

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Méningite pneumonique

par le Dr THS. SAVARY.

*Travail lu à la Société Médicale du comté de Portneuf,
séance du 22 Dec. 1901.*

La méningite n'est pas une complication fréquente de la pneumonie. Firket, en réunissant un grand nombre de statistiques, n'est arrivé qu'à un chiffre de 1 sur 200 à 250. Cependant, elle est avec la méningite de la fièvre typhoïde la plus fréquente des méningites secondaires qui se développent dans le cours des autres maladies ; elle accompagne souvent la pneumonie compliquée d'endocardite pneumococcique. Vu le grand nombre de pneumonies qui apparaissent chaque année durant la saison rigoureuse, nous sommes tous exposés à en observer quelques cas. Pour ma part, il m'a été donné, il n'y a pas longtemps, de prodiguer mes soins à un cas authentique de cette redoutable complication. Aussi ai-je cru utile de faire devant cette société une courte étude sur cette maladie.

Comme chacun le sait, la méningite pneumonique résulte tout simplement de la localisation sur les méninges du micro-organisme, le *pneumocoque*, qui est l'agent spécifique de la pneumonie lobaire. Cette méningite coïncide dans les trois quarts des cas, avec la pneumonie, Mais on peut la rencontrer en dehors de cette dernière, à la suite d'une lésion quelconque de nature pneumococcique.

L'infection pneumococcique peut se faire par le courant circulatoire (infection métastatique) ou d'une manière directe. Suivant Netter, la méningite pneumonique est le plus souvent la marque d'une infection directe. C'est par l'infection directe qu'on explique les méningites qui précèdent la pneumonie, qui apparaissent dès son début ou dans les premiers jours, et celles qui se manifestent en dehors de toute pneumonie.

Dans la méningite pneumonique, les lésions siègent surtout à la convexité de l'encéphale. Elles se présentent sous forme de plaques jaune verdâtre surtout marquées le long des vaisseaux. Les méninges spinales sont fréquemment atteintes, principalement au niveau des renflements cervical et lombaire. L'exsudat a une consistance molle. " Il diffère aussi bien, dit Netter, de l'exsudat lardacé grisâtre de la méningite tuberculeuse que du pus crémeux, se laissant détacher qu'on observe dans la méningite suite de carie du rocher." Le pus pneumonique est le type du pus louable ne permettant pas la séparation du sérum. Il est moins net lorsqu'au pneumocoque se sont associés les streptocoque et staphylocoque pyogène.

La symptomatologie de cette redoutable complication est extrêmement variable. Il n'y a pas dans la méningite pneumococcique, de symptôme particulier qui spécifie sa nature bactériologique. On ne peut soupçonner cette origine qu'en se fondant sur l'existence antérieure ou simultanée d'une lésion à pneumocoques, susceptible d'être incriminée comme cause de la méningite. (Brissaud).

Lorsqu'elle se développe au cours de la pneumonie elle reste latente dans la moitié des cas; dans tous les autres elle se révèle par les signes ordinaires des méningites aiguës.

On se rend facilement compte pourquoi les symptômes sont latents ou passent inaperçus, durant le cours d'une pneumonie; ils se trouvent masqués par ceux de leur maladie primitive; l'agitation, le délire sont mis sur le compte de la fièvre ou sur le compte de l'alcoolisme. Les cas où la méningite se traduit par des symptômes assez nets ne sauraient se prêter à une description uniforme.

Permettez-moi de rapporter une observation. Le 11 octobre 1901, j'étais appelé à donner mes soins à L. C. cultivateur, âgé de 54 ans. Ce malade, à la suite d'un refroidissement, fut pris tout à coup d'un frisson prolongé avec claquements de dents, suivi bientôt d'une douleur sous le sein gauche. Cette douleur était augmentée par les mouvements respiratoires et les efforts de la toux. L'auscultation faisait entendre de ce côté

des bouffées de râles crépitants. Le lendemain la toux était suivie d'une expectoration visqueuse adhérente et ambrée.

Qu'il me soit permis d'abrégèr et de dire tout simplement que la pneumonie suivit son cours ordinaire, la température variant entre 103 et 103.5.

Le 17, une sudation abondante coïncidant avec une diminution de fièvre de plusieurs degrés annonçait que le malade entrait rapidement en convalescence.

Quelle ne fut pas ma surprise lorsque le 19, on m'apprit que le malade avait passé la nuit dans un état d'agitation considérable et avait du délire. Le thermomètre placé dans l'aisselle enregistrait 104.5. Rien de particulier à noter du côté du poumon, si ce n'est que le souffle tubaire se faisait encore entendre, mais il était accompagné de râles sous crépitants. La céphalalgie était intense. Le malade se plaignait en outre de raideur de la nuque, raideur s'étendant jusqu'aux muscles du dos.

Le lendemain le malade tombait dans le coma et mourait quelques heures plus tard enlevé par la méningite pneumonique.

Dans cette observation les signes de la méningite sont nombreux et non équivoques. Permettez-moi de passer en revue quelques-uns de ces symptômes et d'indiquer leur valeur.

La céphalalgie, l'agitation et le délire sont des symptômes de grande importance quand ils apparaissent au moment de la convalescence de la pneumonie, mais leur valeur sémiologique est à peu près nulle quand ils surviennent au cours de la pneumonie, et l'on sait combien sont fréquents les troubles cérébraux dans cette affection.

L'élévation brusque et considérable de la température est un bon élément de diagnostic. Parfois, dit Jaccoud, chez un pneumonique en pleine défervescence une ascension brusque et considérable de la température est le seul symptôme qui puisse révéler la méningite.

Mais de tous les symptômes observés chez mon malade, celui qui manque le plus rarement est la raideur de la nuque. Parfois cette raideur s'étend jusqu'aux muscles de la face, descend même sous forme de contracture douloureuse jusqu'à dans les muscles du dos de la région sacro-lombaire. Cette contracture amène quelquefois l'opisthotonos, l'emprostotonos les attitudes du tétanos dont le malade présentera les accès convulsifs particuliers au niveau des membres. Ces contractures douloureuses et ces accès convulsifs sont dus à l'extension de la lésion aux méninges spinales.

Dans d'autres circonstances la méningite s'accuse par des troubles dans les muscles moteurs de l'œil (strabisme), par du myosis, de la

mydriase, des troubles dans les muscles de la face. Ces derniers signes indiquent que la méningite siège à la base de l'encéphale.

Quelque fois la méningite pneumonique réalise mais condensée dans un délai infiniment plus court, la symptomatologie tout entière de la méningite tuberculeuse.

La méningite se présente aussi sous la *forme apoplectique*. Cette forme se voit surtout dans les méningites qui apparaissent à une période avancée, après la défervescence. Il y a un véritable ictus apoplectique. Le malade perd brusquement connaissance. L'intelligence est absolument éteinte, les paupières sont demicloses, le regard est vague et hagard. La respiration est bruyante, stertoreuse, et à chaque respiration les joues sont agitées comme des voiles mobiles.

Les membres sont dans une résolution complète. Cet état peut persister jusqu'à la mort qui du reste ne se fait pas attendre plus de deux jours. Dans un certain nombre de cas, dit Netter, on peut voir la résolution prédominer d'un côté du corps. L'apoplexie s'accompagne d'hémiplégie, quelquefois même il y a amélioration passagère après l'ictus, et l'on peut en même temps que l'hémiplégie reconnaître l'aphasie. Dans ces cas l'autopsie fournit le plus souvent une explication de ces phénomènes en montrant la prédominance de l'exsudat à la surface d'un hémisphère.

Cette courte étude nous montre assez quel peut être le pronostic de cette terrible complication. Pour ma part, les quelques cas qu'il m'a été donné d'observer se sont tous terminés par la mort. Cet aveu serait quelque peu humiliant, je l'avoue, si je n'en trouvais une excuse dans les statistiques qui ont été publiées par les auteurs et les revues médicales. En effet, toutes celles que j'ai consultées à ce sujet démontrent que la guérison est l'exception. Netter a observé que sur 65 cas dans lesquels la durée de la survie a pu être déterminée après les premiers symptômes, il n'y en a que quatre dans lesquelles la vie se soit prolongée près d'une semaine, les autres sont morts du premier au quatrième jour. Néanmoins la guérison est possible même dans des cas où des phénomènes localisés ne permettent pas de douter de la production d'un exsudat purulent. Il paraît en être ainsi dans les cas où la méningite précède la pneumonie, l'apparition de cette dernière coïncide alors avec un amendement marqué de phénomènes cérébraux. La guérison peut se faire attendre de plusieurs semaines. Hensinger rapporte un exemple dans lequel la guérison ne fut complète qu'après cinq semaines d'un ramollissement cérébral. Papoff a

rapporté des observations dans lesquelles la méningite a été suivie de troubles nerveux durables, d'accès épileptiformes se répétant pendant plusieurs mois, de phénomènes de paralysies, de contractures.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. Nous avons vu que la méningite pneumonique est souvent latente. Elle devra être redoutée chez les alcooliques, les sujets à cerveau surmené, dans l'état gravidique.

Le délire simple, même avec mouvements convulsifs, n'impliquera nullement l'existence d'une méningite. On sait combien la pneumonie provoque volontiers l'apparition d'un accès de delirium tremens, combien est fréquent le début cérébral de la pneumonie infantile, combien certains sujets nerveux sont exposés à présenter du délire et des convulsions à l'occasion de mouvements fébriles. Les accidents paralytiques ne sont pas davantage nécessairement causés par une méningite, ils peuvent être la conséquence d'un ramollissement cérébral. Il existe même des paralysies seulement dynamiques, hystériques. (Rendu et Boullodre).

Le diagnostic se basera surtout sur l'apparition des troubles de l'appareil visuel, sur l'importance de l'hyperthermie, et sur les modifications presque constantes des muscles de la nuque que l'on trouvera presque toujours raides et douloureux. Il ne faudra pas négliger l'examen des oreilles. L'otite pneumonique se complique souvent de méningite. Si l'on constate un épanchement, la paracentèse est tout indiquée.

Le traitement a bien peu de prise sur cette redoutable complication. Toutefois le médecin ne devra pas rester inactif. Le malade devra séjourner dans une chambre obscure, mais bien aérée. On lui fera des applications locales froides sous forme d'enveloppements avec des linges trempés d'eau glacée : vessie de glace, tube de Leiter, aspersion d'eau froide. On prescrira aux malades robustes 6 à 8 saignées derrière les oreilles, des vésicatoires dans la région cervicale, toutes les 2 heures, une eau laxative quelconque.

En cas de grande dépression :

Camphre.....	50 centigr.
Emulsion simple.....	30 gr.

A prendre pour un clystère.

Quand la céphalalgie a résisté à la saignée locale ou aux enveloppements glacés, on pourra prescrire toutes les 3 heures $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ gr. de morphine jusqu'à effet.

De l'apomorphine contre les attaques d'hystérie d'hystéro-épilepsie et d'épilepsie.

Par le DR P. V. FAUCHER.

Lu à la Société Médicale de Québec (Janvier 1902).

“ Vous êtes bien hardi ”, me disait en juin 1893 mon excellent professeur d'anatomie, le Dr Chs. Eusèbe Lemieux, sénior, de vénérée mémoire, et cela avec d'autant plus de raison que, appelé en son absence, auprès d'un de ses clients atteint d'attaques subintrantes d'épilepsie, je m'étais permis d'administrer au malade par voie hypodermique 1/10 de grain d'apomorphine, et que le docteur était arrivé durant les vomissements, juste pour être témoin de la dépression considérable qui s'ensuit. En outre le Dr Lemieux avait une horreur invincible de ce médicament qu'il ne croyait bon et utile qu'à la famille des *Gold curistes*. Toutefois son malade, C..... V..... un de mes compagnons de collège, après cette dépression frappante revint à lui rapidement et me remercia, ainsi que sa famille, de l'avoir ramené à la santé par ce moyen. On comprit que cette chute avait été coupée court, car dans les crises antérieures les attaques s'étaient répétées plusieurs fois et l'avaient toujours conduit aux portes de la tombe.

Le mot de notre original professeur était juste toutefois ; *j'avais été hardi*. Mais je dois ajouter qu'une expérience d'une couple d'années déjà m'avait fixé sur la valeur réelle de cette médication dans le traitement des attaques d'épilepsie, d'hystéro-épilepsie et surtout d'hystérie. Cette dernière qui aime tant à *singer* nombre d'affections n'aime pas les médications qui touchent au système nerveux de ses victimes

Car du moment où par un procédé quelconque, psychique ou autre, vous parvenez à créer chez le malade une série rapide de signes ressemblant à la crise hystérique, vous arrivez presque sûrement à la cure de l'attaque.

L'apomorphine, à notre sens du moins, fait naître des symptômes qui se rapprochent quelque peu de ceux d'une attaque d'hystérie, et l'expérience nous prouve qu'elle arrête net une de ses crises.

