

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# SOMMAIRE.

<b>TRAVAUX ORIGINAUX.</b> — Du chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie, par M. le Dr L. Coyteux Prévost, 433	section sous-cutanée des ligaments du pied, 460. — Traitement de la pustule maligne... 461
Sur un nouveau traitement électrique de l'ématoécèle péri utérine par la galvano-puncture négative, par MM. Apostoli et Doléris... 438	<b>OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.</b> — L'antiseptisme en accouchements : acide phénique et sublimé ; statistique comparative, 462. — Prophylaxie et traitement des déchirures périnéales, 465. — De l'hystérectomie vaginale, 466. — Injections contre la leucorrhée fétide, 468. — Lactation et médicaments... 469
<b>COMMUNICATIONS.</b> — Traitement de la diphthérie, par M. le Dr J. O. Mousseau... 441	<b>PÉDIATRIE.</b> — Les maladies dites de dentition, 469. — Le sulfate de fer contre le catarrhe de l'estomac chez les petits enfants. — Traitement de la toux convulsive et revue des spécifiques dirigés contre cette affection, 471. — Contribution à l'étude du traitement du diabète insipide chez les enfants, 472. — Application de la cocaïne à la chirurgie infantile. — Traitement de la scarlatine... 472
Diphthérie et Chlorate de Potasse, par M. le Dr J. Lippé... 443	<b>FORMULAIRE.</b> — Ataxie locomotrice. — Dermatoses herpétiques. — Pneumonie aiguë. — Tuberculose. — Hyperémie cérébrale. — Gastralgie... 474
A propos de vaccination... 445	<b>BULLETIN.</b> — Bureau Provincial de Médecine, 475. — La Variole... 477
<b>REVUE DES JOURNAUX.</b> — <b>PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.</b> — Pneumonie biliaire aiguë et pneumonie franche, son diagnostic ( <i>Suite et fin</i> ), 446. — Traitement de la néphrite aiguë. — Injections arsénicales parenchymateuses dans la leucémie splénique. — De la névrose hypnotique, 449 — Phthisie catarrhale, hémoptysies et bronchites chroniques, leur traitement par la terpine. — De l'emploi de la digitale dans les maladies fébriles aiguës... 453	<b>BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.</b> ... 479
<b>PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.</b> — De l'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude : de la résection du coude, 455. — Résurrection de la blennorrhagie, 457. — Des monoplogies traumatiques du membre supérieur, 458. — Guérison d'une énorme hernie irréductible, 459. — Sur le traitement complémentaire des pieds bots compliqués par la	<b>NOUVELLES MÉDICALES.</b> — Le choléra. — Variole. — Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, faculté de Médecine de l'Université Victoria, 479. — Université Laval, Montréal. — Naissance. — Décès... 489

LA PLUS HAUTE RECOMPENSE,  
**UNE MEDAILLE D'OR,**  
A été accordée au  
**MELLIN'S FOOD**

(ALIMENT DE MELLIN)

POUR LES ENFANTS ET LES INVALIDES,

A l'Exposition Universelle, Nouvelle - Orléans,

**1885.**

**Doliber, Goodale & Co.,**

40, 41, 42 & 43 Central Wharf, BOSTON, MASS.

UN ECHANTILLON DE MELLIN'S FOOD, EN QUANTITE SUFFISANTE

POUR EN FAIRE L'ESSAI, SERA ENVOYÉ GRATUITEMENT

A TOUT MEDECIN QUI EN FERA LA DEMANDE.

# SPECIALITES DE WYETH

---

## PAPOMA.

*Aliments Farinacés pour la première et seconde enfance. Contient tous les éléments requis pour développer les forces. Préparé avec le blé sans rien ôter.*

Le PAPOMA est préparé avec le grain entier de blé de choix torréfié d'une manière parfaite au moyen d'appareils patentés. Tous les constituents du grain y sont conservés; l'amidon y est transformé en dextrine et le gluten qui est détruit dans la plupart des préparations diététiques, y subit un certain degré de cuisson qui en fait une substance prête à être digérée et assimilée par l'organisme humain.

## EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

Notre catalogue d'EXTRAITS FLUIDES comprend non seulement les extraits officinaux de notre Pharmacopée, mais aussi tous ceux qui pour leur valeur thérapeutique sont employés par les médecins.

Une longue expérience pratique de l'art pharmaceutique, une connaissance approfondie de la nature et des propriétés de chaque médicament, aidées d'appareils de fabrication à nuls autres inférieurs sous le rapport de la perfection et de l'économie du travail, nous permettent de produire une série d'Extraits Fluides d'une pureté, d'une activité et d'une uniformité d'action impossibles à surpasser. Nous sollicitons les médecins d'en faire la comparaison et l'examen critique le plus soigneux, convaincus que nous sommes de leur supériorité sur presque tous les produits analogues répandus dans le commerce. Nous sommes confiants que tout médecin ou pharmacien d'expérience et impartial admettra que nos prétentions sont justifiées.

Chaque détail de fabrication, depuis le médicament naturel jusqu'à la dernière phase de l'opération, est basé sur une connaissance intelligente et étendue des caractères de chaque médicament.

## PILULES PEPTOGENES (PEPTONIC PILLS).

*Pepsine, Pancréatine associés au Lacto-Phosphate de Chaux et à l'Acide Lactique.  
(Tous droits réservés.)*

Cette pilule donne un soulagement immédiat dans plusieurs variétés de Dyspepsie et d'Indigestion, et produit un bon effet permanent dans tous les cas de dyspepsie dépendant de défaut de sécrétion du suc gastrique. En supplantant au travail de l'estomac et en rendant les aliments assimilables, elle permet à l'organe de recouvrer sa tonicité et produit ainsi une guérison permanente. Un des grands avantages du mode de préparation de ces pilules est l'absence du sucre que l'on trouve dans tous les composés ordinaires de Pepsine et de Pancréatine—sous cette forme le volume de la pilule est beaucoup moindre, elle est plus facile à avaler et plus acceptable à l'estomac faible et irritable. Les résultats de leur emploi ont été tellement satisfaisants que nous avons la conviction que l'essai qu'en feront les membres de la profession médicale et le public en général leur vaudra la plus cordiale approbation.

## PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

*Pour la cure de l'Enrouement, du Mal de Gorge, de la Bronchite, de la Toux et des Affections Respiratoires.*

Ces Pastilles sont incontestablement les plus efficaces et les plus agréables au goût qui aient été présentées pour le soulagement des différentes affections des organes respiratoires en rapport avec les variations de température.

Comme le nom l'indique, le principal ingrédient de ces pastilles est le muriate d'ammoniaque qui est un remède précieux dans le traitement de plusieurs affections des bronches et qui est ici associé à d'autres remèdes ayant des propriétés calmantes sur la muqueuse bronchique, ce qui augmente l'efficacité et la sphère d'application des Pastilles.

L'Angine, l'Enrouement et les différentes Maux de Gorge, causés par le froid sont presque invariablement soulagés par l'emploi de quelques Pastilles.

Elles sont très utiles pour rendre la voix plus claire et plus forte.

### MODE D'EMPLOI :

Ne prenez qu'une Pastille à la fois et laissez-la fondre doucement dans la bouche. Prenez-en de huit à douze dans les vingt-quatre heures.

---

## DAVIS & LAWRENCE Co. LIMITED

**JOHN WYETH & BRO.,**  
PROPRIETAIRES,  
PHILADELPHIE.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## LETTRES AUX DEUX WILFRID.

### CINQUIÈME LETTRE. (1)

#### Du chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie.

*Mes chers amis.* — Dans un des derniers numéros de L'UNION MÉDICALE, *Un abonné* terminait de la manière suivante une courte communication au sujet du traitement de la diphthérie :

“ Je recommande l'usage du chlorate de potasse, à la dose de deux drachmes divisées en douze doses, à prendre comme suit : les huit premières doses toutes les heures, les deux suivantes toutes les deux heures, puis les deux dernières toutes les quatre heures. Pour les cas graves je révoque le remède et de plus je fais quelques applications locales de glycérolé d'acide tannique. Depuis cinq ans que j'emploie ce traitement, je n'ai pas perdu un seul patient.”

Ces résultats sont bien consolants, quand on considère le caractère si souvent inexorable de cette formidable affection qui, depuis quelques années, fait tant de victimes parmi nous. Certes, nous ne devons pas ménager nos félicitations à ceux d'entre nous qui peuvent se glorifier de pareil succès, et pour ma part, je vous avoue que je sais gré à “ *Un abonné* ” de faire entendre une note gaie au milieu des déceptions sans nombre que le traitement de cette maladie m'a forcé d'enregistrer dans le cours de ma pratique.

Seulement, je ne puis me défendre de croire, ici, à une série de cas exceptionnellement heureux, plutôt qu'à une influence manifeste de l'administration du chlorate de potasse.

Si je refuse d'accorder à cette médication le mérite exclusif des résultats obtenus, c'est afin de vous prémunir contre les déceptions que pourrait engendrer chez vous une confiance trop absolue dans un médicament qui peut avoir parfois ses indications, mais qui ne mérite certainement pas qu'on lui attribue presque les privilèges de la spécificité.

En effet, la diphthérie, une dans sa nature, se traduit néanmoins à notre observation au moyen de manifestations variées qui nous imposent l'obligation de modifier, selon les circonstances, le pronostic et le mode de traitement.

Légère dans certains cas, plus grave dans d'autres, elle revêt parfois, en troisième lieu, un tel caractère de gravité que nous ne tardons pas à reconnaître l'impuissance absolue dans laquelle nous laissent les moyens d'action qui nous sont fournis par la thérapeutique, malgré leur nombre et leur variété.

Jusqu'au jour où nous aurons saisi la véritable nature de la diphthérie

(1) Voir la livraison de Septembre 1883.

ric et découvre le spécifique à lui opposer, il ne nous est pas permis d'attaquer cette maladie comme entité morbide à l'exclusion du terrain sur lequel elle se développe, ni de préconiser contre elle un médicament, quel qu'il soit, sans égard pour les manifestations symptomatiques multiples engendrées par les diverses formes de l'affection.

Dans l'espèce, c'est un malade et non pas une maladie que vous avez à traiter et à guérir, si vous le pouvez, et selon que le mal se présentera à votre observation avec tels ou tels symptômes, vous ferez sentir à votre pronostic et à votre traitement les modifications que vous inspireront la sagesse, l'expérience et les connaissances que l'étude aura mises à votre disposition. Oh! un jour viendra peut-être, où l'empirisme nous fournira, contre la diphthérie, un agent spécifique qui prendra rang à côté du mercure, de la quinine, de l'acide salicylique, etc., etc. Que sais-je même? la méthode expérimentale, à la faveur de ses progrès incessants, pourrait bien ne pas attendre les résultats tardifs du hasard et nous permettre, avant longtemps, de pénétrer, le microscope à la main, jusqu'au repaire où se cache la nature intime de cette maladie, nous fournissant en même temps le moyen de la combattre dans son principe.

Que voulez-vous? je vous l'avoue avec toute la candeur dont je suis capable, j'ai foi, moi, dans le microbe; j'y mets toutes mes complaisances, car c'est en lui, il me semble, que doivent reposer nos espérances d'avenir. Cet infiniment petit est appelé, j'en ai la conviction, à jouer dans la pathologie un rôle infiniment grand. Que nous saisissons une bonne fois le micrococcus de la diphthérie, eût-il, celui-là, la forme d'un accent circonflexe, c'en est fait de lui: nous ne serons jamais assez malheureux pour ne pas trouver, par légions, les moyens d'exterminer cet être infime. Et alors, quoi de plus simple que la médecine? Les "médecins à tiroir" du regretté Béhier se trouveront créés de toutes pièces. Une maladie étant donnée, le tiroir s'ouvre, on y plonge la main, on y puise le traitement et tout est dit!

Mais en attendant le jour heureux où nous jouirons de la réalisation de ces beaux rêves, force nous est bien de demeurer sur le terrain aride du positivisme où l'intelligence a seule à lutter contre les désordres multiples dont est affligé l'organisme humain.

Puisque le spécifique de la diphthérie est encore à trouver, puisque nous n'avons à notre disposition aucun moyen direct de neutraliser les causes qui président à l'origine et au développement de cette maladie, nous devons instituer un mode de traitement symptomatique dont nous puiserons les éléments dans les connaissances que nous possédons sur la pathologie en général et sur la diphthérie en particulier.

Sans nous arrêter aux divergences d'opinion qui ont cours dans la science, je crois que nous sommes autorisés à définir la diphthérie: une maladie générale avec manifestations locales caractérisées par la présence de fausses membranes sur la muqueuse des voies aériennes et parfois sur la peau dépouillée de son épiderme.

Très souvent les symptômes généraux sont très peu accusés, la lésion locale semble être toute la maladie, et à moins que la fausse membrane ne soit située dans le larynx où alors elle peut tuer en quelques heures à cause de la gêne tout mécanique imposée à la respiration, le pronostic de l'affection est bénin et la guérison survient spontanément dans la moitié des cas environ. C'est la forme légère indiquée par Trousseau.

D'autres fois, les fausses membranes s'étendent rapidement et tapissent bientôt toute la gorge dans l'espace de quelques jours, quelquefois de quelques heures; brunâtres et sanguinolentes, elles se putréfient sur place et exhalent une odeur fétide caractéristique qu'elles communiquent à l'haleine; les ganglions sont volumineux et le tissu cellulaire voisin est très œdématisé.

L'état général traduit l'empoisonnement de l'organisme: somnolence, brisement des forces, insomnie par suite de la douleur qui présente souvent des paroxysmes nocturnes. La mort est fréquente: une fois sur dix; c'est la forme infectieuse. (Simon.)

Enfin, dans une troisième forme, l'état général domine la scène et paraît souvent hors de proportion avec l'état local. La face est pâle, la joue est luisante et froide, le teint plombé; les joues grises ou brunâtres sont d'une fétidité extrême, la prostration des forces est complète, la température s'abaisse, le pouls se ralentit, des hémorrhagies abondantes de la bouche et du nez surviennent souvent; le cou est extrêmement tuméfié, enfin les extrémités se refroidissent et la mort arrive toujours au bout de deux ou trois jours. (Simon.)

C'est la forme toxique qui ne pardonne pas et dont vous n'oublierez jamais l'effrayant tableau si vous avez le triste hasard d'en rencontrer un exemple dans le cours de votre pratique. Il vous est facile de concevoir combien votre pronostic devra varier, quel que soit le traitement que vous adoptiez, selon que vous aurez affaire à l'un ou à l'autre de ces types cliniques dont je viens de vous tracer rapidement le tableau.

Si votre étoile vous protège au point de n'offrir à votre observation qu'une série de cas à forme légère, vous sauverez au moins la moitié de vos diphthéritiques. Mais gardez-vous bien d'attribuer vos succès à la médication que vous aurez choisie, car si, dans une épidémie subséquente, vous recevez la visite de la forme infectieuse ou même toxique, vous vous serez ménagé de bien cruelles déceptions qui vous forceront à briser les idoles que vous vous étiez créées en thérapeutique. Puis, une autre considération: la diphthérie chez les enfants âgés de 3 à 8 ans offre de nombreuses chances de guérison. Chez ceux qui ne sont âgés que de 1 à 3 ans, ces chances commencent à devenir très faibles, et au-dessous d'un an, vous perdrez presque tous vos malades, fussiez-vous employer même le chlorate de potasse sur la plus vaste échelle.

L'administration du chlorate de potasse dans la diphthérie n'est pas une idée nouvelle, je vous assure. Ce médicament est même celui qui autrefois a été le plus en vogue dans l'angine diphthéritique. Thomas de Salisbury fut le premier qui le proposa contre l'angine maligne dès le commencement de ce siècle. Mais c'est surtout Isambert qui préconisa le plus chaudement cette médication contre la diphthérie dans un mémoire publié en 1856.

Depuis cette époque, plusieurs autres observateurs le vantèrent tour à tour, ce qui n'empêcha pas ce médicament de tomber, un peu plus tard, dans un discrédit presque complet.

Seeligmuller tenta bien dans ces dernières années de la réhabiliter dans la confiance des médecins, mais cette vogue fut de courte durée et il ne tarda pas à subir le sort de son compagnon d'infortune, le soufre, qui, comme le chlorate de potasse, a, pendant quelque temps, été considéré comme un spécifique de la diphthérie pour être jugé plus tard

non seulement inutile, mais même dangereux, dans le traitement de cette maladie. Si vous me permettez maintenant d'accoller humblement mon nom à ceux des célébrités que je viens de citer, je vous avouerai candidement que, moi aussi, j'ai eu, à un moment donné, moi petit engouement pour le chlorate de potasse. C'était en 1880. Nous avions à Ottawa une épidémie assez considérable de diphthérie. Fasciné par les brillantes promesses de Seeligmuller, je soumis, invariablement tous les cas que j'eus à traiter à la médication par le chlorate de potasse à hautes doses.

Les résultats que j'obtins furent tels que leur beauté même me fit suspecter la source à laquelle je les attribuais. Mes malades guérissaient si bien et si rapidement que je résolus de soumettre à un rigoureux contrôle le traitement qui paraissait opérer tant de merveilles.

Je soignais dans la même maison quatre enfants affectés de la diphthérie. À deux d'entre eux, je prescrivis le chlorate de potasse d'après la méthode de Seeligmuller; aux deux autres je ne fis administrer qu'une potion convenablement édulcorée et colorée *secundum artem*.

Je me hâte d'ajouter que j'avais affaire à la forme bénigne de la maladie. Tous quatre guérirent dans le même espace de temps sans offrir de complications!

Ce résultat me donna à réfléchir. Je continuai tout de même, mais mollement, l'administration du sel de Berthollet, dans les cas subséquents que j'eus à traiter, et toujours avec un égal succès. Le dix-neuvième malade qui vint tristement couronner cette série, jusqu'à si heureuse, fut mon propre enfant qui fut affecté d'une diphthérie toxique débutant par les fosses nasales. Je fis tout en mon pouvoir pour sauver ce pauvre petit être; je le saturai de chlorate de potasse, j'eus recours à tous les topiques imaginables, la maladie se montra impitoyable, et en trois jours, la mort l'enlevait à mon affection.

Depuis cette époque, j'ai eu bien souvent l'occasion d'étudier scrupuleusement l'action du chlorate de potasse dans l'angine diphthérique, et je le répète, j'ai été bien souvent déçu dans mes espérances.

Éliminé par la salive, ce médicament, mis constamment en contact avec les fausses membranes, peut bien jusqu'à un certain point exercer le pouvoir dissolvant que possèdent ses solutions concentrées contre les couennes diphthériques, mais cette action topique, à laquelle se bornent les propriétés bienfaisantes du chlorate, est partagée par une masse d'autres agents qui jouissent d'une bien plus grande efficacité, tels que le jus de citron, l'eau de chaux, l'iodate de potasse, l'acide lactique, le brôme, etc.

Si vous voulez, du reste, avoir au sujet du chlorate de potasse, le jugement d'une autorité à laquelle vous ne sauriez refuser la compétence, je vous citerai ce que pense de ce mode de traitement, Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades à Paris.

"Quant au chlorate de potasse dont on a voulu faire un véritable spécifique, je n'ai jamais constaté un résultat réel qu'on pût lui attribuer. Merveilleux dans les affections de la bouche, il n'est d'aucune utilité pour les maladies de la gorge, et de plus, il affaiblit les petits malades, quand on le donne à hautes doses."

