

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:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Désarticulation de la cuisse par la méthode de Wyeth ;

par M. J. AHERN, M.D.,

Professeur de clinique chirurgicale à l'Université Laval, Québec,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

La désarticulation de la cuisse a toujours été regardée comme la plus grave des amputations et comme une opération des plus dangereuses.

Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie et à des procédés nouveaux, elle est devenue beaucoup moins formidable ; la mortalité qui était de 60 o/o n'est à l'heure actuelle que de 20 o/o.

Le procédé de Wyeth est celui qui donne les meilleurs résultats, vu que l'opération se fait presque sans perte de sang. Le cas suivant, opéré par cette méthode, peut donner une bonne idée de ses avantages.

J. P., 22 ans, typographe, entré à l'Hôtel-Dieu le 7 janvier 1892, se plaint de son genou droit qui est tellement douloureux qu'il a fallu transporter le patient à l'hôpital sur son lit, vu qu'il ne peut souffrir le moindre mouvement. Très-maigre, pâle, la peau d'un blanc sale, jambe droite fléchie à angle droit sur la cuisse, qui, fléchie sur le bassin, est dans l'abduction et la rotation en dehors. Le genou droit très gros et dur, 26 pouces de circonférence, tandis que le genou gauche n'a que 12 pouces. Sur le côté interne du genou il y a une ouverture irrégulièrement circulaire, d'un pouce en diamètre, au fond de laquelle on voit une masse brunâtre. Les ganglions lymphatiques au pli de l'aîne sont augmentés de volume.

Voici l'histoire que raconte le malade :

« Le 6 avril 1891, étant occupé à monter, au moyen d'un poulic, un poids considérable, il se tordit le genou droit, — il entendit un craquement et éprouva une douleur qui ne dura que quelques instants. Quinze jours après, s'étant bien porté dans l'intervalle, il commença à éprouver de la lassitude dans le même genou quand il marchait. Le matin, il était bien, mais dès qu'il avait marché un peu, cette lassitude se faisait sentir. Vers le milieu de juin, la partie inférieure de la cuisse droite commença à enfler ; ce gonflement était dur. Au commencement de juillet, il ressentit de la douleur dans la partie enflée. Cette douleur, faible et intermittente d'abord, augmenta graduellement d'intensité et devint continuelle, l'empêcha de dormir et l'obligea à quitter

son ouvrage le 18 juillet. Vers le 30 du même mois, le genou grossissant toujours, la jambe commença à se fléchir sur la cuisse. Vers la fin de décembre, la peau s'est ulcérée sur le côté antéro-interne du genou qui augmentait constamment de volume et le faisait souffrir continuellement. Il éprouvait aussi beaucoup de douleur dans la jambe. Il a beaucoup maigri, malgré qu'il ait conservé son appétit."

Le pouls est faible et fréquent: 110,—la température normale. L'urine, passée en quantité normale, présente une gr. spéc. de 1012 et contient $4\frac{1}{2}$ grammes d'albumine par litre. Le cœur et les poumons sont sains.

Antécédents héréditaires: Aucuns.

Antécédents pathologiques: Une pleurésie en 1890.

Diagnostic: Ostéo-sarcôme de l'extrémité inférieure du fémur.

Opération, le 8 janvier 1892.

A cause de l'albuminurie, le chloroforme fut préféré à l'éther pour l'anesthésie. Après avoir lavé et brossé la peau du membre avec savon mou et eau chaude, l'avoir dégraissée avec l'éther et l'avoir lavée de nouveau avec solution de bichlorure de mercure au 1/1000e, des compresses imbibées de la même solution furent appliquées sur la jambe et sur la tumeur. Le membre fut tenu dans la position verticale pendant quelques minutes pour en chasser le sang. Alors un bandage en caoutchouc fut appliqué depuis les orteils jusqu'au genou, et sur la cuisse en haut de la tumeur jusqu'auprès de l'aîne. Transfixion de la racine du membre par deux grandes aiguilles ou broches d'acier de douze pouces de long. Une de ces broches introduite un pouce en bas et un peu en dedans de l'épine antéro-supérieure de l'ilium, passa à travers les parties molles en dehors du col fémoral et sortit en arrière et en dedans du grand trochanter; l'autre, entrée à un pouce en bas du ligament de Poupert, en dedans de la veine saphène interne, passa à travers les adducteurs et sortit en arrière et en bas de la tubérosité ischiatique. Au-dessus de ces aiguilles le membre fut entouré par un gros tube en caoutchouc d'un demi-pouce de diamètre.

Section circulaire de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané à trois pouces au-dessous des aiguilles. — dissection de la peau qui est relevée en forme de manchette, — alors section des parties molles jusqu'à l'os, au niveau du petit trochanter, — section de l'os au même point, — ligature des vaisseaux, — enlèvement de la ligature élastique et des broches, — énucléation de ce qui reste du fémur, — désarticulation de la tête, — réunion de la plaie sur une ligne antéro-postérieure, — un gros drain allant jusque dans la cavité cotyloïde.

La perte de sang fut insignifiante, à peu près 2 onces. Il y avait très-peu de différence entre l'état du malade après et avant l'opération, qui ne fut pas suivie de shock. La tumeur séparée

de la jambe et de la partie supérieure de la cuisse pesait 25 livres. Le drain fut enlevé le lendemain de l'opération et les sutures au bout de 8 jours, la plaie ayant guéri par première intention.

Dans un cas semblable, en 1891, j'ai employé avec succès la méthode de Furneaux Jordan, mais ayant essayé les deux méthodes, je préfère celle de Wyeth.

Québec, 23 avril 1892.

Étude sur l'emploi de la saignée dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Communication faite à l'ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE
DU DISTRICT DE ST-HYACINTHE, à sa réunion du 5 mai 1892,

par le docteur M. J. PALARDY, (de St-Hugues),

Président de l'ASSOCIATION.

Messieurs,

Je recevais avant-hier, le 3 du courant, de M. le Dr J. H. L. St-Germain, votre zélé vice-président, une carte postale, m'invitant expressément à préparer quelque chose pour notre séance de ce jour.

Le conférencier qui nous avait promis de nous adresser la parole ayant fait défaut, j'ai dû, vu l'invitation qui m'était faite, préparer quelque chose. J'ai trouvé dans mes cartons un traitement un peu extraordinaire que je donnais, il y a trente-cinq ans, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu. C'était dans le mois de février 1857. Le même patient étant revenu sous mes soins il y a quelques jours pour la même maladie, les observations cliniques que j'ai faites à son occasion m'ont donné le sujet de cet entretien, que je vous soumetts avec une certaine appréhension.