La piqûre agit d'abord sur l'imagination de la malade, les vomissements viennent à la rescousse, et la dépression qui suit les nausées amène une sédation complète de tout le système nerveux, à laquelle la malade ne peut résister : elle semble convenir que la crise doit se terminer là.

Voilà le fait. Permettez-moi de l'appuyer de quelques exemples pris au hasard parmi les souvenirs de la clientèle.

Le 6 janvier 1897, H. C. de 28 ans, à la suite d'abus de toutes sortes tombe frappé d'*apoplexie*, me dit-on. J'accours auprès de ce malade qui était en pleine crise que jecrus être hystérique plutôt qu'apoplectique. Un confrère trompé par les parents en larmes avait fait demander un prêtre qui dans le moment était en train de lui administrer les derniers sacrements. Le malade, la figure violacée, jetait des cris perçants, se plaignait d'être suffoqué, tombait dans des contorsions et des mouvements convulsifs qui me semblaient caractéristiques.

En un instant nous eûmes administré 1/10 grain d'apomorphine, obtenu des vomissements biliaires sans aliments, puis une résolution complète et définitive d'une attaque qui avait fait craindre à la famille une mort certaine.

Un jour une jeune fille de 19 ans, à la suite d'un dépit d'amour, dans un moment de colère s'affaisse suffoquée par une attaque d'hystérie des plus violentes. Elle vocifère, se tord sur le parquet, cherchant à arrêter une main qui l'étrangle, sa figure se gonfle, se violacèle. Tous ses membres se crispent sous les efforts qu'elle fait pour s'arracher à la mort que tout ce qui l'entoure cherche à lui faire comprendre. Le ministre attend un moment de répit pour lui donner les derniers secours.

Ici encore 1/15 de grain d'apomorphine met fin en quelques minutes à l'anxiété de la famille en touchant le mal dans sa racine, le système nerveux.

Et les exemples se multiplient ainsi, presque toujours avec les mêmes scènes et les mêmes tableaux durant l'exercice de dix années de pratique avec des succès que nous pouvons appeler constants.

Pour nous, l'apomorphine administrée avec prudence est un véritable spécifique contre l'attaque d'hystérie. En quelques minutes elle nous permet d'arriver à pouvoir laisser à leurs ressources des malades qui nous faisaient perdre autrefois un temps considérable et qui mettaient en brèche notre réputation médicale en face d'une affection contre laquelle nous étions jusqu'ici totalement désarmés.

Mais l'utilité de ce médicament ne se fait pas seulement sentir pour l'hystérie : ses deux névroses sœurs, l'hystéro-épilepsie et l'épilepsie trouvent en l'apomorphine un remède d'une efficacité non douteuse contre leurs attaques.

L'épileptique est généralement glouton : il boit et mange avec voracité, tellement que chez lui l'excès c'est la règle. Aussi voit-on l'attaque survenir d'ordinaire à la suite de libations et de repas trop copieux.

Voilà pourquoi l'indication est elle de débarrasser le système digestif des débris alimentaires, et de décongestionner les centres nerveux.

Quelle médication atteint mieux ces deux objets que l'apomorphine ? Ici encore les cas traités de cette façon sont assez nombreux et tout à fait concluants. En outre de celui relaté au commencement de ces notes, veuillez me permettre de citer les suivants.

Une jeune femme à son retour d'un court voyage de noces pousse un cri terrible et tombe foudroyée à l'entrée de l'église de sa paroisse. Quelques minutes après j'étais à son chevet où une deuxième attaque se déclare : 1/15 de grain d'apomorphine amène des vomissements abondants et empêche le retour d'autres attaques, selon son habitude, me dit sa mère. A quel que temps de là le même moyen amène le même résultat.

En mai 1900 un confrère étranger, à la suite d'une fête aux huitres, fait une chute épileptique et je le trouve à mon arrivée dans des convulsions cloniques terribles 1/10 d'apomorphine a vite raison de cette attaque qui ne se répète plus, comme il lui arrivait toujours auparavant. Encore aujourd'hui ce confrère ignore et mon intervention et le moyen employé à son égard.

Le premier janvier 1896, à la suite de veilles prolongées, Mme V. S... 43 ans, fait une violente attaque d'épilepsie, qui dure plusieurs minutes, et s'arrête bientôt complètement pour faire place à des contorsions prolongées, un balancement continu du corps, qui parfois s'arrête pour faire pont, etc., De guerre lasse, je donne sous la peau 1/10 de grain d'apomorphine et dix minutes après la malade affaissée tombe dans un repos absolu d'où elle n'est sortie que pour vaquer à ses occupations. J'avais eu ainsi raison d'une forte attaque d'hystéro-épilepsie jusque là rebelle à tout traitement.

Et des résultats analogues ont été assez constants pour m'encourager à venir aujourd'hui vous offrir ces petites notes dont la discussion me serait fort utile.

Je n'ai pas la prétention de croire et encore moins d'annoncer un spécifique contre ces névroses. Il me suffit de vous rappeler un bon moyen que nous avons à notre disposition pour contrôler les attaques de certaines névroses qui causent tant de misères au praticien, pour me faire excuser l'audace d'énoncer un procédé que je crois nouveau.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Traitement des oreillons.

par G. LEMOINE (*Le Nord Médical*, 1er novembre 1901).

Les oreillons constituent une maladie que l'on doit soigner " et qu'il faut savoir bien soigner ". Peut-on les éviter ? Ils sont très contagieux. leur contagiosité persiste pendant trois semaines. Certains médecins estiment que la prophylaxie a peu d'importance chez l'enfant à cause du peu de gravité de la maladie ; il n'en est pas de même chez l'adulte où l'infection peut avoir des conséquences plus graves.

Lorsque la maladie est constituée, la thérapeutique varie suivant les cas. S'il y a menace de phénomènes encéphaliques, on n'hésitera pas à plonger le malade dans un bain tiède à 38° et on lui maintiendra sur la tête des compresses froides en permanence. Contre la lésion locale on a préconisé les larges vésicatoires, c'est un moyen barbare et même dangereux. Dans les cas simples, quelques frictions mercurielles belladonnées suffisent ; si l'on craint le mercure, on pourra mettre une pommade, telle que la vaseline boriquée ou le baume Opodeldoch. Si la fièvre ourlienne est intense, le moyen le plus efficace pour limiter le processus morbide est l'application de glace en permanence. Il faut en même temps assurer l'antisepsie buccale à l'aide de lavages ou de pulvérisations avec la liqueur de Labarraque étendue de 50 p. 100 d'eau bouillie, ou avec la solution suivante :

Phénosalyl.....	50 centigr.
Chlorure de sodium...	5 grammes.
Eau bouillie.....	500 —

On ne négligera pas l'antisepsie générale, que l'on pourra faire à l'aide du salol; l'intestin sera antiseptisé par les purgatifs salins ou le calomel.

L'orchite ourlienne peut malheureusement survenir et donner lieu à une atrophie complète de la glande (cent cinq fois sur cent soixante cas) : pour l'éviter, il faut maintenir le sujet au lit, l'empêcher de sortir, lui faire

porter un suspensoir pour éviter tout froissement susceptible de provoquer un lieu d'appel pour l'infection. Quand l'orchite est déclarée, le malade prendra deux ou trois fois par jour un grand bain ou un bain de siège tiède de dix à quinze minutes ; à la sortie du bain, on fera une onction avec de l'onguent mercuriel belladonné, ou on mettra un emplâtre de Vigo ; un suspensoir doit être porté continuellement. Si l'inflammation est douloureuse, il faut faire de larges applications de glace sur le testicule malade aussi bien que sur le testicule sain, qui peut être ainsi protégé ; les sangsues peuvent être utiles. La diurèse sera favorisée par des boissons abondantes pour empêcher la rétention des toxines et empêcher l'apparition d'autres localisations. Quand la glande testiculaire est en voie d'atrophie, la plupart des moyens employés : courants continus, frictions stimulantes, térébenthine à petites doses, se sont montrés inefficaces. Si, malgré tout, l'atrophie est double et complète, le médecin ne doit pas oublier, si le sujet est marié, qu'il doit garder pour lui son pronostic. C'est un conseil prudent et pratique du Pr Lemoine, qui n'est point inutile pour de jeunes praticiens.

Sainton, *in Rev de thér. méd. chir.*

Transmissibilité de la tuberculose humaine aux animaux

M. S. ARLOING communique à l'Académie de Médecine de Paris les résultats de trois séries d'expérience, dans lesquelles des bacilles humains et de provenances différentes (crachats, liquides pleurétiques, etc.), ont déterminé par inoculation intraveineuse la tuberculisation du bœuf, du mouton et de la chèvre.

Les lésions constatées chez ces animaux se sont manifestées sous la forme de granulations confluentes ou discrètes dans les poumons, le foie, la rate, les ganglions, les reins, etc., et se sont toujours distinguées par une caséification hâtive.

Rapprochant ces résultats expérimentaux de ceux qu'il a déjà obtenus antérieurement, M. Arloing déclare avoir réussi jusqu'à présent à transmettre la tuberculose de l'homme à 23 animaux.

Si M. M. Koch et Schütz ont échoué dans leurs inoculations, c'est, d'après M. Arloing, qu'ils se sont servi de cultures de bacilles à virulence affaiblie

d'une part, et, d'autre part, que les doses de ces cultures inoculées aux animaux ont été beaucoup trop faibles.

Il conclut :

1° Que la virulence du bacille de la tuberculose étant variable et capable de s'adapter à certains organismes, il n'est pas surprenant que le bacille humain puisse manifester sur certains animaux moins d'activité que le bacille de la tuberculose bovine ;

2° Que l'on peut entretenir en cultures pures des bacilles humains aptes à tuberculiser le bœuf, le mouton, la chèvre, etc. ;

3° Que si l'on en trouvait qui ne fussent pas susceptibles de produire ce résultat — et il en existe certainement — il ne s'agirait pas pour cela d'une tuberculose absolument distincte ;

4° Que l'unicité de la tuberculose humaine et de la tuberculose animale à bacilles de Koch reste indiscutable ;

5° Que M. M. Koch et Shütz n'étaient pas autorisés, de par leurs expériences, à préconiser une distinction absolue entre la tuberculose humaine et celle des animaux ;

6° Qu'il est utile de maintenir, dans une sage mesure, les précautions édictées à l'égard de la viande et du lait suspects de receler le bacille de la tuberculose.

Chlorose et Tuberculose

Selon le Pr Hayem, il n'y a pas de différence fondamentale entre la chlorose et la chlorotuberculose, tandis que Pr le Grancher a attribué la chlorose à une tuberculose commençante et il en arrive à considérer tous les chlorotiques comme atteints de tuberculose.

Le même savant ajoute que ces malades chlorotiques tuberculeux vivent longtemps, jusqu'à la vieillesse même.

Cette tuberculose commençante se manifeste, selon M. Grancher, au point de vue clinique, par des signes stéthoscopiques plus ou moins accusés (respiration rude, respiration faible, respiration granuleuse, avec ou sans modifications du son et des vibrations). M. Hayem, sans attribuer une grande importance à ces signes physiques, prétend que tous ces phénomènes peuvent s'observer chez les jeunes gens se plaignant de dyspepsie, compliquée ou non de neurasthénie. Le même auteur ajoute

que ces troubles respiratoires sont dus à une certaine diminution dans l'énergie des muscles inspiratoires : la partie du poumon qui répond à la fosse sus-épineuse se déplisse incomplètement.

Devant ces opinions contradictoires, nous avons cru devoir porter notre attention sur cette question clinique que nous résumons comme il suit :

1) Toutes les fois que nous avons examiné les crachats des dits chlorotuberculeux, qui, outre les lésions caractéristiques du sang ne laissant aucun doute sur la chlorose, portaient en outre des troubles respiratoires plus ou moins accusés, ces crachats contenaient constamment des bacilles de Koch. Ces malades marchaient vite vers la phtisie et la mort. Nous devons faire remarquer que quelques-uns de ces malades, qui avaient des signes stéthoscopiques respiratoires assez prononcés et dans les crachats desquels existaient des bacilles, vivaient longtemps. Mais, quoiqu'ayant l'aspect de chlorotiques, ces malades n'avaient pas de lésions caractéristiques du sang, ils étaient plutôt scrofuleux qu'anémiques (tous ont eu des amygdales gonflées, des blépharites), et avaient des proches parents scrofuleux.

2) Toutes les fois que la chlorose paraissait franche, avec une anémie médiocre, avec des troubles respiratoires plus ou moins prononcés, et que cette chlorose était bien soignée au point de vue de l'hygiène et du traitement l'état général s'améliorait et les troubles respiratoires disparaissaient.

3) Toutes les fois que la fièvre se déclarait (chlorose fébrile) et que les troubles respiratoires s'accroissaient (et cela s'observe constamment chez les pauvres chlorotiques qui n'ont pas les moyens de se soigner) la chlorose marchait vite vers la phtisie et la mort.