Loin de moi l'idée de vouloir rejeter totalement l'administration du chlorate de potasse du traitement de la diphthérie; au contraire, je vous conseille même fortement de vous servir de ce médicament

début de la maladie, et je vous dirai tout à l'heure pourquoi. Mais ce dont je veux que vous demeuriez pénétrés, c'est que : 1<sup>o</sup> Le chlorate de potasse ne saurait être considéré comme spécifique de l'angine pseudo-membraneuse et que, par conséquent, vous auriez tort d'avoir en son efficacité dans tous les cas, une confiance absolue.

2<sup>o</sup> Administré à hautes doses il n'est pas sans danger. Je ne suis pas embarrassé, je vous assure, pour prouver la vérité de cette dernière proposition. Il existe dans la littérature médicale plusieurs exemples de cas dans lesquels le chlorate de potasse, administré à hautes doses, se conduit à la façon des plus vifs poisons.

Vous connaissez, je suppose, le cas du Dr Fountain, de Davenport-Iowa, qui mourut après l'ingestion d'une demi-once de chlorate de potasse qu'il avait avalé pour étudier sur lui même les effets physiologiques de ce sel ?

Seeligmuller lui-même raconte le cas d'un garçon de 6 ans qui, à la suite d'un traitement par ce même médicament, mourut en très peu de temps dans le collapsus, après avoir offert comme symptômes principaux, de la diarrhée et des vomissements.

Le Dr Lewis Smith cite aussi le cas d'un jeune enfant de 4 ans auquel on administra, en un jour, trois drachmes de chlorate de potasse. L'urine devint sanguinolente, se supprima tout à fait et l'enfant mourut à la fin des 24 heures.

À côté des exemples que je viens de citer, je pourrais vous rapporter un grand nombre de cas où le chlorate administré à doses moins fortes a produit néanmoins des accidents très graves dus à une néphrite diffuse produite par l'action irritante de ce sel sur les reins.

Ouvrez le traité de Jacobi sur la diphthérie, et vous y verrez la relation d'accidents formidables survenus même à la suite de l'usage de simples gargarismes composés d'une solution concentrée de chlorate de potasse.

La conclusion de tout ceci est la suivante :

Donnez, si vous le voulez, le chlorate de potasse au début de l'angine couenneuse, mais donnez-le à doses modérées et fractionnées. Chez l'adulte, ne dépassez jamais deux drachmes dans les 24 heures. Restez plutôt en deçà. Chez l'enfant, la dose maximum doit être de un demi-grain à un grain administré toutes les heures.

J'ai dit que le chlorate de potasse pouvait avoir une action salutaire au début de la diphthérie, voici comment : Dans cette maladie, les parties qui sont couvertes de fausses membranes ne sont pas toujours les seuls endroits de la muqueuse qui soient le siège d'un processus morbide. Souvent il existe une inflammation catarrhale concomitante dans le voisinage des foyers de l'exsudation diphthéritique.

La muqueuse du pharynx, celle de la bouche apparaissent tuméfiées, enflammées, et parfois même déjà dépouillées de leur épithélium. Les couennes diphthéritiques ne s'étendent pas encore jusque là, mais cette propagation devra fatalement s'effectuer, si les parties déjà malades sont abandonnées à elles-mêmes.

Or, cette pharyngite, cette stomatite sont justiciables de l'action du chlorate de potasse qui, en rendant aux tissus affectés leurs propriétés normales, imposera pour ainsi dire une barrière à l'extension des fausses membranes et à la propagation de la diphthérie.

Ceci posé, voyez l'ingénieuse explication que donne Jacobi des bons



effets de l'administration du chlorate de potasse dans certains cas de diphthérie :

“ Les cas de diphthérie dans lesquels l'exsudation est limitée aux amygdales ne présentent aucun danger, car les relations des lymphatiques entre les amygdales et les autres parties du corps, sont nulles ou insignifiantes. Ainsi aucune absorption ne peut se faire dans le torrent circulatoire, à la suite de dépôts diphthéritiques limités aux amygdales. La stomatite, la pharyngite concomitantes ayant été favorablement influencées, à la suite de l'administration du chlorate de potasse, l'exsudation tonsillaire disparaîtra en 3 ou 6 jours et la maladie aura parcouru toutes ses périodes sans offrir de complications.”

Je résume, mes bons amis, en offrant à votre considération les propositions suivantes :

Le chlorate de potasse n'est pas un spécifique de la diphthérie.

Cette maladie revêt souvent une forme légère, bénigne, qui dans la majorité des cas guérit spontanément pendant et non pas à cause de l'administration des moyens simples dirigés contre elle, tels que : chlorate de potasse, soufre, cubèbe, etc.

Il existe une forme plus grave, infectieuse, contre laquelle le chlorate de potasse n'a qu'une influence secondaire. Ce sel peut bien parfois rendre quelques services, mais les toniques, les stimulants, l'alimentation surtout, doivent ici occuper le premier plan, aidés des moyens topiques nombreux destinés à modifier l'état local.

Dans la forme toxique, le chlorate de potasse est frappé d'une impuissance absolue et on peut en dire autant de presque tous les agents que nous fournit la matière médicale.

Dans les affections catarrhales de la muqueuse de la bouche et du pharynx qui accompagnent souvent la diphthérie, le chlorate de potasse jouit d'une efficacité incontestable. Son administration, toutefois, réclame la surveillance attentive du médecin, car des doses relativement modérées ont produit souvent des désordres très graves du côté de l'estomac et de l'appareil urinaire.

DR. L. COYTEUX PRÉVOST.

Ottawa, 8 septembre 1885.

## Sur un nouveau traitement électrique de l'Hématocèle péri-utérine par la Galvano-puncture négative. (1)

PAR MM. APOSTOLI ET DOLERIS.

L'application chirurgicale la plus importante de l'électricité est l'emploi du courant de pile à l'état continu sous forme de Galvano-Caustique chimique pénétrante ou de Galvano-puncture.—A. Tripièr a attaché son nom à cette cautérisation profonde dite *tubulaire*, et a donné de nombreux exemples des contributions qu'elle est destinée à

(1) Nos lecteurs liront avec intérêt ce résumé, que nous fait l'honneur de nous adresser M. le Dr Apostoli, d'une communication faite par lui-même, en son nom et en celui de M. Doléris, à l'Association française pour l'avancement des sciences, session de Grenoble, août 1885.

fournir à la chirurgie. L'action du courant de pile, en effet, est, dans le cas actuel, double et simultanée.

La première action est en partie contemporaine du passage du courant; elle consiste à utiliser l'eschare négative, molle, diffluyente et non rétractile, limitée au niveau du point de contact du trocart qui a fait une ponction préalable; elle permet, à la chute de l'eschare, d'ouvrir sans aucun danger une collection morbide, plus ou moins profonde et de la mettre en communication avec l'extérieur, car l'eschare, en tombant, crée une fistule plus ou moins durable, tout en maintenant des adhérences entre la cavité pathologique et l'extérieur, (peau ou muqueuse). Cette première action, que l'on peut limiter et localiser à une profondeur voulue, variera dans des proportions identiques avec l'intensité et la durée du courant dépensé. La genèse artificielle d'une fistule aura le double avantage de permettre d'abord l'élimination naturelle du contenu de la poche et puis d'ouvrir en toute sécurité une porte plus ou moins grande qui permettra d'instituer un traitement topique ou antiseptique additionnel; il convient d'ajouter que les cicatrices que laissent ultérieurement ces eschares négatives ont le double avantage d'être peu visibles et non rétractiles.

À côté de cette première action, toute *chirurgicale*, s'en place une deuxième, cette fois *médicale*, en grande partie *posthume* au passage du courant et qui lui survit longtemps après sa cessation; cette action est toute *dynamique* ou *trophique* et est destinée à modifier la nutrition des collections pathologiques [abcès, kystes etc...] et à provoquer un processus de régression plus ou moins rapide. La plupart des applications du courant continu sont tributaires de cette même action toute médicale: qu'il s'agisse de guérir une atrophie musculaire, de faire avorter une inflammation commençante, de résoudre une hyperplasie ganglionnaire, d'amener la régression d'une tumeur conjonctive ou fibreuse, etc, etc. Dans tous ces cas, en apparence différents, l'intervention sera identique; le courant véhicule d'action chimique, mécanique et dynamique viendra influencer avantageusement le système nerveux qui règle tous les échanges nutritifs, et cela probablement en multipliant les courants électriques normaux qui accompagnent tout mouvement organique.

Sous l'influence de ces idées théoriques et cliniques, nous venons vous communiquer aujourd'hui nos nouvelles recherches sur le traitement électrique de l'*hématocèle péri-utérine*, basé sur une observation des plus concluantes, ayant déjà la preuve et la conviction que ce premier chapitre de thérapeutique gynécologique sera bientôt suivi de plusieurs autres, où nous montrerons la *périmérite* et le *phlegmon chronique* devenus justiciables du même procédé.

Voici les indications très sommaires qui doivent régler l'emploi méthodique et raisonné du courant de pile dans le traitement de l'*hématocèle*:

1o. *Nature de l'intervention*.—C'est une ponction ordinaire suivie d'une *Galvano-caustique chimique*, qui devra toujours être *négative*; on utilisera en effet les propriétés de l'eschare basique, molle, non rétractile, qui à la suite d'une perte de substance variable, donnera lieu à une fistule qui se maintiendra pendant quelques jours.

2o. *Le lieu de la ponction*.—C'est autant que possible au centre de la tumeur qu'il faudra créer la perte de substance, en apportant tous ses

soins pour éviter à la fois, soit l'utérus, soit l'intestin, soit un gros vaisseau : les deux touchers combinés, rectal ou vaginal, nous éclaireront sur la situation respective des organes ; d'un autre côté, les battements artériels, perceptibles au toucher, nous fixeront sur la situation d'un gros vaisseau qu'il faudra savoir éviter.

30. *La dose de l'opération.*—Il la faut, autant que possible, élevée ; l'eschare et la fistule consécutive lui étant directement proportionnelles, il faudra savoir atteindre 100 milliampères, ce qui sera très facile, depuis que j'ai transformé l'autre pôle, (le positif dans le cas actuel) en pôle vraiment indifférent, par l'emploi d'un *corps mou, étendu en surface et plastique* : la terre glaise.

40. *La durée.*—Elle devra se régler comme la dose ou l'intensité, sur l'étendue, ou la perte de substance à produire et l'action dynamique ultérieure qu'il faudra provoquer : de 5 à 10 minutes seroit en général une moyenne suffisante.

50. *Le moment de l'opération.*—Il doit être aussi *prématuré* que possible, et toute hématoécèle diagnostiquée pourra et devra être immédiatement ponctionnée sans différer ; tout retard dans l'opération pourrait aggraver le pronostic.

60. *Le nombre des opérations.*—Une seule *Galvano-puncture* sera en général suffisante pour obtenir l'effet thérapeutique cherché, et la création d'une fistule suffisante ; si, par hasard, l'ouverture se fermait trop tôt et que la régression de la poche ne fut pas complète, on serait autorisé à en faire une deuxième.

70. *Technique opératoire.*—Les détails très sommaires qui doivent régler l'opération sont les suivants : toute pile peut servir, pourvu qu'elle puisse donner une intensité suffisante qui demande à être appréciée mathématiquement et d'une seule façon par la lecture d'un bon *Galvanomètre d'intensité*. La pile *Léclanché* est la meilleure des piles médicales.—Le pôle actif devra être un trocart de grandeur moyenne, comme celle de l'hystéromètre, qui devra pénétrer à une profondeur moyenne de 1 à 2 centimètres. Le pôle indifférent sera un énorme gâteau de terre glaise, plaqué sur le ventre ou sur une des cuisses de la malade. Le vagin sera garanti à l'aide d'un manchon en verre ou en caoutchouc qui entourera le trocart jusque tout près de son extrémité.

80. *Soins consécutifs.*—Il faudra faire avant tout une *bonne antiseptie* pendant l'opération, en flambant préalablement le trocart, et après en fuisant 2 fois par jour des injections phéniquées fortes dans la poche, précédées de son raclage ou écouvillonnage, s'il y a lieu.

90. *Complication.*—Une ponction qui intéresserait à tort un gros vaisseau peut donner lieu à une hémorrhagie inquiétante qui devra être arrêtée par le moyen le plus rapide qui consiste dans l'introduction immédiate et la dilatation forcée du speculum de *Gemvig*, maintenu en place quelque temps.

En résumé : 1o. L'hématoécèle est destinée à trouver dans une méthode pleine de sûreté et de sécurité, la *Galvano-puncture-négative*, une ressource précieuse qui la conduira rapidement à la guérison, en diminuant la gravité ordinaire du pronostic. 2o. D'une façon générale la *Tébération Galvano-caustique* [cautérisation tubulaire de *Tripier*]

agit par un double mécanisme : le premier *chirurgical* en fistulant largement les exsudats solides : (phlegmon chronique) : les néoplasmes, (fibromes, myomes interstitiel, etc...), les parois des kystes : (hématômes, kystes extra-utérins, etc...) et leur ouvrant une voie d'élimination permanente. Le deuxième *medical* en créant un processus intime de désintégration suivi d'une régression rapide.

Paris, août 1885.

---

## COMMUNICATIONS.

---

### Traitement de la diphthérie.

---

Messieurs les Rédacteurs,

Je vois que, depuis quelque temps, la profession médicale s'efforce de trouver quel est le meilleur traitement possible contre cette redoutable maladie qui a nom diphthérie. Les uns vantent le chlorate de potasse à outrance et guérissent tous les cas possibles et même désespérés ; d'autres disent que le susdit chlorate de potasse ne vaut pas même l'argent qu'il coûte chez le pharmacien et le considèrent, sinon comme nuisible, du moins comme parfaitement inutile. Selon moi, je pense qu'il y a exagération de part et d'autre et que l'on a tort de vouloir ériger, en véritable système, l'emploi du chlorate de potasse contre cette maladie, et de considérer cet agent thérapeutique comme un véritable spécifique.

D'abord, qu'est-ce que le chlorate de potasse, ou plutôt, quels sont ses effets physiologiques sur le corps humain, à l'état de santé ? A hautes doses, il produit une salivation plus ou moins abondante ; le mercure, que l'on a vanté et employé autrefois pour cette maladie et que l'on a dû abandonner non seulement comme inutile mais aussi comme nuisible, la produit de même ; d'ailleurs, dans un cas de diphthérie, la salivation est déjà assez abondante sans que l'on aille l'augmenter. On ne doit donc pas employer le chlorate de potasse, dans un but particulier de salivation. Le chlorate de potasse augmente aussi notablement l'appétit ; nous avons, en médecine, quelque chose de mieux, pour augmenter l'appétit de nos petits malades.

Le chlorate de potasse a aussi la propriété de rendre les urines plus fréquentes, plus abondantes et plus fortement acides. On pourrait donc l'employer ici comme émonctoire, et c'est alors, je pense, que ce sel peut exercer une influence heureuse sur la diphthérie puisque cette maladie est reconnue aujourd'hui comme un véritable empoisonnement du sang ; alors, donnons-le à hautes doses à l'intérieur et ce sera un adjuvant splendide. Mais de là à le considérer comme un spécifique contre la diphthérie, comme l'est le mercure pour la syphilis, ou la quinine pour la fièvre intermittente, ce serait certainement, selon mon humble expérience, exagérer l'importance et l'utilité de cet agent, et en voici la raison. En 1878, nous avons eu de cette maladie une épidémie terrible à St-Polycarpe, et je dois avouer, pour ma part, que le chlorate de potasse, qui passait alors, comme on s'en avient, pour un remède souverain contre la diphthérie, m'a joué de

lains tours, après que je l'eus employé, sur quelques-uns de mes patients, à de plus hautes doses que celles dont il est parlé par vos deux correspondants, MM. les Drs Lippé et Laurin. Je l'employai alors à l'intérieur, comme je viens de le dire, et aussi en gargarismes fréquents, trois à quatre fois par heure.

Sur une vingtaine de cas que j'eus alors, je n'en sauvai que trois par ce traitement. Ainsi, comme on le voit, il n'y avait pas de quoi me réjouir de mes succès.

Cette année, nous avons, depuis janvier, la même épidémie de diphthérie qui n'est certainement pas moins meurtrière que celle de 1878. Depuis le 14 février, j'ai eu sous mes soins neuf cas de cette maladie; de ces neuf cas, huit revinrent à la santé et un mourut. Je n'ai actuellement sous mes soins que deux enfants qui ont eu des paralysies consécutives qui s'améliorent tous les jours et dont il ne restera plus de traces avant la huitaine.

Maintenant, quel a été mon traitement? D'abord, cautérisations profondes, sans ménagement, dès le début, non seulement là où siègent les plaques diphthériques, mais aussi sur toute l'arrière-gorge, du moment que je voyais que le reste du pharynx était d'un brun foncé. On sait que si, lors d'une visite, on trouve une ou deux légères plaques diphthériques et que le reste de la gorge est aussi enflammé, trois, cinq, huit heures après, toute la gorge sera peut-être envahie et tapissée de fausses membranes. Je cautérise donc alors que tout le mal est tout-à-fait local et parfaitement à ma portée. J'ai cautérisé une de mes petites patientes, âgée de cinq ans, trois fois dans une journée et une nuit, et c'est après ces cautérisations que je donnais, en gargarismes, des solutions concentrées d'alun et de chlorate de potasse, comme détersifs, quatre fois par heure. J'ordonnais en même temps des lavages émollients qui sont ici d'une utilité absolue pour ramollir les fausses membranes et les détacher de leurs surfaces; aussi je prescrivais toujours l'eau chaude en gargarismes et le plus souvent possible par heure. Durant le jour, je commandais dix à douze lavages par heure; c'est beaucoup de travail de la part du patient, mais si les parents sont intelligents, la besogne se fait bien, et si l'enfant est récalcitrant, on n'a qu'à lui mettre deux petits bouchons de liège à chaque coin de la bouche, et la seconde fois, il rejettera les bouchons et se gargarisera.

Comment ai-je traité les ganglions cervicaux et sous-maxillaires qui s'enflamment et se tuméfient toujours dans un véritable cas de diphthérie? Doit-on essayer la teinture d'iode? non, selon moi; je l'ai essayée plusieurs fois et elle n'a fait que du mal: une fois surtout, après deux applications, les ganglions avaient doublé de dimension. J'ai essayé les compresses d'eau chaude, aussi chaudes que possible et renouvelées souvent, et j'ai vu, en six heures de temps, des ganglions se résoudre complètement, à la grande satisfaction des patients et des parents. Un de mes confrères vante beaucoup les applications de glace pour amener la résolution de ces ganglions; je n'ai essayé la glace qu'une seule fois, cette année, et je n'ai pas eu à m'en féliciter.

Quant au traitement interne, tout le monde s'accorde à donner les meilleurs toniques et les meilleurs reconstituants du sang.

Encore quelques considérations et je finis. On va me dire probablement que les cautérisations pratiquées sur le pharynx non tapissé de

fausses membranes sont certainement inutiles ou du moins prématurées, puisqu'il n'y a rien. Encore une fois, il peut n'y avoir rien du tout, excepté cette couleur brune foncée qui nous indique de suite que dans trois, quatre, cinq heures, elle sera certainement recouverte de produits diphthériques; ainsi, nous sommes sûrs qu'il y aura quelque chose, et c'est précisément pour cela que nous devons faire de la médecine substitutive, comme nous en faisons dans d'autres circonstances. Je prétends que, en agissant ainsi, l'on substitue une inflammation de bonne nature à une autre de mauvaise nature ou que du moins nous la modifions beaucoup.

Tel est, MM. les Rédacteurs, le traitement que je suis dans la diphthérie, lequel traitement n'est pas neuf, puisqu'on le rencontre décrit dans presque tous nos auteurs modernes, à part quelques légères variantes. Ce traitement est énergique, mais le mal l'est aussi, et l'on ne doit pas s'attendre à le guérir avec de l'eau de rose; il demande aussi beaucoup d'énergie et de travail de la part du médecin et des parents, mais souvenons-nous aussi que la moindre négligence ou le moindre retard de la part des parents seront fatals aux petits patients, puisque c'est une maladie qui, généralement, abandonnée à elle-même, ne pardonne pas.