Je regrette que ce travail ait été fait trop à la hâte; je n'ai eu qu'une journée à ma disposition, entremêlée de mes autres occupations.

Vous prendrez acte de ma bonne volonté, n'ayant pas voulu désobliger mon ami le docteur St-Germain, qui m'a bien recommandé de ne pas arriver à sec à cette séance.

De plus, si je réussis à vous intéresser, ce sera un autre point agréable à obtenir avec votre indulgence.

D'ailleurs, nous devons tous faire des efforts pour maintenir l'existence et l'importance de notre Société. C'est la seule de la Province de Québec qui donne signe de vie. Je vous en présente mes félicitations. Tout de même, sans reproche, il vous faudra m'aider à faire votre part dans les frais scientifiques de nos séances.

Dans l'intérêt même de notre Association, le tour ne doit pas être toujours au même, si vous ne voulez que la chose devienne monotone ou sans attrait.

Lors de la première attaque en février 1857, le patient dont je veux vous parler devait avoir 23 à 24 ans; cultivateur de son état, célibataire; c'est un homme sec, d'une musculature accentuée, et d'une grande force, près de six pieds de stature, tempérament bilieux lymphatique. La maladie avait débuté par frissons, fièvre intense, douleurs dans les membres, surtout aux articulations.

Après l'avoir traité pendant quelques jours avec les purgatifs, les anodins, les altérants alcalins, un soir je fus appelé pour voir le malade qui était dans un grand danger. Il étouffait, une métastase aux poumons s'était établie. Le sang régurgitait dans les bronches, il ne pouvait suffire à le cracher avec abondance. Le sang montait dans le canal aérique sans effort. Les tuyaux bronchiques en étaient tellement remplis, que je craignais la suffocation qui se faisait menaçante.

Le curé était auprès du patient, le préparant à la mort, qui paraissait visible à tout le monde autour de lui. J'étais au début de la pratique. Que faire en face d'une pareille apoplexie pulmonaire et d'une intervention médicale aussi pressante à opérer? Je constatai l'état du pouls qui était très fort et plein. Il battait au-delà de 100. Je n'ai jamais vu un pouls aussi volumineux et aussi dur. L'artère était comme une corde non dépressible. Je me décidai donc à la saignée, et je pratiquai *larga manu* une bonne ouverture à une des veines du bras.

Je remplis cinq assiettes de la contenance de 15 onces chaque. L'effet fut magique. Quand j'arrivai, le malade était presque suffoqué par l'état congestif du poumon, très souffrant, incapable de remuer un membre. La diathèse avait envahi tout le système.

Deux heures après la saignée, il pouvait se lever de son lit et marcher au grand étonnement de sa famille. Depuis quelques jours, il était comme cloué à son lit. J'ai rencontré ces jours-ci plusieurs personnes qui étaient présentes à cette épisode de la maladie, et qui me parlaient encore de cette saignée abondante.

Pendant l'écoulement du sang, je tenais les doigts sur le pouls, le consultant constamment. Le pouls perdit de sa dureté mais resta toujours plein, à ma grande surprise. Pas de syncope, aucune faiblesse. Le malade éprouvait lui-même pendant l'émission sanguine un bien être remarquable, qui se traduisait par une plus grande facilité de la respiration. Je laissai donc saigner, me guidant sur le pouls. Mais enfin je fus effrayé, une table était couverte d'assiettes remplies de sang. Je fermai le vaisseau sanguin malgré le malade. " Cela me fait tant de bien " disait-il. " Laissez donc couler."

Quelle énergie et quelle force dans ce tempérament! Dans une longue pratique, c'est le seul individu que j'ai rencontré aussi

fortement constitué et aussi réfractaire aux émissions sanguines. Le sang sortait avec vélocité ; dans quelques minutes, la quantité mentionnée était extraite. De plus je n'ai jamais vu un sang avec une proportion de fibrine aussi prononcée. Quelques minutes après sa sortie, la couenne inflammatoire recouvrait toute la surface du sang coagulé. Elle était très épaisse, et tellement consistante que l'on prenait le coagulum par un bord, et on le soulevait au dessus du vase sans le briser en fragments.

..*

Bien longtemps la couenne inflammatoire est remarquable dans une attaque de rhumatisme aigu. Je vous dirai que la veille au matin, vers huit heures, j'avais déjà tiré à mon malade deux assiettées de sang représentant trente onces, qui n'avaient produit aucun effet bienfaisant.

Quinze jours après la dernière et abondante saignée de 75 onces, le malade entra dans la convalescence sans complication ; pas de faiblesse marquée. J'étais étonné. J'avais complété la guérison par les altérants aux bases d'iodure alcalins, et aux préparations de colchique, combinées aux anodins et aux purgatifs au besoin.

Cent cinq onces de sang avaient donc été tirées dans l'espace de trente heures. C'était énorme il est vrai, mais en face du succès obtenu, peut-on dire que c'était trop ? Je n'ai jamais vu et entendu parler d'une quantité aussi considérable de sang tiré en deux jets d'une veine dans un aussi court espace de temps. Il faut croire que j'avais mon homme et que le cas prêtait à une tentative audacieuse.

Il n'y a rien pour donner raison aux œuvres humaines comme le succès.

Dans les trente années qui suivirent, cet homme eut encore certaines attaques de rhumatisme aigu, qui cédèrent à une légère médication altérante, et quelques saignées encore au bras.

A part ces quelques attaques, sa santé resta toujours parfaite ; cet homme vit encore, et fournit une somme de travail considérable. Il cultive sa terre lui-même avec toute la vigueur du jeune homme.

Le 16 avril dernier 1892, j'étais appelé auprès de lui, pour le traiter de la même maladie pour laquelle je l'avais soigné il y a trente cinq ans. Il était encore attaqué cette fois de rhumatisme articulaire aigu, incapable de se mouvoir, avec fièvre intense et douleurs insupportables pendant les mouvements articulaires.

Vu son âge avancé, près de soixante ans, je cru qu'il était bon de ne pas penser aux moyens débilissants tels que la saignée, etc. Cependant il la demandait, se souvenant du merveilleux et bien-faisant effet déjà obtenu.

Vu l'état du pouls, qui ne paraissait pas assez puissant, je procédai par le traitement alcalin, purgatif, et anodyn. Je retournai deux jours après, l'amélioration était loin de s'être fait sentir ;

toutes les grosses jointures étaient envahies, même les petites, celles des doigts surtout. Point pleurétique dans le côté droit du thorax, qui amenait une certaine gêne dans l'acte respiratoire.