4) Comme la chlorose est plutôt une maladie de la jeunesse et du sexe féminin, c'est surtout dans le sexe féminin que s'observe cette tuberculose post-chlorotique, comme du reste la clinique le montre journellement.

5) Nous voyons que la chlorose constitue tout simplement un terrain favorable pour l'écllosion de la tuberculose, parce que si une chlorose au début se trouve bien soignée elle rétrocede et guérit complètement. La chlorotuberculose n'existe pas ; c'est la tuberculose confirmée sur un terrain chlorotique. Loin de croire que la tuberculose, éclatant sur un chlorotique, a une marche chronique ou très latente, nous croyons tout au contraire qu'une fois que la tuberculose a évolué, sa marche est galo-

pante et la phthisie survient vite. Si quelques auteurs prétendent que les dits chloro-tuberculeux vivent longtemps et vieillissent, ils ne nous disent pas s'ils ont trouvé des bacilles dans les crachats et nous croyons qu'ils se trompent en considérant les quelques troubles respiratoires comme des signes cliniques d'une chloro-tuberculose commençante. Du reste, dans quelques cas que nous avons pu suivre, nous avons vu que ces troubles respiratoires ont disparu après un traitement approprié.

Nous croyons que la chlorose doit être considérée comme cause prédisposante de l'éclosion de la tuberculose, exactement comme la rougeole, la coqueluche, les bronchites, etc., etc. Cette hérédité pathologique se voit surtout chez des descendants d'alcooliques surmenés, tuberculeux, etc.

Nous croyons aussi non seulement qu'il n'est pas nécessaire d'identifier la chlorose avec la chlorotuberculose, mais encore d'effacer du cadre nosologique le terme chlorotuberculose, qui selon nous ne signifie rien, la chlorotuberculose étant tout simplement une tuberculose qui a évolué sur un terrain chlorotique et dont la marche est galopante.

DR M. SAKORRAPHOS (d'Athènes).

Traitement des gastrites chroniques

par le Dr AQUILAS JORDAN

Une indication fondamentale domine le traitement des gastrites : le repos de l'estomac. Jusqu'à présent, excepté dans l'ulcère de l'estomac, ce moyen thérapeutique était exclu du traitement des maladies de l'estomac. Contre toute raison logique, on voulait faire travailler un estomac malade.

La digestion est-elle indispensable pour la nutrition de l'individu ? Certainement non ; l'usage des lavements nutritifs en sont une preuve. La composition des dits lavements, la manière de les administrer, etc., occupe l'auteur, qui démontre la parfaite absorption du lait, des œufs et du sucre par la muqueuse rectale.

Comme traitement direct pour la lésion de l'estomac que faut-il faire ? On commencera par faire pendant trois ou quatre jours des lavages gastriques avec de l'eau bouillie et légèrement alcaline, dans le but de nettoyer de cette façon les parois de l'estomac du mucus qui peut les recouvrir.

La quantité d'eau sera comme maximum, deux litres, pour ne pas exciter la contractibilité de l'estomac. Tout de suite après, on adminis-

trera 1 à 2 centigrammes de nitrate d'argent, en solution aqueuse, qu'on répètera dans l'après-midi. Les avantages de ce médicament, mis en évidence dans le traitement de certaines affections de la vessie, de l'urètre, de la bouche, du pharynx, etc., se manifestent de même quand il s'agit de la muqueuse gastrique. Administré à dose convenable, il n'a pas d'effets caustiques, même si l'on en prolonge l'usage. Mis en contact avec la muqueuse gastrique, le nitrate d'argent produit un rétrécissement très manifeste des vaisseaux sanguins, dû à son action directe sur les vasomoteurs : cette contraction n'est pas suivie de la dilatation rapide. Une telle action modifie sans nul doute efficacement un organe enflammé. La congestion, la sécrétion, et par là l'irritation diminuent.

Il faut, en outre, instituer une médication symptomatique, généralement à base d'alcalins.

On recommencera l'ingestion par la bouche, peu à peu, un peu d'eau alcaline, du lait, etc.

L'efficacité de cette méthode est en raiçon directe de la rigueur, avec laquelle elle est appliquée.

Le lavage de l'estomac et de l'intestin chez les enfants.

par le Dr GREGORIO ARAAZ

Le lavage de l'estomac pratiqué chez les enfants pour la première fois par Ebstein en 1880 est resté oublié jusqu'à la communication de Demme. Le Dr Araaz l'a vu pratiquer par Heubner de Berlin et s'est trouvé surpris de la simplicité de son application en même temps que des bons effets qu'on en obtient. Depuis il l'a appliqué maintes fois avec succès.

Il est vrai que dans les affections gastro-intestinales aiguës où le lavage est indiqué, nous possédons un moyen thérapeutique d'une valeur indiscutable : la diète hydrique, moyen logique et simple et d'une grande efficacité. Mais il arrive souvent qu'après avoir employé la diète hydrique, et quand le malade semble guéri, les vomissements apparaissent quand on reprend l'alimentation ; c'est alors que le lavage est indiqué.

L'appareil ordinairement en usage est celui de Guéniot, l'auteur lui trouve un inconvénient ; l'embout est en caoutchouc, ce qui empêche de surveiller le degré d'inclinaison nécessaire pour faire siphon. L'auteur

préfère un appareil en verre de 81 à 100 gr. de capacité auquel on adapte un tube de gomme communiquant avec une sonde de Nélaton.

D'après l'auteur, le lavage produit un effet évacuant éminemment désinfectant, il stimule l'activité sécrétoire en même temps qu'il excite la couche musculaire de l'estomac.

Quant au liquide employé, l'auteur n'y attache pas une grande importance : l'eau stérilisée, la solution physiologique de chlorure de sodium, seront toutefois préférables. En cas de fermentation très active, on peut employer une solution faible de résorcine. La température doit être de 35 à 38°.

Le lavage de l'intestin, accepté par tout le monde et dont les indications sont multiples, se fait aujourd'hui avec l'appareil à irrigation de Cantani auquel on ajoute une sonde de Nélaton.

L'auteur recommande que l'irrigateur ne soit pas placé plus haut que 30 ou 40 cm. : l'opération doit être faite d'une manière lente et graduelle pour ne pas produire de violentes contractions de l'intestin suivies d'immédiate expulsion du liquide introduit. L'auteur décrit un appareil qui remplit très bien toutes ces conditions : ce tube est court, la sonde forme corps avec le tube et porte un obturateur qu'on fait glisser sur la sonde ce qui permet de bien fermer le rectum, condition nécessaire pour un bon lavage. L'auteur émet l'opinion que la sonde ne doit jamais dépasser l'S illiaque, et recommande les sondes en gomme molle qui ne peuvent blesser l'intestin.

Les irrigations intestinales agissent toujours comme évacuantes ; l'action antiseptique sera obtenue en ajoutant à l'eau diverses substances, (acide borique, acide phénique dilué, etc.)

Revue de Thérapeutique.



La privation de chlorures comme moyen de combattre l'intolérance à l'égard de l'iodure de potassium

MM. Ch. Richet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, et E. Toulouse, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Villejuif, ont réussi, dans une trentaine de cas d'épilepsie, à rendre l'organisme plus sensible à l'action du bromure de sodium, en soumettant les malades à un régime spécial, pauvre en chlorures. Cela étant, on pouvait se demander s

l'état d'inanition chlorurique dans lequel on met ainsi les cellules de l'organisme, ne serait pas susceptible de favoriser l'assimilation de substances médicamenteuses autres que le bromure de sodium. En effet, d'après un médecin hongrois, M. le Dr Wax Weisz (de Gyöngyös), la méthode en question pourrait également rendre d'excellents services dans le traitement de la syphilis. Notre confrère fut appelé à donner ses soins à une femme de quarante-deux ans, atteinte de lésions tertiaires et chez laquelle la médication iodurée ne tarda pas à provoquer une néphrite subaiguë avec cylindrurie, œdème des paupières et des jambes, diarrhée, etc. Après avoir soumis la malade à la diète lactée pendant quinze jours, M. Weisz institua un régime spécial, exempt de chlorures, et put alors reprendre le traitement ioduré, sans avoir à enregistrer le moindre accident d'iodisme.

Notre confrère estime que la privation de chlorures doit non seulement rendre l'organisme plus tolérant à l'égard des iodures alcalins mais aussi influencer d'une façon favorable l'efficacité même de la médication, puisque le sel médicamenteux se substitue au chlorure de sodium et forme avec les éléments cellulaires des combinaisons plus stables que dans les conditions habituelles.

Le Nord Médical.

Les convulsions de l'enfance.

Par E. AUSSET.

Les convulsions sont des accidents très fréquents chez les enfants. Symptomatiques, c'est-à-dire liées à une lésion des centres nerveux, leur traitement est de second rang. Nous ne nous occuperons que des convulsions dites idiopathiques.

INFORMATIONS CLINIQUES.—1^o Un nourrisson atteint de troubles gastro-intestinaux, pousse tout à coup, sans prodromes, un grand cri; son regard fixe exprime la terreur; il perd vite connaissance. Le visage est très rouge, puis très rapidement violacé, cyanosé, asphyxique; la bouche est écumante; les globes oculaires, animés de mouvements saccadés, désordonnés et rapides, se convulsent dans tous les sens, le plus habituellement en haut, de façon à ne laisser paraître que la sclérotique; la face est grimaçante, les commissures labiales sont tirées de côté et d'autres; la respiration semble arrêtée, le tronc est raidi, la poitrine immobile. Bientôt appa-

raissent des secousses des membres, des mouvements désordonnés de flexion et d'extension qui se succèdent avec une grande rapidité; la tête est le plus habituellement rejetée en arrière ou se meut latéralement ou en rotation. Tous ces phénomènes ne durent pas une minute. L'enfant tombe ensuite dans un sommeil invincible voisin de la stupeur. C'est là un cas classique d'une *grande crise d'éclampsie infantile*.

2° Chez un autre enfant, les mouvements se limitent à une région très restreinte, la face, ou les deux membres supérieurs, ou un seul côté du corps, ou même un seul groupe musculaire et sans cri initial.

3° Enfin la crise convulsive peut n'intéresser que les muscles respiratoires et les muscles du larynx; c'est la convulsion *interne*. L'enfant devient tout à coup très pâle, rejette la tête en arrière, convulse ses globes oculaires, la face est violacée, la respiration est arrêtée, puis, au bout de quelques secondes, un sifflement inspiratoire se fait entendre et tout rentre dans l'ordre.

INDICATIONS PATHOGÉNIQUES. - La convulsion ne survient que chez un organisme préparé, n'éclate que pour une cause donnée. La cause occasionnelle peut être une impression nerveuse périphérique, cutanée ou muqueuse (vésicatoires, sinapismes, épingles renfoncées dans les chairs, langes trop serrés, furoncles, abcès, dentition douloureuse et pénible, vers intestinaux, corps étrangers de l'oreille et du nez, application défectueuse d'un bandage herniaire, etc...); mais les infections gastro-intestinales sont la cause profonde, le facteur le plus habituel de ces accidents; d'où la fréquence des convulsions chez les rachitiques, chez les enfants dyspeptiques soumis à une intoxication digestive permanente.

Un peu plus complexes, mais réductibles à ces deux ordres primordiaux de causes, sont: la constipation, les indigestions, l'alcoolisme de la nourrice, l'hyperthermie, les fièvres éruptives, la pneumonie, l'érysipèle, etc., qui débent souvent par des convulsions. Il s'agit dans ces derniers cas d'une action toxi-infectieuse sur les centres nerveux des poisons microbiens ou autres et des microbes eux-mêmes.

Tout ce qui combattra la dyspepsie, c'est à dire l'hygiène de l'alimentation en résumé, diminuera la prédisposition aux convulsions; écarter avec sollicitude les causes occasionnelles, les découvrir lorsqu'elles agissent et y porter prompt remède constituera le traitement vrai. Les accidents immédiats auxquels est exposé l'enfant durant la crise sont le guide des moyens employés pour la combattre.

TRAITEMENT.—A. TRAITEMENT DE LA CRISE.—a) Lors d'une crise unique.—Avant toute chose débarrasser complètement l'enfant de ses vêtements, l'étendre sur un LIT, la tête relevée ; veiller à ce que la température de la chambre ne soit pas trop chaude ; il est préférable qu'elle soit un peu fraîche ; si la saison le permet, entr'ouvrir une fenêtre Exiger le CALME et le SILENCE, éloigner toutes les personnes inutiles de l'entourage. NE JAMAIS APPROCHER LA LUMIÈRE des yeux du malade : à elle seule elle peut ramener la crise.

b) *lorsque les crises se répètent*, faire préparer un BAIN à 35°, y plonger l'enfant en ayant bien soin de lui ENTOURER LA TÊTE DE COMPRESSES FROIDES. Refroidir rapidement le bain jusqu'à 30°. On laissera le malade quinze minutes dans ce bain.