Veillez me croire, avec considération,

Votre, etc.,

DR J. O. MOUSSEAU.

St-Polycarpe, 28 août 1885.

---

### Diphthérie et Chlorate de Potasse.

---

Messieurs les Rédacteurs.

Drôle de correspondant que *Médecine*, qui, pour de bonnes et valables raisons, sans doute, n'ose pas signer son vrai nom. Un homme qui craint d'endosser la responsabilité de ses écrits, surtout dans un cas comme celui-ci, où il s'agit de l'intérêt, et même de la vie de ses concitoyens, décède par cela même la faiblesse de sa cause.

En effet, lisez la première correspondance de *Médecine*, en juin dernier. Après avoir nommé Ringer et Bartholow qui ne disent pas un seul mot de l'emploi du chlorate de potasse dans l'angine couenneuse, Stillé et Jacobi qui en déconseillent formellement l'usage, votre correspondant y dit: "Malgré l'autorité considérable des auteurs que je viens de citer, j'accorde à *Un abonné* que le chlorate de potasse peut rendre quelques services dans un cas donné d'angine diphthérique." Voilà donc *Médecine* qui ne partage plus l'opinion de Ringer et de Bartholow, encore moins celle de Stillé et de Jacobi. Ne reste plus que Gubler, qu'il cite dans sa correspondance de septembre, et qui dit que le chlorate de potasse ne saurait être qu'un palliatif insignifiant, dans la diphthérie infectieuse. *Médecine* accepte-t-il sa manière de juger ce remède? non pas; au lieu de le trouver un palliatif insignifiant, il vient nous dire quelques lignes plus loin, et fort ingénument: "Je n'ai pas nié les bons effets du chlorate de potasse." Donc lui aussi se range avec nous contre les propres auteurs qu'il invoque pour nous combattre.

Il faut avouer que s'il n'a pas d'autres autorités pour s'appuyer, il court un grand risque, ou plutôt une grande chance, d'en venir à partager complètement notre opinion.

*Médecine* demandait des chiffres ; je lui en ai donné. Alors de s'écrier : Les faits ne sont pas la science." C'est sans doute pour cela qu'il s'abstient de nombrer les cas où le chlorate a échoué. Mais si vous n'avez pas de faits, où l'appuierez vous votre science ? Que servira l'échafaudage de votre érudition, si, tous les jours, les faits viennent démontrer le vide, l'ineptie de vos conceptions, et démentir toutes vos conclusions. La science est vraie, alors elle ne peut qu'être d'accord avec les faits.

J'avoue qu'on doit se défier des chiffres, surtout dans l'art de guérir. " Mais comme je l'ai rapporté dans ma communication de juillet 1883, quand vous voyez, sur six malades de diphthérie, dans une seule maison, cinq prendre le chlorate de potasse et guérir, un ne pas vouloir en prendre, et mourir ; dans une autre famille, trois membres succomber en peu de jours, atteints aussi de diphthérie, trois autres en réchapper avec le chlorate de potasse ; quand vous voyez un grand nombre d'individus trépasser sans avoir été soignés, ou après avoir été soignés par différents médicaments, et ceux qui ont pris le chlorate de potasse en revenir tous, ou presque tous ; cela fait plus que compenser la relation du cas des huit personnes que *Médecine* suppose, après coup, avoir été frappés par la diphthérie. Le correspondant ne peut nier que ces faits sont plus concluants que les siens.

Remarquez bien que ma communication a trait à une épidémie qui sévit dans notre paroisse en 1880. Je ne parle pas des cas isolés ; car je pourrais en ajouter un bon nombre encore, entr'autres, cinq depuis le printemps dernier, dont deux dans ma propre famille, tous traités par le chlorate et terminés favorablement, lesquels cependant auraient pu, probablement, avoir la même issue par d'autres remèdes ou même sans remèdes. Mais quand la maladie règne d'une manière épidémique elle revêt une gravité bien autrement redoutable : c'est alors que le chlorate de potasse manifeste toute sa puissance.

Puisque *Médecine* paraît exercer son art dans une grande ville, il doit avoir eu l'occasion de rencontrer quelques cas de diphthérie ; que n'a-t-il essayé le chlorate de potasse ? ne fut-ce que pour démontrer l'insuffisance de ce médicament.

Il nous invite, le Dr Laurin et moi, d'aller pratiquer à Montréal. N'eussent été certaines considérations, il y a longtemps que j'y serais rendu, et que j'aurais augmenté, au moins j'en ai la ferme conviction, le nombre des guérisons que le chlorate de potasse m'a procurées dans le traitement de la diphthérie, et prouvé à *Médecine* que ce remède, quand il est bien administré, est aussi puissant là qu'à St-Ambroise et à Lorette.

Vous remerciant, MM. les Rédacteurs, de votre obligeance,

Je demeure, etc.

DR J. LIPPÉ.

St-Ambroise de Kildare 25 septembre 1885.

## A propos de vaccination.

Messieurs les Rédacteurs,

La terrible épidémie de variole qui sévit en ce moment nous donne des leçons importantes. Elle met en évidence plusieurs vérités incontestables.

1<sup>o</sup> Que la vaccination doit être pratiquée sans retard sur tous les sujets qui n'ont pas été vaccinés. C'est le seul moyen d'arrêter la maladie.

C'est surtout pressant si un cas se déclare dans une famille. On doit alors en vacciner tous les membres.

2<sup>o</sup> Que les mauvais cas qui ont été produits par l'inoculation ne sont pas l'effet de la véritable vaccination, mais le résultat malsain et dangereux d'une vaccine datant de plus de trois semaines. De là les érysipèles et d'autres conséquences désastreuses.

3<sup>o</sup> Qu'on ne doit pas vacciner avec de la vaccine de plus de trois semaines. Il faut qu'elle soit conservée au frais et non tenue négligemment dans les poches de la veste où la chaleur du corps la décompose en deux ou trois jours. J'insiste sur la vérité de ce dernier principe. Car si la vaccination publique n'a pu être faite ce printemps et cet été, c'est dû à ce que la lymph vaccine, en vieillissant, avait changé sa nature bienfaisante pour devenir un poison animal en décomposition. Vaccinons, si nous voulons prévenir l'extension du fléau. Mais, de grâce, ne vaccinons qu'avec du vaccin d'une semaine ou de deux semaines, au plus, et avec tous les soins requis.

4<sup>o</sup> Il se présente une question sérieuse à résoudre. Doit-on pratiquer la vaccination chez les femmes à la fin de la grossesse, surtout en temps d'épidémie? Il y a de nombreux cas où les enfants ont eu la variole avant de naître. Ils ont infecté leur mère et tous deux ont péri victimes de la maladie. Il n'y a pas, il me semble, à hésiter. Il faut donc pratiquer cette opération pour préserver l'enfant et prévenir un grand malheur.

RÉSUMÉ.—Les médecins, tant à la ville qu'à la campagne, sont dans l'obligation morale rigoureuse de tenir à la disposition du public du vaccin, en quantité suffisante et de n'en donner que du frais, en le renouvelant au besoin, sans regarder au prix et au trouble, et de veiller à ce que la vaccination soit faite chez les enfants vers l'âge de trois mois.

C'est un devoir d'humanité. C'est un devoir national, afin de sauver au pays ses forces vives. C'est un devoir envers notre religion en préservant ainsi l'enfance en qui elle a ses plus belles espérances.

\*\*\*

Montréal, 12 septembre 1885.

**De l'emploi thérapeutique de l'hydrastis canadensis**, par ICHATZ.—Ce médicament, très utilisé en Amérique, est en Allemagne l'objet d'expériences qui lui reconnaissent une certaine valeur en thérapeutique gynécologique. On emploie, à Rostock, l'extrait aqueux à la dose de 20 gouttes, quatre fois par jour, contre la métrorrhagie, la dysménorrhée congestive, les hémorrhagies dues aux corps fibreux, etc. Les résultats sont favorables; l'action est exclusivement locale; c'est celle d'un tonique des organes génitaux.—*Lyon médical.*



## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**Pneumonie bacillaire aiguë et pneumonie franche, son diagnostic.**—Clinique de M. le professeur Germain SÉE à l'Hôtel-Dieu. (1)  
Messieurs, dans le cas précédent, nous avons assisté au début de la maladie, nous avons vu naître et évoluer les foyers successifs de pneumonie caséuse.

Il peut se faire que vous vous trouviez d'emblée en présence de malades chez lesquels l'induration pulmonaire occupe déjà tout un côté du thorax; chez lesquels les foyers accolés se distinguent par les signes qu'ils donnent à l'auscultation. Les plus anciens présentent des râles sous-crépitants; les plus récents simplement du souffle tubaire. La matité est absolue, généralisée à tout le poumon malade. Les commémoratifs vous indiqueront seulement la date et le mode de début de la maladie; de sorte que, pour poser votre diagnostic, vous vous trouverez cette fois encore fort empêchés. Si vous ne cherchez pas les bacilles de Koch, vous soupçonneriez la tuberculose pendant huit ou dix jours sans pouvoir l'affirmer.

Vous savez que nous nous sommes récemment trouvés très embarrassés, dès notre premier examen d'un jeune malade de la salle Saint-Christophe, dont voici l'histoire:

Un jeune homme, 18 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Il s'est toujours très bien porté. Il toussait depuis une dizaine de jours, lorsqu'il fut pris de malaise, de courbature, de mal de gorge. Douze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il dut prendre le lit. Son abattement était plus grand, la toux fréquente et pénible. Il n'y avait pas eu de frisson initial, mais plusieurs petits frissons peu intenses. Pas de point de côté.

Le 17 mars, il arrive à l'hôpital avec le diagnostic "Pneumonie" porté par un médecin de la ville. La face est pâle, la dyspnée marquée. Le pouls est rapide, la température à 39°4.

L'expectoration est jaune, ambrée, transparente, non aérée, fortement adhérente au fond du vase.

A l'examen de la poitrine, on constate de la matité absolue dans toute l'étendue du thorax, en arrière de la fosse sus-épineuse, à la base du poumon. A l'auscultation, râles sous-crépitants peu volumineux, agminés, augmentant par la toux dans la fosse sus-épineuse. L'expiration y est rude, et déjà tubaire. Au-dessous de ce point, souffle tubaire très intense avec augmentation des vibrations thoraciques et retentissement exagéré de la voix, jusqu'à 10 à 12 centimètres au-dessus de la base du thorax. A ce niveau, le souffle se modifie, il devient plus aigre et prend nettement le timbre pleurétique. La voix produit là un chevrottement égophonique non douteux.

En avant, sous la clavicule, bruit skodique évident; on retrouve la matité sur le trajet de la ligne axillaire antérieure. Là, il existe un

(1) Suite et fin. Voir la livraison précédente.

foyer compact de râles sous-crépitaux qui s'étend sur un espace large comme la main.

À gauche, pas de modifications de la sonorité dans la fosse sus-épineuse. Submatité à la base, sur une hauteur de dix à douze centimètres, à la partie la plus inférieure du poumon et seulement en se rapprochant de la colonne vertébrale, sur la moitié environ de l'étendue comprise entre le rachis et la ligne axillaire postérieure. Dans la région qui correspond à cette submatité, souffle tubaire, peu marqué, plus évident à mesure qu'on se rapproche de la colonne vertébrale.

L'expectoration est gluante, elle adhère fortement au fond du vase ; elle est transparente, non aérée, couleur sucre d'orge.

Le 21, ces mêmes phénomènes persistent. Les râles sont plus nombreux et plus humides dans la fosse sus-épineuse droite. Dans la fosse sous-clavière, on perçoit des râles sous-crépitaux nombreux augmentant par la toux, sans matité dans la région correspondante. À la base, en arrière, il s'est fait certainement de l'épanchement, car le souffle est devenu plus franchement pleurétique, et la ligne d'égophonie s'est élevée d'un travers de main environ, suivant une ligne oblique de dedans en dehors. Au dessous de cette ligne, obscurité complète de la respiration ; pectoriloque aphone. On perçoit toujours, du reste, le souffle tubaire dans toute la partie moyenne du poumon, en arrière.

À gauche, expiration rude, à timbre tubaire dans la fosse sus-épineuse. À la base, souffle tubaire un peu aigre, rappelant le souffle pleurétique dans le quart inférieur du poumon. Retentissement exagéré de la voix dans toute l'étendue occupée par le souffle.

La fièvre, après être tombée d'un degré et demi, le lendemain de l'entrée du malade, est remontée aux environs de 40 degrés. La dyspnée est plus marquée.

L'expectoration a cessé d'être *pneumonique* ; elle est constituée par deux parties, l'une liquide, pituiteuse, aérée ; l'autre compacte et purulente. Il y a des bacilles de la tuberculose en grande quantité.

Le 29, le poumon gauche est envahi par le souffle tubaire dans les deux tiers de son étendue. Le tiers moyen seul est normal. Dans le tiers inférieur, on constate du souffle pleurétique et de l'égophonie ; dans le tiers supérieur, du souffle tubaire et des râles sous-crépitaux. Les régions correspondantes sont mates.

La voix est éraillée, aphone, le larynx douloureux à la pression. Depuis deux jours, le malade rejette des crachats sanglants.

La fièvre est toujours vive. Il y a des sueurs abondantes, de l'amaigrissement marqué.

Evidemment, Messieurs, les signes physiques, la marche de la maladie, les phénomènes généraux, les crachements de sang survenant depuis deux jours suffiraient pour poser le diagnostic tuberculose que confirme absolument la présence de nombreux bacilles dans les crachats.

Il n'en était pas de même au moment de l'entrée du malade. La bronchite antérieure, l'angine du début, la répartition des signes physiques eussent pu faire penser encore ici à la pneumonie migratrice, et peut-être plus particulièrement à la pneumonie migratrice d'origine grippale.

Les bacilles trouvés en abondance ont de suite levé tous les doutes : il s'agissait d'une pneumonie caséuse.

Remarquez, Messieurs, que, si dans les deux observations que je viens de vous rapporter il n'y avait pas eu d'hémoptysie, le début avait été dans les deux cas assez insidieux. Il n'y avait pas eu de frisson initial intense marquant la survenue de la maladie. Le point de côté avait été peu douloureux, assez diffus. Ce sont là des présomptions en faveur de la nature de l'affection, mais des présomptions bien faibles en comparaison de la certitude que donne l'examen histologique.

Remarquez encore que le premier jour l'expectoration était absolument pneumonique: transparente, non aérée, couleur sucre d'orge, fortement adhérente au fond du crachoir; et cependant c'est dans cette expectoration que se sont rencontrés les bacilles pathogéniques. Dès le lendemain, il est vrai, les crachats changeaient de caractère et devenaient muco-purulents.

III.—*Conclusions*: Parvenus au terme de cette étude, il est bon que nous jetions un coup d'œil en arrière pour reconnaître le chemin que nous avons parcouru, pour résumer les propositions qui doivent résulter de cette exposition.

Je crois vous avoir démontré, par les exemples que je vous ai cités, que la pneumonie caséuse aiguë, la bacillose massive aiguë peut prendre le masque de la pneumonie franche, et simuler plus particulièrement la pneumonie simple du sommet de la pneumonie progressive envahissante, à foyers successifs, dite pneumonie migratrice.

Lorsque l'hémoptysie manque au début de ces pneumonies caséuses, elles peuvent reproduire complètement l'aspect des pneumonies franches, fibrineuses. Le mode du début, le peu d'intensité du point de côté, l'absence du grand frisson initial, et le siège des lésions au sommet sont des raisons de penser à la tuberculose; cette tuberculose toutefois ne peut pas être affirmée si l'on ne démontre pas par le microscope l'existence des bacilles de Koch dans l'expectoration.

La pneumonie caséuse à forme envahissante, à foyers migrateurs, peut simuler à s'y méprendre la pneumonie fibrineuse dite migratrice. Les signes physiques, l'expectoration, le mode d'évolution, sont à peu près identiques. Les nuances révélées dans la marche de la maladie, dans l'évolution des signes cliniques, permettent de songer à l'infection tuberculeuse, elles ne permettent de l'affirmer que lorsque les lésions sont devenues ulcéreuses.

Au contraire, la présence des bacilles de Koch, très nombreux dans ces conditions, permet d'affirmer de suite le diagnostic. Leur absence à des examens répétés indiquerait avec une probabilité très voisine de la certitude que la pneumonie n'est pas caséuse, qu'elle appartient à une espèce curable.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'en semblable occurrence, il vous faut au plus tôt faire la recherche des bacilles. Leur présence vous amènera à affirmer le diagnostic de ces formes larvées au moins dix ou douze jours plus tôt que ne pourrait le faire la simple exploration stéthoscopique.

Remarquez, du reste, que la pneumonie caséuse peut très bien débiter par le lobe moyen ou inférieur du poumon. Malgré les phénomènes peu nets du début, l'idée de la tuberculose vient moins vite que lorsque le sommet est pris d'emblée.

C'est seulement parce que la fièvre persiste au delà des limites habituelles, parce que les râles deviennent plus humides, que la pensée de

la pneumonie caséuse vient à l'esprit. Dans un cas de ce genre, nous avons récemment rencontré les bacilles dès le premier examen et évité ainsi une période plus ou moins prolongée d'incertitude.

En résumé, il vous faudra chercher les bacilles de Koch dans toutes les pneumonies du sommet, dans toutes les pneumonies migratrices et dans celles qui présentent quelque chose d'anormal dans leur début, leur évolution, et surtout dans leur mode de résolution.

La certitude rapide du diagnostic et surtout du pronostic vous récompensera largement de la peine, minime du reste, que vous vous serez donnée.—*Union médicale.*

**Traitement de la néphrite aiguë, par AUFRECHT.**—En conformité avec ses vues sur la nature anatomique de la néphrite aiguë, Aufrecht proscriit l'emploi des diurétiques et diaphorétiques, recommande la plus grande réserve dans la prescription de tout médicament en général; tout au plus, après quelques semaines, combat-il l'anémie au moyen du fer. La règle de toute intervention repose sur ce principe qu'il faut ménager les fonctions de l'épithélium malade en réduisant au minimum le travail d'élimination des substances extractives. Par conséquent, au début, avec le repos au lit, on n'autorisera que le minimum d'alimentation azotée: on recommandera de préférence les végétaux digestibles; le lait et le bouillon ne s'administreront qu'au bout de deux semaines. A l'appui de cette pratique, Aufrecht cite le cas d'un enfant atteint de néphrite aiguë consécutive à la scarlatine, guéri après une anurie ayant duré 80 heures, au moyen de la diète alimentaire préconisée, et n'ayant pris qu'un peu d'opium.—*Bern. Klin. Woch.*—*Lyon médical.*

**Injectons arsenicales parenchymateuses dans la leucémie splénique, par PEIPER.**—Prenant en considération les résultats obtenus par Mosler à la suite d'injections arsénicales dans le parenchyme splénique chez des paludiques, Peiper eut l'idée de pratiquer la même opération dans un cas de leucémie splénique chez un homme de 33 ans; la proportion des globules blancs aux hématies était de 2 à 3; la rate volumineuse et très résistante. Après avoir préparé son malade au moyen d'un traitement général approprié, il pratiqua, dans l'espace de 8 semaines, 10 injections d'une solution de la liqueur de Fowler. Ces injections furent parfaitement supportées; la rate subit immédiatement une réduction notable et qui se poursuivit encore les mois suivants. L'auteur croit pouvoir préconiser cette thérapeutique dans les cas analogues, mais réalisant surtout les conditions suivantes: rate consistante, aucune tendance aux hémorrhagies, état général satisfaisant, et emploi préalable des médicaments spléniques; pendant les quelques heures suivant l'injection, applications locales de glace.—*Lyon médical.*

**De la névrose hypnotique.**—Leçon de M. le professeur CILARCOT à la Salpêtrière.—Cette névrose se montre sous trois états différents, ce sont comme autant de maladies qui se succèdent. Ebauchées ou incomplètes, dans ce qu'on pourrait appeler le petit hypnotisme, ces trois formes se rencontrent avec tout le développement dans le grand hypnotisme, mais ce n'est guère qu'à la suite d'une sorte d'entraînement.