Je consultai le pouls, je le trouvai d'une ampleur énorme et d'une grande force.

Voyant l'inefficacité du traitement déjà donné, la grande énergie du cœur, et connaissant mon homme, je proposai la saignée qui fut acceptée avec un grand plaisir. Elle fut opérée avec facilité, vu la grosseur des veines du bras. Je tirai 16 onces de sang, L'effet fut merveilleux, les douleurs cédèrent avec une grande rapidité. Avec le complément du traitement alcalin et anodin qui fut continué régulièrement pendant au-delà d'une semaine, le rétablissement fut parfait.

Le malade est venu chez moi hier le 2 mai, parfaitement à l'aise, marchant bien facilement et, comme il disait : " *Je n'ai ni maux, ni mal.*"

* * *

Quel est l'effet curatif de la saignée dans ces cas là, et pourquoi doit on l'employer ?

1o L'effet de la saignée est de dégorger les tissus en diminuant la tension artérielle, qui existe toujours sous une action inflammatoire, surtout chez les sujets pléthoriques.

Aujourd'hui, pas de doute que ce moyen est peu employé, ou inusité, vu la faiblesse des tempéraments, et d'autres aperçus dans les causes des maladies, qui sont presque toutes attribuées maintenant à la propagation de microbes animalcules qui se développent dans le sang sous l'action vitale et physiologique. La méthode désobstruante d'autrefois a cédé le pas à la médication antiseptique ou désinfectante. Presque partout maintenant on trouve un poison organique comme cause des maladies. On prétend tuer ce poison sur place par une application microbicide locale, ou en introduisant dans le système un autre poison antagoniste de nature chimique. C'est presque admettre un principe homéopathique qui revient sous une autre forme.

Le "*Similia Similibus Curantur*" des anciens reçoit une nouvelle application pour tout le monde. De là l'asepsie et l'antisepsie moderne.

Ces découvertes ont bien du bon sens et paraissent vraies, car la microscopie et le succès obtenu par la médication nouvelle sont venus prouver la réalité des avancés de nos savants contemporains. Malgré tout, en médecine, il ne faut pas être exclusif. La vieille médication peut encore faire des merveilles.

Que la congestion vienne du travail des microbes qui sont la cause des obstructions dans les organes, ou d'un changement dans la proportion des éléments du sang sous l'action des microbes, ou d'un trouble pathologique quelconque, l'effet de la saignée, pour moi, a une action on peut dire mécanique.

Diminuant la tension et la contraction des vaisseaux et le spasme nerveux, elle facilite l'écoulement du fluide physiologique et surtout l'absorption des remèdes; à ces deux points de vue, elle est admirable.

L'observation clinique et l'expérience nous enseignent que là où il y a pléthore prononcée, l'absorption des remèdes est à peu près nulle, ou très lente à se faire. Outre la plus grande facilité donnée à l'absorption, on est en lieu de croire que la masse du sang étant diminuée, l'action des remèdes est plus prompte, s'exerce sur une quantité moindre, soit qu'il y ait déplacement des atômes morbides, ou action chimique ou thérapeutique sur ces mêmes agents, tendant à les détruire.

Je traitais il y quelques années un jeune homme de 20 ans pour une pleuro-pneumonie à forme sthénique. J'employais depuis deux jours le traitement sédatif, au moyen de la méthode rasio-rienne: tartre émétique en lavage avec digitale, toutes les deux ou trois heures. Je retournai voir mon malade le troisième jour; il était dans la même position, sans amélioration, et sans influence marquée par la médication sédatrice sur le cœur. Je vis alors un défaut d'absorption dû à la pléthore. Je me décidai donc à la saignée; le pouls le permettait, les forces du malade étaient suffisantes. Une saignée de seize onces eut lieu. Quelques heures après la saignée, je constatai un effet marqué et bienfaisant avec les mêmes sédatifs que j'avais administrés en vain au début. L'état du pouls se ralentit en force et en fréquence, les intestins se vidèrent sous l'action du tartre émétique, ce que je n'avais pu obtenir avec les mêmes remèdes avant la saignée. Le rétablissement fut complet sous quelques jours.

J'ai déjà eu l'opportunité de faire cette observation plusieurs fois à l'occasion de la saignée, appliquée dans certaines affections inflammatoires des organes de la poitrine ou de l'abdomen, c'est-à-dire que la médication se faisait toujours plus active et plus efficace après la saignée, vu la plus grande facilité dans l'assimilation. C'est bien dans les cas de rhumatisme aigu que j'ai eu le plus d'occasions de constater l'effet bienfaisant de la saignée sur la marche de la maladie. Cette affection chez les habitants à la campagne est presque toujours à forme sthénique, attaquant des sujets de forte constitution. Je me rappelle avoir saigné deux vieillards, un de 75 ans, et un de 72 ans, dans une attaque de rhumatisme aigu, avec un résultat éclatant et immédiat, après insuccès avec une autre médication. Il faut dire que ces deux sujets étaient très forts et avaient déjà connu le bon effet de la saignée. Aussi ce fut pour eux une chose bien agréable quand je leur proposai la saignée. Et de fait elle eût de suite un effet bienfaisant sur les douleurs actuelles et la marche de la maladie, qui fut réduite avec le reste du traitement radical sous quelques jours.

Je suis donc d'avis que la saignée, dans bien des circonstances, peut encore nous rendre de grands services dans la cure de certaines maladies.

C'est un vieux moyen il est vrai, qu'on a rendu ridicule à force d'abus. On saignait à propos de tout et à propos de rien. Il y avait, le printemps, les saignées préventives. Pendant plusieurs années, il a été impossible de se débarrasser de ces habitudes de la saignée. A la fin, on leur ouvrait seulement la veine pour leur faire plaisir.

Je ne prétends pas dire que le rhumatisme aigu doit être toujours traité avec la saignée, mais je veux prouver que dans les cas où je l'ai employée et que je cite, elle m'a rendu des services éclatants qu'aucune autre médication n'eût pu faire dans le même espace de temps.

Comme l'observation est de tous les jours, du moment que le succès vient à l'appui, elle est de tous les âges, et donne à la saignée un air de jeunesse qui lui appartient et la rajeunit.