Pendant qu'on aura fait préparer le bain, on mettra cinq à six gouttes de CHLOROFORME sur le coin d'un mouchoir, et on le fera inhaler, en prenant la précaution de bien espacer les inhalations pour laisser beaucoup d'air pur à l'enfant.

Au sortir du bain, administrer le LAVEMENT ANTISPASMODIQUE suivant :

{	Assa foetida.....	1 gramme
{	Jaune d'œuf.....	N° 1
{	Lait.....	100 grammes.

Pour éviter les morsures de la langue on interposera un bouchon de liège entre les mâchoires.

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE: 1° Ne jamais pratiquer de saignée générale ; tout au plus pourra-t-on exceptionnellement mettre une sangsue derrière chaque apophyse mastoïde dans l'éclampsie urémique, et si l'enfant est un peu âgé et très vigoureux.

2° Ne jamais employer de révulsifs cutanés, tels que le vésicatoire, les sinapismes. Ils irritent le système nerveux périphérique, et peuvent ramener les crises convulsives

B.—TRAITEMENT D'APRÈS LA CAUSE.—Dès qu'on s'est fait une opinion sur la cause des convulsions, le traitement de la crise doit faire place à une thérapeutique s'inspirant mieux de la pathogénie.

a) Lors de *convulsions dues à des troubles gastro-intestinaux*, on doit ÊTRE TRÈS PARCIMONIEUX DES VOMITIFS, très déprimants chez des enfants. Ils devront être réservés pour les cas d'indigestion ; dans ce dernier cas, on administrera de la poudre d'IPÉCA, diluée dans de l'eau ; on

écartera les mâchoires et on ira titiller la luette pour faciliter encore le vomissement.

En même temps on donnera un **LAVEMENT PURGATIF**. Plus tard, on donnera le **CALOMEL**, 0 gr. 10 à 0 gr. 20, mais il ne faudra jamais le donner en premier lieu, car son action est trop lente, et il est urgent d'agir vite.

Il est bien entenu qu'on mettra l'enfant à la **DIÈTE HYDRIQUE** pendant au moins vingt-quatre heures, et que les jours suivants on ne se résoudra à **REPRENDRE L'ALIMENTATION QUE TRÈS DOUCEMENT** et avec les plus grandes précautions. Il faut tout particulièrement veiller à **LA CONSTIPATION**, et si c'est elle qui est particulièrement la coupable on ne laissera jamais passer une journée sans obtenir de l'enfant, naturellement ou artificiellement, une selle copieuse.

b) Dans les *convulsions par hyperthermie ou du début des maladies aiguës*, la **BALNÉATION** rend les plus grands services. Il faudra surtout **NE PAS FAIRE DE MÉDICATION INTEMPESTIVE**, les convulsions dans ces cas étant le plus souvent passagères. On se contentera de quelques inhalations au chloroforme et des bains tièdes à 28°-30°. Comme il faut éviter toute cause d'excitation brusque du système nerveux, on mettra d'abord l'enfant dans un bain à 35°-37°, que l'on refroidira progressivement et rapidement jusqu'à 28°. On le laissera un quart d'heure dans l'eau de cette température. C'est le traitement de la crise unique ou isolée; il sera rare en effet qu'une fois l'éruption survenue, dans la rougeole, par exemple, les convulsions se reproduisent fréquentes.

c) Quant aux *convulsions vermineuses*, outre qu'on ne devra accepter ce diagnostic qu'avec preuves certaines, — les vers intestinaux, sont en effet, souvent accusés à tort; — on se souviendra qu'on observe dans ces cas de véritables convulsions à répétition. Il faudra, alors, administrer le vermifuge approprié.

a) Au cas d'*ascarides lombricoïdes*, facilement constatés, donner **SEMEN-CONTRA**, un gramme, dans un peu de miel, le matin à jeun; le lendemain matin, administrer le paquet suivant :

{ Calomel..... } { Scammonée..... }	22 0 gr. 10 à 0 gr. 30
--	------------------------

suivant l'âge.

β) Au cas d'*oxyures vermiculaires*, bien et dûment contrôlés, pendant une huitaine de jours, le matin, donner un lavement avec une infusion

de FENOUIL ET D'ANIS, dans laquelle on aura ajouté deux cuillerées à soupe de glycérine ; le soir, au coucher, introduire dans le rectum le suppositoire suivant :

{ Calomel.....	0 gr. 15
{ Beurre de cacao.....	q. s.

Dans la journée, on introduira, dans l'anus, gros comme un pois d'ONGUENT NAPOLITAIN.

γ) Au cas de *tœnia*, donner le matin à jeun, en deux prises, à un quart d'heure d'intervalle :

{ Extrait de fougère mâle.....	3 grammes
{ Sirop de menthe.....	30 grammes

et une heure après la dernière prise :

Huile de ricin.....	20 grammes.
---------------------	-------------

C.—TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.—Comme l'éclampsie infantile atteint surtout les sujets nerveux, on devra, chez des enfants ainsi prédisposés, SURVEILLER ATTENTIVEMENT L'ÉDUCATION : Proscrire les causes d'excitation psychique et physique ; interdire le travail intellectuel précoce, ne pas laisser tomber les parents dans le grave travers de vouloir avoir des enfants prématurément brillants. ÉVITER LES JEUX PROLONGÉS dans les réunions nombreuses d'enfants. NE PAS EXCITER LEUR SENSIBILITÉ par des histoires de revenants ou autres, inventés pour les intéresser ou leur faire peur.

On prescrira les TONIQUES : le sirop d'iode de fer ou le sirop de raifort iodé. Tous les matins on imposera le TUB TIÈDE, et même froid, si l'enfant peut s'y accoutumer.

LE RÉGIME ALIMENTAIRE SERA L'OBJET D'UNE MINUTIEUSE SURVEILLANCE : repas bien réglés, bien composés suivant l'âge. Proscrire le vin et la bière, l'eau pure sera la seule boisson ou, encore, le lait coupé.

Chez les sujets particulièrement prédisposés, et chez lesquels il y aura tout lieu de redouter des crises convulsives, on donnera les antispasmodiques au début de toute maladie aiguë fébrile.

La syphilis des nourrissons

PAR M. LÉVI SIRDUVE

Ancien interne de l'Hôpital des enfants Assistés.

Le diagnostic de la syphilis du nourrisson constitue l'un des plus graves et souvent des plus difficiles problèmes de la pratique médicale. Qu'il s'agisse comme c'est le cas ordinaire, d'une syphilis héréditaire, débutant d'emblée par des accidents secondaires ou d'une syphilis avec chancre initial acquise après la naissance par contagion d'une nourrice infectée, de linges ou tout autre objet contaminé, il importe au médecin de faire ce diagnostic le plus tôt possible pour éviter les contagions auxquelles peuvent être exposées des personnes de l'entourage.

S'il s'agit d'une famille où le médecin a déjà observé des manifestations syphilitiques chez les géniteurs ou s'il a suivi l'évolution à une hérédo-syphilis dans les enfants nés à des accouchements antérieurs, il évitera de confier l'enfant à une nourrice alors même qu'il naîtrait sain, et il agira prudemment en avisant la famille des risques qu'elle encourrait en procédant autrement. Si l'allaitement maternel ou artificiel n'est pas accepté, il fera bien de dégager sa responsabilité des accidents qui peuvent survenir. Si la conduite du médecin est nettement indiquée dans ce cas, il y a quelquefois des circonstances plus délicates. La syphilis des géniteurs peut être restée ignorée des médecins et des malades eux-mêmes, les parents peuvent n'en présenter aucun stigmate au moment de la naissance de l'enfant. Celui-ci naît apparemment sain, et cependant dans les mois qui suivent peuvent éclater des manifestations syphilitiques. Si le médecin a quelque raison de suspecter la syphilis des parents, il devra là encore tenir la même conduite. Mais il est des cas où il est appelé dans une famille où un enfant a une nourrice. Il devra alors chercher à éclairer le diagnostic par une enquête faite sur les parents en se conformant aux exigences du secret médical, il devra aviser le père de la nécessité absolue de surveiller étroitement l'enfant, et s'il y a seulement des suspicions on pourra garder la nourrice mais en faisant têter toujours avec un bout de sein, et au moindre signe qui vienne confirmer les doutes on suspendra complètement l'allaitement au sein.

C'est le plus souvent vers la fin du premier mois qu'apparaissent les premières manifestations de l'hérédo-syphilis. Un des premiers signes sur

lequel Trousseau a insisté avec raison est le *coryza purulent*. Il faut se défier toujours d'un enfant qui a du pus, des croûtes dans le nez, dont l'enchifrènement gêne la succion. Si l'on examine avec soin les ailes du nez on pourra y voir des fissures caractéristiques. Après le nez il faut inspecter la bouche. On constate aux commissures des *fissures radiales* qui sont de par leur siège, leur infiltration, leur couleur, tout à fait caractéristiques. On ne devra jamais confier à une nourrice saine un enfant présentant de ces fissures labiales. Même aspect à l'orifice anal. Au pourtour de l'anus, à la racine des cuisses il y a souvent un *érythème jambonné* spécial avec ou sans papules. Il faudra éviter de confondre cet érythème spécifique avec des érythèmes par simple irritation entretenue chez des enfants atteints de diarrhée par des linges trop durs, par l'insuffisance des soins de propreté ; ces *syphiloïdes post-érosives* (Jacquet) n'ont pas cette couleur cuivrée particulière, les fissures sont plus superficielles, ne s'accompagnent pas d'infiltration cutanée.

Si au début le diagnostic ne peut s'appuyer le plus souvent que sur les seuls signes que nous venons d'énumérer, il se confirmera bientôt par la survenue d'autres lésions. De vraies plaques muqueuses analogues à celles de l'adulte se montrent à la bouche, à la gorge, chez les filles à la vulve. Du côté de la peau, des éruptions apparaissent ; la roséole est très fugace et échappe le plus souvent à l'observation, mais en dehors de l'érythème et des papules, vraies plaques muqueuses de la peau, on voit la syphilide psoriasiforme, et souvent le *pemphigus*, qui est spécial à l'hérédo-syphilis infantile et est très caractéristique. C'est pour la rechercher qu'on aura soin d'examiner la plante des pieds et la paume des mains où il siège et où il laisse des ulcérations après que les bulles se sont crevées. On pourra constater aussi les lésions de l'onyxis ou ulcérations périunguéales. Le petit hérédosyphilitique a une alopecie remarquable du cuir chevelu et des sourcils ; c'est là encore un signe que le clinicien ne devra pas négliger. Les adénopathies si importantes dans la syphilis de l'adulte n'ont guère de valeur ici.

En même temps que ces manifestations secondaires, se montrent des lésions tertiaires, et cette simultanéité est caractéristique de la syphilis du nourrisson. Le ventre est volumineux, ce qui tient à un peu d'ascite, mais surtout à l'hypertrophie du foie et de la rate qui peuvent descendre jusqu'au pubis. On portera son attention sur les testicules, car comme l'ont montré MM. Hutinel et Hudelo l'orchite est assez fréquente. Enfin il est un autre signe qui n'est pas rare et qui doit toujours donner l'éveil, c'est la *pseudo-paralysie par décollement épiphysaire* par Parrot. L'enfant

qui en est atteint est amené au médecin comme paralysé d'un membre; l'examen montre que l'impotence fonctionnelle s'accompagne de douleur dans les mouvements qu'on provoque, et cette douleur qui a son siège au niveau du cartilage diaphyso-épiphysaire est due au décollement qui rend compte des troubles observés. Cette pseudo-paralysie est d'autant plus intéressante à connaître qu'elle peut constituer une manifestation de début chez un enfant qui ne présentait pas de lésions cutané-muqueuses.

Si le nourrisson hérédo-syphilitique offre souvent le tableau bien connu de la cachexie athrepsique avec ce teint bistre spécial, il importe de savoir que l'hérédo-syphilitique, surtout élevé dans de bonnes conditions hygiéniques peut avoir tout l'extérieur d'un enfant sain et n'en présenter pas moins quelque une des manifestations que nous avons passées en revue.