**Léthargie.**—On amène cet état chez la jeune femme qui nous est montrée en lui faisant regarder fixement un objet; après un temps très

court, les yeux se ferment et la tête s'incline. Elle semble dormir d'un sommeil profond et sans rêves; quoiqu'il en soit, le réveil ne laisse le souvenir d'aucune sensation ni d'aucune idée.

Pendant cette période, il existe une extrême hyperexcitabilité neuro-musculaire; tout muscle touché par pression ou par frottement se contracte aussitôt; tout nerf, excité de la même façon, fait entrer en contraction les muscles qu'il innerve. On fait ainsi contracter sous nos yeux les divers muscles de la face et les muscles innervés par le facial, le cubital et le médian. Aussitôt que l'excitation cesse, la contraction disparaît.

La malade est si profondément endormie qu'elle est insensible aux bruits du dehors. On peut l'appeler, la secouer, sans qu'elle réponde d'aucune manière.

La contraction étant bornée ici aux seuls muscles ou nerfs excités, ne détermine, dans la physionomie ou le geste qu'une expression incomplète et qui ne se généralise pas, au contraire de ce que nous allons voir dans une autre période.

A l'état de veille, un mouvement, quel qu'il soit, semble éveiller en nous une idée, ce mouvement faisant partie d'une attitude ou d'un geste dont la signification est invariable et déterminée; mais la conscience, alors bien éveillée, réagit contre cet entraînement. Dans les états de conscience incomplète comme ceux dont il va être question tout à l'heure, l'association se fait et le mouvement éveille une idée, comme aussi, en retour, l'idée suscite un mouvement ou une série de mouvements combinés; mais dans le cas présent, il ne se produit rien, ce qui vient à l'appui de ce que M. Charcot nous disait en commençant, à savoir que cet état est un sommeil sans rêves et sans idées.

*Catalepsie.*—Pour faire passer le sujet de la léthargie à la catalepsie, il suffit de lui ouvrir les yeux. Aussitôt, l'hyperexcitabilité disparaît.

Dans la catalepsie vraie, tous les membres sont dans un état de souplesse parfaite et, de plus, toutes les attitudes sont logiques et harmonieuses, c'est-à-dire que le corps, tout en obéissant avec la plus grande facilité aux mouvements qu'on lui imprime, prend, pour chacun de ces mouvements, une attitude qui semble correspondre à un sentiment ou à une sensation; la physionomie est en rapport avec un geste imprimé, ce qui est l'indice d'un certain réveil mental.

On peut combiner cette période de catalepsie à celle qui précède, à la léthargie; on n'a, pour cela, qu'à fermer un œil et aussitôt la léthargie reparait, avec tous ses caractères, dans le côté du corps dont l'œil a été fermé, pendant que la catalepsie persiste dans l'autre, et pour faire reparaitre cette catalepsie que l'on vient ainsi de chasser, il suffira d'ouvrir de nouveau l'œil qu'on avait fermé.

Ici, comme dans la période précédente, l'inertie mentale est absolue; mais il est possible, cette fois, de réveiller une idée ou un groupe d'idées associées; pas plus, car l'ensemble d'idées coordonnées qui constitue la conscience n'interviendra pas, et l'idée suscitée s'éteindra sans rien ébranler autour d'elle.

La malade respire à peine, l'attitude à laquelle elle est soumise semble ne lui coûter aucun effort; mais le membre finit par revenir à la position de repos, lentement et sans secousses. Un simulateur peut tenir le bras levé ou étendu aussi longtemps qu'un cataleptique, et sans qu'un examen superficiel permette de faire la distinction; ce n'est qu'en enrégistrant le tracé de la respiration ou de la contraction mus-

culaire, qu'on pourra démasquer la ruse. En effet, la respiration du cataleptique, qui est calme et lente, se traduit par une ligne à peine ondulée et le tracé de sa contraction musculaire, qui est absolument uniforme, donne une ligne droite; chez lui, il n'y a pas d'effort. Chez le simulateur, au contraire, l'effort est continu et il produit, dans la graphique respiratoire, une ligne à oscillations étendues et fréquentes, et dans celui de la contraction musculaire, des ondulations composées elle mêmes de tremblements nombreux et menus.

Nous avons dit qu'une idée suggérée va réveiller un certain nombre d'idées associées, sans que la conscience y prenne part. C'est ainsi que s'exprime l'influence, bien connue déjà, du geste sur la physionomie: ainsi, on approche de ses lèvres les mains étendues, comme dans l'action d'envoyer un baiser, en même temps, la physionomie prend une expression de colère; on met le sujet à genoux, les mains jointes et la tête levée, et la figure prend l'expression de la prière et de l'extase. Nous allons voir maintenant l'influence réciproque et tout aussi remarquable de la physionomie sur le geste.

Dans la période présente, l'attouchement n'étant pas suffisant pour exciter la contraction des muscles, on a recours à un moyen plus puissant et on fait intervenir l'électricité. Les électrodes d'une machine d'induction sont placés successivement sur les frontaux, les sourcilliers, les zygomatiques, les releveurs de l'aile du nez, et à l'instant la physionomie indique l'attention, la colère, le rire, le dédain, en même temps que la malade prend toutes les attitudes et fait tous les gestes qui concourent à l'expression du sentiment sous l'influence duquel elle semble se trouver. Tous les sentiments ainsi éveillés sont exprimés avec une grande intensité et l'on peut constater, en les analysant, que les peintres ne les ont pas toujours rendus avec l'exactitude désirable.

Dans la phase actuelle, il est impossible d'exciter de suggestions par la vue ou l'ouïe; on ne réussit qu'en s'adressant au sens musculaire.

*Somnambulisme*.—Pour le produire chez le sujet en catalepsie, on appuie la main sur le sommet de la tête. Cet état paraît être pénible, car la malade fait des mouvements de défense et semble chercher à s'y soustraire.

Dans la période de catalepsie, le sujet, avec ses yeux grand ouverts et son immobilité, ressemblait à une statue; dans celle de somnambulisme, il a les yeux à demi fermés et paraît engourdi. Il n'y a pas ici d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, ni d'exagération des réflexes; mais il existe une hyperesthésie de la peau extrêmement intense; sous l'influence de très légers frôlements, comme ceux qu'on peut produire avec les barbes d'une plume, les muscles non seulement se contractent, mais se contracturent. On fait cesser cette contracture, de même que la contraction de la période léthargique, en excitant les muscles antagonistes jusqu'à ce qu'on ait obtenu le retour à la position de repos.

Ce n'est que dans le somnambulisme qu'on peut obtenir la suggestion d'idées et d'actes combinés d'une certaine étendue. Tout dort ici dans le cerveau, comme dans la catalepsie, mais pas aussi profondément; le groupe d'idées qui s'associent sous l'influence d'une idée suggérée est bien plus étendu. Il y a même une sorte d'éveil de la conscience, car le sujet proteste contre une injonction ou une idée qui lui déplaît; mais il fait cependant par se soumettre, car il est entièrement sous la dépendance de celui qui l'a endormi et malgré cette espèce de protestation du moi, il n'est pas autre chose qu'un automate.

M. Charcot s'approche de la malade et lui dit :—Tiens, prends ce petit oiseau. Aussitôt, celle-ci semble regarder un oiseau qui serait dans ses mains, qu'elle fait passer d'un doigt sur l'autre, qu'elle approche de ses lèvres comme pour l'embrasser, et auquel elle sourit.—Mais, c'est un vilain perroquet, lui dit-on. Alors, elle éloigne vivement la main et secoue le doigt, comme pour en faire tomber l'animal.

Le professeur approche son doigt et lui fait décrire une ligne en zig-zag sous ses yeux. Cela a suffi pour donner à cette somnambule l'idée d'un reptile et alors elle se rejette en arrière, avec les signes d'une vive horreur.

Puis on lui dit, en lui montrant le parquet :—Tiens, les jolies marguerites. Alors, elle se baisse, semble en cueillir, les réunir dans l'autre main, et, quand elle se relève, M. Marie fait le geste de lui tendre un fil qu'elle a l'air de prendre et d'enrouler autour de son bouquet.

On lui montre alors des feuilles de papier blanc, au verso de l'une desquelles on a fait un petit signe qui permettra de la reconnaître, c'est elle qu'on a placée au-dessus des autres.—Tu vois bien, lui dit-on, le portrait de M. Marie.—Oui.—Tu le reconnaitras.—Oui. Puis on mêle cette feuille aux autres et on les lui présente en l'invitant à chercher. Cette fois, elle s'est trompée, ce qu'on attribue à la fatigue, et on la réveille ; il suffit pour cela de lui souffler sur les yeux. Elle a l'air alors d'une personne qui vient de s'éveiller, elle se frotte les yeux.

Pendant son sommeil de tout à l'heure, on lui avait placé un ouvrage de broderie dans les mains et aussitôt elle s'était mis à le continuer. Il arrive que ces malades s'endorment spontanément et continuent à travailler ; mais, au réveil, comme elles ne gardent aucun souvenir de ce qui s'est passé, elles s'étonnent de trouver parfois leur ouvrage mal fait, ce qui arrive plus souvent qu'on le contraire, malgré l'opinion qui règne à ce sujet.

On remet la malade en état de somnambulisme : mais cette fois, on l'y fait passer directement en pressant sur les yeux, puis sur la tête, comme l'a indiqué Lasègue. M. Charcot lui donne la suggestion de son propre portrait sur la feuille de papier blanc, puis il la mêle parmi les autres ; mais en ayant soin de la placer de telle sorte qu'en supposant l'image réelle, la tête soit placée en bas. Cette fois, l'expérience réussit bien : la malade prend la feuille qu'elle avait sous les yeux quand la suggestion lui a été donnée, mais elle s'empresse de la changer de sens, car elle voit alors, comme elle le dit d'ailleurs, le portrait la tête en bas.

On la réveille et, après avoir de nouveau mêlé les feuilles, on les lui présente. Elle reconnaît fort bien celle qui lui a été montrée, quoique aux yeux de tout le monde rien ne la distingue des autres que le léger signe placé derrière et qu'elle ne peut pas voir ; elle ne se trompe pas davantage sur la place et la situation que cette image occuperait sur le papier.

L'hallucination, persistante parce que pendant le somnambulisme on lui a dit qu'il en serait ainsi, peut durer plus d'une journée ; mais elle finit par s'effacer, ce qui embarrasse un peu la malade, d'autant plus que ses camarades la plaisantent au sujet de ces prétendus portraits.—

*Journal de la Santé Publique.*

**Phthisie catarrhale, hémoptysies et bronchites chroniques, leur traitement par la terpine.**—M. le professeur Germain SÉE s'est livré à des recherches sur la terpine, principe actif des différentes térébenthines, contre les affections susindiquées. Il a communiqué à l'Académie de médecine de Paris un travail sur ce sujet, qu'il termine par les conclusions suivantes :

La terpine constitue un modificateur énergique de la muqueuse respiratoire et un antisécrotoire puissant :

1<sup>o</sup> Elle diminue et tarit rapidement l'expectoration purulente dans les formes catarrhales de la phthisie. Que la sécrétion muco-purulente provienne des bronches irritées par les tubercules ou bien de la paroi des cavernes pulmonaires, que la maladie soit au début ou dans la phase de la fonte purulente, ou même à la période des excavations formées, la terpine sera indiquée toutes les fois que la formation de pus est assez abondante pour fatiguer le malade ou pour épuiser ses forces et pour entraîner le dépérissement.

2<sup>o</sup> Elle sera employée avec succès dans les hémoptysies de la tuberculose commençante, c'est-à-dire lorsque la maladie n'est pas arrivée au développement des grandes cavités avec anévrismes de l'artère pulmonaire.

3<sup>o</sup> Dans le traitement des catarrhes pulmonaires, des bronchites chroniques indépendantes de l'asthme et ne provoquant qu'une dyspnée par encombrement des bronches, la terpine constitue le meilleur moyen d'amoindrir l'hypermucosité bronchique.

4<sup>o</sup> Son action prompte, sûre et exempte d'inconvénients physiologiques, doit la faire préférer aux préparations de térébenthine ou de goudron ou de bourgeons de sapin, qui en contiennent si peu, à l'essence de térébenthine qui n'est pas tolérée. Elle présente même, à cause de sa parfaite innocuité et de sa facile digestibilité, des avantages sur la créosote.

5<sup>o</sup> Les meilleurs procédés, pour administrer ce médicament, sont la forme pilulaire ou la solution alcoolique, et la meilleure dose est celle de 1 gramme.

6<sup>o</sup> Dans l'asthme nerveux, emphysémateux ou catarrhal, qu'il faut distinguer du catarrhe primitif, l'iode et la pyridine ont une supériorité incontestable.—*Scalpel.*

**De l'emploi de la digitale dans les maladies fébriles aiguës.**—On s'est proposé deux fins dans l'emploi de la digitale dans les affections fébriles aiguës. L'une a été d'abaisser la température, mais les doses qu'il en faut donner pour atteindre ce but sont si élevées que l'on peut à peine, étant données les autres propriétés physiologiques du médicament, les regarder comme non dangereuses; d'un autre côté, même à ces doses, la digitale ne saurait être comparée comme antipyrétique, à la quinine et à ses synergiques de découverte plus récente. L'autre but que l'on a voulu obtenir par l'emploi de la digitale dans ces cas, est de tonifier le cœur affaibli et de diminuer la fréquence du pouls. Il y a sans doute deux maladies très fréquentes à certaines périodes desquelles tout médicament ayant les propriétés attribuées à la digitale doit sembler indiquer. L'une d'elles est la pneumonie croupale, dans laquelle, nous le savons, la suprême question du pronostic est de savoir si le ventricule droit pourra supporter l'excès de travail



à lui imposé. L'autre est la fièvre typhoïde, et ici encore, l'asthénie cardiaque avec la congestion hypostatique du poumon qui en est la conséquence, est souvent le symptôme qui attire le plus souvent l'attention.

D'après le Dr. Henry F. A. GOODRIDGE, (*British Medical Journal*), les résultats favorables que l'on pourrait attendre de l'action physiologique de ce remède n'ont pas été corroborés par l'expérimentation clinique, et il publie un tableau de douze cas de pneumonie croupale et d'un égal nombre de cas de fièvre typhoïde dans lesquels la teinture de digitale a formé la base du traitement principal. Dans chacun de ces vingt-quatre cas où il y eut guérison, (à l'exception toutefois d'un cas douteux,) on a constaté que sous l'influence de la digitale le pouls ne s'abaissait pas sensiblement avant la période de défervescence, tandis que dans trois cas fatals, l'accélération du pouls augmenta en dépit de la digitale. Le Dr Goodridge croit que ce résultat peut être attribué au fait, déjà signalé par Brunton et Cosh, qu'une température très élevée diminue le pouvoir d'inhibition du centre vague dans la moëlle, à un tel point que la digitale, et, probablement aussi tous les médicaments qui agissent à l'instar de la digitale sur ce centre, perdent dans une grande mesure leur pouvoir d'arrêter l'action du cœur et de ralentir le pouls. L'administration de la digitale ou de ses auxiliaires à des malades atteints d'affections fébriles est donc moins apte à affecter le pouls que chez les sujets à température normale, et s'il arrive que celle-ci soit très élevée, il peut se faire qu'ils n'en aient pas du tout tant que la température reste ainsi élevée. Il ne s'en suit pas, cependant, que la digitale doive être mise de côté dans le traitement des maladies fébriles aiguës, car il se peut qu'en la combinant à un antipyrétique tel que la quinine, on obtienne un meilleur résultat. S'il devient impossible de hâter la défervescence par ce moyen, il y aurait encore grand avantage à produire une rémission marquée, puisque par ce moyen l'action du nerf vague serait restaurée pour un temps, ce qui rendrait opportun l'emploi de la digitale. En outre, il ne faut pas oublier que la crise ou défervescence rapide avec évacuations critiques, dans les fièvres et principalement dans la pneumonie, n'est pas elle-même sans danger. Des symptômes de collapse peuvent se montrer et ce collapse peut même être fatal. Si elle est administrée judicieusement, et à doses modérées avant la crise, la digitale constitue contre celle-ci une certaine protection.

Enfin, il est très important de se rappeler que la digitale, dont les effets sont si peu manifestes durant la période d'augment, peut, après la crise, agir avec une énergie cumulative; autrement, le praticien imprudent, n'obtenant aucun effet immédiat, peut être tenté d'augmenter les doses, ce qui aurait pour résultat, plus tard, au moment de la défervescence, de provoquer des symptômes toxiques.—*Therapeutic Gazette.*

**Baravena Milk Food.**—Nous appelons l'attention sur ce nouvel et précieux aliment pour les enfants, que nous le voyons hautement recommandé par plusieurs médecins canadiens éminents.

Cet aliment est préparé avec la meilleure farine de blé et de riz dont l'amidon a été transformé en dextrine et à laquelle on ajoute du lait pur et du sucre en sorte que dissout dans l'eau, le Baravena Milk Food se rapproche plus du lait naturel qu'aucun autre aliment connu.

## PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**De l'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude.—De la résection du coude.**—Clinique de M. le docteur SEGOND suppléant de M. le professeur TRÉLAT à la Charité.—Au numéro 25 de la salle Ste-Catherine, est couchée une jeune fille à qui nous allons faire une résection du coude. Cette malade, âgée de 18 ans, souffre de son coude, et ne peut se servir de son bras ; voilà les raisons pour lesquelles elle est entrée dans notre service. Quant à ses antécédents, cette fille est née de parents assez bien portants qui ont eu, en outre, cinq enfants dont trois sont en bonne santé et deux sont morts de convulsions. Il y a cinq ans, affirme-t-elle, qu'aussitôt après s'être heurtée le coude contre une table, une petite bosse se serait développée et il lui aurait été impossible de remuer le bras. Que faut-il penser de ce récit ? Quoique n'en sachant rien, je crois néanmoins qu'il y a lieu d'accorder un certain crédit à cette petite femme qui, somme toute, a l'air très intelligent. Elle a consulté de suite, non pas un médecin, ni un chirurgien, mais quelqu'un du voisinage qui a écrasé la bosse avec un sou. Qu'est-ce que cela a pu produire ? Pas grand'chose assurément, puisqu'une tumeur apparue aussi vite ne pouvait être formée que par du sang. Quoiqu'il en soit, la douleur n'a disparu qu'un an plus tard. Il y a six mois qu'elle est revenue et que son coude est devenu gros et chaud. Enfin, il y a une vingtaine de jours que les phénomènes se sont aggravés, en même temps qu'il survenait à la partie postérieure du coude une petite bosse.

