de bourdonnets sans fil. Une quantité considérable de charpie, presque ce qui serait nécessaire pour remplir la cavité d'un bassin osseux ordinaire. On peut, en outre, ajouter à cela quelques morceaux d'amadou. » Or, c'est là un outillage qu'en toutes circonstances, le médecin doit avoir chez lui. Lorsqu'on est, en effet, appelé en cas d'hémorrhagie sérieuse, il suffit quelquefois d'une simple demi-heure pour décider de la vie de la femme.

Voici comment vous procéderez au tamponnement. Appliquez un spéculum plein et lavez rapidement le vagin avec de l'eau froide. Prenez ensuite un bourdonnet à nœud, trempez-le dans la solution de perchlorure de fer, exprimez-le fortement, et essayez de l'introduire dans le col. Si cela vous est impossible, glissez-le dans le cul-de-sac antérieur. Comblez ensuite toute la gouttière des culs-de-sac par une couronne de bourdonnets à nœud. Cela fait, et aussi soigneusement que vous aurez pu, car c'est un des points les plus importants de la manœuvre, introduisez des bourdonnets à fil sans nœud, puis des bourdonnets sans fil trempé dans un corps gras (cérat, huile, etc.) tout en retirant votre spéculum que vous employez à les bien tasser les uns contre les autres. Intercalez, si vous le pouvez, quelques morceaux d'amadou, qui *fortifient* le tampon. Dilatez au maximum le vagin avec de la charpie. Il faut que les parois du canal génital soient distendues au point de venir se mouler sur les parois osseuses. « Placez ensuite une compresse languette, appliquez un bandage en T, et le tamponnement est terminé. » A vrai dire, il n'est pas toujours aisé de

le bien faire, et il est arrivé à des gens expérimentés de se trouver dans la nécessité de s'y reprendre à deux fois; mais, si vous le pratiquez de la sorte, je vous affirme que l'hémorrhagie sera arrêtée.

Le tamponnement pratiqué, que faudra-t-il faire? Devra-t-on laisser le tampon en permanence? S'il a été appliqué de bonne heure, bien avant le début du travail, s'il est difficilement supporté, on peut le retirer de temps en temps et même suspendre son application jusqu'à l'hémorrhagie nouvelle. Mais le tamponnement, dans certains cas, sollicite le travail, devient même la cause provocante de l'accouchement en favorisant la formation dans la matrice d'un certain nombre de caillots qui jouent, vis-à-vis de l'utérus, le rôle de véritables excitateurs. En pareille circonstance, quand le travail marche, je laisse la femme accoucher du tampon et du fœtus. C'est une conduite que je vous engage vivement à suivre, car je déclare m'en être toujours merveilleusement trouvé.

A propos de l'observation que je viens de relater, je tiens à ajouter quelque chose. Je déclare qu'à partir d'aujourd'hui, dans les cas où l'hémorrhagie aura été excessive, dans ceux même où la malade me semblera sur le point "de succomber" dans mes mains, je ne me considérerai pas comme absolument désarmé. Je n'hésiterai pas à pratiquer la transfusion. En pareille circonstance, en effet, vous avez pleinement le droit de demander s'il n'y a pas, parmi les membres de la famille, une personne assez dévouée pour donner deux ou trois cents grammes de sang, quantité qui peut sauver la vie de la mourante. Rappelez-vous aussi, messieurs, qu'il faut le plus possible éviter de remuer les femmes qui ont eu des hémorrhagies très graves, si vous ne voulez pas les voir mourir de syncope.—*Revue médicale.*

Antisepsie et accouchements.—Quel est le meilleur antiseptique à employer en obstétrique?—Cette question, dit le docteur EUSTACHE (de Lille), a été fréquemment étudiée de près. On s'est proposé non seulement de trouver l'agent antiseptique le plus efficace, mais encore le plus agréable, ou plutôt le moins désagréable et le meilleur marché.

Les propriétés antizymotiques et désinfectantes du sublimé corrosif sont connues depuis bien longtemps, et cet agent a été employé un grand nombre de fois et un peu partout, en France comme ailleurs. Les Allemands n'y avaient eu que peu ou point recours. Il a fallu les recherches de Koch, leur Pasteur du moment, et les publications de nombreux travaux de chirurgie, où les propriétés antiseptiques du sublimé, même à des solutions très étendues, étaient chaudement reconnues, pour appeler leur attention sur ce point, et les décider à essayer ce nouvel antiseptique obstétrical. Il est vrai que, s'ils sont venus en retard, aujourd'hui ils précèdent les autres pays dans ce sens, puisque, à les en croire, le sublimé corrosif serait l'agent par excellence.

Tous les grands services d'accouchement ont expérimenté à la fois; de là de nombreux mémoires publiés. Topalski nous rapporte ce qui a été fait à Breslau. Broese ce qui a été fait à Berlin. Wiedou à Fribourg, Kehrer à Heidelberg. Hégar, au Congrès des naturalistes et des médecins tenus à Fribourg en septembre 1883, a recommandé également la solution du sublimé corrosif au dix-millième, pour les opérations de laparatomie. Aujourd'hui la question semble jugée en Allemagne, et le sublimé corrosif y est réputé comme le meilleur

et le meilleur marché des agents antiseptiques à employer en obstétrique. Les résultats qu'il a donnés ne le cèdent en rien, et sont peut-être supérieurs à ceux des autres agents plus communément employés.

Toutefois, si la question de principe paraît résolue, il n'en est pas de même d'une autre question non moins importante, celle du titre de la solution à employer. Les uns recommandent une solution au millième (1 p. 1,000), c'est-à-dire la liqueur de Van Swieten de notre Codex français : la majorité pourtant incline à des doses moindres, et la formule généralement adoptée est de 0 gr. 2 pour 1,000 grammes, c'est-à-dire un gramme de sublimé corrosif pour 5 litres de solution ; Hégar, disais-je plus haut, n'emploie qu'une solution au dix-millième (1 gr. sublimé pour 10 litres).

Espérons que les essais faits de tous côtés, tant en Allemagne que dans les autres pays, fixeront le praticien sur cette question capitale de la dose à employer, car nous ne saurions oublier que le sublimé est un poison très énergique, et que, pour éviter la septicémie, nous ne devons pas nous exposer à tomber dans l'empoisonnement.—*Praticien.*

De la dilatation prœfoetale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée, par M. le Dr LÉON DUMAS.—Un grand nombre de moyens ont été indiqués et mis en pratique pour protéger le périnée pendant la période d'expulsion. M. Dumas, après les avoir passés en revue et montré que quelques-uns ne sont pas sans danger, et que presque tous ont l'inconvénient d'occuper les deux mains de l'accoucheur, décrit un procédé nouveau dont il n'a trouvé l'indication nulle part. Il se base sur cette remarque que, chez les primipares, lorsque la période d'expulsion dure depuis un certain temps, il se forme, au niveau de l'orifice vaginal qui résiste, une bosse séro-sanguine qui se dilate graduellement à la manière d'une poche des eaux ; si bien que la tête, précédée d'une sorte de coin moins volumineux qu'elle, distend progressivement le périnée et la vulve, et les franchit quelquefois, sans déchirure. Or, "*la dilatation prœfoetale de la vulve a précisément pour but d'exercer cette action dilatatrice en avant de la tête, en soumettant l'orifice vaginal à une distension opérée avec un corps moins volumineux que cette partie foetale.*" Au moment où l'occiput atteint l'extrémité inférieure du vagin, l'auteur conseille d'introduire dans le vagin les trois premiers doigts de la main droite préalablement graissés, et de distendre légèrement avec eux les bords de la vulve. Une fois arrivés sur la tête, ces doigts sont écartés et glissés doucement entre elle et l'orifice vaginal, ce qui n'est point douloureux pour la femme si l'on a soin d'opérer entre deux contractions. C'est là un véritable *trépied digital* qui agit à la manière d'un coin dont la base est appliquée sur la tête ; le sommet du coin maintient l'orifice et le distend un peu au-devant d'elle. A chaque contraction nouvelle, l'orifice se dilate davantage ; en même temps, les doigts résistent à la pression de la tête et l'empêchent de sortir trop vite. La contraction terminée, on réintroduit plus profondément les doigts et on élargit ainsi la base du cône. Cette manœuvre met le périnée à l'abri de toute pression fâcheuse de la part de la région frontale ; on la continue jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une dilatation suffisante de l'orifice vaginal et à l'ampliation complète du périnée. Au moment où le front se dégage, les doigts laissés en place l'accompagnent en résistant douce-

ment pour que le passage du diamètre sous-occipito-frontal s'opère aussi lentement que possible.