Aujourd'hui on nous vend des objets sous le nom de vieil or, ou de vieil argent comme nouveauté, pour leur donner du prix sans doute. Pour moi, le prix de la saignée est encore incalculable dans certains cas de maladies inflammatoires, surtout dans le rhumatisme aigu.

Car outre l'or et l'argent qu'elle peut donner, elle prouve le bonheur de conserver à nos semblables la vie, ce capital si précieux que l'on sacrifie quelquefois à des préjugés et à de nouvelles théories, souvent on voit même des médecins être coupables de pareilles erreurs médicales. On veut soigner plus à la mode, mais je ne reconnais aucun plaisir, ou aucun avantage de mourir en suivant la mode.

* * *

De la saignée, comme de tous les autres moyens thérapeutiques, il s'agit de faire judicieusement l'application. Tout le secret est là. L'étude, l'observation, et le jugement du médecin doivent guider dans le choix de ce moyen si prompt, si efficace et si expéditif.

Je ne connais aucun remède dont l'effet soit si immédiat.

Mais quand doit-il être donné et à quelle dose ? *That is the question* : 1° Il faut un bon sujet. 2° Il faut donner la saignée au début d'une maladie inflammatoire. Dans certaines maladies elle ne vaut que dans les premières 24 heures. 3° Ne pas tirer trop de sang.

Je vous laisse, messieurs, ces trois questions à décider. C'est là où est le secret pour le médecin de savoir aider à temps et à propos la force médicatrice de la nature.

De là l'obligation de faire de bonnes études médicales précédées de fortes études philosophiques.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

L'iodure et le bromure de calcium.—M. G. SÉE, qui préconisait il y a peu de mois les sels de strontium, paraît leur être devenu infidèle, car dans la séance du 8 mars, il a entretenu l'Académie de nouveaux sels de calcium, l'iodure et le bromure, qui lui paraissent plus propres à introduire la chaux dans l'organisme que les préparations de chaux usuelles.

M. Sée ajoute que le bromure et le chlorure de calcium s'appliquent à un grand nombre de dyspepsies et de lésions stomacales; il est possible de poser des indications précises de ces nouveaux remèdes et du nouveau régime qui convient à l'estomac.

C'est encore, suivant M. Sée, le calcium qui agit favorablement sur l'estomac quand on substitue l'iodure de calcium à l'iodure de potassium. Tous deux agissent merveilleusement sur la respiration, sur le cœur et sur les maladies spécifiques; mais l'iodure de calcium, qui s'emploie d'ailleurs à une dose moindre, est parfaitement supporté par les organes digestifs, tandis que le potassium leur est manifestement préjudiciable. Il y a donc une indication spéciale pour chacun des trois sels de calcium, mais aussi une indication commune en tant que médicament gastrique.

M. DEJARDIN-BEAUMETZ a fait remarquer que lorsqu'il s'agit de combattre cet état général que l'on appelle l'inanition calcaire, il est nécessaire de donner du sel calcaire non seulement absorbable mais aussi assimilable. Les préparations calcaires, d'ordre pharmaceutique, ne sauraient être d'aucune utilité dans l'inanition calcaire. Il faut, dans ce cas, s'adresser aux aliments végétaux tels que le pain de son, la fève, les fèves, les lentilles.

Cependant, en prenant de la chaux sous la forme de phosphates, l'enfant se porte mieux; cette amélioration s'explique par le fait que les phosphates de chaux acidifient légèrement le suc gastrique, excitent, en se précipitant, la muqueuse de l'estomac et la motricité intestinale. Il est probable qu'il en est de même pour les préparations prônées par le professeur Sée.

M. LABORDE exprime le regret que M. G. Sée n'ait pas continué à s'en tenir au bromure de strontium, dont il avait eu tant à se louer, et qu'il ait cru devoir lui donner même pour succédané le bromure de calcium.

Car le bromure de calcium constitue — de même que l'iodure de strontium, et plus encore que ce dernier — une préparation d'une instabilité excessive, comme presque toutes les préparations d'une extrême solubilité, facilement déliquescentes, et altérables au contact de la lumière et de l'oxygène de l'air. La cristallisation du bromure de calcium ne peut être réalisée qu'à grand'peine, et un pareil produit obtenu par évaporation renferme presque fatalement toutes les impuretés du brome et de la chaux; il peut contenir, en outre, un excès de chaux, et du bromate de la même base.

En rappelant aussi l'instabilité de l'iodure de strontium, M. Laborde demande comment il est possible d'apprécier à leur juste valeur des résultats thérapeutiques basés sur l'emploi de produits qui, par le fait même de leur composition, n'offrent pas la garantie fondamentale de toute substance médicamenteuse, savoir: la pureté et la stabilité chimiques.

Etude clinique et expérimentale sur le massage.—Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. A. CASTEX à la suite de longues expériences exposées par lui dans les *Archives de médecine*, janvier 1892.

I. *Résultats cliniques.*—Dans les *contusions simples*, le massage procure la disparition rapide des divers troubles, principalement de la douleur.

Dans les *contusions articulaires*, il dissipe les contractures musculaires réflexes ou les parésies, mais surtout il prévient les amyotrophies rebelles qui en sont la complication la plus grave.

Appliqué aux *entorses*, il est remarquable par la rapidité de ses bons effets. D'après ma statistique, le résultat cherché est obtenu entre trois et quatre jours.

Dans les *luxations*, on doit y recourir dès que la réduction est assurée, car il réduit au plus vite gonflement, ecchymoses, douleurs. Il éveille la fibre musculaire de cette stupeur locale où la plonge le traumatisme. Il prévient les atrophies et roideurs tardives.

Appliqué aux *fractures juxta articulaires*, il vient rapidement à bout des douleurs et gonflement (une fracture simple, sans déformation, de l'extrémité inférieure du radius guérit en une quinzaine de jours, quand il en fallait quarante au moins avec l'immobilisation plâtrée. Si on y a recouru après la levée des appareils, il assouplit les parties et dissipe les œdèmes.

Contre les *amyotrophies acquises*, le massage s'est montré impuissant. Il les prévient si on l'applique d'une façon précoce.

II. Les conclusions cliniques sont étayées sur des *résultats histologiques*. Car le muscle traumatisé et non massé présente une *sclérose diffuse* avec: hypertrophie du tissu conjonctif annexe dans ses diverses parties, hémorragies interstitielles, engorgement des vaisseaux sanguins et hypertrophie de leur tunique adventice.

Le muscle traumatisé, mais massé, offre son histologie normale. C'est la *restitutio ad integrum*.