Le médecin peut faire œuvre prophylactique utile en traitant les parents avant la conception et la mère pendant la grossesse. S'il n'est consulté qu'après la naissance de l'enfant il devra surtout, comme nous l'avons dit, essayer d'éviter les contagions. Il recommandera l'allaitement maternel, une mère d'apparence normale ne contractant pas d'ordinaire la syphilis de son enfant (loi de Colles). Sinon on mettra l'enfant rigoureusement à l'allaitement artificiel. C'est surtout dans les classes pauvres, dans les campagnes, que les contagions sont à redouter soit directement par les objets, biberons, linges, etc., ayant été en contact avec l'enfant contaminé. Le médecin ne devra pas craindre d'insister sur les dangers et d'entrer dans le détail des mesures à prendre pour les éviter. Si la mère nourrit son enfant et si elle-même présente des lésions syphilitiques on lui donnera un traitement qui pourra être de quelque avantage aussi pour l'enfant par suite du passage dans le lait des médicaments. Mais si la mère est indemne, il est inutile de procéder ainsi, et en tout cas ce traitement est insuffisant pour l'enfant porteur de manifestations syphilitiques. Ce qui facilite la tâche au médecin c'est la tolérance remarquable des nourrissons pour les composés mercuriels, qui ne provoquent pour ainsi dire jamais de stomatite. Le mercure peut être donné de différentes façons. A l'intérieur il le sera sous forme de liqueur de Van Swieten qu'on donnera dans du lait à la dose de XX ou au plus XXX gouttes par jour en trois ou quatre fois. On suspendra s'il survenait de la diarrhée. Mais le mercure peut-être avantageusement prescrit sous forme de frictions et c'est là un des modes d'emploi des plus usités. On peut se servir de la formule suivante (Comby) :

Onguent napolitain..... 20 grammes.
 Essence de mentheXX gouttes

Diviser en vingt boîtes. Une par friction. La personne qui fera la friction aura soin de se munir d'un gant de crin, la friction ne se fera pas deux fois de suite à la même place. On la fera successivement aux aines, aux aisselles de chaque côté, à la face interne des cuisses, etc. On peut enfin faire dans les cas intenses, des injections avec la solution huileuse suivante : Huile 10 grammes, biiodure d'hydrargyre 4 centigrammes. On en injectera une demi seringue par jour. (2 milligrammes).

S'il y a des lésions cutanées surtout suintantes on prescrira des bains de sublimé (1 litre de liqueur de Van Swieten pour 14 litres d'eau). L'enfant devra être tenu très chaudement et, s'il a tendance à se refroidir, mis dans une couveuse. Le coryza qui gêne la succion sera localement traité par des pommades telles que celle du protoiodure au 30ème.

Après deux à trois mois on donnera de l'iode (5 à 30 centigrammes) ou du sirop de Gilbert (une demi à une cuillerée à café).

Par un traitement énergique et précoce, on diminuera la gravité du pronostic, moins grande pour les enfants de la classe aisée qui soustraits aux multiples causes d'infection hospitalière ont plus de chances de sur vivre.

Gazette des Hôpitaux

Désinfection du linge des malades

Par M. P. CARLES

Professeur agrégé à la faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Lorsqu'un malade est atteint d'une maladie susceptible de devenir épidémique, la loi veut que le médecin en instruisse la municipalité, afin qu'il soit pourvu, gratuitement ou à titre onéreux, suivant le cas, à la désinfection du domicile de ce malade, de sa literie ou des linges qu'il a souillés.

Les linges, dont nous nous occupons dans cet article, sont emportés à l'usine à désinfection ; là, sans aucun traitement préalable, on les passe à l'étuve à une température suffisante pour que tous les germes de la contagion soient stérilisés. Puis on les retourne à leur propriétaire, à qui incombe le soin de les faire blanchir.

Or, il se produit sur le linge blanc ainsi traité, des taches qu'il est impossible de faire disparaître ; pour éviter ce grave inconvénient, il est nécessaire de rechercher le moyen d'empêcher ces taches de se produire, du moins de façon indélébile.

Quelle en est donc la cause ? C'est la chaleur.

Quand on emploie cette chaleur à stériliser le linge, soit en vapeur, soit à l'état sec, on ne peut empêcher qu'elle coagule les albuminoïdes du sang, du pus et autres humeurs de l'organisme ; ainsi solidifiées, ces matières se fixent dans les pores les plus fins du tissu et font désormais si bien corps avec lui que l'usage seul peut les séparer. Il faut donc éviter cette coagulation.

Pour cela, il est indispensable d'enlever ces albuminoïdes. On y arrive avec de l'eau froide ou chauffée au-dessous de 70 degrés, tenant en dissolution un antiseptique non coagulant. Cette qualité est urgente, sans quoi le linge serait encore taché comme avec la chaleur. Mais les antiseptiques de ce genre, du moins les bons, ne sont pas nombreux. Il les faut aussi sans odeur.

Deux paraissent pouvoir remplir ce rôle : ce sont le sublimé et le cyanure de mercure.

Le sublimé est un coagulant des albuminoïdes au premier chef ; mais il perd cette propriété en présence du sel marin, qui facilite notamment, du reste, sa solubilité. Deux parties au moins de sel commun sont nécessaires pour cela. Malgré tout, quand, en dissolution dans l'eau ordinaire, il a imprégné le linge, les dernières parties résistent fort au rinçage qui précède la mise à l'étuve stérilisatrice. Dans ces conditions, sans doute, les cristaux de soude et l'eau de Javelle ne le colorent qu'en blanc, ce qui ne fait pas tache ; mais les traces tenaces de sel mercuriel n'en persistent pas moins sur le linge.

Cette persistance n'est pas indifférente au point de vue hygiénique ; elle ne l'est pas non plus au point de vue de l'économie domestique. Un jour ou l'autre en effet, ces traces tenaces peuvent être mises en contact de liquides ou de vapeurs sulfureuses, et alors elles noirciront. Il y a là matière à reprises tardives.

Avec le cyanure de mercure, les choses se passent de façon plus satisfaisante. Celui-ci se dissout aisément, seul et sans décomposition, dans 10 parties d'eau froide, ainsi que dans toute espèce d'eau séléniteuse ou calcaire, ce qui n'a pas lieu pour le sublimé ; il part facilement et intégral-

lement aux rinçages à toutes les eaux ; il n'exige pas l'intervention des chlorures alcalins pour n'être pas coagulant des albuminoïdes, puisqu'il ne l'est dans aucun cas ; il n'est décomposé ni par les cristaux de soude ni par l'eau de Javelle. Un seul agent chimique peut l'atteindre au lessivage quand le linge antiseptisé a été mal rincé : ce sont les traces de sulfures alcalins que contient la lessive de cendres de bois, c'est-à-dire ce qu'on nomme *lessif* en notre pays de Gascogne. Mais cette lessive de famille est bien tombée en désuétude.

Bref, le cyanure de mercure, ce' antiseptique de choix que M. le professeur Denigès a désigné à la médecine bordelaise avec tant de perspicacité, trouve ici un nouvel emploi légitime. Il nous semble qu'avec lui, on pourrait sans inconvénient pour la santé publique et pour celle des désinfecteurs, priver le linge des malades de toute souillure contagieuse et de toute tache présente ou latente. Quant à l'hygiène publique et privée, elle n'aurait qu'à y gagner.

Un seul point gênera dans l'usage du cyanure : c'est son prix encore élevé ; mais grâce à l'exemple bordelais, son emploi se répand tous les jours davantage et sa valeur marchande baisse d'autant plus. C'est ce qui arrive chaque fois qu'un produit chimique minéral peu usité est quotidiennement demandé.

P.—S.—Pour l'usage dans les familles, il est prudent de colorer les solutions de cyanure afin d'empêcher les méprises, c'est un violent poison. On peut employer, pour cela, le sulfate d'indigo ou le chromate de potasse. Le premier colore en bleu, le second en jaune, sans donner lieu à aucune décomposition chimique.

Traitement ambulatoire de l'orchite-épididymite blennorrhagique.

Un malade, au déclin ou au début d'une blennorrhagie, est atteint d'orchite-épididymite. Il ne peut, en raison des nécessités de son travail ou de sa situation sociale, être traité à la chambre. Par quel moyen le praticien peut-il guérir, dans le minimum de temps, en le laissant, sans dommage, vaquer à ses occupations ?

Le malade est tout d'abord baigné, si possible; en tous cas, le scrotum est savonné à l'eau chaude et rasé, puis séché avec soin. On étend le patient à plat sur le lit. Les bourses sont fortement ramenées en haut sur le pubis. Puis on applique largement sur toute la région distendue une couche épaisse de la pommade suivante :

Salicylate de méthyle.....	20 grammes
Gaïacol	2 gr. 50
Lanoline.....	15
Vaseline.....	25

On recouvre immédiatement d'une feuille de coton cardé ordinaire, non hydrophile. On passe sous le scrotum une bande assez forte de coton, dont les deux chefs ramenés en haut sont confiés au malade qui maintient ainsi les bourses, pendant toute la durée du parsement consécutif, position où le médecin les a, dès le début, placées. Une couche d'ouate est glissée en avant entre la verge et les bourses, d'une part, et le pubis, d'autre part. Par-dessus on applique encore de l'ouate et une feuille de taffetas chiffon percé d'un trou pour laisser passer la verge : puis on met, comme dans le suspensoir de Langlebert, une quantité considérable d'ouate, en couches épaisses, sur le scrotum. On en garnit les lombes et la racine des cuisses; on termine par un spica double de l'aine, fortement compressif, fait avec des bandes de 15 centimètres de largeur en crêpe Velpeau. On peut se servir encore de bandes en tarlatane apprêtée ou non : mais ce pansement est ainsi moins souple et ne tient pas mieux.

Le malade éprouve pendant les deux premières heures une cuisson modérée dans la région du scrotum. Cette sensation s'atténue très rapidement. En quelques heures toute douleur est disparue : la marche est possible et elle le restera, sans gêne appréciable, jusqu'à la guérison.

Le cinquième jour, on peut enlever l'appareil : tout gonflement a disparu; le volume de l'épididyme est réduit presque complètement, sa consistance est devenue à peu près normale. On prescrit, par précaution, pendant quelques jours, le port d'un suspensoir ordinaire qu'on garnit d'une couche d'ouate. Il est bien entendu que, pendant tout ce temps, on n'a pas négligé de traiter la blennorrhagie par des moyens classiques.

Le médecin qui a recours à ce procédé est frappé de l'action puissamment analgésique, résolutive, du gaïacol et du salicylate de méthyle associés à la compression, dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. Les

effets favorables du salicylate de méthyle seul ont été déjà signalés dans un travail de M. le Dr Paul Caziot, publié ici même en 1899, mais ils sont, en pratique, inférieurs à ceux du traitement combiné que nous préconisons et que nous avons eu l'occasion d'employer avec un succès constant dans une douzaine de cas.

G. MAURANGE.

Valeur thérapeutique de l'acide cacodylique.

(*Med. Obsr.*, n^o 8, 1901.)

Schouriguine a fait une série d'observations sur l'action de l'acide cacodylique dans différentes maladies graves (tuberculose, malaria, anémie, influenza grave.)

Il a constaté que l'acide cacodylique et le cacodylate de soude exercent une action très favorable dans les cas où il y a une diminution des forces par épuisement ou anémie ; ils sont particulièrement utiles par leur action rapide là où il est urgent d'augmenter les forces. La composition et la quantité totale du sang augmentent notablement, le pouls devient plus plein ; le travail cardiaque se fait régulier et plus énergique. L'état général des malades s'améliore rapidement et la voix, de faible, devient sonore : l'appétit augmente vite.

Les injections sous-cutanées exercent la même action, mais plus faiblement. Dans les intervalles, on peut prescrire utilement du fer. Dans un cas, l'auteur s'est bien trouvé d'un traitement combiné : injections de cacodylate de soude et ferratine à l'intérieur.

Dans le scorbut—au début et au cours de la maladie—l'acide cacodylique est resté presque sans action ; mais, à la période de la convalescence, il se montre au contraire utile, en favorisant la guérison. On ne peut considérer l'acide cacodylique et le cacodylate de soude comme des spécifiques dans une maladie quelconque. L'action immédiate de ces médicaments consiste à améliorer l'hématopoïèse et à élever le tonus de tous les tissus et organes. Sur la température fébrile ou normale, l'acide cacodylique ne paraît pas exercer d'action directe ; cependant, la température

fébrile tombe progressivement et ses variations deviennent même prononcées.

La fréquence du pouls et le nombre des mouvements respiratoires ne sont pas modifiés. La toux et les sueurs nocturnes chez les tuberculeux diminuent, ainsi que les crachats qui deviennent plus muqueux. La diarrhée, sous l'influence de l'acide cacodylique, diminue et même disparaît complètement. On n'a jamais observé d'albuminurie. Cependant, avant d'administrer l'acide cacodylique, il faut toujours examiner les urines, étant donné que l'acide cacodylique s'élimine surtout par les reins.

Si l'odeur d'ail de l'air expiré est pénible pour les malades, s'il survient des douleurs épigastriques ou bien s'il y a dégoût pour le médicament avec perte de l'appétit, il faudra interrompre le traitement ou bien recourir aux injections sous-cutanées.

Quand on a atteint les doses de 1 gr. 40 à 2 gr. 50, et même avant, il faut interrompre le traitement jusqu'à disparition de l'odeur d'ail.

Les injections sous-cutanées ne présentent pas, d'après l'auteur, d'avantages sur l'administration du médicament à l'intérieur. Il faut cependant leur donner la préférence dans les vomissements provenant d'une anémie cérébrale, dans l'ulcère de l'estomac, dans les gastro-entérites, etc.