Le procédé de M. Dumas, employé par lui avec succès, paraît rationnel et mérite d'être expérimenté. Il favorise en effet la dilatation de l'orifice vaginal, si souvent résistant chez les primipares, ainsi que l'a montré M. Budin, et il détermine l'ampliation progressive de la vulve et du périnée, tout en s'opposant à la sortie trop brusque de la tête. Non seulement on prévient ainsi les déchirures du périnée, mais la période d'expulsion se trouve considérablement raccourcie, et l'auteur pense que l'emploi de sa manœuvre supprimera bien des applications de forceps faites pour une prétendue résistance du périnée.—*Progrès médical.*

De la mastite puerpérale, par Theophilus PARVIN, M. D., professeur au *Jefferson Medical College*.—Bien que rarement accompagnée de danger, la mastite puerpérale occasionne ordinairement tant de souffrances qu'elle oblige souvent la femme à ne plus se servir du sein malade et parfois même rend nécessaire le sevrage de l'enfant; en outre, la garde-malade et le médecin sont plus d'une fois tenus responsables de son apparition. C'est pourquoi j'ai cru utile en même temps qu'intéressant d'étudier brièvement ici l'étiologie et le traitement prophylactique de cette affection.

Dans des cas rares, la mastite parenchymateuse constitue une des manifestations de la pyémie, mais, la plupart du temps, les causes sont l'abrasion, l'ulcération ou la fissure du mamelon (crevasse). Ces diverses lésions sont autant de portes ouvertes aux germes morbifiques, et les lymphatiques sont là, en grand nombre, prêts à transporter ces germes aux parties superficielles comme aux parties profondes; car ce sont les lymphatiques qui jouent ici ce rôle de conducteurs et non les canaux galactophores.

Le froid passe aussi, en certains cas, pour être la cause de la mammite, de même que la rétention du lait (Schroëder). Mais il est des auteurs qui rejettent absolument cette manière de voir. A coup sûr il y a des faits qui militent contre l'influence que peut exercer la rétention du lait sur la production de la mastite. Chez les mammifères dont les petits sont sacrifiés immédiatement après leur naissance, on ne voit pas survenir d'inflammation des mamelles. De même un galactocèle n'est pas suivi d'abcès. Enfin il est très rare qu'on observe de la mammite chez les femmes au moment du sevrage, ou dans le cas où la femme ne nourrit pas, par exemple, quand l'enfant est mort-né. Cependant il ne faut pas rejeter tout à fait l'opinion de Schroëder, d'autant plus que Küstner a récemment rapporté quatre cas chez lesquels des abcès mammaires avaient eu pour point de départ unique la rétention du lait; mais ce sont là des exceptions très rares.

Examinons maintenant la prophylaxie de la maladie qui nous occupe. Eu égard au fait que celle-ci n'est que l'extension (par les lymphatiques) de l'inflammation du mamelon au tissu propre de la glande ou au tissu aréolaire qui unit ensemble les acini, on devra donc prévenir les lésions du mamelon. Mais ces dernières sont très souvent dues à un manque de soin durant la grossesse. La mamelle ressemble beaucoup à un hémisphère au sommet duquel le mamelon s'élève comme une petite tour basse et ronde au sommet d'une mont-

gne en pain de sucre. Malheureusement, par suite d'un *vice de toilette* ayant amené une compression trop forte sur la partie antérieure des seins, ou encore par suite d'un arrêt de développement, la *tour* n'a pas été bâtie, une surface plane occupant l'endroit où elle devrait se trouver, ou bien, ce qui est encore pis, on constate l'existence d'une cavité en entonnoir au lieu d'une projection, une coupe prenant la place d'un cylindre. Même alors on doit tenter un effort pour attirer le mamelon au dehors et lui donner une forme et une dimension convenables, et cela au moyen d'un appareil quelconque faisant le vide. Le plus simple de ces appareils consiste en un flacon que l'on remplit d'abord d'eau chaude et que l'on vide ensuite pour en appliquer aussitôt le goulot sur le bout de sein. La condensation de l'air chaud dans le flacon fera un vide qui aura pour effet de faire proéminer le mamelon. Quelque soit le moyen employé, aussitôt que le mamelon fait un peu saillie, la femme doit exercer sur lui de légères tractions (10 ou 15 minutes durant, deux fois par jour,) afin de lui donner une longueur convenable. Non-seulement toute compression sur les seins doit être évitée, mais on devra, s'il le faut, protéger ceux-ci au moyen d'un bout de sein artificiel fixé par des bandelettes de diachylon. De cette façon on évite la compression, en même temps que le mamelon peut se développer librement.

La première chose à faire ensuite est de donner du ton à la peau si délicate du mamelon, de manière à l'empêcher de se fissurer quand l'enfant devra prendre le sein. On a assez généralement l'habitude d'employer, dans ce but, des lotions de rhum et d'alun, ou de whiskey et de tannin. Pour moi, je considère ces moyens comme peu efficaces et peu rationnels. La peau du mamelon doit être ramollie et souple, et gardée de toute lésion par contact des liquides. Partout où les surfaces doivent être mises à l'abri des liquides, la nature a multiplié les follicules sébacés, et c'est bien le cas pour le mamelon. Or par le fait de lotions fréquentes, alcooliques et astringentes, non seulement la sécrétion de ces glandes est dissoute et enlevée, mais de plus les orifices glandulaires sont obstrués; la peau devient plus dure et plus ferme, mais aussi elle résiste moins à l'application constante de l'humidité. De semblables lotions faites sur le cuir chevelu le rendraient bientôt très sec, et les cheveux les plus souples et les plus soyeux ne mettraient guère de temps à devenir secs et roides.

Il faut donc mettre de côté ces applications. Mais par quoi les remplacerons-nous? D'abord, les soins de propreté sont de rigueur ici comme ailleurs. Que les mamelons soient lavés doucement chaque jour, avec de l'eau additionnée d'un peu de teinture de myrrhe ou d'un tiers de teinture d'arnica; chaque soir, on appliquera en outre un peu de beurre de cacao ou de vaseline.

Après l'accouchement, le danger vient surtout du fait que l'enfant est mis au sein ou trop tôt, ou trop souvent, ou trop longtemps à la fois. C'est une erreur que de mettre l'enfant au sein immédiatement après la naissance; c'en est une bien plus grande encore que de ne l'y mettre qu'au bout de deux ou trois jours. L'enfant ne doit prendre le sein que huit ou dix heures après le travail, et ne le faire que toutes les six heures, jusqu'à ce que la sécrétion lactée soit bien établie, alors que la mère lui donnera à têter toutes les deux heures durant le jour et toutes les quatre heures durant la nuit. Sauf dans des cas très exceptionnels, on ne doit jamais

faire *manger* le baby; car si son appétit est déjà à demi ou même entièrement satisfait, il jouera avec le mamelon, le tiendra dans sa bouche pendant longtemps, ce qui aura pour effet de ramollir la peau outre mesure et de produire les érosions dont nous avons parlé plus haut. Après chaque tétée, le bout du sein devra être soigneusement asséché, parfois même lavé, puis enduit de quelque substance grasse (beurre de cacao ou vaseline) deux fois par jour. Si le lait vient peu et que l'enfant soit fort, il sucera tellement qu'il pourra de la sorte amener des érosions ou des fissures. Dans ce cas il faudra stimuler la sécrétion lactée. S'il se produit des crevasses, on appliquera de la teinture de benjoin sur l'endroit fissuré et non sur tout le mamelon. Si la traction devient douloureuse, on se servira d'un bout de sein artificiel. Si, en dépit de tout, la mammitte se déclare, il faudra sevrer l'enfant.—*American Practitioner.*

PÉDIATRIE.

Ascite d'origine cardiaque chez un enfant.—D'après une leçon de M. RENDU à l'hôpital des Enfants-Malades.—Il s'agit d'un enfant de treize ans, chez lequel l'ascite, très abondante, se reconnaît au premier coup d'œil, et paraît dater de quatorze mois environ; la paracentèse d'ailleurs déjà été faite trois fois. Dans un cas semblable, et il s'agit ici seulement de faits d'interprétation difficile, si on élimine, à cause de sa rareté extrême, l'ascite essentielle dont l'existence même n'est pas démontrée, on est toujours amené à rechercher trois ordres de causes possibles: affection du foie ou du péritoine, affection cardiaque, ou enfin état dyscrasique, comme l'albuminurie.

Le foie, en général, fonctionne bien chez l'enfant; on voit cependant chez lui des cas de cirrhose, quelquefois d'origine impaludique ou même alcoolique. On en a signalé chez des enfants de cinq à six ans, en Angleterre surtout, où on donne souvent l'alcool en grande abondance à cet âge. On voit alors, comme chez l'adulte, des digestions difficiles, les urines caractéristiques, et les autres symptômes habituels qui ici n'existent pas. Il faut remarquer cependant que dans ce cas particulier, comme dans la cirrhose, l'épanchement est très abondant, car on a extrait une fois treize, et une seconde fois quatorze litres de liquide de l'abdomen; toutefois, la différence essentielle réside encore dans ce fait qu'ici le foie est gros et la rate normale, tandis que le foie serait petit et la rate grosse s'il s'agissait d'une cirrhose.