Voilà le passé ; maintenant, allons un peu plus loin. Lorsque nous regardons la région malade, nous sommes frappés par les détails suivants : d'abord, l'avant-bras est fléchi sur le bras et se trouve en demi-pronation ; en outre, le bras est atrophié, quant à ses muscles, et la déformation du coude ressemble à un véritable fuseau. J'ajouterai, enfin, qu'en arrière et en dehors de l'olécrâne, existe une petite bosse. Si maintenant nous explorons les jointures, voici ce que nous constatons : d'abord, au niveau de la partie supérieure de l'avant-bras, à la région antérieure, il existe un empâtement profond, et la petite bosse, en outre, est manifestement fluctuante. À côté de ces phénomènes, les mouvements communiqués sont possibles ; seulement cette manœuvre est très douloureuse. Quant aux mouvements spontanés, la malade est incapable d'un exécuter un. Vous sertez, enfin, des craquements lorsque vous fléchissez l'avant-bras sur le bras, et vous constatez de plus que ce coude a quelques mouvements de latéralité. J'ajouterai en dernier lieu, que si vous recherchez des points douloureux localisés, vous n'en trouvez pas sur la ligne interarticulaire. C'est au pourtour seulement qu'existe la douleur.

En présence de cet ensemble de symptômes, je n'ai pas de diagnostic différentiel à vous faire. Il s'agit bien en effet pour tout le monde d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. Ce diagnostic, du reste, trouve un nouvel appui dans le type même de cette femme. C'est une petite Parisienne qui se nourrit mal et qui a eu des gourmes dans son enfance.

Ceci dit, qu'est-ce que nous allons lui faire ? Pour soigner une tumeur

blanche du coude qui a déjà du pus, nous avons divers moyens; ce sont: d'abord la temporisation, puis l'ouverture de cet abcès, ou bien encore la résection du coude, et enfin l'amputation du bras.

Voyons la temporisation. Vous connaissez tous les merveilleux résultats que ce traitement peut donner. Par l'immobilisation prolongée, "le meilleur cataplasme des articulations" a dit Bonnet, on peut arriver à guérir des tumeurs jugées graves. On a ajouté à cette méthode différents procédés. C'est ainsi que j'ai vu M. Labbé obtenir des résultats merveilleux en agissant de la manière suivante: après s'être fait apporter un réchaud sur lequel étaient des fers rouges, il en éteignait une trentaine dans l'articulation malade. Les assistants étaient étonnés, et cependant les malades guérissaient. Malgré cela, je ne penserai pas à ce genre de cautérisation, ou, pour mieux dire, de torréfaction, dans le cas présent, parce que la guérison ne serait obtenue qu'au prix d'une ankylose. En somme, n'adoptant pas cette dernière méthode de traitement et repoussant l'immobilisation parce qu'il y a du pus, c'est donc dans le domaine des opérations que nous allons nous lancer.

Je vous ai signalé tout à l'heure le grattage des abcès. Cela est vrai, et nous pourrions, ici, inciser la paroi de l'abcès, afin de gratter tout ce qui est mou sur l'os. M. Lannelongue préfère de beaucoup ce genre d'opération aux résections. Dans le cas présent, toutefois, je n'agirai pas ainsi, et voici pourquoi: mon intention est d'arriver, non seulement à guérir ce membre, mais encore à lui conserver tous ses mouvements.

J'abandonnerai donc, a fortiori, l'amputation, bien que si les idées sur la tuberculose avaient été adoptées au pied de la lettre, ce soit à ce moyen radical que je devrais avoir recours, cette maladie devant être combattue comme une cellule cancéreuse.

Voilà pour quelles raisons, nous sommes conduits à faire une résection. Laissez-moi donc vous dire quelques mots sur ce dernier sujet. Vous n'êtes pas sans savoir que la résection du coude est une opération qui n'est pas pratiquée depuis bien longtemps. C'est seulement, dans la moitié du siècle dernier, qu'un chirurgien français, Moreau père, et qu'en Angleterre, Park, vers la même époque, ont eu recours à ce genre d'opération. D'autres suivirent leur exemple, mais sans beaucoup de succès. En somme, dans la première moitié de ce siècle, en France, aussi bien qu'en Angleterre, on en était pour l'immobilisation et l'expectation. En Allemagne, par contre, dès 1820, 1830, ces idées se propagèrent: mais je crois qu'on y a rétrogradé un peu trop. Quoi qu'il en soit, ce n'est, ici, que sous Ollier de Lyon, et, de l'autre côté de la Manche, que sous Fergusson que les résections articulaires revinrent à la mode. Cette opération peut être pratiquée de différentes manières suivant qu'on enlève le périoste ou qu'on fait une résection sous-capsulo-périostée. M. Ollier a démontré qu'en agissant ainsi, il était possible de voir se reformer une nouvelle jointure. Cinq observations de faits pareils existent. C'est peu, il est vrai; mais enfin il y en a. De beaucoup plus nombreuses, par contre, sont celles qui ont trait au rétablissement des fonctions. Des résultats existent; laissez-moi donc, par conséquent, vous indiquer comment il faut vous y prendre pour avoir la somme de bénéfices possibles.

Cherchant à conserver tout ce que nous pourrions du périoste, nous

énucléerons cette articulation absolument comme nous enlèverions le busc d'un corset. Grâce à cela, nous pourrons espérer une reproduction, et, en outre, cette coque fibreuse constituera une sorte de bouclier contre les fusées purulentes. Quant à ce qui est de la solidité, il est nécessaire de faire une résection sous-capsulo-périostée, et, comme l'avant-bras doit remuer, il est non moins indispensable de conserver des attaches avec le bras, car ce n'est que grâce à elles que vous pourrez avoir des points d'appui suffisants pour les néoformations de plus tard. Maintenant, le but que nous devons poursuivre, c'est la mobilité. C'est à nos soins, et non à l'opération, que nous devons d'obtenir un pareil résultat; aussi, après l'opération, amènerons-nous les os en contact, et, dans le cas présent, mettrai-je un appareil plâtré qu'on enlèvera au bout d'une vingtaine de jours. Et alors, il arrivera de deux choses l'une: ou le membre sera flottant, et, ayant perdu la partie nous n'aurons plus qu'à chercher l'ankylose; ou bien ce sera déjà pris, et nous n'aurons plus qu'à mobiliser peu à peu par des mouvements communiqués pour que la jointure retrouve ses fonctions.

Voilà, en gros, les grandes règles que vous devez admettre dans la pratique des résections. J'aurais encore bien des choses à vous dire; ainsi, M. Ollivier a prétendu qu'il ne fallait pas trop gratter. Voilà un conseil qui étonne; mais quoi qu'il en soit, je n'hésiterai pas à enlever toutes les fongosités. C'est aussi à ce propos que M. Ollivier ne cherchait jamais à réunir les bords de la plaie par première intention, parce qu'on est obligé de refaire, dans la suite, quelques cautérisations.

Avant d'en finir, laissez-moi vous indiquer encore de quelle façon je vais opérer. Il existe, tout d'abord, un grand nombre de procédés que M. Farabeuf, dans son manuel opératoire, a réunis en deux groupes. Dans le premier sont compris tous ceux qui ont recours à une incision longitudinale sans incision transversale. Au second appartiennent tous les autres qui renferment une incision transversale. Park, en préconisant une seule incision verticale postérieure, fut le chef du premier groupe, tandis que Moreau, par contre, qui voulait une incision en H, fut celui du second. Voilà les deux chefs d'où tous les autres procédés ont découlé. M. Sédillot préférait une incision elliptique; d'autres, dans la crainte de blesser le nerf cubital, ont rapetissé l'H (Dupuytren); Geiger et Roux trouvèrent qu'une seule branche était bien suffisante; mais l'un, le premier, la faisait en dedans, tandis que l'autre conservait celle du dehors; enfin, M. Ollier a préconisé l'incision en baïonnette. Quant à moi, parmi tous ces procédés, je choisirai celui de Park, parce que M. Farabeuf m'a montré qu'il était de beaucoup le meilleur. Ce n'est, en effet, qu'avec lui que les expansions aponévrotiques du triceps ne sont pas coupées.—*Praticien.*

**Résurrection de la blennorrhagie.**—*Association française pour l'avancement des sciences.—Congrès de Grenoble.*—M. DIDAY.—Quand une blennorrhagie traitée en temps opportun par le copahu ne diminue pas suffisamment dans son écoulement, on a l'habitude de cesser le médicament. Il est ordinaire de voir l'écoulement reparaitre au bout de deux jours plus abondant qu'il était avant, plus abondant même qu'avant la première dose de balsamique. Il faut voir, dans l'action de la médication spécifique, une diminution dans les qualités nutritives du terrain où le gonococcus s'alimente. En même temps que celui-ci

perd sa vitalité, il perd de ses facultés proliférantes. Mais lorsque, en cessant l'emploi du copahu, on rend au terrain urétral ses qualités nutritives, toutes les proliférations retardées, en suspens, faute d'aliment, reprennent leur essor, et de là le débordement, la résurrection de la blennorrhagie.

Le fait clinique ainsi expliqué s'éclaire sur ce qu'il peut y avoir d'obscur dans son apparition, et sert à établir plus sûrement les indications thérapeutiques.

**M. CONSTANTIN PAUL.**—Les progrès de la science microbiologique nous ont appris et la nature infectieuse de la blennorrhagie et le moyen de guérir cette maladie. Les micrococci de la blennorrhagie se rencontrent groupés en nombre variable, 6, 8 ou 12 dans l'intérieur des cellules épithéliales, et ces microbes succombent facilement, soit sous l'action d'une solution de sublimé à 1/20,000, soit simplement sous l'influence de l'élévation de la température.

Les conséquences pratiques de cette théorie sont celles-ci, qu'il y a lieu d'employer des injections au sublimé élevées à une température suffisante, à 40° centigrades.

L'injection chaude a pour double avantage de détruire la gène pathogène et de faire entr'ouvrir, sous l'action du calorique, l'orifice des glandes et follicules urétraux qui se laissent pénétrer par la matière à injection.

L'injection froide, au contraire, en faisant resserrer les éléments musculaires qui circonscrivent les glandes, aurait pour effet de faire contracter les follicules sur les amas de microbes, et d'enfermer le loup dans la bergerie.

Avec ce traitement rationnel, qui est fort bien supporté d'ailleurs, je guéris les blennorrhagies en 8 à 10 jours.—*Abeille médicale.*

**Des monoplégies traumatiques du membre supérieur.**—Depuis quelque temps, il est assez fréquemment question des monoplégies du membre supérieur consécutives à un choc quelconque porté sur l'épaule. Les observations qu'on vient de publier, bien que présentant parfois, et même souvent, des caractères particuliers assez disparates si on les compare entre elles, méritaient d'être rapprochées pour saisir, autant que la chose est possible, les liens symptomatiques qui les unissent par certains côtés. C'est ce que vient de faire le Dr CASTEX, dans la *France médicale*. L'affection succède généralement à une chute sur la région de l'épaule, et après un laps de temps, variant entre quelques heures et quelques jours, survient la monoplégie brachiale dont le degré est infiniment variable, puisque, simplement motrice quelquefois, elle peut atteindre dans certains cas les divers genres de sensibilité. Dans un cas de M. Troisier, l'anesthésie occupe même la partie inférieure du cou; dans un autre cas, elle s'étendait aux téguments de l'épaule. Plusieurs des individus signalés dans le travail de Castex sont des hystériques mâles avérés. Les hypothèses mises en avant pour expliquer le mode de développement de ces monoplégies sont assez nombreuses et s'appuient sur des autorités sérieuses. Les uns, avec Lefort, admettent l'existence d'une arthrite traumatique de l'épaule qui serait le point de départ d'une paralysie réflexe; ce fait a été également observé à la suite des arthrites du genou. Duchesne, de Boulogne, opinait pour une contusion du plexus brachial; on a également avancé l'hypothèse d'une commo-

tion des nerfs. Dans un certain nombre de cas, il existait un état nerveux bien net, tel que l'hystérie, et alors on a cru devoir attribuer à cette névrose l'établissement de la monoplégie. Dans une autre observation, Féréol avait noté l'existence antérieure d'une tumeur cérébrale. On peut donc supposer avec l'auteur qu'une pathogénie unique ne cadre pas avec tous les cas. Quoi qu'il en soit, l'électricité est l'agent principal de la thérapeutique. On doit commencer par la faradisation et si celle-ci échoue, on aura recours, suivant le conseil de Lefort, aux courants continus énergiques. S'il y a atrophie musculaire, les courants faibles et permanents sont indiqués en même temps que la faradisation. Le massage et les douches sont de bons adjuvants. Chez les hystériques, Charcot a recours à la suggestion et à la gymnastique locale.—*Gazette médicale de Nantes.*

**Guérison d'une énorme hernie irréductible.**—Nous n'emploierons pas le mot *radicale* pour la *cure* de la hernie dont il est question, car ce mot paraîtrait impliquer l'impossibilité de toute récurrence, et tel n'est pas le cas.

Mais le fait est qu'aujourd'hui, en présence d'une hernie énorme, irréductible, trop gênante, on n'hésite plus à pratiquer, même sans s'y trouver obligés par des phénomènes soit d'étranglement, soit même d'engorgement herniaire, une opération *très radicale* qui fasse disparaître cette cause d'ennuis. Et grâce aux moyens d'antisepsie que l'on possède actuellement, les suites de ces opérations sont habituellement si bénignes qu'on se trouve naturellement encouragé dans cette voie.

Prenons pour exemple un malade couché à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 1, dans le service de M. Bouilly suppléant de M. Tillaux.

Cet homme âgé de trente ans, cocher, était depuis une dizaine d'années porteur d'une énorme hernie du côté gauche qui n'avait jamais été contenue. Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 15 juillet, cette hernie avait environ le volume d'une petite tête d'adulte. Elle était par place sonore à la percussion, et fut jugée de nature entéro-épiploïque.

Le malade désirait vivement en être délivré; et M. Bouilly, l'opéra le 27 juillet. Une fois les téguments et le sac incisés verticalement, on se vit en présence d'une masse d'épiploon et d'une anse du gros intestin adhérent aux parois du sac.

L'épiploon hernié fut réséqué; il pesait 630 grammes. L'intestin détaché de ses adhérences fut refoulé dans la cavité abdominale. On évalua à 25 centimètres environ la longueur de ce qu'il fallut ainsi en rentrer. Tout ce qu'on pouvait aisément isoler du sac, c'est-à-dire tout ce qui n'adhérait pas au cordon et à ses vaisseaux, fut réséqué. Puis on plaça sur ce qui en restait, le plus près possible de l'ouverture péritonéale, entre les piliers de l'anneau, des sutures solides en gros catgut qui en rapprochaient les parois et en fermaient l'entrée. Un drain fut introduit, puis la plaie extérieure refermée par des points de suture. Le pansement consista en iodoforme, pansement de Lister et par-dessus, sachet de cellulose au sublimé. Ce pansement resta en place jusqu'au cinquième jour. Quand on le retira, la plaie extérieure était réunie sur presque toute sa longueur, et on put se contenter d'un pansement très simple à l'iodoforme, presque à ciel ouvert, après avoir retiré le drain et soulevé les bourses en les appuyant sur un carton.

Il n'y eut pas un seul jour de fièvre. La température ne s'éleva

qu'une seule fois au-dessus de 38 degrés ; c'était le dixième jour après l'opération et sans cause connue. Cette ascension ne dura qu'un seul jour et n'eut pas de suite. Après comme avant, le thermomètre se maintint entre 37 et 38 degrés. L'appétit n'a jamais cessé d'être très bon.

Aujourd'hui cet homme, dont la plaie de 10 centimètres environ d'un bout à l'autre est complètement fermée, dont les bourses ne contiennent plus ni intestin ni épiploon, se prépare à quitter l'hôpital.

A la palpation on sent à gauche, en haut du scrotum, un corps dur qui s'étend jusque dans l'anneau ; c'est le collet du sac épaissi et induré. Mais, même quand on fait tousser cet homme, la hernie ne se reproduit plus. On ne sent pas la moindre impulsion. Le canal est bien obturé, l'intestin est bien maintenu par la présence de ce collet du sac.

Est-ce à dire qu'on pourrait se passer de bandage ? Non sans doute, car à la longue, par suite d'efforts répétés, l'obstacle pourrait se déplacer, un nouveau sac pourrait se former, et l'intestin ou l'épiploon pourrait y descendre.

Mais la nécessité de porter un bandage est un bien petit inconvénient si on le met en balance avec celui de porter une hernie énorme irréductible.—*Gazette des hôpitaux.*

**Sur le traitement complémentaire des pieds bots compliqués par la section sous-cutanée des ligaments du pied.**—*Académie de médecine.*—M. JULES GUÉRIN. L'orthopédie chirurgicale tend tous les jours à pénétrer dans le domaine de la chirurgie générale. Il n'y aurait qu'à s'en féliciter si elle y entrait avec les acquisitions sérieuses qui ont présidé à son développement et en ont assuré les résultats. Il n'en est malheureusement pas ainsi. La chirurgie générale n'affirme cette prise de possession que par deux caractères d'infériorité qui sont peu propres à en montrer les bienfaits. 1o elle ignore absolument les bases scientifiques sur lesquelles repose la véritable orthopédie chirurgicale ; 2o n'ayant ni le temps ni les ressources nécessaires pour mener à bonne fin le rétablissement des formes anciennement et profondément altérées, elle cherche à obtenir d'emblée des résultats qui ne peuvent s'acquérir qu'avec beaucoup de patience, beaucoup d'expérience, beaucoup de temps, et par les vrais moyens d'y parvenir.

M. Guérin rappelle qu'en 1882, devant l'Académie, il s'éleva énergiquement contre l'ablation totale ou partielle des os du tarse et du métatarse dans le traitement du pied bot, et que sa communication reçut des hommes compétents le meilleur accueil. Cependant bon nombre de chirurgiens français n'ont pas craint d'entrer dans la voie ouverte par les chirurgiens d'outre-Rhin, et d'essayer même chez des enfants des opérations de tarsotomie tout au plus bonnes pour des cas invétérés chez des adultes.

Aujourd'hui M. Jules Guérin vient montrer, par un nouvel exemple, ce qu'on peut obtenir au moyen de l'opération décrite par lui depuis quarante ans sous le nom de syndesmotomie, et qui consiste, pour les pieds bots réfractaires, à diviser sous la peau les ligaments qui réunissent les os du tarse et du métatarse, lorsque ces ligaments s'opposent par un raccourcissement primitif ou consécutif au redressement complet des parties. Les ligaments à couper sont : pour le pied bot équin plantaire, le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur ; pour le pied bot

varus irréductible, le *ligament latéral interne* de l'articulation tibio-tarsienne, le *ligament calcanéopscaphoïdien interne*, les ligaments qui réunissent le scaphoïde aux cunéiformes.

Il est indispensable de diviser entièrement ces forts ligaments, ce qui peut se faire sans danger avec les précautions suivantes : 1<sup>o</sup> pratiquer l'ouverture cutanée sur un point éloigné de la section ligamenteuse et autant que possible à la base d'un pli cutané ; 2<sup>o</sup> recouvrir la petite plaie cutanée d'un morceau de diachylon ; 3<sup>o</sup> enfin ne pratiquer les essais de redressement qu'après le temps nécessaire à la cicatrisation des parties, et lentement, graduellement.

Le fait nouveau que cite M. Jules Guérin est celui d'un enfant du sexe masculin qu'il avait été présenté, à l'âge de trois ans, à un des chirurgiens des hôpitaux de Paris pour un pied bot varus équin extrême. Le chirurgien lui fit subir la section du tendon d'Achille, des jambiers antérieurs et postérieurs. Une des plaies avait suppuré. Après un traitement de plusieurs mois, la difformité persistait et l'enfant fut abandonné par le chirurgien comme incurable. Ce n'est que cinq ans plus tard que la famille s'adressa à M. Jules Guérin. Celui-ci pratiqua : 1<sup>o</sup> la section du tendon d'Achille sur deux points différents, au dessus et au-dessous de l'ancienne cicatrice ; 2<sup>o</sup> la section des jambiers antérieurs et postérieurs ; 3<sup>o</sup> la section de l'adducteur du gros orteil ; 4<sup>o</sup> finalement, la section du ligament latéral interne, du ligament calcanéopscaphoïdien, du ligament scaphoïdo-cuboïdien. Le résultat fut excellent, ainsi que le prouve une série de moulages en plâtre mis sous les yeux de l'Académie et représentant parallèlement l'état antérieur et l'état actuel.