Les vaisseaux sanguins sont normaux dans le muscle massé. Dans le muscle non massé, ils offrent une hyperplasie de leur tunique externe.

Les filets nerveux normaux dans le muscle massé présentent, dans le muscle non massé, de la périnévrite et de la névrite interstitielle.

La lésion des nerfs est plus marquée que celle des vaisseaux.

III. En résumé, d'après les recherches de M. Castex, on constate *de visu* que le massage agit en détergeant une partie des matériaux diversement nuisibles que le traumatisme y a versés, en ramenant cette partie à son état normal et en prévenant de la sorte le processus de sclérose diffuse qui en serait résulté.

Telle est l'explication positive de l'action du massage. Elle ne pourra qu'accroître son crédit.

Le "Cactus grandiflorus" dans les troubles fonctionnels du cœur, par HORNE.—Pendant les derniers douze mois, l'auteur s'est servi de ce médicament avec beaucoup de succès. La dose administrée était de 10 à 20 minimes (0cc,59 à 1cc,18) de l'extrait fluide de *Cactus grandiflorus*. D'après les conclusions de l'auteur, le cactus ne peut pas remplacer la digitale, encore moins le strophanthus, dans le traitement des maladies organiques des valves du cœur. Ses effets s'adressent plutôt aux troubles nerveux et fonctionnels du cœur, à savoir: palpitations, irrégularités des battements, intermittences du pouls, ralentissement ou accélération des battements — troubles qui dépendent d'une débilité générale, de la dyspepsie ou d'un abus du thé et du tabac. L'auteur l'a aussi employé avec succès contre la douleur et la pesanteur précordiales, et dans un cas de pseudo-angine pectorale. Selon lui, cette substance agirait sur les centres médullaires du cœur: de là, par la voie du pneumogastrique et du nerf sympathique, sur les terminaisons de ces nerfs contenues dans le cœur même. Les effets seraient ceux d'un tonique stimulant et d'un sédatif, sans toutefois présenter les dangers dépressifs de l'opium, du chloral et de la belladone.—*Laneet.*

De la solanine dans les affections de l'estomac avec prédominance de l'élément gastralgique.—(*Académie de médecine*). Sous ce titre, M. DESNOS fait une lecture dont voici les conclusions:

La solanine me paraît appelée à rendre des services assez importants dans le traitement des maladies douloureuses de l'estomac, au même titre que la cocaïne, l'eau chloroformée, les bromures de strontium ou de calcium. D'une manière générale, elle doit être considérée comme inférieure à la morphine, bien qu'elle ait pu quelquefois réussir là où celle-ci avait échoué. Mais on peut

observer des cas d'insuffisance ou d'intolérance de la morphine, et il est de notoriété que dans certaines conditions elle peut conduire à la morphinomanie, surtout si elle est donnée par la voie hypodermique. On sait aujourd'hui quels sont les sujets particulièrement prédisposés, pour ne pas dire voués, à la morphinomanie. Ce sont particulièrement les hystériques, les alcooliques, les dégénérés. Chez les malades il peut y avoir avantage à substituer à la morphine les autres sédatifs du système nerveux stomacal, parmi lesquels figure la solanine.

Ulcère stomacal guéri par le régime de la crème glacée, par E. P. HERSHEY.—L'auteur rapporte trois cas d'ulcère stomacal observés dans la clinique du professeur Da Costa. Chez ces malades, toute nourriture, même le lait peptonisé, provoquait des vomissements. La glace seule a pu être supportée, et un à deux mois après, on pouvait graduellement ajouter des aliments solides. L'auteur admet avec raison que la crème glacée agit d'abord en vertu du froid, qui agit comme anesthésique, calme les douleurs qui accompagnent dans ces cas la digestion stomacale : ensuite, la crème est un aliment très digestif et très nourrissant. Il est très important que la crème soit absolument pure et fraîche, elle ne doit pas contenir d'ingrédients qui l'épaississent. Une crème glacée, âgée de plus de vingt-quatre heures, ne doit plus être employée. La crème glacée est surtout excellente dans les cas dans lesquels aucun autre aliment n'est supporté. Elle repose l'estomac, condition essentielle pour la guérison d'un ulcère stomacal, elle nourrit en même temps le malade.—*Medical News*.

Emploi de l'aristol contre les plaies de lit. — J. W. BROOKE a employé avec avantage une pommade à l'aristol (40 grs par once de vaseline) dans un cas de plaies de lit survenues chez un sujet âgé de soixante et deux ans et souffrant d'une fracture du col du fémur. Le pansement était renouvelé matin et soir, la guérison étant obtenue au bout d'une semaine.—*Medical Bulletin*.

La créosote comme agent révélateur de la gravité des tuberculoses; indications et contre-indications.—Beaucoup de nos lecteurs ayant commencé le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées depuis nos derniers articles sur ce procédé, il nous paraît intéressant de résumer un peu longuement un nouveau travail publié dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Burlureaux qui, de tous les médecins, est certainement celui qui a la plus grande expérience sur cette méthode de traitement.

M. Burlureaux se propose dans cet article : 1^o de mettre en garde le praticien contre l'emploi de la créosote à dose uniforme chez tous les malades; 2^o de faire voir que la manière dont la créosote est tolérée renseigne d'une façon précise et précieuse sur la gravité de la maladie.

Dans une première catégorie se placent des malades dont la tolérance est parfaite : aussi chez eux les effets thérapeutiques sont remarquables ; le poids augmente régulièrement, les foyers de tuberculose externe et même de tuberculose pulmonaire entrent vite en régression manifeste. M. Burlureaux cite des cas fort remarquables à cet égard de malades ayant pris des quantités considérables du médicament, telles que 5 kilogr. d'huile par la peau, et actuellement considérés comme guéris.

Ce sont surtout des cas de tuberculoses externes, ganglionnaires, testiculaires, etc. Il y en a cependant chez lesquels l'injection paraît arrêter les hémoptysies.

Dans une deuxième catégorie de malades, la tolérance a été non moins remarquable ; l'état général a été non moins amélioré mais les lésions locales n'ont pas suivi une régression parallèle. Ces lésions locales sont souvent restées stationnaires, quelquefois même ont progressé, et il a fallu intervenir chirurgicalement. Pourtant, on peut considérer que le traitement a été fort utile malgré l'état stationnaire ou même progressif des lésions. Nul doute que ces malades n'aient été mis, par le fait du médicament, en état de résistance augmentée. C'est pour ces malades qu'on peut dire que la créosote est le moins mauvais des médicaments employés contre la tuberculose.