L'hypothèse la plus importante à discuter est ici la péritonite tuberculeuse, d'autant plus qu'il existe chez ce malade quelques phénomènes pulmonaires; il présente à la base du poumon des frottements pleuraux; or, en général, ces frottements, associés à l'ascite, sont en rapport avec la péritonite tuberculeuse. Mais voici ce qu'on peut objecter à cette supposition: dans la péritonite, l'ascite peut être considérable, mais elle ne persiste pas aussi longtemps dans les mêmes conditions; il se forme des adhérences, et par suite des masses agglomérées, accessibles à la palpation; puis la maladie évolue souvent avec une grande lenteur, mais ne dépasse guère trois années. Ici, l'ascite, durant depuis treize à quatorze mois, reste toujours mobile dans la cavité, sans qu'il

se forme d'adhérences, et, bien qu'il y ait des frottements pleurétiques, il ne s'est développé aucun accident pulmonaire, ce qui serait certainement arrivé dans un laps de temps aussi long, s'il se fût agi de tuberculose. On peut ajouter que l'absence de sueurs, d'amaigrissement, de troubles digestifs ne serait guère en rapport avec une tuberculose dont le début serait aussi éloigné.

L'albuminurie ne pouvant être mise en cause à raison de l'absence d'albumine dans l'urine, il ne reste à examiner que le cœur, examen intéressant, car il montre l'existence de lésions qui pourraient passer facilement inaperçues, ainsi que leur influence sur la production de l'ascite.

M. Rendu fait remarquer tout d'abord que chez ce malade les veines jugulaires sont turgescents, ce qui témoigne d'un fonctionnement incomplet du cœur ; cet enfant a d'ailleurs présenté d'autres troubles fonctionnels, tels, qu'il ne peut courir ni faire quelque exercice actif sans être sujet à des palpitations. On peut dire que son cœur est réglé pour le repos, mais insuffisant pour un travail plus complet ; c'est, du reste, le cas pour un grand nombre de cardiaques. L'examen physique permet enfin de reconnaître certaines particularités importantes : le cœur est manifestement augmenté de volume, comme l'indique la percussion, mais on ne le sent pas battre à la main, et l'auscultation montre que le maximum qui correspond à la pointe, bien qu'abaissé jusqu'au-dessous du cinquième espace intercostal, au lieu d'être porté en dehors, comme dans tous les cas d'hypertrophie, est porté en dedans. Ces signes indiquent certainement une dilatation du cœur droit qui ne s'explique ni par le retentissement d'une affection gastro-intestinale, comme dans les faits si bien étudiés par M. Potain, ni par une affection pulmonaire, ni par une lésion valvulaire, car il n'existait pas ici de bruits morbides. Aussi M. Rendu a-t-il été amené à penser que cette dilatation est due à une adhérence générale du péricarde. Outre les signes locaux, les antécédents sont en effet de nature à faire admettre cette hypothèse. Le malade, auparavant très bien portant, a été atteint, il y a deux ans, d'un rhumatisme léger, mais compliqué d'une pleurésie et d'une péricardite ; on peut, dès lors, expliquer les troubles cardiaques par l'adhérence totale du péricarde qui entrave son fonctionnement et maintient pour ainsi dire béantes ses cavités.

Les signes de la symphyse cardiaque sont assez variables et n'offrent que peu de certitude : ici, M. Rendu attache surtout de l'importance à l'absence du choc précordial et de celui de la pointe, coïncidant avec une matité considérable, et surtout à la déviation de la pointe en dedans. Il s'agit donc là d'une affection cardiaque assez rare, mais qui, en l'absence de lésions valvulaires, permet d'interpréter les troubles produits du côté du cœur. Mais tout n'est pas expliqué ainsi. Pour se rendre compte de l'ascite et de son évolution toute spéciale, il faut faire intervenir ici l'état du foie.

Chez cet enfant, il existe une stase sanguine dans le foie ; la circulation est troublée dans la sphère de la veine cave inférieure ; il en résulte une congestion habituelle de l'organe qui arrive à cet état complexe, dans lequel la stase peut déterminer de la cirrhose. Le foie est gros, douloureux de temps en temps, et on peut même se demander s'il n'y a pas eu, à un moment donné, d'insuffisance tricuspide, quoiqu'il n'y en ait pas actuellement. Mais le point important est l'altéra-

tion particulière du foie, qui, cependant, ne suffit pas par elle-même pour amener l'ascite. M. Rendu insiste en effet beaucoup sur ce fait que, bien souvent, on voit un foie considérable et très congestionné, sans qu'il y ait d'épanchement dans le péritoine. Dans la véritable cirrhose même, on voit certains sujets dont le foie est malade depuis des années, et qui cependant n'ont d'ascite que dans les deux derniers mois de leur existence. L'ascite n'est donc pas un phénomène nécessaire dans ces lésions du foie, et on ne peut admettre qu'elle soit toujours sous la dépendance de l'imperméabilité progressive de cet organe, ainsi que le voulait Frerichs; mais il faut tenir grand compte, en ce cas, de l'état du péritoine. Il n'y a pas de cirrhose sans un certain degré de péritonite, et c'est celle-ci qui compte pour beaucoup dans la production de l'ascite. Il peut en être de même de la congestion chronique du foie, et on voit alors l'épanchement se produire comme dans ce cas.

On peut donc ici rétablir la succession des accidents ainsi qu'il suit: rhumatisme compliqué de pleurésie et de péricardite, symphyse cardiaque, troubles circulatoires avec retentissement principal sur le foie, foie cardiaque, périhépatite et péritonite qui, après avoir présenté une phase aiguë, est arrivée à une phase chronique, et constitue pour le malade une véritable habitude d'exsudation. C'est ce qui fait qu'il n'y a pas grand avantage à le ponctionner, car le liquide se reproduit alors presque aussitôt.

Ces successions pathologiques, qui paraissent artificielles au premier abord, sont cependant habituelles en clinique. On voit assez souvent des sujets cardiaques présenter une attaque d'asystolie passagère, puis les phénomènes cardiaques s'apaiser, mais l'ascite persister, parce qu'une lésion péritonéale est venue compliquer la congestion hépatique. M. Rendu avait récemment dans son service une femme qui, à sa troisième attaque d'asystolie, eut une ascite énorme qui, cette fois, fut persistante, malgré l'amélioration de l'état du cœur et de la circulation. Certains sujets, d'ailleurs, ont de ces complications hépatiques et péritonéales, beaucoup plus facilement que d'autres, sans qu'on puisse le plus souvent en trouver la cause.

Dans le cas de cet enfant, la lésion doit être considérée comme grave, bien que l'état actuel puisse se maintenir longtemps, les reins et le cœur fonctionnant assez bien. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, que l'état des organes abdominaux s'améliore. Toutefois, la ponction n'est pas indiquée, à cause de la reproduction trop facile du liquide, d'une part, et, d'autre part, en raison du danger de provoquer, par une déplétion rapide, la congestion excessive des divers organes, et en particulier des reins habitués depuis longtemps à la compression qu'ils subissent. C'est là, bien certainement, une des raisons qui font que certains cirrhotiques meurent rapidement après qu'on a fait chez eux l'évacuation d'une grande quantité de liquide.

On devra donc se contenter de donner ici un peu de digitale pour maintenir la contraction cardiaque et provoquer la diurèse, et, à ce dernier point de vue, administrer un peu d'acétate de potasse; adjoindre au régime du lait et du café, et pratiquer sur l'abdomen un peu de révulsion, et faire des badigeonnages de teinture d'iode et des applications de collodion.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

Les bromures chez les enfants.—Extrait d'une leçon clinique de M. J. SIMON à l'hôpital des Enfants-malades.

Quel est, dans la thérapeutique infantile, le mode d'emploi du bromure de potassium? A quels symptômes nerveux doit-on l'opposer?

Avant de résoudre ces différentes questions, il est utile d'examiner sous quelles formes et à quelles doses on doit employer les bromures.

Les plus usités parmi les bromures alcalins sont les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium; on emploie aussi le bromure de potassium et de fer et le bromhydrate de quinine.

Voici les règles qu'il faut observer relativement aux doses, et suivant l'âge des enfants.

Au-dessous d'un an: 20 centigrammes (4 grains) en deux doses, au moment de la tétée.

A partir d'un an, 40 centigrammes (8 grains) également en deux doses aux repas dans du sirop ou en poudre, mais toujours dilués dans une quantité suffisante de liquide.

A partir de 2 ans, il faut donner 1, 2, 3 grammes (18, 36, 54 grains) du médicament, jusqu'à production d'effet physiologique très marqué; dans certains cas, le donner à doses massives, dans d'autres, à doses progressivement décroissantes, pour suspendre ensuite. Cette méthode est très utilement applicable au traitement de l'épilepsie.

Quels sont les effets physiologiques du bromure de potassium? Ce corps possède une saveur amère et salée assez désagréable; il diminue la sensibilité réflexe de la muqueuse du pharynx et de l'isthme du gosier. A dose légère, il excite la muqueuse gastrique et provoque l'appétit; à dose élevée, il irrite cette muqueuse et peut produire une gastralgie assez intense.