M. BOULEY. Je ne suis pas compétent pour parler d'opérations chirurgicales, mais je puis dire ce que j'ai vu déposer, pour ainsi dire, comme témoin. Il y a trois ans, quand M. Jules Guérin, à propos des opérations trop radicales, des ablations d'os, proposées dans le traitement du pied bot, vous a présenté une petite fille atteinte d'un pied bot tellement considérable qu'elle marchait littéralement sur le dos du pied, et se fit fort de la guérir en moins de trois mois par sa méthode, je lui demandai l'autorisation de suivre ce fait jusqu'au bout. Or en trois mois la guérison était complète : je l'ai vu de mes yeux. Il s'agissait encore dans ce cas d'une enfant traitée inutilement par un chirurgien des hôpitaux avant d'être mise entre les mains de M. Jules Guérin. Il est regrettable que de tels faits n'aient pas plus de retentissement et qu'on ne vienne pas plus souvent mettre à l'épreuve l'habileté de notre collègue. Lord Byron et Talleyrand eussent été bien heureux si on eût su de leurs temps remédier, comme il le fait, à l'infirmité dont ils étaient atteints.

M. JULES GUÉRIN. Talleyrand y a bien pensé, mais un peu tard ; il avait alors quatre-vingt-quatre ans. Une opération de cure radicale du pied bot était difficile à cet âge, et je n'ai pu lui donner que de bonnes paroles.—*Abeille médicale.*

**Traitement de la pustule maligne.**—Le Dr BOMÉI conseille de remplacer par des applications de sublimé corrosif la cautérisation ignée, dans le traitement de la pustule maligne.

Il fait recouvrir la région malade d'un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré de sublimé corrosif, et assez grand pour déborder un peu le cercle des vésicules.

Au bout de vingt quatre heures, le sublimé corrosif a agi à la fois



comme parasiticide et comme caustique. Il a détruit les microbes du charbon, et en même temps, il a produit une eschare qui englobe tous les tissus charbonneux. Il arrive à ce résultat sans produire une douleur comparable à celle des moyens préconisés jusqu'à présent. Il est surtout préférable au fer rouge, et les cicatrices qu'il laisse sont bien moins apparentes que celles de la cautérisation ignée.—*Morgagni*.

---

## OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

---

**L'antisepsie en accouchements; acide phénique et sublimé; statistique comparative;** par le Dr DELASSUS, professeur suppléant à la Faculté libre de médecine de Lille.—L'excellence de la méthode antiseptique en accouchements doit et peut se démontrer autrement que par la diminution de la mortalité. Sans doute ce dernier point est de beaucoup le plus important, mais il est bon de prouver que non seulement l'antisepsie empêche les accouchées de succomber à la fièvre puerpérale, mais encore qu'elle prévient les accidents plus ou moins graves, sans être mortels, des suites de couches.

La confiance que tout médecin doit avoir aux procédés antiseptiques serait singulièrement ébranlée, si l'on voyait les accouchements s'accompagner malgré leur emploi de ces péritonites, paramétrites, etc... véritables menaces pour la malade, source d'inquiétudes pour le médecin, qui viendraient faire douter du principe de la méthode et montreraient son impuissance au moins relative. Mais heureusement il n'en est pas ainsi et les chiffres que nous publions plus loin auront une éloquence qui fait défaut aux plus belles dissertations.

A notre connaissance, il a été publié en France fort peu de statistiques intégrales de service obstétrical relatant la mortalité et la *thermalmité* à la fois.

En 1881, notre maître, le regretté professeur Faucon a publié un mémoire extrêmement intéressant où il a analysé les courbes thermiques de 101 accouchements de mars à fin d'août recueillies dans la maternité Ste-Anne dont nous étions en ce moment l'interne.

Cette année, nous avons eu l'honneur de suppléer M. le professeur Eustache dans son cours d'accouchements pendant la même période qui avait servi de base au professeur Faucon, dans les mêmes conditions d'hygiène, de saison, avec un nombre à peu près le même de femmes, mais avec un autre antiseptique, le sublimé ayant remplacé l'acide phénique et certains petits détails ayant été modifiés dans les soins consécutifs.

C'est ce qui nous a suggéré l'idée de publier d'abord la statistique des accouchements, ensuite de comparer les résultats de 1885 à ceux de 1880.

Ces pages auront donc un double but: 1<sup>o</sup> de montrer jusqu'à quel point la méthode antiseptique arrive à supprimer la fièvre; 2<sup>o</sup> la supériorité du sublimé corrosif employé comme nous dirons, par la comparaison avec les années précédentes.

Nous pouvons d'autant plus insister sur ces beaux résultats que nous n'avons fait qu'appliquer strictement et continuer la méthode de M. Eustache et qu'une grande part de mérite et d'éloges revient aux internes MM. Monteunis et Bourgois, qui ont exécuté les prescriptions.

Dans l'analyse des résultats, nous avons pris comme point de repère la température de 38° C. comme maximum, soit 1 dixième de plus que le maximum adopté par le professeur Faucon.

Du 1<sup>er</sup> avril au 15 août 1885 il s'est fait à la maternité Sainte-Anne 90 accouchements.

Comme toujours le pouls et la température ont été relevés le matin, vers 8 heures, le soir, vers 5 heures.

Nous laissons de côté les renseignements fournis par le pouls et nous nous bornerons à la température.

Nous divisons nos accouchées en plusieurs catégories :

1o Celles dont la température n'a pas, durant leur séjour à la maternité, dépassé 38° ;

2o Celles qui ont dépassé 1 fois 38° ;

3o Celles qui ont dépassé 2 fois 38° ;

4o Celles qui ont dépassé plus de 2 fois 38°.

Les trois catégories comprennent, on le voit, les femmes qui ont eu des couches normales au sens pratique du mot. Deux seules élévations de température quelquefois séparées par un ou plusieurs jours, ne peuvent guère donner d'inquiétudes.

Dans la quatrième catégorie même il en est plusieurs qui n'ont accusé qu'une élévation répétée de température sans autres signes.

Voici maintenant les chiffres :

Total des accouchements.....	90
1o Femmes n'ayant pas dépassé 38° .....	53, soit 58,88%
2o Femmes ayant dépassé 1 fois 38° .....	17, " 18,88
3o " " 2 fois 38° .....	8, " 8,88
4o " " plus de 2 fois.....	12, " 13,33

Sur les 17 femmes ayant dépassé 1 fois 38° nous trouvons comme cause notée sur la feuille d'observation :

Fluxion mammaire.....	5 fois.
Douleur para-utérine.....	2 " 6e et 8e jour.
Après application de forceps.....	1 " au 8e jour.
Hémorrhagie secondaire.....	1 "
Cause inconnue.....	8 "

17

Sur les 8 femmes ayant dépassé 2 fois 38°, il est noté :

Engorgement des seins.....	2 fois.
Caillots sanguins.....	1 "
Cause inconnue.....	5 "

Sur les 12 femmes ayant dépassé plus de 2 fois 38°, il est noté :

Angine.....	T. max	39°3, 38°7, 38°2, —3 jours.
Seins.....	—	39°6, 39°4, 38°3 —4 j.
Id.....	—	38°5, 38°4, 38°1, —3 jours.
Douleur para-utérine.....	—	38°5, —5 jours.
Lochies fétides (3).....	—	39°3, —moyenne 4 jours.
Gangrène du col ; forceps.....	—	39°7, —au-dessus de 39°, —4 jours.
Forceps : Déchirure du périnée.....	—	38°6, puis 38°2 pend. 5 jours.
Frissons avec douleur.....	—	40°3, 39°6, puis 38°6 pend. 4 jours.
Cause inconnue (2).....	—	39°4, —puis 39°5 pend. 3 et 5 jours.

Voilà les femmes qui ont été le plus atteintes et ces températures, sur une, n'ont rien d'alarmant, étant donné surtout l'absence fréquente

de signes concomitants et le peu de durée de l'élevation thermique, le plus souvent trois ou quatre jours. Presque toutes ces femmes avec leurs 38° 5, 39°, même 40°, s'apercevaient à peine de leur fièvre et semblaient étonnées d'être l'objet de soins plus particuliers.

La femme qui a atteint 40°8 avec frisson, avait subi la version, mais deux jours après elle était à 38°6.

C'est la seule qui au 15e jour fut encore présente à la maternité, où elle resta 20 jours sans plus de fièvre d'ailleurs, à cause de vives douleurs qu'elle éprouvait dans les mollets et qui l'empêchaient de marcher, sans œdème, ni gonflement.

En groupant les chiffres de notre maître Faucon pour 1881 en catégories analogues à celles que nous avons fixées, nous arrivons aux résultats suivants :

Total des accouchées.....		90
10 Femmes n'ayant pas dépassé 38° .....	39,	soit 38,61%
20 Femmes ayant dépassé 1 fois 38° .....	18,	" 17,82
30 " " 2 fois 38° .....	8,	" 7,92
40 " " plus de 2 fois 38° .....	36,	" 35,63

M. le Prof. Eustache a fait afficher à la Maternité, pour l'instruction des élèves, un tableau très démonstratif, où il compare, au point de vue qui nous occupe, les courbes d'accouchements faits du 15 mars au 15 juillet des années 1883 et 1884, la première sous le régime de l'acide phénique, la seconde du sublimé corrosif. La concordance de ces tableaux avec celui de 1882 d'une part et celui de 1885 d'autre part, donne une grande valeur à la conclusion qu'on peut en tirer. Nous ferons encore remarquer que, sauf les modifications que nous signalerons, ces résultats ont été obtenus dans des conditions absolument analogues.

Pour permettre la comparaison, nous réduirons les deux tableaux que nous avons donnés au mode adopté par M. Eustache qui divise les accouchées en : 1o n'ayant pas dépassé 38° ; 2o ayant dépassé 2 fois 38° ; 3o ayant eu une fièvre notable ; 4o étant encore le 15e jour à la Maternité.

	1881-1883. Acide phénique.		1884-1885. Sublimé.	
Femmes n'ayant pas dépassé 38° .....	39%	30%	68%	58%
Femmes ayant dépassé 1 ou 2 fois 38° .....	26,76%	20%	26,18%	27,77%
" " plus de 2 fois 38° .....	36%	50%	—	13,33%
Fièvre notable .....	—	—	5%	4%
Femmes encore présentes au 15e jour.....	—	19"	2,2	1,1

Le professeur Faucon avait établi dans sa statistique deux grandes catégories, qui peuvent nous servir pour point de comparaison : Les suites de couches normales, légèrement hyperthermiques (38°, 2.4) ou avec accès de fièvre sans gravité ; et les suites de couches anormales. A ce point de vue pratique le tableau suivant a son intérêt :

	1881-1883. Acide phénique.		1884-1885. Sublimé.	
Suites de couches normales.....	85,15 p.c.	50 p.c.	94,3 p.c.	95,66 p.c.
Id. anormales.....	14,85 "	50 "	5,7 "	4,44 "

Que l'on prenne donc les statistiques en bloc ou en détail, les années 1884 et 1885, sont celles qui ont donné les plus beaux résultats, qui

tiennent certainement à l'emploi du nouveau désinfectant, toutes choses étant restées égales d'ailleurs.

Les précautions antiseptiques employées sont celles qu'a décrites le prof. Faucon sauf les tampons vulvaires et les pulvérisations qui ont été supprimés.

Le sublimé a été employé en solution aqueuse à raison de 1/2000.

Immédiatement après la délivrance, il est fait une *injection intra-utérine* de 1 ou 2 litres, et dès lors, à moins d'indications spéciales, on ne touche plus aux organes génitaux, sauf pour les lavages de propreté de la vulve.

C'est du reste la méthode préconisée, quelque soit l'agent désinfectant.

S'il survient des lochies fétides sans fièvre, on se contente d'une ou plusieurs injections vaginales. Si avec les lochies fétides il y a de la fièvre, injection intra-utérine.....

Nous n'insistons pas pour ne pas sortir de notre sujet.

Disons que nous n'avons pas constaté d'accidents d'intoxication mercurielle.

L'injection intra-utérine est faite immédiatement après la délivrance à titre préventif. Elle agit surtout mécaniquement en entraînant les caillots, membranes, etc., et en faisant contracter l'utérus.

Dans ce but, l'eau simple suffirait et le sublimé est inutile, car si la main ou l'instrument qu'on a pu introduire dans la cavité utérine était propre et désinfecté, il n'a pu amener de germes. Mais comme l'on n'est jamais complètement sûr de cette asepsie, deux précautions valent mieux que pas, surtout dans un enseignement clinique.

Les interventions obstétricales ont été peu nombreuses: quelques applications de forceps, une version. Un accouchement prématuré provoqué à 8 mois par l'introduction d'une sonde qui reste en place près de 40 heures, a eu les suites les plus heureuses.

En somme, si notre statistique confirme un fait aujourd'hui peu contesté, la valeur de l'antisepsie, elle montre en outre contrairement à l'avis de certains accoucheurs, la supériorité d'action du sublimé employé dans certaines conditions. Elle prouve encore qu'il est peut-être moins dangereux d'accoucher dans une maternité qu'en ville même, comme le prouvent les épidémies terribles qui ont éclaté dans plusieurs points du département cette année, quand les précautions antiseptiques sont peu ou pas observées.—*Journal des sciences médicales de Lille*.

**Prophylaxie et traitement des déchirures périnéales, par le Dr ALIX.**—Comme le dit M. le professeur Pajot: " Il y a des périnées vouées à la déchirure; en général les périnées dont la peau est souple et élastique se prêtent à la dilatation et ne se déchirent pas; ceux-là on pourrait se passer de les soutenir. Il y a des périnées dont la peau est sèche, rude; ils éclatent; de même qu'il y a chez ces mêmes femmes des vergetures plus nombreuses sur le ventre; d'autres, au contraire, après plusieurs accouchements, présentent un ventre uni.

" Les périnées qui sont épaisses, peu élastiques, comme chez les primipares âgées, par exemple, se déchirent facilement; il est de même des périnées qui, tout en étant longues et minces, sont sèches; tandis que les périnées souples ne se déchirent pas." (*Gazette obstétricale*, 1875.)

Il faut toujours soutenir le périnée au moment du dégagement de la tête. Dans un travail normal et régulier, c'est au moment où la tête, descendue sur le plancher périnéal, fait bomber celui-ci, dilate l'orifice vulvaire, en dépliant les grandes et les petites lèvres; c'est quand cet orifice présente des bords réduits à leur extrême minceur, et tout prêts à se fendre, que l'accoucheur doit user de son habileté pour éviter cet accident.

Pour soutenir le périnée, l'accoucheur, placé à droite de la patiente, glisse sa main droite par-dessous la cuisse de la femme; il applique en plein la paume de la main sur la périnée, de manière que la fourchette réponde à la commissure qui sépare le pouce de l'index; la tête fœtale devra glisser entre ces deux doigts, pendant qu'avec la paume de la main il double et soutient le périnée, arrête la tête de l'enfant et la dirige dans l'axe du détroit inférieur; en la défléchissant, ses doigts, le pouce d'un côté, l'index et le médius de l'autre, attirent un peu en dehors et en bas les bords de l'orifice vulvaire, afin de les dilater en avant de la tête fœtale et d'attirer vers la commissure vulvaire, où doit se porter presque tout l'effort, le plus possible de tissus. De cette façon, la fourchette, point le plus faible de l'orifice vulvaire, se trouve dans les meilleures conditions de résistance.

Le Dr Alix résume ainsi le traitement des déchirures :

1<sup>o</sup> Quand une déchirure du périnée est étendue, il est imprudent d'abandonner à la nature seule la guérison : il faut opérer ;

2<sup>o</sup> Il faut pratiquer l'opération *immédiatement* après l'accouchement ;

3<sup>o</sup> Quand l'état des parties ne permettra pas l'opération immédiate, on fera le périnéorrhaphie rapide, c'est-à-dire deux à quatre jours après l'accident ;

4<sup>o</sup> Les serres-fines, suffisantes pour les déchirures incomplètes, seront remplacées, pour les ruptures complètes, par la suture à points séparés, avec des fils d'argent ;

5<sup>o</sup> Les pansements et l'opération seront faits rigoureusement d'après les principes de la méthode antiseptique. Parmi les agents antiseptiques, nous donnons la préférence à la solution à 1 pour 2 ou 3,000 de sublimé corrosif (liqueur de van Swieten affaiblie).—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

**De l'hystérectomie vaginale.**—Il y a un an environ, à l'occasion d'un travail du Dr Demons (de Bordeaux), nous passions en revue ce qui avait été fait et écrit au sujet de l'ablation de l'utérus cancéreux et nous comparions, d'après les auteurs cités, les résultats de l'hystérectomie abdominale et ceux de l'hystérectomie vaginale. Cette année, cette dernière opération a pris chez nous droit de domicile. Bien que d'origine française, puisque Récamier, vers 1826, la proposa et l'exécuta, elle fut longtemps abandonnée pour être remise en honneur par M. Freund, en 1878. Elle est rentrée en France par Bordeaux, et cette année, à Paris, elle a été exécutée par Péan, Tillaux, Terrier, le Professeur Trélat et Gillette. Le 21 juillet, devant l'Académie, M. Trélat rapportait l'histoire de l'opération qu'il avait pratiquée avec succès le 2 du même mois, et accompagnait son récit de quelques considérations des plus pratiques, au point de vue doctrinal et opératoire. L'ablation

de l'utérus cancéreux est comme celle d'autres organes : sein, testicule, une opération praticable d'autant plus que l'acte opératoire en lui-même a cessé d'être redoutable, grâce aux méthodes antiseptiques. Elle est praticable, et elle le deviendra davantage techniquement parlant, car l'utérus est un organe abordable et isolable par la voie vaginale, et on trouvera peu à peu une instrumentation perfectionnée pour faciliter certains temps de l'opération. Pour que ce soit une opération utile et bonne au point de vue thérapeutique il faut qu'elle soit faite de bonne heure ; car ici, comme pour tous les autres cancers, la récurrence est la grosse pierre d'achoppement ; mais ici comme au sein, si on peut arriver à faire un diagnostic rapide et précoce, on aura de grandes chances de survie importante ou même de guérison radicale. "Jusqu'ici, dit le professeur Trélat, on a pas osé opérer au début, à cause d'une léthalité considérable ; on opérerait trop tard et on n'arrivait qu'à hâter la mort des malades." Maintenant la moyenne de mortalité a notablement baissé, et il est à espérer qu'elle baissera encore jusqu'à 10 ou 12 0/0.

Il faut donc s'efforcer de faire un diagnostic précoce et complet, il faut faire comprendre aux malheureuses qui présentent un cancer utérin au début, qu'il ne faut pas attendre, que la temporisation est dangereuse ; car lorsqu'elles en arrivent à admettre l'évidence, il est déjà trop tard. L'hystérectomie s'adresse donc au cancer utérin au début, très limité, au col surtout, n'ayant pas encore franchi la zone du tissu utérin. On sait combien sont riches les lymphatiques qui vont de cet organe aux ganglions des ligaments larges et pelviens. On connaît la laxité du tissu cellulaire qui l'unit aux organes voisins ; le diagnostic devra, par un toucher minutieux, combiné avec une palpation hypogastrique attentive, s'efforcer de reconnaître si l'organe a conservé sa mobilité, si le mal n'a pas envahi la paroi vaginale, les ganglions pelviens ou le tissu cellulaire péri-utérin ; telles sont les conditions favorables pour l'entreprise de l'hystérectomie type, pour cancer au début. On n'a pas encore entrepris la discussion de l'étude des cas où elle pourrait être tentée comme opération purement palliative.