Dans la troisième catégorie, se placent des malades dont la tolérance est parfaite d'abord, mais la lésion continuant à évoluer comme chez ceux de la deuxième catégorie. Puis, brusquement, sans qu'on sache pourquoi, surviennent des phénomènes d'intolérance ; à partir de ce moment, le pronostic devient des plus sombres et l'on peut dire que tout homme qui tolérât la créosote d'abord et ne la tolère plus à un moment donné, est un homme perdu. Ces cas sont cependant relativement rares, beaucoup plus rares que ceux de la catégorie suivante.

La quatrième catégorie comprend les malades dont l'intolérance à un degré quelconque apparaît dès le début du traitement. Le pronostic est alors grave. M. Burlureaux considère en effet que cette épreuve permet de se tromper bien rarement sur le pronostic à porter chez un tuberculeux qui ne supporte pas la créosote, quelles que soient d'ailleurs l'ancienneté, la profondeur de sa maladie, quels que soient les symptômes qu'il présente. Tel malade peut avoir des lésions profondes, de la fièvre hectique ; s'il supporte bien le médicament, il n'y a pas lieu de désespérer. Tel autre, au contraire, peut n'être qu'au début de la maladie, n'avoir que des lésions peu étendues ; s'il supporte mal la créosote, si on n'arrive pas à la lui faire tolérer au bout d'un certain temps, on peut le considérer comme irrémédiablement perdu.

Ces phénomènes d'intolérance sont de divers ordres.

1^o En général, le fait de percevoir la saveur de la créosote pendant longtemps, surtout après avoir reçu des doses relativement

minimes, est un indice d'intolérance; ce signe n'a d'ailleurs qu'une valeur secondaire, surtout quand il est isolé.

2o L'apparition des urines noires, si elle ne survient qu'accidentellement, ou à la suite de très fortes doses, n'a aucune valeur pronostique, et n'indique en rien l'intolérance. Mais si les malades ont des urines noires et surtout très noires avec des doses minimes de médicament, et d'une façon fréquente, le médecin doit faire des réserves et être prudent dans sa thérapeutique.

3o L'apparition de vertiges, d'ivresse, voire même de torpeur, avec anéantissement général, impossibilité d'associer deux idées, n'indique pas l'intolérance; ces phénomènes sont d'ailleurs rares; ils ne durent que quelques jours chez le même malade.

4o La sueur survient fréquemment au début du traitement, immédiatement à la suite des injections; elle est quelquefois profuse, durant 7 ou 8 heures. Si ce phénomène survient isolément sans être accompagné de ceux dont il va être question, il n'a pas grande valeur pronostique et n'indique pas l'intolérance, mais il est rare qu'il survienne isolément. Le plus souvent il s'accompagne d'une poussée fébrile, et alors deux cas peuvent se présenter. Ou bien la fièvre n'est guère perceptible qu'au thermomètre, l'état général n'est pas altéré et il faut alors continuer le traitement, abaisser au besoin les doses, et la tolérance finit par s'établir. Ou bien les sueurs s'accompagnent d'un malaise avec frisson violent, céphalée et sentiment de refroidissement; les extrémités sont glacées, la respiration ralentie, le pouls petit: le tableau est celui de la forme algide de la fièvre pernicieuse. La crise ne dure guère que trois quarts d'heure et est suivie souvent d'un grand état de bien-être. Malgré cela il faut renoncer en pareil cas au médicament ou tout au moins tâtonner à des doses beaucoup plus faibles. D'ailleurs entre cette crise violente et une simple sensation de refroidissement, il y a tous les intermédiaires. Il faut donc chercher quelle est la dose qui convient à chacun de ces cas déterminés, et savoir qu'il n'y a pas de médicament à action aussi variable que la créosote, car la dose capable d'amener de tels accidents varie de quelques centigrammes à plusieurs grammes.

Il faut absolument que le praticien soit mis en garde contre le danger qu'il y a à prescrire une dose uniforme pour tous les cas. Le médecin qui ne donnerait systématiquement que 25 à 50 centigrammes par jour de créosote à ses tuberculeux, ne ferait pas rendre au médicament la dixième partie de sa valeur thérapeutique. Celui qui donnerait systématiquement de 1 à 2 grammes par jour risquerait d'empoisonner ses malades à tolérance minime et ne donnerait pas assez à ses malades à tolérance parfaite.

Dans l'immense majorité des cas, les tuberculeux qui ne supportent pas la créosote à doses minimes sont des malades condamnés. M. Burlureaux n'a vu qu'un cas contraire à cette manière de voir: il s'agit d'un malade qui, à un moment donné, ne suppor-

tait pas plus de 4 centigrammes par jour et arriva à tolérer six grammes. Le traitement lui réussit parfaitement, mais il avait fallu des tâtonnements sans nombre pour arriver à le lui faire supporter.

La sensation de refroidissement s'accompagne le plus souvent d'une élévation de température; mais il est des cas aussi où cette température s'abaisse jusqu'à 340 ou 350; mais cet abaissement ne dure guère plus d'une heure et on voit le thermomètre remonter ensuite à 390 ou 400. Ces perturbations sont évidemment des plus nuisibles aux malades et l'on doit toujours chercher à les éviter.

On voit par là que l'intolérance peut présenter tous les degrés, car certains malades présentent réunis tous ses symptômes alors que d'autres ne les ont qu'à l'état isolé ou groupés en petit nombre. Enfin, chez les malades à intolérance marquée, il arrive parfois, très rarement il est vrai, que la peau est intolérante, et on voit alors se former des abcès longtemps après la piqûre. Ces abcès sont un signe pronostic des plus fâcheux. Ils sont très rares même chez ceux qui supportent mal la créosote; quant à ceux qui la supportent, ils n'ont *jamais* d'abcès lorsque l'injection est faite avec la lenteur, la propreté voulues, et quand on prend la précaution de ne pas faire les piqûres toujours à la même place.

Il resterait à déterminer quelle est la cause de l'intolérance, mais c'est là un point difficile. Elle n'est pas liée d'une façon absolue à la dose, car elle apparaît le plus souvent dès le début et avec des doses minimales.

L'état fébrile paraît être une mauvaise condition pour la tolérance, mais il y a des malades tolérants malgré la fièvre et il y en a même chez lesquels la créosote fait tomber la fièvre.