Après l'absorption, le bromure de potassium ralentit et régularise les battements du cœur. Moins dangereux que la digitale, on ne peut cependant pas le continuer indéfiniment dans les affections cardiaques. Il faut en suspendre l'emploi aussitôt l'effet obtenu. Ce ralentissement de la circulation produit son effet sur l'encéphale et rend ainsi le sommeil plus profond et la mémoire moins fidèle. L'usage du bromure affaiblit le système musculaire et le sens génital.

L'élimination des composés bromiques se fait par les poumons et les glandes de la peau. Il en résulte des éruptions diverses.

Il faut employer les préparations bromurées contre les manifestations éclamptiques, l'irritabilité cérébrale de certains enfants.

L'épilepsie est justiciable du bromure; il faut le donner à doses progressivement croissantes, durant plusieurs jours, pour diminuer ensuite; il est nécessaire, même après la disparition des attaques, de donner le médicament quinze jours par mois.

Le bromure uni à l'iode est tout indiqué dans le traitement des attaques épileptiformes symptomatiques des lésions cérébrales.

Il est bon d'employer le bromure de potassium pour combattre certains symptômes morbides de la croissance, c'est-à-dire la céphalalgie et l'irritation cardiaque.

Dans la céphalalgie, le médicament devra être donné peu de jours et être repris par intervalles; il faudra, concurremment à son emploi, prescrire l'hydrothérapie et les toniques variés.

L'irritation cardiaque est une affection qui apparaît chez les adolescents de 14 à 15 ans. Les valvules du cœur n'ont aucune lésion, la

maladie est caractérisée par des palpitations et de la constriction précordiale chez les jeunes sujets qui se livrent avec trop d'entrain aux violents exercices du corps ; elle peut amener une hypertrophie transitoire. Dans ces cas, on devra prescrire les préparations bromurées et la scille, mais il faudra en même temps interdire les excitants alimentaires, vin, café, etc., et les exercices violents.—*Progrès médical.*

De l'étiologie de l'eczéma dans le premier âge, par le Dr Bohn de Koenigsberg.

Le Dr Bohn traite d'une forme d'eczéma ayant surtout la tête ou la face pour siège, très commune pendant la première année de la vie, ou plutôt pendant la période de l'allaitement et celle qui la suit immédiatement. Cet eczéma affecte toutes les formes qui sont propres à ce genre de dermatite, depuis celle d'une certaine rougeur, d'une certaine rudesse de la peau, jusqu'à celles, mieux caractérisées, qui sont connues sous les noms d'*eczéma rubrum*, *madidum*, *squamosum* ; mais celle qui l'emporte sur toutes les autres, dans le premier âge, est la forme impétigineuse, constituée par de petites pustules d'abord isolées, puis confluentes et agglomérées de manière à former des croûtes jaunâtres. Dans cette forme, le derme sous-jacent est baigné par un liquide purulent ou muco-purulent, de nouvelles pustules se forment incessamment par lesquelles les croûtes s'accroissent toujours en étendue et en épaisseur, en même temps que la poussière, la graisse, le sang leur donnent une coloration grise, brune, verte ou noire. Ces croûtes, soit séparées les unes des autres, soit réunies de manière à couvrir le crâne d'une calotte et le visage d'un masque, constituent l'affection bien connue sous les noms de *crusta lactea*, croûte de lait ; *porrigo larvalis* (Willan) ; *melitagra flavescens aut nigricans* (Alibert).

Il est rare de rencontrer chez les enfants l'eczéma généralisé, embrassant à ce degré toute l'étendue du corps, mais on trouve quelquefois des cas dans lesquels peu de places sont réellement à l'abri de l'affection, dans les diverses phases de son développement.

Quant à l'étiologie, la scrofule ne pouvait manquer d'être incriminée, d'autant plus qu'elle est réellement la cause de beaucoup de formes de l'eczéma infantile ; mais elle n'a rien à faire avec l'eczéma dont il est question ici, puisque la scrofule agit faiblement dans la première année de la vie. Le rachitisme a des droits sur cette première année, mais il n'est pas la cause particulière de l'eczéma impétigineux.

Il suffit d'ailleurs de regarder les enfants atteints pour voir qu'ils n'ont rien à démêler ni avec la scrofule, ni avec le rachitisme.

Les nourrissons en question, le plus souvent élevés au sein, sont généralement de beaux enfants, aux formes richement développées, à la peau fraîche et colorée aux endroits non atteints. La maladie ne semble pas contrarier leur nutrition. Ils têtent bien, croissent en poids et percent leurs dents à temps. Le seul phénomène qui semblerait indiquer un état morbide est quelquefois un peu de paresse intestinale, produisant des selles rares, dures et moulées.

Pour l'auteur, les enfants ainsi atteints présentent tous les signes caractéristiques de la *polysarcie adipeuse*. On ne doit pas non plus négliger chez eux le facteur du *foie gras* qui a été révélé par les autopsies de ceux qui ont succombé à des maladies intercurrentes et qu'ils

peut d'ailleurs constater par la percussion et l'auscultation sur le vivant. Ce rapport constant, entre la polysarcie et l'eczéma de la première enfance, sans qu'on puisse établir bien exactement le lien qui les unit, est utilisé par l'auteur pour instituer le traitement de l'eczéma.

Dans les cas où la polysarcie et l'eczéma se produiront chez un enfant, il y aura lieu de régler la nourriture, d'abord par rapport à la quantité, ensuite par rapport à la qualité. Si l'enfant est nourri exclusivement au lait (lait de femme ou lait de vache), il sera bon de lui donner entre ses repas un peu de bouillon, de cacao, de légumineuse de Hartenstein (1^{er} mélange), des soupes légères, et même un peu de viande hachée. L'auteur a quelquefois appliqué à l'enfant dans ce cas une sorte de *Banting* et s'en est bien trouvé.

Le traitement direct de la paresse intestinale qui accompagne parfois l'eczéma, a été pratiqué et a bien réussi. L'auteur a fait usage de lavements d'eau simple; il a prescrit aussi la rhubarbe et le sirop de *rhamnus catharticus*; comme applications locales, il recommande un mélange d'eau de chaux et d'huile de lin, par parties égales; un onguent de plomb et de zinc, ou encore de vaseline dans lequel on a incorporé 20 p. c. de borax. Dans les cas d'eczéma généralisé, l'auteur proscriit formellement l'emploi des lotions et des bains chauds. Les lotions ou les bains doivent être froids ou tièdes.

Le rapport, qui semble bien établi entre la polysarcie et l'eczéma de la première enfance, sert donc à l'auteur pour s'orienter dans la question si difficile du traitement. Quant à expliquer ce rapport, il s'efforce de le faire, sans y réussir peut-être entièrement. Ce qui semble le mieux ressortir de ses explications, c'est l'influence de la constipation sur la production de l'eczéma. Il y a chez les enfants, ainsi affectés, de la paresse intestinale jointe à une faible sécrétion de la bile, due au *foie gras*, qui se rencontre souvent dans la polysarcie. Sous l'influence de ces causes un eczéma peut se développer, par suppression d'une excrétion naturelle, tout comme on le voit se produire chez les femmes dans leur âge de retour.—*Rev. des malad. de l'enfance.*

Vulvite aphtheuse chez l'enfant, et son traitement par l'iodoforme, d'après la thèse du Dr SARAZIN (soutenue à Paris en juillet 1883).

La vulvite aphtheuse, spéciale aux petites filles de deux à cinq ans, est surtout fréquente dans les hôpitaux.

Elle paraît avoir pour cause la rougeole dans les deux tiers des cas, et devient elle-même souvent l'origine de la gangrène de la vulve.

Son pronostic, assez grave, comme on le voit, s'est sensiblement amélioré depuis qu'on la traite par l'iodoforme.

A l'aide d'un pinceau de blaireau chargé d'iodoforme, on couvre les parties, non détergées au préalable, d'une épaisse couche de cette poudre, et on les éloigne du contact au moyen d'un léger tampon de charpie.

Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures, jusqu'à guérison.

Cette guérison se produit rapidement dans la région vulvaire. Quant aux aphthes de la région périnéale, traités de la même façon, leur guérison, pour être moins prompte, n'en est pas moins sûre.

Le traitement général, qui doit marcher de pair avec le traitement local, contribue aussi puissamment à la guérison.—*Rev. des malad. de l'enfance.*

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Dr Cullimore.*

R.—Aluminis sulph.....	gr ii
Tinct. bellad (B. P.).....	m iii-v
Tinct. cinchonæ.....	m xii
Syrupi aurantii.....	̄ss
Aquæ.....	̄ii

M.—A prendre en une seule dose, pour un enfant de 4 ans.—*Journ. of the American Med. Association.*

Bronchite chronique.—*Dr G. St-George.*

R.—Tr. scillæ.....	m. xv
Sp. æther nit.....	̄j
Liq. amm. acet.....	̄j
Tr. hyoseyam.....	̄ss.
Aq. camph., ad. . .	̄j

M.—A prendre trois fois par jour. Aussitôt que les symptômes les plus pressants ont disparu, on prescrit la potion suivante :

R.—Acid. nitro hydrochl dil.....	m x
Tr. hyoseyam.....	} ââ
Tr. laricis.....	
Inf. gent. co. ad.....	̄j

M.—A prendre aussi trois fois par jour.