(ROUBLEFF, *in Rev. de thér. méd. chir.*)

Dilatation des bronches. Traitement préventif.

par le Dr G. LYON

Quand la convalescence d'une broncho-pneumonie est traînante, que les lésions locales sont lentes à se résoudre, il faut :

1^o Employer les agents révulsifs, sous la forme d'applications répétées de *pointes de feu*.

2^o Provoquer l'évacuation des sécrétions bronchiques au moyen des expectorants, notamment du kermès, du polygala, etc.

Kermès.....	0 gr. 10
Gomme arabique.....	40 grammes
Sirop d'ipéca.....	40 "
Eau de fleur d'oranger.....	10 "
Eau de tilleul.....	100 "

A prendre dans les vingt-quatre heures.

3° Tarir les sécrétions au moyen des balsamiques ; térébentine, terpine, créosote, gaiacol et ses dérivés, etc.

Terpine..... } àà 0 gr. 20
Benzoate de soude }

Pour un cachet.—3 par jour.

4° Modifier l'état général, au moyen de l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler (viii-x gouttes par jour), d'injections de cacodylate de soude (0 gr. 05 à 0 gr 10 par jour) et de l'iodo-tannique.—

TRAITEMENT DE LA BRONCHECTASIE.

1° Prescriptions hygiéniques.

Dans la mesure du possible, séjour à la campagne, et, pendant l'hiver, sous un climat permettant de rester une partie de la journée au grand air (résidence sur le littoral méditerranéen, ou bien à Pau, Cambo, Arcachon, etc.)

Abstention du tabac, de l'alcool.

Eviter les refroidissements.

Alimentation substantielle : œufs, poisson, cervelles, féculents, fromages.

2° Evacuation des bronches par les expectorants (kermès, polygala, etc).

Racine de Polygala concassé..... 4 grammes.

Eau bouillante..... 1 litre.

Faites infuser pendant deux heures et passez ; trois tasses par jour à distance des repas.

Par des attitudes propices ; par la compression méthodique du thorax (Gerhardt)

3° Sédation de la toux.

Etre réservé dans l'emploi des opiacés de la belladone, de la jusquiame, du datura, etc...qui suppriment le réflexe tussigène et favorisent plutôt la rétention des produits de la sécrétion des bronches.

Employer presque uniquement les inhalations de vapeurs aromatiques :

Teinture d'eucalyptus..... } àà 20 grammes.
Teinture de benjoin..... }

Une à deux cuillerées à café dans un demi-litre d'eau bouillante.

Ou :

Menthol.....	1 gramme.
Eucalyptol.....	1 —
Essence de thym.....	5 —
Essence de lavande.....	5 —
Teinture de tolu.....	10 —
Alcool à 90°.....	100 —

Même dose.

4° Traitement de la fécondité :

Par les vaporisations précédemment indiquées, par les inhalations de solutions d'acide phénique, thymique, de phénosalyl, faite au moyen de l'inhalateur à deux tubulures de C. Paul.

Par l'emploi à l'intérieur de l'eucalyptol (0 gr. 50, grammes en capsules), ou mieux en injections sous-cutanées.

Eucalyptol.....	20 grammes
Vaseline liquide.....	80 —

Injecter 5 à 10 cent. cubes ;

De l'*hyposulfite de soude* (4 à 10 gr.) en potion :

Hyposulfite de soude.....	4-5 grammes.
Julep gommeux.....	120 —
Sirop d'eucalyptus.....	30 —

etc.

5° Traitement de l'hémoptysie.

Injections sous cutanées d'*ergotine Yvon* (1 à 2 gr. par jour) ou bien de *sérum gélatiné* à 2 ou 5% à la dose de 50 cc.

(Demange)

6° Traitement des troubles cardiaques.

Lorsque le cœur fléchit avoir recours aux moyens ordinaires : Digitale en macération ou infusion, ou digitaline (50 gouttes de la solution alcoolique au 1/100°)

7° Traitement général.

Employer l'arsenic, le quinquina, l'huile de foie de morue, la lécithine. En cas de syphilis antérieure, instituer le traitement mixte.

G. LYON.

REPRODUCTION

Sténose Tricuspide

Bedford Tenwick, de Londres, trouve :

- 1° Que la Sténose Tricuspide n'est pas aussi rare qu'on est généralement porté à le croire ;
- 2° Qu'elle attaque la femme beaucoup plus fréquemment que l'homme, dans une proportion d'environ huit pour un ;
- 4° Que la mort résulte rarement de cette affection avant vingt ans ou après cinquante, et qu'elle survient le plus ordinairement entre vingt et trente ans, le nombre de ses victimes diminuant progressivement avec chaque demi-décade ;
- 4° Que dans 50 pour cent des cas il y a une histoire antécédante bien marquée de rhumatisme aigu ou sous aigu.
- 5° Que dans tous les cas la sténose a atteint l'orifice mitrale, et généralement à un degré plus prononcé que la tricuspide.
- 6° Que l'oreillette droite est toujours plus ou moins dilatée.
- 7° Que dans 56.5 pour cent des cas les valvules aortiques sont également malades, et que dans environ 26 pour cent leur orifice est sténosé.
- 8.° Que la sténose tricuspide, quand elle se rencontre chez l'adulte, est due à une maladie acquise et probablement jamais d'origine congénitale.

“ *St Louis Medical Review.* ”

Alimentation rectale

par le Dr CESAR TOMAS.

L'auteur après avoir présenté quelques considérations sur les cas dans lesquelles l'ingestion d'aliments par la bouche est préjudiciable (ulcère gastrique, vomissements incoercibles, sténoses spasmodiques du pylore, etc.) examine quelle est la valeur qu'on doit accorder à l'alimentation rectale, quelle doit être la composition des lavements nutritifs et quelle sera la technique la plus avantageuse.

Les expériences faites démontrent que par l'alimentation rectale on peut remplacer pendant un temps plus ou moins long l'alimentation par la

bouche. La clinique met en outre en évidence que les services qu'elle rend ne sauraient être obtenus par d'autres procédés.

Bien que la muqueuse rectale ne possède aucun pouvoir digestif, sa puissance d'absorption est très grande, et par conséquent les substances introduites, aptes à l'alimentation seront absorbées complètement, pourvu qu'elles n'aient pas besoin de transformation. En plus, la possibilité que les lavements introduits profondément dans le rectum puissent franchir la valvule de Bauhin en augmentent encore la valeur.

Le meilleur moyen de constater la valeur nutritive des dits lavements est la méthode des pesées.

La durée du traitement est de cinq à huit jours; cependant dans quelques cas on pourra arriver à quinze et trente, pourvu que les lavements soient tolérés et que l'état général du malade le permette.

Quant à la composition il faut se rappeler que l'organisme a besoin de substances albuminoïdes, de graisses et d'hydrocarbures; on devra donc administrer ces substances dans des proportions se rapprochant autant que possible des quantités moyennes éliminées par l'organisme.

Plusieurs substances albuminoïdes sont absorbées directement par le rectum, sans souffrir aucune modification, tels que le lait, le blanc d'œuf et le jus de viande, dont l'absorption est favorisée d'après Hubner, par l'adjonction d'une petite quantité de sel.

Le lait et les œufs nous fournissent la graisse et quant aux hydrocarbures nous pouvons aisément employer le glucose absorbable sans transformation; le maximum de cette substance qu'on peut ajouter au lavement est 20%; une plus forte proportion produit la diarrhée.

Pour augmenter la tolérance rectale, quelques gouttes de landanum seront nécessaires.

L'auteur propose une formule qui lui a rendu de bons services :

Lait 150 grammes.

Œufs.....No. 2.

Faites émulsion et ajoutez :

Glucose.....30 grammes.

Sel marin 1 gr. 50.

Laudanum..... I à III gouttes

Pour un lavement. Quatre par jour.

Comme l'organisme perd une grande quantité d'eau, il faudra donner aussi quelques lavements d'eau mélangée avec du vin.

Avec tous ces lavements, on administrera journallement au malade une alimentation contenant à peu près 76 grammes d'aibuminoïdes, 65 de graisses et 200 d'hydro-carbures. Le malade devra garder le lit, on lui défendra l'ingestion d'aliments par la bouche, et seulement en cas de soif très vive on permettra un peu d'eau pure.

Le malade doit être en décubitus latéral et on introduira dans le rectum aussi haut que possible une sonde de Nélaton de la grosseur du doigt.

HEMORRHAGIES UTERINES

(en dehors de l'état puerpéral) ;

Leur traitement d'urgence.

Les hémorrhagies utérines se produisent dans des conditions très variables, suivant leurs causes. Il arrive souvent que la cause ne peut être tout d'abord déterminée ; et cependant, en raison de son abondance ou de sa persistance, l'hémorrhagie compromet l'existence de la malade. Il faut agir sans délai, arrêter l'écoulement sanguin, remettant à plus tard les recherches et le traitement étiologique.

INFORMATIONS ET INDICATIONS CLINIQUES.—Il est presque toujours possible d'obtenir de la malade quelques renseignements précieux sur la façon dont s'est établie l'hémorrhagie. Un examen sommaire des organes génitaux par le palper abdominal et le toucher vaginal permet souvent d'établir un diagnostic approché de l'affection qui a déterminé l'hémorrhagie.

Renseignements et examen, forment le tableau des quelques types, classiques et constamment rencontrés, d'hémorrhagies utérines que voici :

A. Une femme âgée de trente-cinq ans, a déjà eu plusieurs enfants. Depuis son dernier accouchement, elle a présenté des signes de métrite, douleurs pelviennes, pertes blanches, etc. Il y a deux mois, elle a fait une perte. Cet avortement ne l'a guère préoccupée, et au bout de quelques jours, elle a repris ses occupations ordinaires. Mais l'écoulement sanguin, au lieu de cesser vers le douzième ou le quinzième jour, a continué d'une façon intermittente : tantôt le linge était à peine taché, tantôt l'écoulement était plus considérable. A la suite d'une grande fatigue, d'une

marche prolongée, une véritable hémorrhagie s'est déclarée, qui, par son abondance, effraie la malade. Il s'agit vraisemblablement d'une *endométrite hémorrhagique*.

Dans ce cas, quelques fragments très minimes de caduque, quelques débris placentaires greffés sur la muqueuse, entretiennent une irritation tenace ; ces débris se sont infectés et ont amené une vive inflammation de la muqueuse du corps ; la congestion de la muqueuse a provoqué la métrorragie. Une indication s'imposera à bref délai : débarrasser la cavité utérine de tous ces débris et enlever la muqueuse malade.

B. Une malade, de trente-cinq ans, sans passé génital notable, voit peu à peu ses règles augmenter de durée. Alors qu'elles duraient autrefois à peine de quatre ou cinq jours, elles persistent maintenant huit et dix jours, et sont très abondantes. Il y a peu ou pas de leucorrhée.

La malade a noté que son abdomen augmentait de volume, et l'on constate facilement la présence d'une tumeur dure, non douloureuse, remontant jusque près de l'ombilic. La malade n'a point maigri, bien que son teint soit devenu presque cireux. Elle se sent cependant faiblir et attend avec crainte l'époque de ses règles. Celles-ci se présentent avec plus d'abondance encore que de coutume ; malgré le repos, l'hémorrhagie continue, inquiétant la malade et son entourage. Un *fibrome utérin* est en cause.

Il existe vraisemblablement un ou plusieurs fibromes sous-muqueux, peut-être même un *polype* est-il en voie d'engagement. La muqueuse vascularisée, hyperhémisée, saigne facilement, surtout lorsqu'une autre cause (règles, fatigue, etc.) vient augmenter encore la congestion utérine. Comme l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic, il va falloir songer à l'hystérectomie.

C. Une femme de 45 ans a vu ses règles disparaître. Il y a quatre ans. Pendant trois ans, elle n'a pas eu d'écoulement sanguin, même minime. Il y a quelques mois, à sa grande surprise, elle a vu que son linge était un peu taché de sang. Elle a cru à un retour de règles, presque à un regain de jeunesse. Cet écoulement s'est reproduit à intervalles irréguliers trois semaines à un mois..... Cependant cette nouvelle instauration n'a point ramené la vigueur, au contraire. La malade maigrit considérablement bien que son appétit soit conservé. En même temps sont apparues des pertes blanches ichoreuses, à odeur fétide, repoussante. Puis, brusquement, la perte du sang prend les allures d'une véritable hémorrhagie. La

malade s'inquiète, demande une intervention. On ne peut songer qu'à l'*épithélioma utérin*.