L'anorexie peut la faire craindre également, mais c'est surtout parce qu'elle est souvent l'indice d'une perturbation profonde; et en effet, ce qui règle l'intolérance, c'est le degré de gravité de la maladie, et c'est pourquoi l'intolérance est d'un si mauvais pronostic et qu'on doit la redouter chaque fois qu'elle se produit au début du traitement ou qu'elle survient dans le cours de celui-ci.

Emploi de la coca dans le mal de mer.—M. le Dr MEURISSE communique la note suivante au sujet d'une application particulière de la coca:

Le mal de mer est certes une des affections sur lesquelles la thérapeutique a le moins de prise, et pourtant bien des remèdes ont été essayés contre elle, mais avec un égal insuccès.

Tout récemment sont venues me consulter à ce sujet deux dames qui, à chaque traversée durant plus d'une demi-heure, étaient violemment atteintes du mal de mer. L'une d'elles, notamment, qui avait fait onze fois la traversée de Dieppe à Newhaven, avait éprouvé à chaque voyage le même malaise et

avait dû s'aliter les jours suivants; tous les remèdes courants employés par elle s'étaient montrés inactifs.

Je lui préparai une infusion de feuilles de coca, à la dose de 6 gr. pour 100 gr. d'eau, et j'y ajoutai 6 gouttes de laudanum de Sydenham. Mes deux clientes s'embarquèrent presque à jeun et prirent en plusieurs fois environ 30 grammes de ma préparation. Malgré l'extrême agitation de la mer et la longueur de la traversée, elles ne ressentirent absolument aucun malaise et n'éprouvèrent point après le vertige et la sensation de roulis qui auparavant persistaient chez elles durant plus de 24 heures.

Depuis j'ai eu l'occasion d'employer le même remède, et avec le même succès, pour un homme qui, dans deux traversées antérieures, (dont une de 22 heures) avait fortement souffert de cette douloureuse affection.

Emploi du dermatol en dermatologie.—Le dermatol, médicament nouvellement introduit dans la dermatologie et qui est constitué par un sous-gallate de bismuth, paraît avoir des applications thérapeutiques fort utiles qui permettent de l'employer à titre de succédané de l'iodoforme. M. Doyon cite, à ce propos, dans les *Annales de Dermatologie*, l'opinion d'un certain nombre de médecins allemands qui l'ont expérimenté avec succès.

Le Dr Heinz insiste sur l'efficacité de ce remède dans le traitement des diverses variétés d'ulcères, des brûlures, des decubitus, de l'ulcère de jambe. La sécrétion diminue, il se produit des granulations de bonne nature et une cicatrisation rapide. Le dermatol rend également de bons services dans le traitement des eczéma humides, dans l'intertrigo, etc... Par contre, ce médicament n'est pas indiqué dans les ulcères torpides.

D'après le Dr Sackur, le dermatol est un remède facile à employer, inodore, non toxique, favorisant la guérison des plaies récentes, aseptiques, avec granulation des parties molles. Dans des plaies phlegmoneuses récentes, ou des abcès récemment ouverts, il ne faut pas employer le dermatol; mais si la suppuration a été traitée avec des pansements humides de telle sorte que les plaies ont été nettoyées, il accélère la guérison. Le dermatol est le meilleur remède contre les ulcères de jambes (non syphilitiques). On ne doit pas y avoir recours dans les plaies et les ulcérations torpides, insuffisamment granuleuses.

Rosenthal a employé le dermatol dans les affections les plus variées de la peau, avec de très bons résultats. Il conseille la pommade suivante:

Dermatol.....	} aa	2 grammes
Oxyde blanc de zinc....		
Vaseline jaune... ..		20 grammes

En outre, il fait préparer une pâte à 2 ou 3 p. 100, qui, dans

beaucoup de cas, peut remplacer la pâte salicylée. Elle a sur cette dernière l'avantage d'irriter beaucoup moins, et d'agir en desséchant plus, sans cependant moins protéger la partie malade :

Dermatol.....	2 grammes
Oxyde blanc de zinc.....	} sâ 24 grammes
Amidon	
Vaseline jaune.	50 grammes

On peut porter la dose de dermatol à 5 grammes.

Rosenthal recommande également une colle de dermatol et de zinc.

Dermatol.....	} sâ 5 grammes
Oxyde blanc de zinc.....	
Gélatine.....	} sâ 30 grammes
Glycérine.....	
Eau.....	

Cette préparation offre l'avantage de sécher très rapidement, et de fournir une couche efficace et comprimant légèrement. Ses indications correspondent à celles de la pommade de zinc, par exemple, dans l'ulcère de la jambe, quand il faut protéger et recouvrir les parties eczémateuses qui entourent l'ulcère. Quand l'onguent a été appliqué, on passe par-dessus un léger duvet d'ouate ; cette couche est tout de suite après enlevée avec les doigts ; une très faible partie adhérente à l'onguent forme avec lui un pansement anti-eczémateux occlusif.

M. Eichoff a employé avec succès le dermatol en poudre ou en pommade à 10 p. 100 dans les affections suivantes : Chancres mous et indurés, balanite avec sécrétion abondante, lymphangites, bubons suppurés, gourmes ulcérées, furoncles, etc... Il en a constaté aussi les bons effets dans des eczémas à formes variées.

MÉDECINE.

Traitement de la colique hépatique par l'usage interne de la glycérine.—M. FERRAND étudie, depuis 1880, le traitement de la colique hépatique par l'usage interne de la glycérine. Si nous ne pouvons le suivre dans le long historique qu'il fait de cette question, ni dans la relation des nombreuses observations et expérimentations sur lesquelles il appuie son travail, en employant tour à tour l'huile d'olive, la glycérine, le chloroforme et la térébenthine, nous donnerons tout au moins, *in extenso*, la technique du traitement qu'il propose et les conclusions finales du mémoire :

“Deux sortes d'indications se présentent, écrit M. Ferrand, chez les malades atteints de lithiase biliaire et de coliques hépatiques : le traitement de la diathèse lithiasique et le traitement des crises.

“D'après ce que je viens de montrer des effets physiologiques de la glycérine, il est évident que l'usage interne de cet agent thérapeutique peut être utile et tenir une place importante parmi les moyens capables de répondre à l'une et à l'autre indication. On comprend cependant que le mode d'administration de la glycérine devra différer dans l'un et l'autre cas.