Quand la bronchite est due à l'inhalation de poussières et autres substances irritantes, on donne, trois fois par jour :

R.—Ammon, carb.....	gr v
Tr. scillæ.....	} ââ
Tr. camph c.....	
Inf. senegæ ad.....	m. xv
	̄j

Enfin, quand la bronchite s'est améliorée, on donne au malade deux cuillerées à thé d'huile de foie de morue après chaque repas, et, comme tonique, la préparation suivante, à prendre en une seule dose, avant les repas :

R.—Acid nitro hydrochl dil.....	} ââ
Tr. camph. c.....	
Vin. ipecac.....	m x
Inf. gent, co. ad.....	m vj
	̄j

Diarrhée infantile.—*Dr A. A. Smith.*

R.—Magnes. calcin.....	̄i
Spt amm. arom.....	m xl
Tinct. assafœt.....	̄i
Anisette.....	̄vi
Aq. cinnam.....	̄iv

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures jusqu'à souagement, pour un enfant de trois semaines à quatre mois.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, AOUT 1884.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

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

Le Choléra.

Nous n'apprenons aujourd'hui rien de nouveau à nos lecteurs en leur disant que le choléra qui sévit actuellement en France est bien le *choléra asiatique* et non pas le simple *choléra nostras*, ainsi qu'on l'avait espéré tout d'abord. Si nous n'avons pas encore abordé cette question, c'est que, lors de la publication de notre livraison de juillet, le choléra restait encore limité à Toulon et à Marseille et n'y exerçait que des ravages très modérés, et qu'en plus, on était loin d'être fixé sur la véritable nature de l'épidémie. Aujourd'hui, le doute n'est malheureusement plus permis.

C'est le 14 juin que le premier cas de choléra s'est déclaré à Toulon, mais les premiers décès n'eurent lieu que le 20. Ce jour-là, il y avait deux morts. Le 25 juin, le chiffre total de la mortalité des jours précédents était de 30. Le 2 juillet, elle atteignait 90. Pour une maladie telle que le choléra asiatique, on avouera que c'était encore assez bénin. Cependant la proportion allait en s'accroissant de plus en plus, bien que très graduellement; en outre l'épidémie avait gagné Marseille où elle semblait sévir avec un peu plus de rigueur qu'à Toulon. A Aix et à Nîmes on signalait, le 10 juillet, deux décès chez des réfugiés de Marseille. C'était la diffusion qui commençait.

Dès les premières nouvelles venues des districts infectés, l'Académie de médecine de Paris n'a pas été lente à se mettre à l'œuvre. Il y avait

à voir de quelle nature était le fléau : sporadique ou asiatique. Interpellé à ce sujet, M. Fauvel, inspecteur général des services sanitaires, a déclaré tout d'abord que, dans son opinion, l'on avait affaire à un choléra purement sporadique, ainsi que la chose semblait établie par le mode d'invasion et la marche de la maladie, et par la bénignité des accidents dans la plupart des cas. En même temps il a demandé à l'Académie de vouloir bien attendre huit jours encore, avant d'en venir à aucune discussion à ce sujet.

Cependant, le gouvernement envoyait à Toulon une mission scientifique composée de MM. Brouardel, professeur à la Faculté de médecine, Proust, président de la Société de médecine pratique, et Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, pendant que MM. Straus et Roux se rendaient eux aussi, mais sans mission officielle, par simple dévouement, sur le lieu de l'épidémie. La mission avait instruction d'étudier le caractère de la maladie, son mode d'origine, sa nature intime, etc. Déjà les médecins toulonnais considéraient le choléra comme asiatique, leur opinion se basant sur les cas foudroyants, les crampes et la réaction typhoïdique, sur l'autopsie de la première victime, enfin, sur l'analogie avec l'épidémie toulonnaise de 1865. Par contre, le caractère de véritable atténuation que présentait alors la maladie faisait hésiter la commission et en particulier M. Rochard, entre la forme simplement sporadique et la forme réellement épidémique.

L'enquête se continua. Le 1er juillet, la commission faisait rapport à l'Académie de médecine. Par la bouche de M. Brouardel elle concluait à la nature *asiatique* de l'épidémie dont l'origine restait cependant encore inconnue. M. Fauvel a nonobstant persisté et persiste encore, à l'heure où nous écrivons ces lignes, à ne considérer le choléra de Toulon et de Marseille que comme du choléra nostras. Pour lui, "l'épidémie s'achèvera comme s'achèvent les épidémies de choléra nostras, et les cas plus ou moins cholériques signalés à Marseille s'éteindront avec les chaleurs."

Le 8 juillet, M. Rochard est venu présenter son rapport à l'Académie. Comme ses collègues, MM. Brouardel et Proust, il a admis la nature asiatique de l'affection. Il a également émis l'avis que l'épidémie est venue d'Égypte, comme la chose avait, du reste, été prévue dès l'an dernier, lors du choléra d'Alexandrie. Nous allons oublier de mentionner que M. Koch, de Berlin, s'est, aussi lui, transporté à Toulon et à Marseille, a étudié l'épidémie sur place et l'a déclarée être le véritable choléra asiatique.

Pour être asiatique, le choléra n'en a pas moins, jusqu'aux premiers jours de juillet, suivi une marche assez bénigne, et c'est, nous le répons, ce qui a fait hésiter sur sa véritable nature. Durant les deux premières semaines de juillet, il y eut comme une recrudescence de l'épidémie, la mortalité étant, en moyenne, de 20 à 24 par jour pour Toulon, et de 30 à 40 par jour pour Marseille. En même temps, quelques villes circonvoisines telles que Arles, Aix, Nîmes, étaient atteintes, mais à un faible degré. Nos derniers échanges d'Europe (Paris, Lyon, Bordeaux) portent la date du 21 juillet, alors que le chiffre de la mortalité commençait à diminuer. Le télégraphe nous a appris, depuis, que ce chiffre a été réduit davantage encore à Toulon et à Marseille, mais que, par contre, le choléra a continué de s'étendre

plus au loin, notamment à Arles et à Nîmes. *Interviewé* à ce sujet, maître Koch aurait émis l'opinion que non seulement toute la France, mais aussi toute l'Europe allait recevoir la visite de l'épidémie. On avouera que ce n'est pas rassurant. Cependant si nous en croyons un rapport présenté à la Société médico-chirurgicale de Paris, M. le Dr de Fournès aurait déjà signalé l'amointrissement successif du principe morbide du choléra qui perdait, disait-il, de son activité primordiale, puisqu'à chaque nouvelle épidémie l'on a constaté successivement à Paris une mortalité beaucoup moins élevée.

Ainsi il y avait en 1832	1	décès cholérique sur	40	habitants.
En 1849	1	"	51	"
En 1853-54	1	"	112	"
En 1865	1	"	270	"

On peut donc encore espérer.

L'épidémie cholérique actuelle doit être un enseignement salutaire pour nous. Pour Toulon et Marseille, leur proximité relative de l'Égypte —d'où la maladie est évidemment venue—et leur importance comme ports de mer, expliquent bien pourquoi ces villes ont été atteintes de préférence, mais on ne saurait mettre en oubli les très mauvaises conditions hygiéniques de celle de ces deux villes qui a été frappée la première. Le choléra y avait réellement beau jeu. "A Toulon, nous disait *l'Union médicale* du 26 juin, les casernes sont dans les plus mauvaises conditions d'hygiène ; l'état de la voirie n'a pas été modifié depuis de longues années ; les égouts manquent dans une partie de la ville, les matières fécales et les détritrus de tous genres sont projetés dans les ruisseaux, circulent à l'air libre et viennent se déposer dans la vieille darse, où ils forment des atterrissements que l'on drague de temps en temps pour prévenir l'exhaussement de cette partie du port."

On le voit, Montréal n'a rien à envier à Toulon. Ici comme là-bas les dangers ont été et sont encore bien souvent signalés sans pouvoir vaincre les résistances ou la négligence locales. Que le malheur des Toulonnais nous serve au moins d'exemple, et nous fasse sortir un peu de notre apathique attitude. Il s'agit d'assainir Montréal une bonne fois. De concert avec la Société d'hygiène, notre Bureau de santé essaie de s'y employer, mais ne fait pas encore merveille. Cela viendra plus tard sans doute. En attendant, il nous faut nous préserver de toute surprise : empêcher l'introduction du virus cholérique dans nos ports en mettant en force tous les règlements de quarantaine, puis, s'il faut que l'épidémie se déclare malgré tout, ce qui, sans être bien probable est pour le moins très possible, la combattre par tous les moyens connus.