Le toucher vaginal, pratiqué très doucement pour ne pas augmenter la perte de sang, permet de sentir le col transformé en chou fleur ulcéré, végétant. Le cancer a détruit tous les tissus au cours de sa marche envahissante, les vaisseaux n'ont pas échappé à la destruction. Les portions périphériques du néoplasme mal nourries se sphacèlent et tombent dans le vagin, laissant à nu une surface, saignant d'autant plus faiblement que les parois des vaisseaux sont détruites. Ici encore, une intervention énergique (curage ou hystérectomie) sera urgente à bref délai.

D. Une femme, de 43 ans, a toujours été bien réglée jusqu'à ces derniers mois. Mais depuis quelques temps, elle éprouve une série de troubles. Elle a grossi beaucoup sans que ses forces augmentent. Elle se sent lourde, fatiguée, incapable d'effort. La digestion est pénible. Les idées sont tristes. Au point de vue génital peu ou point de pertes blanches. Les règles sont très irrégulières ; elles disparaissent pendant deux mois, puis, brusquement survient un écoulement abondant, qui semble plutôt soulager la malade. Mais, sans raison apparente, l'écoulement sanguin a augmenté. C'est une véritable hémorrhagie qui peut mettre les jours de la malade en dangers, si une thérapeutique active n'intervient pas.

Rien ou à peu près comme affection génitale. L'utérus est normal, mobile, non douloureux. Mais le foie est volumineux..... les phénomènes que nous avons observés montrent que notre malade est une congestive, arrivée à la *ménopause*. Tant que la dérivation mensuelle s'est faite, il n'y a eu aucun trouble. Maintenant que cette déplétion fait défaut, les maux apparaissent. Les hémorrhagies relativement légères qu'a présentées notre malade ne sont, en somme, que des *épistaxis utérines*. Il faudra respecter ces écoulements, au moins tant que par leur abondance ils ne deviendront pas dangereux pour la malade.

Mais les diverses interventions (hystérectomie, curage, etc.), que comportent les affections utérines que nous venons de passer en revue sont sérieuses, demandent de la réflexion, l'acceptation par la malade et la famille, une préparation longue..... Nous y songerons un peu plus tard. Pour l'instant, ce qu'il faut avant tout c'est arrêter l'hémorrhagie.

TRAITEMENT—Ce traitement comporte des moyens locaux et des moyens généraux.

I. MOYENS LOCAUX. — 1° Deux bons procédés sont d'abord à essayer : l'irrigation d'eau très chaude, le tamponnement du vagin.

a) Pour pratiquer les IRRIGATIONS D'EAU TRÈS CHAUDE, mettez la malade dans le décubitus horizontal en travers du lit, le siège débor-
dant un peu le matelas. Une toile cirée fait gouttière et conduit le liquide de l'injection dans un seau placé à cet effet. Faites au moyen d'un bock
nanti d'une canule en verre, passer une grande quantité d'eau très chaude, six, huit, dix litres d'eau à 45° et 50°. RECOMMENCEZ CES INJEC-
TIONS DEUX FOIS, TROIS FOIS PAR JOUR ET PLUSIEURS JOURS DE SUITE.

Ces irrigations agissent en amenant une contraction des parois des petits vaisseaux. Elles conviennent surtout aux cas où les tissus sont friables et où d'autres moyens topiques peuvent déchirer les tissus.

Dans tous les cas, elles suffisent souvent à modérer l'écoulement sanguin ou même à le tarir momentanément, et permettent d'établir le tamponnement dans de meilleures conditions.

b) TAMPONNEMENT DU VAGIN, — Il faut se munir d'un spéculum ou d'une valve, d'une pince longue et de tampons. On peut à la rigueur mettre quelques tampons sans valve, mais outre que l'on voit mal ce que l'on fait, l'exécution sera difficile : les premiers tampons vont essuyer le mucus, et le vagin devenu râpeux ne laissera plus passer les autres. La malade va souffrir, crier. On se hâtera d'en finir, le tamponnement sera mal fait.

Si on le peut, les tampons seront faits avec de la charpie. Malgré qu'on en ait dit beaucoup de mal, LA CHARPIE EST LE MEILLEUR PANSEMENT CONTRE L'HÉMORRAGIE. Mais il faut de la CHARPIE ÉTUVÉE. Si l'on est à la campagne, une fois la charpie faite, on la met dans le four de la cuisinière d'où on la retire dès qu'elle commence à roussir. La température (environ 200°) à laquelle elle aura été soumise l'aura débarrassé de tous ses germes. La OUATE HDYROPHILE et la GAZE IODOFORMÉE peuvent également servir, mais elles laissent sou-
vent filtrer le sang.

Les tampons préparés, l'injection vaginale donnée, mettez le spéculum ou la valve, ET PLACEZ MÉTHODIQUEMENT LES TAMPONS DANS LES CULS-DE-SAC, PUIS PROGRESSIVEMENT DANS LE VAGIN, EN TASSANT LÉGÈREMENT. Replacez la malade dans la position hori-
zontale et recommandez-lui de faire le moins de mouvements possible.

Tout n'est pas fini. Il faut maintenant surveiller attentivement la malade et **NE PAS LAISSER TROP LONGTEMPS LE TAMPONNEMENT EN PLACE, QUARANTE-HUIT HEURES AU MAXIMUM.**

Car si le tamponnement est un moyen précieux qui arrête parfois l'hémorragie d'une façon définitive, il peut avoir ses inconvénients : il facilite l'ulcération des tissus enflammés ou cancéreux. Le sang peut s'accumuler au-dessus des tampons et produire une hémorragie interne. Les tampons deviennent rapidement septiques. Enfin le tamponnement amène presque toujours de la rétention des urines et des matières fécales. N'abandonnez donc pas une malade à elle-même sur la foi du tamponnement.

c) Un troisième moyen, **L'APPLICATION DE GLACE OU D'EAU FROIDE SUR LE VENTRE** est un adjuvant qui peut rendre des services dans certaines hémorragies internes. Celles qui s'accompagnent de tension du pouls, de battements artériels dans le vagin, de sensation d'ardeur, de chaleur, d'érythème dans le petit bassin, de douleurs vives, sont dites actives et appellent de préférence l'emploi de la réfrigération abdominale.

2. L'HÉMORRHAGIE PERSISTE MALGRÉ LE TRAITEMENT.—
CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE : c'est d'avoir recours au procédé d'EMMET, qui fait une suture temporaire du col au risque d'avoir une hématométrie ou une hémorragie intra-péritonéale ; c'est aussi de tenter la ligature des artères utérines préconisée par MARTIN : il s'agit là d'une véritable intervention chirurgicale, et alors autant vaut tout de suite faire une intervention radicale et traiter l'affection même, source de l'hémorragie.

CE QUE L'ON DOIT FAIRE, c'est la **DILATATION DU COL**, soit avec des éponges préparées s'il n'y a pas urgence, soit immédiatement par l'incision du col, **SANS EMPLOYER LES BOUGIES DE HEGAR**, qui ici offensent trop ; l'incision a l'avantage de permettre d'extirper un polype fibreux, s'il se présente. La dilatation ainsi obtenue permet d'atteindre par le tampon intra-utérin, par les hémostatiques, la source même de l'hémorragie. Des attouchements par exemple avec une solution concentrée de

{	Antipyrine	5 grammes
{	Eau stérilisée.....	10 grammes

Sont cessés une hémorragie, que ni le tamponnement, ni les injections vaginales n'avaient pu arrêter.

II^o MOYENS GÉNÉRAUX. Les moyens médicaux hiéigiéniques et médicamenteux ne doivent pas être négligés. La malade sera placée dans le DÉCUBITUS HORIZONTAL, avec élévation du bassin ; on recommandera le CALME ABSOLU et de corps et d'esprit. LA MALADE DEVRA GARDER LE LIT AU MOINS QUARANTE-HUIT HEURES APRÈS LA CESSATION COMPLÈTE DE L'HEMORRAGIE.

Parmi les AGENTS THÉRAPEUTIQUES préconisés, la plupart n'ont guère d'action ; quelques-uns cependant peuvent constituer des adjuvants précieux. L'action sédative sur la circulation et calmante de la douleur de l'OPIUM peut être recherchée à bon droit ; les meilleurs résultats sont obtenus avec des lavements :

{ Laudanum de Sydenham.....	X gouttes
{ Décoction de guimauve.....	250 grammes.

ou les suppositoires

{ Extrait d'opium.....	5 centigrammes.
{ Beurre de cacao.....	4 grammes.

L'ERGOT DE SEIGLE amène des contractions énergiques de l'utérus, et par là même, l'oblitération des vaisseaux ; on prescrira soit ,

Poudre d'Ergot..... 1 gr. 50

en deux ou trois paquets dans la journée :

soit l'ergotine d'Yvon (une demi-seringue de Pravaz par deux et trois fois en vingt-quatre heures) soit enfin l'ergotinine de Tanret qui est un médicament extrêmement actif, qu'il ne faut employer qu'à la dose d'un quart de milligramme par deux ou trois fois par jour ; on formera alors la solution suivante :

{ Eau dist. de laurier cerise.....	40 g.
{ Acide lactique.....	0 g. 02
{ Ergotinine de Tanret.....	0 g. 01

un centimètre cube contient un quart de milligramme d'ergotinine.

Dans les cas d'hypertension artérielle, d'érythisme vasculaire, il y a lieu de prescrire la DIGITALE sous forme de

{ Poudre de feuilles de digitale	10 centig....
{ Eau pour infusion	1 litre.

à prendre dans les 24 heures.

L'HYDRASTIS CANADENSIS (vingt à trente gouttes de teinture par jour) et le CANABIS INDICA (trente gouttes par jour de l'extrait fluide) paraissent avoir une action sur la circulation de la muqueuse utérine. Ces deux médicaments pourront rendre des services ; mais il serait imprudent de compter exclusivement sur eux.

Dans les cas où l'on soupçonnera des hémorragies passives, entretenues par la constipation, la congestion hépatique, on surveillera le tube digestif, et au besoin on administrera quelques PURGATIFS.

Prof. L. DUBAR et DR G. POTEL.

L'Echo Médical du Nord.

L'acide oléique dans les coliques hépatiques.

(ARTAUD).—L'huile d'olives est considérée comme le spécifique de la colique hépatique et même de la biliaire. On l'administre comme sédatif pendant l'accès et aussi comme préventif pour éviter le retour de ces accès de colique hépatique.

Le principe qui domine dans l'huile d'olives est l'acide oléique ; l'auteur s'est demandé si ce n'était pas à ce principe qu'était dû l'action efficace de l'huile d'olives dans les coliques hépatiques. L'expérience et de nombreuses observations ont prouvé la justesse de cette déduction. A la suite d'un long travail publié dans la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, il formule les préceptes suivants :

1° L'acide oléique pur est le remède spécifique de la lithiase biliaire ; c'est par lui qu'agit l'huile d'olives.

2° Il calme rapidement les douleurs de l'accès de colique hépatique ; mais il y a un grand avantage à le donner comme moyen préventif, car il empêche la formation de nouveaux calculs et préserve ainsi des accès ultérieurs ; il est donc à la fois curatif et préventif.

3° Il suffit de le prendre à la dose de 0.50 ou 1 gramme, en capsules le matin à jeun pendant dix jours par mois, si les accès sont mensuels ou pendant quinze jours aux approches de l'époque ordinaire des accès, pour en être sûrement préservé. En général, au bout de quelque temps, on peut cesser le traitement.

Il va sans dire que le malade devra en outre, se soumettre au régime alimentaire et hygiénique classé que prescrit en pareil cas.

Journ. de Méd. de Paris.

RAPPORT DE SOCIÉTÉS

Société Médicale de Québec

Séance du 19 décembre 1901.

L'assemblée qui est très nombreuse, s'ouvre à 8½ hrs p. m. M. le Dr L. J. A. Simard, président, est au fauteuil.—Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Dr R. Fortier donne lecture de deux communications de la part du Dr Vézina, de St-François de Montmagny, l'une sur un cas douteux de pneumonie, et l'autre sur un cas d'accouchement compliqué de placenta prævia.—Une discussion s'engage à propos de l'utilité de l'ergot dans ce cas particulier et en général dans les accouchements, discussion à laquelle prennent part MM. les Drs Arthur Simard, Brochu, Edwin Turcot, Marois et Faucher. M. le Dr Marois donne ensuite communication de plusieurs autres opérations où il a employé la rachi-cocaïnisation selon la méthode de Tuffier. Le Docteur a employé cette méthode dans 55 cas à venir jusqu'à présent.

M. le Dr Brochu annonce que dans les hémorragies utérines, il emploie des applications locales d'adrénaline.—M. le Dr Chs. Verge parle ensuite du traitement du cancer par les rayons X. Il a employé lui-même ce traitement dans deux cas qu'il a sous observation.

Viennent ensuite les élections pour l'année 1902.

M. le Dr L. J. A. Simard est réélu président, et M. le Dr Edwin Turcot vice président, sur proposition de M. le Dr Brochu, secondé par M. le Dr Chs. Verge.

Secrétaires conjoints : Drs F. X. J. Dorion et Alph. Lessard, sur proposition de MM. les Drs Arthur Simard et E. A. Lebel.