La malade opérée par M. Trélat était une femme de trente-huit ans. Au mois d'avril dernier, elle ressentit des douleurs dans le bas-ventre, des pesanteurs, puis survinrent des pertes qui l'inquiétèrent ; au mois de juin, on reconnaissait un épithélioma naissant du col ; l'utérus était volumineux mais mobile, l'opération fut décidée. Le 2 juillet, après chloroformisation, on abaissa fortement l'utérus, manœuvre qui fut assez facile, puis on incisa la muqueuse des culs-de sacs en avant et en arrière transversalement, pour décoller la vessie de la face antérieure du col ; le péritoine fut divisé en avant et en arrière, et l'utérus, plus fortement abaissé, ne tenait plus au bassin que par les deux ligaments larges.

La traction qui est exercée sur l'utérus en tendant fortement ces ligaments, rend très difficile leur ligature. En effet, la ligature en masse lâcherait sûrement après section du ligament ; il faut placer une ligature multiple en divisant le ligament pédiculé en deux et même en trois segments, et il est assez difficile de passer les anses du catgut. M. Trélat et M. Terrier recommandent de diviser ainsi chaque ligament en trois segments au moins, et de serrer ces segments dans des

anses de catgut qui s'enchaînent réciproquement ; on a de cette façon une ligature solide qui est moins exposée à lâcher, et on évite ainsi les hémorragies, assez difficiles à maîtriser dans cette région. Le premier des ligaments larges, droit ou gauche, suivant la commodité de l'opérateur, une fois lié et divisé, on pratique beaucoup plus facilement la même manœuvre sur le ligament restant, et l'utérus complètement libre est enlevé. M. Trélat fait remarquer que le contenu de l'abdomen ne tend point à faire hernie par la plaie béante au fond du vagin ; il aperçut une anse intestinale seulement. Après un nettoyage rigoureux, il plaça un point de suture au milieu de la plaie vaginale, un gros drain dans chacun de ses angles et tamponna le vagin avec de la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été excellentes : au cinquième jour on enleva les drains, et à la fin du mois de juillet, la malade était tout à fait guérie.

M. Terrier a pratiqué, dans le même mois, une hystérectomie qui n'a point eu le même succès. Il s'agissait d'un cancer atrophique qui avait détruit la lèvre postérieure du col et envahi un peu la paroi vaginale. L'abaissement de l'utérus fut difficile, et il fallut libérer le col dans le vagin en décollant la portion envahie de celui-ci, des organes voisins. Quelques jours après la malade mourut, et on trouva dans l'abdomen un épanchement d'environ un litre de sang avec un peu de pus : les ganglions pelviens étaient atteints de dégénérescence cancéreuse.

Pour M. Trélat, ce cas présentait une contre-indication, l'envahissement de la paroi vaginale, chez son opérée ; il s'était décidé à intervenir parce que le cancer était limité en apparence à la partie inférieure du col. L'examen histologique montra que ses prévisions avaient été justifiées, c'était un épithélioma occupant le 1/3 inférieur du col ; le corps utérin notablement hypertrophié présentait les caractères d'une métrite parenchymateuse hypertrophique.

Récemment enfin, M. Gillette a présenté un gros utérus cancéreux qu'il avait extirpé sur une femme de cinquante ans. Il s'était servi avec avantage d'un instrument nouveau, le préhensotraceur intra-utérin, destiné comme le nom l'indique à abaisser fortement l'utérus solidement saisi de dedans en dehors. Les suites de l'opération ont été bonnes jusqu'au moment où l'opérateur a fait sa communication, c'est-à-dire au 12<sup>e</sup> jour. Espérons que ce sera encore un nouveau succès à enrégistrer à l'actif de la méthode.—Dr BARETTE, in *Concours médical*.

### Injections contre la leucorrhée fétide.

Chlorate de potasse.....	12 grammes.
Vin d'opium.....	10 —
Eau de goudron.....	300 —

Faites dissoudre.—Trois cuillerées à soupe dans 250 grammes d'eau tiède, pour injections matin et soir, dans la leucorrhée fétide.

Ou bien: Salicylate de soude.....	20 grammes.
Acide salicylique.....	1 —
Teinture d'eucalyptus.....	45 —
Vin ou vinaigre blanc.....	300 —

Faites dissoudre.—Une à deux cuillerées à soupe de cette solution, dans 250 grammes d'eau chaude, pour injections à pratiquer dans le même cas que les précédents.—N. G.—*Union médicale*.

**Lactation et médicaments.**—Fehling a recherché le passage de certains médicaments de la nourrice à l'enfant par l'intermédiaire de la lactation.

Si on donne 2 grammes de salicylate de soude, on retrouve aisément cette substance dans l'urine du nouveau-né. Le passage se fait surtout bien quand le médicament a été absorbé deux heures avant la tétée.

L'iodure de potassium se comporte comme le salicylate de soude.

L'iodoforme, même quand il n'est employé qu'en faible quantité, passe dans le lait. Une simple pulvérisation de ce médicament sur la vulve suffit qu'on le retrouve dans la sécrétion mammaire.

Il n'en est pas de même du sublimé, dont on ne découvre dans le lait que de très faibles quantités impossibles à doser. C'est là un fait important, et qui plaide en faveur de l'antisepsie par les préparations mercurielles.

Les narcotiques sont sans effet sur le nourrisson. Jamais les plus fortes doses d'opium ou de chloral administrées aux nourrices n'ont déterminé chez les enfants de phénomènes physiologiques spéciaux.

L'atropine essayée sur les animaux ne détermine de dilatation pupillaire chez le nourrisson que lorsqu'on dépasse la dose thérapeutique maxima. C'est d'ailleurs le seul trouble observé.

Cette étude est pratiquement intéressante pour l'administration des divers médicaments mentionnés.—*Bull. de thérapeutique.*

---

## PÆDIATRIE.

---

**Les maladies dites de dentition.**—*Association française pour l'avancement des sciences.*—M. Edmond CHAUMIER (du Grand Pressigny) a examiné depuis sept ans avec le plus grand soin, et à ce point de vue, tous les jeunes enfants malades auprès desquels il était appelé. Il a recueilli en détail la plupart des observations et il s'est assuré que, contre l'opinion générale, les dents ne sont pour rien dans ce que l'on a coutume d'appeler les accidents de la première dentition.

Les auteurs, dit-il, divisent les maladies de dentition en maladies locales et en maladies générales.

1<sup>o</sup> *Maladies locales.*—Elles seraient dues à l'irritation directe de la dent nouvelle, à l'afflux du sang qui se produirait à son niveau; elles consisteraient en inflammations diverses, ulcérations pseudo-membraneuses, aphthes, gonflement douloureux des gencives, etc.

Tout le monde connaît aujourd'hui la nature des productions pseudo-membraneuses, qui sont épidémiques. Les aphthes, ainsi que M. Chaumier a pu s'en assurer, reconnaissent également une cause générale. Il est très rare de voir un cas isolé d'aphthes dans un pays; souvent plusieurs personnes en sont atteintes en même temps dans la même maison.

Quant au gonflement de la gencive, il n'est ni inflammatoire, ni douloureux. M. Chaumier n'a vu qu'une fois une gencive douloureuse, mais la dent était percée depuis longtemps; la gencive était, sans trop savoir pourquoi, rouge et décollée; l'enfant pleurait lorsqu'on mettait le doigt sur la partie malade.

2<sup>o</sup> *Maladies générales.*—L'auteur se contente d'examiner les maladies que l'on attribue le plus souvent à la dentition.



*a. Diarrhée.*—Il est très difficile, en étudiant les auteurs français, de se faire une idée nette sur la diarrhée des enfants. Il y a pourtant deux espèces bien distinctes de diarrhée; la diarrhée ou l'athrepsie, qui résulte d'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité, et la diarrhée épidémique, ce que les Anglais appellent la *diarrhée d'été*. C'est cette diarrhée épidémique, qui peut se développer toute l'année, mais qui sévit bien plus pendant la saison chaude, que l'on attribue le plus souvent aux dents. "Lorsqu'il pousse des dents aux enfants, disent les parents, ça leur change le corps." Mais si l'on fait attention, on verra que le corps des petits voisins, qu'ils fassent des dents ou non, est également changé.

*b. Toux.*—Deux maladies produisent principalement la toux chez les enfants: la pneumonie, maladie épidémique, quelquefois difficile à diagnostiquer, surtout lorsqu'on n'a pas l'habitude des enfants, et la bronchite. Or la bronchite, qu'on l'attribue à telle ou telle cause, est bien plus épidémique encore que la pneumonie. Lorsqu'il y a un rhume dans un pays, il y en a beaucoup. Et cependant, chaque fois qu'un enfant tousse, les parents commencent par dire: "Ce sont les dents." Mais si l'on cherche dans la maison, on trouve presque toujours un enrhumé, le père, la mère, un frère ou une sœur; et si l'on dit à la mère: "Mais vous toussiez aussi, ce sont probablement les dents", elle ne sera pas davantage persuadée, tant est ancré le préjugé.

*c. Feux de dents.*—On appelle feux de dents des éruptions cutanées, siégeant à la face, aux paupières ou sur le crâne. Ces éruptions sont, ou bien des croûtes d'impétigo, ou bien des vésicules non développées de la même affection. Et comme l'impétigo, ainsi que M. Chaumier l'a soutenu à Blois l'an dernier (1), est une manifestation d'une maladie épidémique, contagieuse, inoculable, on pourra se donner la satisfaction de chercher dans l'entourage de l'enfant celui qui l'a contagionné.

*d. Fièvres.*—La fièvre de dentition, tel est encore un des accidents décrits par les auteurs. Or un enfant a la fièvre pour bien des raisons et il est vraiment trop facile de dire: "Ce sont les dents." Quand un enfant a la fièvre, il faut en chercher la cause. Un certain nombre de maladies passent inaperçues chez les jeunes enfants si on ne les cherche pas. L'auteur a déjà parlé de la pneumonie. Des maladies plus fréquentes encore que la pneumonie et qui peuvent être facilement méconnues, ce sont les angines. Sans parler de l'angine diphthéritique, il y a deux sortes d'angines également épidémiques, c'est-à-dire que l'on rencontre en même temps sur un certain nombre de sujets: l'angine dite érythémateuse, ou angine simple, et une autre qui a été confondue jusqu'ici par presque tous les auteurs avec cette dernière, et que M. Chaumier appelle *fièvre amygdalienne*, parce que l'état fébrile domine les autres symptômes. La maladie débute tout d'un coup, comme la pneumonie, par une fièvre vive, souvent des vomissements, et l'on peut être dérouté par cet état général, grave en apparence, et ne pas voir qu'il y a une légère injection des amygdales, avec ou sans sécrétion blanche, surtout ne pas s'apercevoir que derrière la branche montante du maxillaire l'amygdale immobile est augmentée de volume.

En dehors de ces maladies, on rencontre également chez l'enfant, mais pas plus fréquemment que chez l'adulte, ces affections indé-

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 965.

minées que l'on nomme embarras gastrique, etc., et qui sont vraisemblablement des formes atténuées de différentes maladies.

*e. Convulsions.*—Le chapitre des convulsions n'est pas un des plus clairs de la médecine infantile, cependant l'on sait qu'elles se développent dans les maladies des centres nerveux, dans l'épilepsie, dans l'hystérie; on sait que chez les nerveux héréditaires la plupart des maladies fébriles peuvent leur donner naissance.

Et puis il ne faut pas croire que les convulsions sont aussi fréquentes qu'on le dit; souvent les parents qui s'effrayent facilement prennent pour des convulsions de simples mouvements de l'enfant.

Dans la médecine des enfants, comme dans la médecine générale, il faut donc voir avant de croire.—*Gazette des hôpitaux.*

**Le sulfate de fer contre le catarrhe de l'estomac chez les petits enfants,** par le Dr Roth, in *Peter. med. chir. Presse.*—Un des symptômes les plus importants de cette maladie est, comme on sait, l'accroissement du contenu de l'estomac et de l'intestin. Les matières vomies ont une odeur aigre et prennent à l'air une teinte verte; il en est de même du contenu intestinal. Les parties souillées par ces matières, anus, scrotum, deviennent rouges. On a attribué à tort la coloration verte à l'emploi du calomel. On a employé les absorbants pour détruire les acides et les toniques pour combattre le catarrhe. Mais souvent ces moyens ne répondent pas à l'attente. Dans ces cas, Roth s'adresse au sulfate de fer qui possède une action favorable et multiple. C'est d'abord un désinfectant. Les selles changent de couleur et perdent leur mauvaise odeur; comme astringent, le sulfate de fer fait contracter la muqueuse turgide et coagule les substances albuminoïdes; du reste, pour que les actions de cette substance soient marquées, le sulfate doit être continué pendant quelques jours. Voici la formule employée par l'auteur.

Sulfate de fer 0,1, mucil. de gomme arabique et sirop simple à 20 grammes; 1 cuillerée à café toutes les deux heures.

**Traitement de la toux convulsive et revue des spécifiques dirigés contre cette affection.**—On peut les ranger en trois groupes: 1<sup>o</sup> narcotiques, 2<sup>o</sup> antizymotiques, 3<sup>o</sup> agents purement empiriques.

*1<sup>er</sup> Groupe.*—*A.* Le bromure de potassium n'a pas répondu à l'attente générale: sur 122 cas observés à la polyclinique de Berlin, 26 ont été traités par ce sel; six seulement ont été améliorés, mais la durée de la maladie n'a pas été abrégée. *B.* La belladone est un des plus anciens moyens de traitement; on peut recommander l'emploi, deux fois par jour, de 3 à 4 gouttes d'une solution d'atropine à 5 0/0. Un gramme d'extrait peut être donné après le repas du soir, et cette dose peut être augmentée de 1 centigramme tous les cinq jours, jusqu'à ce qu'on ait atteint 7 grammes. Comme les attaques de toux deviennent de moins en moins fréquentes, on décroît de la même manière. Ce médicament doit la grande faveur dont il jouit à son pouvoir de diminuer la marche et l'intensité du paroxysme et en diminuant le stade convulsif. *C.* L'opium n'a pas d'effet spécifique et ne doit pas être employé chez les enfants. *D.* L'hydrate de chloral est employé par Lorey deux fois par jour, à la dose variable de 0.25 centigrammes à un gramme. Il a observé une amélioration dans l'intensité et le nombre des accès et une dimi-

nution de la durée du stade convulsif. E. Lublinski a combiné l'extrait de belladone et le chloral à doses vespérales, et dans 8 cas il a pu produire une diminution de la période convulsive dans 19 jours; dans 19 autres cas, les accès ont eu moins d'intensité. On n'a pas, jusqu'ici, suffisamment employé le butylate de chloral pour tirer une conclusion de cette expérience. G. La propylamine est dans le même cas. H. L'éther en pulvérisation, sur le cou, dans le but d'influencer le tronc et les branches du nerf vague, est d'une efficacité douteuse. I. Le nitrite d'amyle est formellement rejeté par l'auteur. J. Roubart recommande l'usage des courants continus sur la moelle des petits enfants.

2<sup>e</sup> Groupe. — A. La quinine, soit à l'état de sulfate ou de chlorhydrate, est recommandée par beaucoup de praticiens. B. Beaucoup d'auteurs recommandent l'acide phénique en inhalation ou à l'intérieur, mais l'auteur de ce travail ne peut rien dire de définitif à cet égard. C. L'essence de térébenthine en inhalation a donné de bons résultats. D. Les inhalations de pétrole sont recommandées par Lesser et Hildebrandt; mais l'auteur ne suppose pas qu'elles puissent réussir. E. Le salicylate de soude et l'acide salicylique produisent des résultats variables selon les observateurs. F. Parrot recommande les vapeurs de phénylate de soude dans les chambres des malades. G. Rien de positif n'existe jusqu'à présent sur le sublimé.

3<sup>e</sup> Groupe. — A. L'extrait de châtaignier tiré des feuilles cueillies en automne n'est pas un spécifique, mais paraît être avantageux. B. L'oxalate de cerium à la dose journalière de trois grammes pour un enfant d'un an et de 28 grammes pour un enfant de 7 ans est aussi indiqué, mais cela reste encore à apprécier. C. Le chlorhydrate de pilocarpine est plutôt abortif que spécifique, employé en petites doses. Cassel mentionne encore l'ammonium, le calomel, les onctions mercurielles, la teinture de myrrhe, mais aucun de ces moyens n'offre d'effets certains. — *Archives of Pediatrics*.

**Contribution à l'étude du traitement du diabète insipide chez les enfants.** — LEMIRE (de St-Petersbourg) a vu une jeune fille de 11 ans atteinte de diabète insipide depuis 9 ans et guérie après deux mois de traitement.

Vers l'âge de 3 ans, elle fut prise d'une soif ardente et de polyurie abondante qui continuèrent pendant neuf ans. Dans cet intervalle, l'enfant eut la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, sans que ces affections aient pu influencer sur le diabète et réciproquement. Quand l'auteur entreprit le traitement, l'enfant paraissait être dans de bonnes conditions. L'examen microscopique des fèces dénota la présence d'œufs de *tentia mediocanellata*. L'enfant ingérait de 9 à 10 litres d'eau par jour et émettait 7 à 8 litres d'urine claire, jaune, acide, pesant 1001. Ni sucre, ni albumine, ni formation organique ou inorganique. Pendant un mois, on ne fit qu'un traitement anthelminthique; au bout de ce temps, on donna d'abord trois fois puis quatre fois par jour 0,50 centigrammes de salicylate de soude. En cinq jours, le taux de l'urine tomba de 7 à 5 litres, puis resta stationnaire, mais en augmentant la dose du salicylate. Après on employa pendant 33 jours une infusion de 5 grammes de valériane dans 100 grammes d'eau par jour. L'urine tomba à 2½ litres par jour pour rester à ce point pendant 10 jours, puis l'ergot de seigle fut administré en infusion à 2 pour 100, ce qui porta la quan-

tité d'urine à 1100 grammes. A la même époque, le poids de son corps est augmenté; son état général s'est amélioré et la quantité d'eau ingérée par jour s'élève à un demi-litre. Elle fut dès lors débarrassée et guérie.

**Application de la cocaïne à la chirurgie infantile**, d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, de juin 1885.

La cocaïne a été utilisée pour l'amygdalotomie, par M. LARMOYER qui rapporte, dans le *Bulletin de thérapeutique*, avoir fait cette opération sans presque déterminer de douleur, chez une jeune fille très pusillanime; l'opération s'est faite après quatre badigeonnages d'une solution au 30°, espacés de cinq en cinq minutes; la seconde amygdale fut enlevée sans aucune résistance de la part de la malade, ce qui semblait démontrer que la première ablation n'avait été nullement douloureuse; la douleur d'ailleurs s'éveilla dès que l'action de la cocaïne fut épuisée.

**Traitement de la scarlatine.**—M. le professeur DACOSTA recommande les médicaments suivants :

1. Acide carbolique, une demie goutte pour un enfant de 2 ans. Cette dose est donnée dans de l'eau de menthe.

2. Carbonate d'ammoniaque, 2 grains toutes les 2 heures, pour un enfant de 10 ans.

3. Chlorate de potasse, 1 drachme dans une chopine d'eau, à prendre dans les 24 heures.

4. Quand la température est élevée, acide salicylique.

5. Chloral à petite doses.

Toujours veiller aux fonctions de la peau. Si le cœur faillit, recourir à la digitale; si la tension artérielle est considérable, donner l'aconit.