Nous publions plus loin les principales précautions préconisées contre le Choléra par le comité consultatif d'hygiène de France, sur le rapport de M. Proust. Quant au traitement médical de la maladie elle-même, il est loin de donner satisfaction dans la plupart des cas ; nous remarquons, du reste, qu'il est tout symptomatique. A Toulon et à Marseille, on a fait usage d'injections hypodermiques de morphine à la première période, et d'éther à la dernière. L'atropine, administrée de la même façon, a fait cesser la douleur et les crampes. Les inhalations d'oxygène procurent aux malades une sensation de fraîcheur et de bien-être ; le pouls se relève, une certaine animation reparait au

visage. Ces inhalations doivent être répétées toutes les heures, surtout à la période de coma. On recommande aussi, au début, de collodionner largement le ventre des malades. Il est à remarquer qu'il n'est question d'aucun agent microbicide dans cette thérapeutique active du choléra.

Viande et tubercule.

Quelques-uns de nos lecteurs ont paru se scandaliser de nos remarques au sujet de la contagion de la tuberculose par les aliments, trouvant que nous nous exagérons le danger de transmission des tubercules par cette voie. D'autres ont jugé, paraît-il, que nous avons été trop peu sévères en concédant que "toutes réserves faites, dans le cas d'un animal ne présentant de tubercules que dans un seul organe, il soit possible que la viande en d'autres parties du corps ait les qualités requises et puisse strictement parlant être livrée à la consommation." Pour eux, dès lors que des tubercules se montrent dans un organe, ne fut-ce que dans un seul, la viande de l'animal devient par là même impropre à l'alimentation.

Pour ce qui est du premier point en litige, nous avouerons n'avoir pu réussir à modifier nos idées là-dessus. Que la tuberculose soit contagieuse, cela ne fait aujourd'hui plus de doute pour personne, croyons-nous, et il serait oiseux de chercher à établir un fait qui n'en est plus à avoir besoin de preuves. D'un autre côté, que les organes digestifs soient une des voies d'introduction du virus tuberculeux, cela ressort évidemment de la proposition précédente et de tout ce qui a été dit et écrit à ce sujet depuis quelque temps. Les résultats de l'expérimentation nous viennent de toutes parts, tendant à établir de plus en plus que l'ingestion de matières tuberculeuses amène, et assez rapidement encore, l'apparition de tubercules dans les ganglions mésentériques, chez les animaux. "Divers faits, dit M. H. Barth (1) semblent prouver que la consommation de la viande et du lait d'animaux phthisiques peut provoquer la maladie au même titre que l'ingestion des produits tuberculeux proprement dits. Il est vrai que d'autres tentatives sont demeurées sans succès, ce qui tend à faire croire que la virulence des viandes et du lait des animaux phthisiques n'est pas constante, mais les faits positifs n'en gardent pas moins toute leur valeur, et il est permis d'affirmer dès aujourd'hui que la contagiosité du tubercule peut s'exercer par les voies digestives."

Quant à notre seconde proposition, tout en admettant comme possible l'innocuité d'une viande provenant d'un animal qui ne porterait de tubercules que dans un seul organe, nous avons eu soin d'ajouter aussi que pour être entièrement rassuré sur la non-tuberculisation de cette viande, il fallait un examen des plus minutieux, examen qui est aussi, la plupart du temps, des plus difficiles. Pour nous, toute la question est là. Que l'on nous prouve l'absence actuelle et positive de tubercules dans la viande que l'on nous vend, et nous serons satisfaits. Mais cette preuve est d'une énorme difficulté, comme on le sait, et, en présence d'un doute, il vaut mieux, à notre sens, en donner le bénéfice au

(1) *France médicale*.—1884, Nos. 78, 79 et 80.

public. D'où nous avons conclu, et concluons encore que la viande provenant d'animaux porteurs d'un seul organe tuberculeux doit être rejetée de la consommation si l'inspection ne peut en être faite d'une manière satisfaisante. Quand aux viandes d'animaux à tuberculose plus ou moins généralisée, il va sans dire qu'elles doivent être absolument rejetées.

Au reste, en formulant ainsi notre manière de voir nous demeurons tout-à-fait d'accord avec les conclusions que M. Bouley, membre de l'Académie de médecine de Paris (et autorité des plus compétentes en ces matières) présentait au Congrès de médecine vétérinaire réuni en septembre dernier à Bruxelles, conclusions qui ont été adoptées : "La tuberculose étant reconnue, expérimentalement, une maladie transmissible par les voies digestives et par l'inoculation, le Congrès déclare qu'il y a lieu d'éliminer de la consommation pour l'homme, les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelque soit le degré de la tuberculose et quelles que soient les qualités apparentes de ces viandes."

Falsification des médicaments.

Nos meilleurs remerciements à l'honorable sénateur A. H. Paquet pour l'envoi de documents parlementaires relatifs à la question de la falsification des drogues et médicaments. Le manque d'espace nous force de remettre à une prochaine livraison l'étude de cette importante question.

Nourriture de Mellin (*Mellin's Food*) pour les enfants et les convalescents. Une récente analyse de M. G. W. Wigner, président de la Société des analystes publics d'Angleterre, a mis en lumière non seulement la composition mais aussi l'action physiologique de cette préparation si répandue.

Comme M. Wigner le fait observer, ce n'est pas un simple aliment amylicé ou sucré, mais une préparation soluble contenant les principes azotés et phosphorés qui contribuent pour une si large part au développement des os et des tissus mous chez les jeunes enfants. Etant parfaitement peptonisée, non seulement elle se digère facilement, mais elle facilite la digestion du lait et des autres aliments auxquels elle est mêlée. Elle doit nécessairement produire un très bon effet chez les enfants faibles qui ne peuvent digérer les aliments amylicés. L'analyse de M. Wigner a évidemment été faite avec le plus grand soin et présente un intérêt considérable.—*British Med. Journal*, Mai 1884.

Incontinence d'urine.—Traitement par les "Dragées Grimaud."—L'émission involontaire des matières liquides ou solides, qui n'a lieu ordinairement qu'à des intervalles plus ou moins longs, à la suite d'un besoin senti et sous l'influence de la volonté, est une incommodité qui peut dépendre de circonstances très-variées. L'urine et les matières fécales sont les seules qui donnent lieu à cette incontinence. L'écoulement involontaire et habituel des urines chez les enfants, chez les jeunes filles et chez les vieillards, est l'affection qui porte ce nom habituellement.

Le relâchement ou la paralysie de certains muscles, l'excès de sensibilité ou de contractilité de la vessie, la paralysie de cet organe, sont des causes de cette affection si désagréable, par les soins de propreté qu'elle exige. De là deux modes de traitement suivant les causes, suivant les organes qui sont affectés, pour arriver au but que l'on désire obtenir en pareille circonstance.

Si nous désirons entretenir nos lecteurs des meilleurs moyens que nous croyons utiles, c'est parce que nous connaissons depuis longtemps une préparation, vantée dans la pratique, et qui, entre les mains d'hommes sages et de haute expérience, produit les meilleurs résultats.

Les propriétés de l'ergot de seigle ne sont point inconnues. Certains organes en subissent l'action d'une manière toute spéciale. Celles du fer ne sont pas moins appréciées contre les affections anémiques. Il ne s'agit donc plus que d'obtenir une préparation inaltérable qui s'adresserait en même temps à l'ensemble de la constitution et en particulier aux parties affectées, afin de mettre un terme à des accidents qui font le désespoir des familles.

Ces préparations anti-anémiques ont été obtenues, et sont faites avec le plus grand soin, après de longs travaux de laboratoire, par M. Grimaud.

Dans la chlorose, certains cas d'aménorrhée, de dysménorrhée et d'anémie, les personnes du sexe féminin en peuvent retirer un précieux avantage. Il n'est pas douteux qu'il en soit de même dans un certain nombre d'affections de poitrine, dans les crachements de sang. C'est donc, à n'en pas douter, un médicament possédant des vertus inappréciables et dont l'emploi doit être conseillé quand même dans tous les cas signalés dans cet article.—Dr THÉOPHILE JOSSET, in *Le monde thermal*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Annual announcement of the Medical Department of the Niagara University, Buffalo, N. Y.—Session of 1884-85.

PONTZEN (Ernest).—Première application à Paris en 1883, de l'assainissement suivant le système Waring.—Paris, Baudry & Cie, éditeurs, 1884.

Réponse à un ordre de l'Assemblée Législative, demandant copie de rapport de l'arpentage fait par M. Casgrain dans le canton de Daigue comté de Bellechasse.—Québec, mai 1884.