Trésorier : Dr V. Martin, proposé par les Drs Verge et Faucher.

Bibliothécaires : Drs E. Poliquin et Delaney ; proposé par MM. les Drs Simard et Dorion.

Le rapport du trésorier est adopté.

Une résolution de condoléances au sujet de la mort du Dr A. Watters est ensuite adoptée sur proposition du Dr P. V. Faucher secondé par le Dr Arthur Simard.

Puis la séance est levée par ordre du président.

Dr ALPHONSE LESSARD

Secrétaire.



LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, JANVIER 1901.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le Bulletin et les Fêtes de Laval

Pour répondre aux nombreuses demandes qui nous arrivent tous les jours, en raison du premier congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, qui doit avoir lieu à Québec en juin prochain, à l'occasion des fêtes du cinquantenaire de l'Université Laval, les directeurs du BULLETIN préviendront les désirs de tous nos confrères en leur expédiant ce journal tous les mois.

Cette détermination prise par les directeurs de notre revue répond non seulement à un besoin d'agrandir le champ de sa circulation, mais elle est née du désir sincère de coopérer aux fêtes de juin prochain.

Le BULLETIN veut offrir sa modeste part de travail à l'organisation des noces d'or de l'Université Laval qui n'est pas étrangère à son origine; c'est en vue de coopérer à l'œuvre bienfaisante de cette haute institution sur l'éducation et l'avancement scientifique des médecins de ce pays qu'il a la prétention de vouloir vivre.

Comme nos lecteurs le savent déjà, le 16 décembre dernier, à une assemblée préliminaire nombreuse des anciens élèves de cette institution, et plus tard, à une réunion générale tenue le 8 janvier 1902, on en est venu à la conclusion de célébrer avec le plus d'éclat possible le cinquantenaire de la fondation de l'Université-Laval.

Le BULLETIN ne peut rester indifférent à cette juste démonstration et il se met tout entier aux succès de ce projet. Il comprend qu'on ne peut trop faire pour asseoir sur une base solide l'œuvre nationale entre toutes

de cette grande éducatrice française au Nouveau Monde, qui laisse percer à tous les esprits " la claire vision du rêve ambitieux que nous formons pour notre nationalité en Amérique et que nous ne pouvons atteindre que si nous lui mettons au front la triple couronne de la science, de l'art et du génie ", selon les belles paroles d'un orateur de l'assemblée du 8 janvier, l'Hon. M. Turgeon. Il ne cessera de rappeler à tous les médecins d'origine canadienne-française qu'il leur faut encourager cette institution, considérée à juste titre comme un rempart de notre nationalité, et qu'il importe de l'aider non seulement de nos travaux, mais même de nos deniers.

L'occasion est toute naturelle, toute choisie : versons à pleines mains en proportion de la foi vive que nous avons en la grandeur de sa mission.

Un millionnaire français M. Robert LeBaudy, vient d'offrir à l'Université de Chicago \$1,000,000 pour l'établissement d'une école industrielle française devant faire partie intégrante de cette institution, à condition qu'elle admette 10,000 gradués, dont 200 par année, des collèges français, toutes dépenses devant être défrayées par le département français de l'éducation.

Et voilà comment ce monsieur se montre vraiment patriote en augmentant l'influence française en Amérique.

Peut-on s'arrêter à l'idée que parmi les nôtres il y a tellement pénurie de capitaux qu'on ne puisse trouver de temps à autre un compatriote capable d'aider à la principale institution qui fait rayonner les bienfaits de la haute éducation sur notre pays et assure la conservation de l'influence française en Amérique.

Et si ce secours lui a manqué jusqu'ici n'est il pas naturel de penser que l'onbli s'est quelque peu glissé parmi nous dans nos relations avec ces grandes âmes qui ne manquent pas plus ici qu'ailleurs, et dont les dernières volontés au moins eussent été heureusement et facilement dirigées parfois dans ce sens ?

Répondons généreusement à l'appel qui nous sera fait en cette circonstance ; rappelons-nous les sacrifices que se sont imposés les fondateurs de cette première université française sur le sol de l'Amérique, et n'oublions pas, nous canadiens-français, que nous avons une dette de reconnaissance à acquitter.

P.-V.F.

Le Cinquantenaire de l'Université-Laval et la Profession Médicale.

Comme nous l'annonçons dans une autre page, les anciens élèves de l'Université Laval se sont réunis, au foyer même de cette institution, il y a quelque temps, pour jeter les bases de l'organisation des fêtes destinées à célébrer avec éclat le cinquantenaire de la fondation de leur Alma Mater, en juin 1902.

L'initiative de ce mouvement revient, comme l'on sait, à la profession médicale. On se rappelle encore que, dans une convention tenue en juin 1900, les médecins ont voté avec enthousiasme une résolution dans ce sens.

Malheureusement pour nous, le représentant de notre Association qui a eu l'ambition de préparer pour cette fête un congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, n'a pas pu être présent à cette assemblée, par suite de circonstances incontrôlables, et le rapport qui en a été publié dans les journaux a laissé soupçonner au public une lacune dont on avait raison d'être surpris. En effet, en mettant sous les yeux du lecteur les discours des représentants des différents corps professionnels, que l'on avait appelés à prendre la parole en cette circonstance, ce rapport laissait entrevoir de prime abord que la profession médicale avait été à peu près ignorée.

Rien de surprenant alors si les plus intéressés se sont justement émus de cette lacune qui leur apparaissait comme une anomalie assez difficile à expliquer. De toutes parts nous avons reçu nombre de lettres réclamant explication. Nous ne pouvions guère répondre à tous les signataires faute de temps, et d'ailleurs parce que nous comptons sur ce numéro du BULLETIN pour donner satisfaction à tous.

Il est de notre devoir de dire à ceux surtout dans l'esprit desquels cet incident aurait fait naître des sentiments de défiance, que loin d'être méconnus les efforts et le travail que la profession médicale s'impose pour relever l'éclat des fêtes du cinquantenaire de 1902 sont hautement appréciés par l'Université. Tous peuvent avoir la confiance que leur Alma Mater suit avec le plus vif intérêt et la plus entière satisfaction le grand mouvement intellectuel dont notre Association a pris l'initiative : ils en seront particulièrement convaincus en lisant la lettre circulaire que le Comité Exécutif adressera à tous les anciens élèves de Laval. On y apprécie en effet ce

mouvement comme étant destiné à démontrer plus que toute autre manifestation, l'influence que cette Université, depuis sa fondation, a exercée sur les progrès de la haute éducation et l'avancement scientifique dans notre pays.

Il suffira d'ajouter que tout le Corps universitaire et les plus hauts dignitaires ecclésiastiques rehausseront de leur présence l'ouverture officielle de notre Congrès. C'est là certainement la plus haute marque d'intérêt et d'appréciation que l'on puisse nous offrir. Cette preuve sera suffisante, croyons-nous, pour dissiper tout malentendu et donner la conviction du succès de notre congrès médical, même pour les incrédules, si, toutefois il a pu en exister parmi nous.—

L'association des Médecins de langue française au Canada

Sous ce titre nous reproduisons de la *Gazette Médicale de Paris* (14 décembre 1901), qui se fait l'écho de nos confrères de la vieille Mère Patrie, l'excellente appréciation suivante, qui cadre bien avec les nombreuses et très enthousiastes réponses et marques d'approbation de tous nos confrères du Canada et de la Grande République voisine :

“ Nous apprenons avec le plus vif plaisir qu'on est en train de créer au Canada une Association de Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

C'est le *Bulletin Médical* de Québec qui nous donne cette bonne nouvelle ; et nous ne voulons pas laisser passer ce fait, important pour l'avenir de notre pays, sans le souligner comme il le mérite.

Comme chacun le sait, les médecins de langue allemande, émigrés en si grand nombre aux États Unis, ont déjà créé des centres analogues ; et tous les bibliographes connaissent le *Journal de Médecine* qui se publie en allemand à New York. Nous n'en demandons pas tant : ce qui serait d'ailleurs impossible.

Mais il faut féliciter les médecins canadiens de l'organisation de cette nouvelle Société, qui paraît basée plutôt sur l'étendue de territoire où la

langue française est parlée que sur des limites d'État au demeurant d'une existence au moins aussi variable.

Dès que l'Association en question sera bien assise, sûre d'elle-même, nous l'engageons vivement à avoir, à Paris au moins, un représentant autorisé, chargé de la faire connaître; c'est là une idée que comprendront facilement des cerveaux habitués aux mœurs américaines et aux initiatives pratiques.

En terminant, nous nous joignons au *Journal de Médecine interne*, qui adresse à ce propos ses compliments au Dr Arthur SIMARD, envoie "un fraternel salut" à la future *Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord*, et lui "souhaite prospérité et longue vie". Nous sommes certain d'être l'interprète de tous nos lecteurs, en formulant de tout cœur ces vœux de réussite et en remerciant nos confrères d'outre-mer de ne point oublier la vieille mère-patrie, et de persister à aimer, envers et contre tous les obstacles, l'antique esprit français, qui n'est pas encore mort."

Marcel BEAUDOIN.

BIBLIOGRAPHIE

VIENT DE PARAÎTRE

Maladie de la Voix, par ANDRÉ CASTEX. Chargé du Cours de laryngologie, Rhinologie et Otologie à la Faculté de Médecine de Paris. Médecin adjoint à l'institution des sourds-muets de Paris. 1 volume in 8° cavalier de 114 pages avec 49 figures. Prix: Broché 7 frs. (C. Naud, Éditeur, 3 rue Racine, Paris)



NOUVELLES

Le 17 janvier dernier la Faculté de Médecine de l'Université McGill a accepté la résignation du Dr Craik comme doyen et elle en a unanimement donné la succession au Dr Roddick.

Un meilleur choix ne pouvait être fait, croyons-nous, et il sera grandement apprécié de tous ceux qui connaissent les brillantes qualités du titulaire.

Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer avec quel à propos cette nomination vient d'être faite, si l'on tient compte que sous peu les Chambres du Gouvernement Fédéral seront saisies du fameux projet de loi Roddick, et que le manteau dont on recouvre l'éminent professeur n'est pas de nature à nuire à ses efforts constants pour l'adoption de son bill.

Cette même Faculté a nommé Gouverneur du Collège McGill le Dr Craik, le doyen sortant de charge.

Le BULLETIN s'unit à tous ses confrères pour offrir aux deux distingués professeurs leurs plus sincères félicitations.

NOTES D'ÉDITEUR

La Cie Van Ness Cooper.

Cette Compagnie de New-York, a ouvert une succursale à Montréal il y a environ un an, et depuis cette date ses préparations variées manufacturées à son laboratoire ont été portées à la connaissance de la profession. Ces produits sont nombreux et tous ne sont annoncés que dans les journaux médicaux.

Nous avons entendu dire beaucoup de bien de son Composé de Strontium Lacto-Lithiène dans le traitement du mal de Bright. On dit que la solution de Nitro glycérine, une combinaison non alcoolique de Bi-Chl. de Mercure, d'Acide Hydrocyanique dilué, d'acide Piroligneux Cru, de Tuligo

Ligni, de Gynocardia Odorata et de Glycérine est d'une valeur toute spéciale dans le traitement de cette maladie rebelle, l'eczéma.

Elle fabrique aussi une préparation de Moëlle, composé Lacto-Marrow, qui est agréable à prendre et dont nous nous sommes servi avec beaucoup d'avantages dans les maladies débilitantes.

Dépôt, 104 Rue Bligny, Montréal.

Résultat d'un " traitement à distance "

Une jeune femme, affublée du titre de " Christian Scientist," avait observé avec une pitié croissante un infirme qui passait tous les jours devant chez elle. Ses efforts étaient si évidemment douloureux qu'elle se détermina à essayer sur lui le traitement à distance (absent treatment). Quelques jours après le commencement de la tâche qu'elle s'était imposée elle crut noter quelques signes d'amélioration, et un bon jour l'infirmes parut sans sa béquille et marchant comme avec une jambe naturelle.

Cette femme fut si contente qu'elle accourut vers cet homme, lui serra la main, et lui dit : " Mon cher ami, excusez-moi, mais je ne puis m'empêcher de me réjouir de votre guérison. J'ai essayé pour votre guérison le " traitement à distance ", et je ne puis vous dire combien je suis heureuse de voir par votre démarche que vous êtes guéri. Quand l'infirmes fut revenu de l'effet surprenant de cette sortie brusque de " traitement en présence " il lui répondit : " je vous remercie bien cordialement, madame, pour l'intérêt que vous me portez. Je ne suppose pas que votre traitement m'a été nuisible. Mais je dois ajouter que j'ai obtenu de la maison A. A. Marks une nouvelle jambe en bois avec pied en caoutchouc, et elle me va très bien, madame. L'autre vieille jambe de bois me faisait toujours boiter....."