Quand l'éruption est abondante, DaCosta prescrit

Carbonate d'ammoniaque.....	10 grains
Acétate d'ammoniaque.....	$\frac{1}{2}$ once

S'il y a beaucoup de dépression, on prescrit une combinaison de quinine et digitale.—*College and Clinical Record*.

**Néphrectomie.**—M. OLLIER (*Association française pour l'avancement des sciences*) insiste sur deux points principaux, qui sont : 1<sup>o</sup> l'indication de l'opération; 2<sup>o</sup> la méthode opératoire.

L'indication de la néphrectomie se déduit du diagnostic de l'état de l'autre rein; malheureusement, il est peu commode de conclure à l'unilatéralité de la lésion d'une manière indubitable. Il faudrait pouvoir analyser séparément l'urine de chacun des deux reins.

Dans la pyélonéphrite chronique, le rein étant séparé de sa capsule par l'épanchement purulent, l'extraction du rein seul n'est pas difficile et n'expose pas à l'hémorrhagie. Si l'on voulait disséquer la capsule, cela pourrait entraîner plus loin.

Au point de vue physiologique, il se fait vite une compensation fonctionnelle.—*Paris médical*.

## FORMULAIRE.

---

### Ataxie locomotrice.—*DaCosta.*

P.—Sirop d'hypophosphites.....	1 drachme
Strychnine.....	$\frac{1}{60}$ grain

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

### Dermatoses herpétiques.—*Bazin.*

P.—Bicarbonate de soude.....	2 grains
Arséniate de soude.....	2 “
Sirop .....	1 chopine

M.—*Dose* : Une cuillerée, matin et soir, dans une tasse de tisane.—*Union médicale.*

### Pneumonie aiguë.—*DaCosta.*

P.—Teinture de veratrum.....	3 gouttes
Citrate de potasse liquide.....	3 drachmes
Esprit d'éther nitreux.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Sirop de gingembre, q.s. pour faire.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—A prendre en une seule dose, toutes les 3 heures.—*College and Clinical Record.*

### Tuberculose.—*Potain.*

P.—Chlorure de sodium.....	2 $\frac{1}{2}$ drachmes
Bromure de sodium.....	75 grains
Iodure de potassium .....	15 “
Eau distillée. ....	3 drachmes

M.—*Dose* : Une cuillerée à dessert chaque matin.—*Revue de thérap. méd.-chirurg.*

### Hypérémie cérébrale.—*DaCosta.*

P.—Extrait de coloquinte .....	1 grain
Poivre rouge.....	$\frac{1}{3}$ “
Extrait de gentiane.....	2 grains

M.—A prendre, sous forme pilulaire, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

### Gastralgie.—*Bartholow.*

P.—Sulfate d'atropine.....	1 grain
Sulfate de zinc.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Eau distillée.....	1 once

*Dose* : De trois à cinq gouttes, deux ou trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, OCTOBRE 1885.

---



---

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

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

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

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

MM. AMÉDÉE PRINCE & C<sup>IE</sup>, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

---

## AVIS.

Ceux de nos abonnés de la campagne qui ont l'habitude de régler leur compte d'abonnement avec M. Cherrier voudront bien se rappeler que ce monsieur a cessé de faire sa visite annuelle. Les remises peuvent se faire, en toute sûreté, par mandat-poste ou par lettre enregistrée.

---

## Bureau Provincial de Médecine.

Le Bureau Provincial de Médecine s'est réuni mercredi le 30 septembre au matin à la faculté de médecine de l'Université Laval à Québec. Étaient présents : le Dr Lemieux, président ; les Drs Belleau et Campbell, secrétaires ; le Dr Léonidas Larue, registrateur ; le Dr E. P. Lachapelle, trésorier ; les Drs Marsden, De St. George, M. P., Parke, Russell, de Québec, Marmette, de St. Thomas, Gingras, de St-Sauveur, M. Guay, M. P., de St-Romuald, Rousseau, de St. Casimir, Rinfret, M. P., de Ste. Croix, Lafontaine, de St. Edouard de Napierville, Désaulniers, de Nicolet, et Thos. Larue, de Compton.

Des résolutions de condoléance ont été passées au sujet de la mort du Dr Jackson, qui a été remplacé dans le bureau par le Dr Simard, professeur à l'Université Laval.

On a lu et adopté les rapports des assesseurs, des examinateurs pour l'admission à l'étude, du trésorier et de l'agent détective du bureau.

Il a été nommé un comité pour préparer des amendements à la loi médicale.

Voici la proposition adoptée à ce sujet :

Proposé par le Dr Lachapelle, secondé par le Dr Campbell, et résolu, qu'un comité composé des Drs Lemieux, Ross, Campbell, Hingston, Lachapelle, Austin, P. E. Migneault, Marsil, Marsden, Desaulniers, Rodger, Guay et T. Larue, soit nommé avec instruction de préparer tous les amendements à la loi médicale, nécessaires pour mettre à exécution les clauses adoptées du rapport du comité chargé de s'enquérir de la situation financière du collège, etc. ; pour rencontrer les suggestions faites à la dernière assemblée triennale concernant l'élection des membres du bureau provincial ; pour rendre les examens préliminaires aussi équitables que possible, et pour les candidats et pour la profession ; pour rendre l'exécution de la loi, contre tous ceux qui l'enfreignent, aussi efficace que possible ; pour suggérer en un mot tous les amendements qui seront considérés dans l'intérêt de la profession, que ce comité procède sans retard afin que les amendements puissent être soumis à une assemblée spéciale de ce bureau avant la prochaine session de la législature, et que les dépenses de voyage des membres de ce comité soient payés par le Collège, et que le comité siège à Montréal.

Proposé par le Dr Belleau, secondé par le Dr Marmette, et résolu que l'avis de motion donné à la dernière assemblée semi-annuelle par le Dr L. Larue, au sujet du bureau central d'examen, soit référé au comité des amendements proposés à la loi médicale.

Le bureau reprend ses délibérations à deux heures de l'après-midi, et les membres suivants, qui ont été retardés à bord du bateau de Montréal, y prennent part : Drs Hart, de Bedford, Jules Prévost de St. Jérôme, H. A. Mignault de St. Denis, Ladouceur, de Sorel, Kennedy, Howard, Leprohon, Durocher, Ross et Rodger, de Montréal.

Proposé par les Drs Ladouceur, Russell, Prévost, Migneault, Rodger, Leprohon, Rinfret, Gingras, Marmette, secondé par les Drs Hart, Desaulniers, Park, Ross, Durocher, Kennedy, Simard, De St. George, Rousseau, et résolu unanimement, que ce collège croit de son devoir d'exprimer son opinion au sujet de l'état actuel de la santé publique en ce qui a rapport à l'épidémie de variole qui existe à Montréal, et qui se propage dans d'autres parties du Canada ; que c'est l'opinion unanime du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, que la science et l'expérience ont établi d'une manière incontestable que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens de prévenir les visites périodiques de la calamité qui sévit en ce moment ; que lorsque la maladie ou l'épidémie est entièrement et largement développée, comme c'est malheureusement le cas aujourd'hui, une action unanime et concertée est absolument nécessaire, et que l'isolement parfait, la désinfection scientifique, la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'arrêter le fléau ; que la formation immédiate de bureaux locaux de santé organisés en vertu du chapitre 38 des Statuts Refondus du Canada, est le seul moyen pratique d'empêcher le développement de l'épidémie, dans les campagnes aussi bien que dans les villes et cités.

Proposé par le Dr Durocher, secondé par le Dr L. Larue, que copie du rapport du comité des amendements proposés à la loi médicale,

soit envoyée à chaque gouverneur, quinze jours avant l'assemblée spéciale du bureau, et que les noms des Drs Ladouceur et Lanctôt soient ajoutés au comité.

Vu l'absence des deux Vice-présidents du Collège, l'hon. Dr Ross et le Dr Hingston, le Dr Marsden, de cette ville, est nommé vice-président *pro tem*, afin de signer les licences.

Les gradués universitaires suivants reçoivent la licence, après avoir prêté serment sur leurs diplômes respectifs :

W.A. DeWolfe Smith, Montréal; Hilaire Goudreau, Lacolle; Charles F. X. Prevost, St-Pierre de la Patrie, Comté de Compton; Hector Palardy, Marieville; Charles Narcisse Gauvreau, St-Frédéric de la Beauce; Louis Auguste Gagné, Kamouraska; Alfred Laurendeau, St-Didace; Alfred Morin, Baie St-Paul; Gaston G. Smith, Papineauville; Louis François Lepage, Rimouski; Léon Octave Noël, Scottstown, comté de Compton; Louis Philippe Picard, Québec; Joseph Houle, St. David d'Yamaska; Joseph Nap. Legault, St. Jean-Baptiste de Montréal; Ferdinand Simard, Daniel Caisse, Lucien Proulx, Arcadius Toupin, Henri Dazé, Tabez B. Saunders, Joseph Jetté, Frank R. England, Watt Galt Johnston, Hormisdas Brodeur, tous du district de Montréal.

Le secrétaire, le Dr Belleau, attire l'attention du Collège sur l'application des docteurs Burrows, de St-Jean, N. B. et A. M. Robertson, de la ligne océanique Beaver, demandant la licence du Collège. Tous deux sont gradués du Collège McGill et ont été admis à l'étude par le Collège de médecine d'Ontario. Vu qu'il y a des précédents, le bureau décide que la licence peut leur être accordée.

Proposé par le Dr Lachapelle, secondé par le Dr Rodger, et résolu que le secrétaire soit chargé d'écrire au Collège des médecins d'Ontario, pour savoir sur quelle qualification le Dr A. M. Ross, de Montréal, a reçu la licence d'Ontario.

Le Dr Campbell suggère que la liste des nouveaux licenciés soit ajoutée sur une feuille volante au registre, après chaque assemblée semi-annuelle.

Sur motion du Dr Guay et du Dr Rinfret, des remerciements sont ensuite votés à M. le recteur de l'Université Laval, qui a accordé au Bureau l'usage gratuit des salles de l'institution.

A 4.30 heures, le Dr Ladouceur propose l'ajournement.

---

### La variole.

---

Depuis notre dernier article sur la variole, les choses ont marché à grands pas et les événements se sont littéralement précipités. Alarmé à la vue de l'extension toujours croissante de l'épidémie, le gouvernement de Québec a cru devoir, sous l'autorité du chapitre 38 des Statuts Refondus du Canada, instituer un *Bureau provincial d'Hygiène* ayant pour mission de faire et adopter tous règlements, lois, résolutions, mesures, etc., propres à combattre l'épidémie et à faire observer les lois de l'hygiène, tant privée que publique, ces mesures et règlements ayant force de loi immédiatement après leur insertion dans la *Gazette Officielle*. Ce Bureau provincial a le pas sur tous les bureaux ou comi-



tés de santé, et se compose de huit membres, dont six sont médecins. En même temps que le gouvernement s'empressait ainsi de combattre dans la mesure de ses forces le fléau qui nous décime, les citoyens de Montréal demandaient et recevaient du Conseil de Ville la permission d'adjoindre six citoyens au Comité de Santé, dans le but de venir en aide aux membres ordinaires de ce comité, surchargés d'ouvrage.

Le Bureau provincial et le Comité de Santé, travaillant de concert, se sont sérieusement mis à l'œuvre pour enrayer si possible les progrès de l'épidémie. Dans ce but on a décrété la vaccination compulsive, l'isolement des malades dans des hôpitaux *ad hoc*, la désinfection des locaux infectés. Désinfection, isolement, vaccination, tel a été le programme adopté par les autorités sanitaires. L'on va croire sans doute que du règlement à l'exécution il n'y a qu'un pas à faire? Les événements nous ont prouvé qu'il devait en être bien autrement. La vaccination obligatoire a suffi à agiter le peuple dont l'indignation intelligente (?) s'est manifestée par une émeute en règle. Le transport des malades à l'hôpital rencontre tous les jours des obstacles sérieux. Sous prétexte que l'on ne veut pas mourir à l'hôpital, on reste chez soi, où l'on devient un danger pour tous les environs. On a fait plus. On a menacé d'incendier les bâtisses de l'Exposition transformées en hôpital d'urgence. Il n'est pas jusqu'à la désinfection qui n'ait aussi ses difficultés pratiques. Et quand on a mis de la sorte le plus d'obstacles possible aux mesures adoptées par les autorités sanitaires, on ne se gêne pas d'accuser celles-ci d'apathie et de lenteurs.

Il nous serait bien inutile, dans une revue scientifique comme l'est l'UNION MÉDICALE, de nous adresser à la population montréalaise pour lui reprocher son attitude et lui faire voir la lourde responsabilité qu'elle assume en résistant comme elle le fait. Le menu peuple est peu instruit, scientifiquement parlant, et nous savons qu'il n'est pas facile de lui faire oublier ses préjugés ni ses idées préconçues. Mais il est à notre connaissance que certains médecins ne se gênent pas de se déclarer eux aussi contre la vaccination (même la vaccination volontaire et libre) contre ce qu'ils appellent l'imprudence de vacciner en temps d'épidémie; ces médecins semblent se faire un plaisir de semer la défiance au sein d'une population qu'ils savent être peu éclairée, et leurs dires et racontars, colportés par le commérage des faubourgs, constituent suivant nous une des causes les plus efficaces de la résistance que rencontre le Bureau provincial dans la mise à exécution de ses règlements.

Le Bureau lui-même ne s'y est pas trompé. Aussi a-t-il, à une de ses séances, adopté la résolution suivante :

“ Résolu que le Bureau Provincial de santé regrette d'avoir à constater que des médecins de faubourg et des municipalités environnantes, pour un motif ou pour un autre, se font l'écho des préjugés de l'ignorance, et, à l'encontre de toutes les autorités médicales, conseillent à ceux qui les consultent de ne pas se faire vacciner en temps d'épidémie, et nuisent ainsi à la vaccination, le Bureau a raison de croire que l'opposition à la vaccination l'on rencontre dans certains quartiers n'est en grande partie due qu'à cette cause.”

Que l'on soit franchement et systématiquement opposé à la vaccination, nous le concevons encore et n'y voyons aucune objection, les opinions étant libres après tout. Mais que des médecins qui ont toujours cru et qui croient encore à l'efficacité de la vaccine comme

prophylactique de la variole mettent de côté à la fois et leurs opinions personnelles et l'intérêt de leurs clients (qui est aussi celui du public) simplement pour flatter l'opinion du vulgaire, se faire un peu de popularité au sein d'une certaine classe, et déconseillent à leurs clients ou aux clients des autres la vaccination en temps d'épidémie ou la revaccination, c'est ce que nous ne comprenons pas.

\* \* \*

Dans son numéro du 19 septembre dernier, notre confrère du *N. Y. Medical Record*, parlant de l'épidémie de variole que nous avons en ce moment, se voile la face pour dire que la grande majorité des victimes du fléau sont des canadiens-français catholiques. Que le confrère se renseigne mieux qu'il ne l'a fait sur les proportions relatives des éléments français et anglais dans le chiffre total de notre population, et son étonnement cessera.

Plus loin, le confrère insinue que les catholiques repoussent la vaccination par suite de préjugés religieux. Il y a là deux erreurs de fait. Les catholiques ne repoussent pas la vaccination plus que ne le font les protestants. On le sait, notre clergé catholique a payé de son exemple quand il s'est agi de vaccination; celle-ci a été très vivement recommandée aux fidèles du haut de la chaire, dans les églises catholiques, et la récente lettre circulaire de Mgr l'évêque de Montréal à ce sujet est la meilleure réponse que nous puissions apporter aux assertions hasardées du *Record*.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

NEWMAN.—*Tabular statistics of one hundred cases of urethral stricture treated by Electrolysis without relapse*, by Robert Newman, M. D., New-York Cancer hospital. First annual report.

U. W. AYER & SON'S *American Newspaper annual for 1885*. Philadelphia. Pa. U. S. contient une liste soigneusement préparée de toutes les publications périodiques et journaux des Etats-Unis et du Canada, ainsi qu'une foule de renseignements sur la politique, le genre de commerce et l'agriculture de chaque comté, province et ville. Prix \$3.00.

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

**Le choléra.**—L'épidémie cholérique est en décroissance manifeste, tant en France qu'en Espagne, Sicile, etc.

**Variole.**—De Montréal, la variole s'est répandue en plusieurs points de la Province de Québec. On en a signalé des cas à Québec, Trois-Rivières, St-Hyacinthe, etc. Nos voisins d'Ontario eux-mêmes n'en sont pas exempts.

**Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, faculté de Médecine de l'Université Victoria.**—Les cours de cette institution ont été ouverts le 1er octobre. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. le Dr Chartrand.

**Université Laval, Montréal.**—L'ouverture des cours de l'Université Laval, à Montréal, a eu lieu le 6 courant. La messe du St-Esprit a été dite à la cathédrale, à 8½ heures, A.M., par Sa Grandeur Mgr l'évêque de Montréal. Tout le corps universitaire y assistait. A 8 heures du soir, il y a eu séance académique au Cabinet de Lecture Paroissial. Des discours ont été prononcés par M. le Grand-Vicaire Hamel, Recteur de l'Université, par M. l'abbé Marcoux, Vice-Recteur, M. l'abbé Lecoq, doyen de la Faculté de Théologie, et l'Hon. M. Chauveau, doyen de la Faculté de Droit.

Durant le premier terme, les cours de la Faculté de Médecine se donneront dans l'ordre suivant :

*Physiologie.*—Professeur DUVAL—8 hrs a.m., tous les jours.

*Chimie organique.*—Prof. FAFARD—9 hrs a.m., tous les jours (grand amphithéâtre).

*Pathologie externe.*—Prof. BROUSSEAU—9 hrs a.m., tous les jours (petit amphithéâtre).

*Anatomie descriptive.*—Prof. LAMARCHE—10 hrs a.m., tous les jours.

*Anatomie pratique.*—Prof. BERTHELOT—2 hrs p.m., tous les jours, depuis le 1er novembre.

*Pathologie interne.*—Prof. ROTTOT—3 hrs p.m., tous les jours.

*Médecine légale.*—Prof. E. P. LACHAPPELLE—4 hrs p.m., tous les jours.

*Ophthalmologie et Otologie.*—Prof. FOUCHER—5 hrs p.m., mardi, jeudi, samedi.

#### CLINIQUES, (Hôpital Notre-Dame).

*Clinique ophthalmologique* (facultative).—Prof. FOUCHER—9.30 a.m., tous les jours.

*Clinique interne.*—Prof. LARAMÉE—11 hrs a.m., lundi, mercredi, vendredi.

*Clinique externe.*—Prof. BROUSSEAU—11 hrs a.m., mardi, jeudi, samedi.

*Clinique obstétricale.*—Prof. DAGENAIS—(Sur avis spécial).

---

#### NAISSANCE.

GAUTHIER.—A Abbotsford, le 12 août dernier, la dame du Dr H. Gauthier, une fille.

---

#### DÉCÈS.

MATTE.—A Plessisville, le 19 août dernier, à l'âge de 61 ans, dame Rose Mautfette, épouse de M. Hubert Matte, et mère de MM. les Drs J. H. A. Matte, de North Adams, Mass., et L. N. Matte, de Lewiston, Maine.

LEBEL.—A St. Roch de Québec, le 11 septembre, Dame Julie Delphine Tellemer, épouse du Dr C. O. Lebel.

MIGNAULT.—A Trois-Pistoles, le 21 septembre, Dame Elvine Plamondon, épouse de feu le Dr Alfred Mignault.

FRÉCHETTE.—A St-Antoine de Tilly, le 25 septembre, Dame Rosalie Boucher, épouse du Dr Geo. Fréchette.

SIMARD.—A Québec, le 26 septembre, à l'âge de 11 mois, Marie-Berthe-Angéline, enfant du Dr L. J. A. Simard.