Réponse à une adresse de l'Assemblée Législative, demandant copie des contrats passés pour la construction du nouveau Palais Législatif et pour l'ameublement et l'installation des nouvelles Chambres; copie des soumissions faites et de toutes correspondances faites à cet égard; état détaillé de toutes sommes payées jusqu'au 1er avril 1883, pour les constructions susdites etc.—Québec, mai 1884.

Catalogue général des livres anciens et modernes, français et étrangers de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire, et de sciences qui s'y rapportent.—Un volume in-8° de XVI-448 pages—2 fr. envoi franco par la poste en province contre 2 fr. 25.—À l'étranger contre 2 fr. 50 en timbres-poste ou en mandats postaux.

Ce catalogue, qui constitue une véritable *bibliographie des sciences médicales* par les indications nombreuses et précises qu'il renferme, renseigne sur le lieu, la date de publication, le nombre des pages et des planches de chaque ouvrage; il indique le prix courant en librairie, des livres anciens et modernes, français et étrangers; il est indispensable à tout médecin qui désire se tenir au courant de la littérature; il rendra de grands services aux bibliothécaires et aux amateurs.

MM. J.-B. Baillièrè et fils adressent un exemplaire de ce volume de 460 pages, à toute personne qui leur enverra : 2 francs pour Paris, 2 fr. 25 pour les départements et 2 fr. 50 pour l'étranger.

Le prix du Catalogue est remboursé par déduction sur la première demande d'au moins 20 francs, qui est adressée directement à MM. J.-B. Baillièrè et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris.

NOUVELLES MÉDICALES.

Veto.—Le gouverneur Cleveland a refusé de signer le "Bill concernant la falsification des drogues et des aliments."

Hopitaux de Paris.—M. le professeur Trélat remplace M. Gosselin à la Charité. M. le professeur LeFort passe à l'hôpital Necker.

Nécrologie.—A Lyon, M. le Dr Letiévant professeur à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu; à Tours, M. le Dr H. Moreau, médecin des asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, bien connu par ses travaux sur l'aliénation mentale; à Vienne, M. le professeur Jäger, de l'université de Vienne; à Nancy, M. E. Ritter, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Nancy; à Londres, M. Cæsar Henry Hawkins, chirurgien de l'hôpital St-Georges.

Association Médicale Canadienne.—Cette association doit se réunir à Montréal les 25, 26 et 27 courant. On dit que M. Lawson Tait aurait accepté l'invitation d'y donner une *lecture* sur la chirurgie abdominale.

Jusqu'à ce jour, les médecins dont les noms suivent se sont inscrits pour les travaux ci-après mentionnés :

Dr GARDENER (London): Des brûlures et de leurs conséquences.—
Dr FULTON (Toronto): Opération d'Estlander.—Dr OLDRIGHT (Toronto): Du myxo-sarcôme.—Dr CAMPBELL (Seaforth): Septicémie puerpérale.—
Dr RYERSON (Toronto): Du catarrhe naso-pharyngien.—Dr BULLER (Montréal): Du Jequirity dans l'ophtalmie granuleuse.—Dr ROSEBURGH (Hamilton): Des progrès les plus récents en chirurgie abdominale.—
Dr OSLER (Montréal): De la pneumonie comme maladie infectieuse.—
Dr DUPUIS (Kingston): Réclame médicale et médicaments secrets.—
Dr Henry HOWARD (Montréal): *Materia cogitans*.—Dr HARRISON (Selkirk): De la méningite cérébro-spinale.—Dr Stephen TILT (Guelph): De l'opiphagie et de son traitement.—Dr MAJOR (Montréal): Des progrès modernes en laryngologie.

MM. les Drs FENWICK, BLACKADER et SHEPHERD, de Montréal, et A. C. Brown, d'Acton Vale, ont également promis leur concours actif.

Instruction concernant les précautions à prendre en temps de choléra.—En temps de choléra, les règles hygiéniques recommandées habituellement doivent être rigoureusement observées.

C'est en prenant au début les précautions les plus rigoureuses qu'on peut empêcher les épidémies locales de devenir graves ou de s'étendre.

Ces mesures sont de deux ordres; elles ont trait à l'hygiène de chacun, ou bien elles concernent l'hygiène publique.

HYGIÈNE INDIVIDUELLE

1^o PRÉCAUTIONS À PRENDRE À L'ÉTAT DE SANTÉ.

Même dans les grandes épidémies, les personnes atteintes ne sont qu'une très rare exception et la maladie guérit souvent. Ceux qui ont peu résistent moins que les autres; il faut donc s'efforcer de conserver le calme de l'esprit.

Surveillance au point de vue des fatigues.—On évitera les fatigues exagérées, les excès de travail et de plaisir, les veilles prolongées, les bains froids et de trop longue durée, en un mot toutes les causes d'épuisement.

Des refroidissements.—Le refroidissement du corps, surtout pendant le sommeil, par les fenêtres ouvertes, les vêtements trop légers le soir après une journée très chaude, l'ingestion de grandes quantités d'eau froide, sont particulièrement dangereux en temps de choléra.

Des eaux.—L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau des puits, des rivières, des petits cours d'eau est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égouts, par les résidus de fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons ou à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité complète. On peut encore faire infuser dans l'eau bouillante une petite quantité de thé, de houblon, de plantes amères ou aromatiques, et boire ces infusions mélangées au vin.

La boisson suivante, qui a le très grand avantage d'étancher la soif sans qu'il soit nécessaire d'en boire de très grandes quantités, doit être recommandée :

Rhum, 40 grammes (5x);

Teinture alcoolique de gentiane, 4 grammes (5i);

Eau fraîche, 1 litre (O ii).

Nous devons aussi recommander la filtration au charbon.

Les eaux minérales naturelles dites "eaux de table" rendent dans ces cas de grands services.

Il doit être interdit aux boulangers de fabriquer le pain avec l'eau des puits placés dans les cours des maisons, lorsque le voisinage des fosses des latrines et des fumiers souille fréquemment cette eau.

Il faut même renoncer complètement à se servir de ces puits en temps de choléra.

Des fruits.—Il n'y a aucun inconvénient à faire un usage modéré de fruits bien mûrs et de bonne qualité; on doit toujours les peeler, et, mieux encore, les manger cuits.

Des légumes.—Cette recommandation s'applique surtout aux légumes; autant que possible, il faut les faire cuire: les salades, les radis, les produits maraichers pourraient à la rigueur retenir quelques germes dangereux répandus à la surface du sol.

Des écarts de régime.—On doit éviter tout écart de régime et toute indigestion. Dans toutes les épidémies de choléra, on a reconnu que les excès de boissons et l'intempérance favorisaient au plus haut point les attaques de la maladie.

Des alcools.—Certaines personnes croient se préserver du choléra en buvant une quantité inaccoutumée d'eau-de-vie et de liqueurs alcooliques: rien n'est plus dangereux: l'abstention complète vaudrait encore mieux que le plus léger excès.

Des boissons glacées.—Les glaces et les boissons glacées prises rapidement en pleine digestion, ou le corps étant en sueur, peuvent déterminer en tout temps des indispositions ayant quelque ressemblance avec le choléra: il faut donc en faire un usage très réservé en temps d'épidémie.

2^o PRÉCAUTIONS A PRENDRE EN CAS DE MALADIE.

Influence d'un trouble digestif.—Le moindre trouble digestif peut être le prélude d'une attaque de choléra; il ne faut jamais le négliger, et l'on doit appeler immédiatement le médecin. Une attaque peut être prévenue ou arrêtée par un traitement rapide.

Des personnes qui doivent donner des soins aux cholériques.—Les gardes des infirmiers ou de toute personne attachée au service des cholériques ne dépasseront pas douze heures. Ils auront double ration de vin et, pendant la nuit, du café. Tous les jours, après la visite du matin, le médecin se fera rendre compte de l'état de santé de ces infirmiers et prescrira, lorsqu'il y aura lieu, des repos et des suspensions de fonctions.

Transmission du choléra.—C'est le plus souvent par les matières de vomissements et les selles que le choléra se propage; ces matières ne sont pas beaucoup moins dangereuses dans les attaques les plus légères que dans les cas les plus graves. Il faut donc les désinfecter et les faire disparaître le plus tôt possible de la chambre des malades.

On peut empoisonner toutes les latrines d'une maison en y jetant ces matières non désinfectées.

De la désinfection.—Les désinfectants recommandés sont en première ligne le sulfate de cuivre et, à son défaut, le chlorure de chaux et le chlorure de zinc. L'acide phénique et le sulfate de fer sont insuffisants.

Vases.—Il faut d'abord mêler à chaque selle ou à chaque litre de matières liquides:

Ou bien un grand verre de la solution suivante de couleur bleue:
Sulfate de cuivre du commerce ou couperose bleue, 1½ oz.

Eau simple, 1 pinte.

Ou bien une petite tasse à café de chlorure de chaux en poudre (environ 2½ oz).

Ou bien du chlorure de zinc au centième.

Il est préférable de déposer par avance le désinfectant au fond du vase destiné à recevoir les déjections.

Linges.—Les linges de corps ou de literie souillés par les déjections doivent être plongés, avant de sortir de la chambre, dans un baquet auquel on mèlera :

Ou quatre pintes de la liqueur bleue ;

Ou bien deux tasses à café (5 à 6 onces) de chlorure de chaux sec qu'on noue dans un sac en toile.

On les retirera du baquet en les tordant, au bout d'une demi-heure d'immersion dans ce liquide, qu'il suffit de renouveler tous les jours. Mais il faut remettre le linge, humide encore, au blanchisseur, qui le rincera immédiatement dans l'eau bouillante avant de le soumettre à la lessive commune.

Vêtements.—Les pièces de vêtement susceptibles d'être lavées sont soumises au même traitement. Les pièces en drap et en tissus de laine seront envoyées, avec la literie, à l'étuve dont il sera parlé plus loin.

On peut toutefois les désinfecter au soufre, de la manière suivante : on les suspend dans un cabinet vide dont toutes les ouvertures sont bien closes, on asperge le sol avec un peu d'eau, pour rendre l'air humide, et l'on y fait brûler 30 grammes (1 oz.) de fleur de soufre par mètre cube de l'espace ; le soufre sera placé dans une terrine reposant elle-même au fond d'une cuvette à demi remplie de sable humide ; on se retirera rapidement après avoir allumé le soufre ; le cabinet ne sera ouvert qu'au bout de vingt-quatre heures.

Quand les vêtements sont profondément souillés et de peu de valeur, il est préférable de les brûler.

Planchers.—Les taches ou les souillures sur les planchers, les tapis, devront immédiatement être lavées à l'aide d'un chiffon, soit avec la solution bleue de couperose, soit avec un lait de chlorure de chaux obtenu en mêlant une cuillerée de chlorure sec à une pinte d'eau. Le chiffon sera ensuite brûlé.

Literies.—Autant que possible, les literies occupées par les malades devront être garnies de larges feuilles de papier goudronné ou de journaux pour prévenir la souillure des matelas. Ces papiers seront détruits par le feu.

Matelas.—Les matelas tachés ou souillés devront être humectés, à l'aide d'un chiffon ou d'un tampon d'ouate, avec la solution bleue étendue de cinq fois son volume d'eau, ou avec la solution de chlorure de chaux (une cuillerée à café de chlorure sec par litre d'eau).

Étuis.—Ces matelas pourront dès lors être enlevés, sans danger, par des voitures spéciales et désinfectés dans les étuves, soit par la vapeur, soit par l'air chauffé à 110 degrés environ.

En l'absence d'appareils ou d'établissements aménagés à cet effet, les matelas devront être étalés sur des chaises, dans une chambre close, et exposés pendant vingt-quatre heures aux vapeurs résultant de la combustion de 1 once au moins de soufre par mètre cube du local.

Cabinets d'aisances.—Deux fois par jour, dans les maisons où s'est produit un cas de choléra, on versera dans la cuvette des cabinets deux pintes de la liqueur bleue, ou deux tasse à café de chlorure de chaux sec, délayé dans deux pintes d'eau.

Tuyaux d'évier.—Une tasse à café de la liqueur bleue ou de chlorure de zinc liquide à 45 degrés devra être versée chaque soir dans les tuyaux d'évier, les plombs, les conduites des eaux ménagères.

Siphons.—Partout où il sera possible, on établira sur le trajet des tuyaux de chute des siphons ou tubes en plomb ou en grès recourbés en U, afin d'empêcher le reflux des gaz de l'égout dans l'intérieur des maisons.

Ordures ménagères.—Les ordures ménagères et les rebuts de cuisine devront être gardés dans une caisse bien fermée, à couvercle; chaque jour, on répandra à leur surface, soit un demi-verre de solution de couperose bleue, soit une ou deux cuillerées de chlorure de chaux en poudre.

Ces débris seront descendus chaque soir dans une caisse métallique bien close, établie par le propriétaire dans la cour de la maison; on en saupoudrera la surface avec du chlorure de chaux avant la nuit. Chaque matin cette caisse serait vidée dans les charrettes publiques par les soins des employés de la voirie, qui déposeraient une certaine quantité de chlorure de chaux au fond de la caisse vide pour la désinfecter.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Mesures contre les agglomérations d'individus.—En temps de choléra il faut éviter tous les grandes agglomérations d'hommes sur un même point; ces réunions et ces foules deviennent facilement un foyer de propagation de l'épidémie; les foires, les courses de chevaux, etc., doivent autant que possible être ajournées.

Contre les accumulations d'immondices.—L'accumulation des immondices, fumiers, résidus industriels en décomposition dans les cours et au voisinage immédiat des maisons, doit être sévèrement prohibée. Ces amas en décomposition ne pourront toutefois être remués et enlevés qu'après avoir été arrosés avec une des solutions désinfectantes citées plus haut. On arrosera avec le même liquide l'emplacement devenu libre.

Contre la stagnation dans les égouts.—Il faut plus que jamais empêcher la stagnation des matières dans les égouts, surtout au-dessous des bouches ouvrant sur la rue. Le lavage de ces bouches pourrait être fait avec un mélange désinfectant.

Contre les vidanges.—En temps d'épidémie de choléra, les opérations de vidange ne devraient être autorisées qu'à l'aide de tonneaux hermétiques, actionnés par la vapeur et brûlant les gaz sous les chaudières. Après chaque opération, le radier et les murs de la fosse doivent être désinfectés.

Il faut qu'en temps d'épidémie toutes les fosses fixes soient surveillées et désinfectées par les soins de l'administration.

Du transport des cholériques.—Lorsqu'un cas survient dans un hôtel ou un logement garni, la déclaration doit être faite immédiatement au commissaire de police ou à la mairie. Les malades ne doivent pas séjourner, même vingt-quatre heures, dans cet hôtel ou garni; ils seront transportés d'urgence soit dans un hôpital spécial, soit dans une maison de santé affectée exclusivement à cet usage; toutefois, les malades auront le droit de se faire transporter dans un appartement loué par eux, pourvu qu'il soit possible de les isoler ainsi sans danger pour les voisins.

Désinfection de l'appartement infecté.—La chambre occupée momen-

tanément par un cholérique ne pourra être livrée à un nouveau voyageur ou locataire qu'après désinfection complète par la combustion de 1 once de soufre par mètre cube.

Utilité des ambulances spéciales.—Quand plusieurs personnes occupent une même chambre et que l'une d'elles contracte le choléra, c'est faire courir le plus grand danger aux membres de la famille encore bien portants, et particulièrement aux enfants, que de vouloir traiter le malade dans la chambre commune. Il faut le faire transporter immédiatement dans un hôpital ou ambulance spéciale où les chances de guérir sont plus grandes que dans un logement encombré, où tout manque pour des soins immédiats et incessants.

Surveillance des maisons.—Dans toute maison où survient un cas de choléra, une inspection rapide doit être faite par un délégué de l'administration municipale, d'abord pour constater la réalité de la maladie, puis pour s'assurer que toutes les mesures de désinfection ont été prises et qu'elles sont suffisantes.

Quand les garanties d'exécution et de sécurité ne seront pas complètes, les opérations de désinfection devront être faites par les soins de l'administration. Il sera nécessaire d'assurer pendant vingt-quatre heures un abri aux habitants du logement, pour procéder à une purification sérieuse.

Des lavoirs.—Les lavoirs publics doivent être l'objet d'une surveillance particulière afin que le linge souillé par les cholériques ne soit pas lavé en commun. Ce linge doit d'ailleurs, avant d'être livré aux blanchisseuses, être désinfecté, comme il a été dit plus haut.

Distribution gratuite des matières désinfectantes.—Chaque poste de police doit renfermer un dépôt de matières désinfectantes par paquets ou flacons dosés d'une manière uniforme, et munis d'une étiquette imprimée indiquant très exactement la manière de s'en servir (leu de soufre, chlorure de chaux sec, sulfate de chaux pulvérisé, chlorure de zinc liquide à 45°). Ces substances sont délivrées gratuitement aux personnes qui en feront la demande sur un bon du médecin ou d'un délégué de l'administration municipale.

Des voitures.—Il faut se précautionner d'un nombre suffisant de voitures spéciales exclusivement affectées au transport des cholériques.

Elles doivent être désinfectées chaque jour; il en sera de même de celles qui, venant prendre à domicile le matériel contaminé doivent le rendre plus tard purifié.

Des ambulances et hôpitaux.—Enfin, il faut préparer immédiatement des ambulances de secours, des chambres d'urgence bien isolées dans les hôpitaux généraux, des hôpitaux ou baraques affectés spécialement aux cholériques.—A. PROTST, rapporteur.

NAISSANCE.

BEAUDRY.—A Montréal, le 4 juillet, la Dame du Dr G. O. Beaudry, un fils.

DÉCÈS.

DUPONT.—A Montréal, le 7 juillet dernier, Dame Marie Thérèse Lantelme, épouse du Dr F. Dupont.