“Au moment des crises, la glycérine peut être donnée dans le but d'en hâter le terme, comme on a donné l'huile d'olives, mais avec cette différence que la glycérine étant un agent cholagogue beaucoup plus actif, peut être donnée à dose beaucoup moindre et, par conséquent sera plus facilement ingérée et plus facilement tolérée. Il m'a paru que la dose de 20 à 30 grammes était largement suffisante ; et rarement il m'a fallu la continuer plusieurs jours de suite pour obtenir l'effet souhaité, c'est-à-dire la fin de la crise des coliques.

“Je conseille la glycérine dans une potion aromatisée soit avec l'eau de laurier-cerise, soit avec une autre eau distillée, et j'y adjoints 25 à 30 grammes d'eau chloroformée dont le rôle m'a paru fort efficace, autant pour favoriser la tolérance que pour seconder l'efficacité du médicament—le chloroforme ayant sur la muqueuse de l'estomac une action topique qui sollicite les sécrétions, sans laisser derrière elle d'irritation proprement dite. Ainsi composée, la potion est assez édulcorée pour qu'il soit inutile d'y ajouter un sirop quelconque ; parfois même il sera utile d'y ajouter quelques gouttes d'une essence aromatique amère, ou un peu d'éther pour la rendre plus cordiale. La potion peut être prise en deux ou trois fois, et, en cas d'intolérance par cuillerées d'heure en heure environ.

“En dehors des crises, la glycérine doit être administrée à dose plus légères et plus fractionnées. Je conseille le plus souvent aux malades de prendre chaque matin, dans l'intervalle de leurs crises, de 1 à 3 cuillerées à café de glycérine dans un demi verre d'eau alcaline, de Vichy par exemple.

“L'usage de ce moyen peut être longtemps continué, sans aucun inconvénient ; les propriétés laxatives de la glycérine s'opposent en général efficacement à la constipation que l'eau de Vichy entraîne si souvent ; et au besoin, je remplace cette dernière par une eau alcaline magnésienne.”

Conclusions.—1^o La glycérine administrée par l'estomac est absorbée en nature par les voies lymphatiques, notamment par les vaisseaux qui vont de l'estomac au hile du foie et à la vésicule biliaire ; on la retrouve jusque dans le sang des veines sus-hépatiques ;

2^o C'est un puissant chalogogue et un agent précieux contre les coliques hépatiques ;

3^o A dose relativement massive (de 25 à 30 grammes), la glycérine détermine la fin de la crise ;

4^o A dose légère (5 à 15 grammes), la glycérine prise chaque jour, dans un peu d'eau alcaline, prévient de nouvelles attaques ;

5^o La glycérine, sans être un lithotritique, est donc le médicament par excellence de la lithiaso biliaire.

Quelques observations sur le traitement précoce de la pneumonie, par J. FARRAR. — La plupart du temps, on soigne la pneumonie trop tard et l'on se borne à des médications banales. Nous ne parlerons pas de l'expectation qui n'est pas un traitement. Nous mentionnerons, comme moyens courants, localement les sinapismes, les liniments térébenthinés, les cataplasmes de graines de lin sinapisés, ou non, et, intérieurement, les préparations à l'acétate d'ammoniaque, au carbonate d'ammoniaque, à l'ipéca, à la morphine. Il n'y a rien à dire à ces diverses méthodes quand il s'agit d'une pneumonie asthénique. Mais, dans le cas contraire, si le médecin est appelé au début de l'affection, il y a lieu d'intervenir tout autrement, et très-énergiquement ; trois moyens médicaux sont alors à considérer ; la saignée, soit générale, soit locale ; l'antimoine ; l'aconit.

Dans la pneumonie, il y a, au niveau des parties malades, un afflux de sang exagéré, et stagnation de ce sang, non seulement dans les parties atteintes, mais aussi tout autour d'elles. Une *déplétion vasculaire* sera indiquée pour diminuer la pléthore locale ; si le sujet est jeune, vigoureux, bien portant, avec un pouls bondissant et fort, on atteindra le but au moyen de la saignée générale ; si, au contraire, il est moins bien portant, malade depuis quelques jours et épuisé relativement, sans être, bien entendu, anémique et incapable de supporter une perte de sang, on se servira des sangsues, localement, au nombre de 3 à 12 ; l'effet de ce traitement est très prompt, donne de très bons résultats, qui encouragent pour les cas futurs. Et même chez les malades faibles ou âgés, dont la respiration se fait mal par suite de la difficulté du cours du sang dans le poumon, une légère saignée, proportionnée aux forces du malade, agit parfois merveilleusement, et, en permettant l'oxygénation du sang, rend possible l'effet de médicaments appropriés.

Le tartrate d'antimoine vient ensuite comme moyen actif. Il amène une dépression générale plus ou moins accusée selon la dose, l'âge et les forces du malade. A dose toxique, il paralyse le cœur ; à dose utile, il diminue la pression vasculaire, la température, et calme en conséquence la respiration troublée. Il semble agir aussi sur la moelle, sur la perspiration, sur les sécrétions bronchique, stomacale, intestinale et cutanée ; d'où ses bons effets dans la pneumonie.

On l'administrera, selon les sujets, de 0,003 millim. à 0,05c. toutes les heures d'abord, puis toutes les quatre heures, jusqu'à ce que l'excitation vasculaire et fébrile ait diminué. Les vomissements, la diarrhée, nous indiquent d'arrêter ou de diminuer la dose. Quand la fièvre est tombée, on en cesse l'administration. De la saignée et de l'antimoine, on doit préférer ce dernier quand on ne veut pas perdre de sang; et la première si l'état pléthorique du sujet rend cette crainte mal fondée.

L'aconit est un des plus précieux remèdes de la pneumonie, à la condition de le donner tout à fait au début. C'est un déprimant puissant du cœur, agissant également comme l'antimoine, à la dose d'une à deux gouttes toutes les dix minutes, six ou huit fois. Le pouls devient alors plus lent et plus mou; la respiration est moins rapide, la dyspnée cesse; la fièvre tombe, la peau fonctionne et la transpiration devient considérable, la langue est humide; en un mot, en très peu d'heures, l'amélioration est des plus nettes. Quand ce résultat est acquis, on diminue la dose progressivement et à des intervalles plus éloignés, ne reprenant l'aconit que lorsqu'on voit la température se relever par exemple; le médicament, ainsi administré dès les premiers moments de l'affection, en est véritablement un abortif. Mais la condition première sur laquelle insiste particulièrement l'auteur est d'intervenir dès qu'apparaissent les premiers phénomènes.—*Provincial Medical Journal*.

Sur une nouvelle méthode de traitement de la pneumonie en imminence de suppuration.— Sous ce titre, le Prof. LÉPINE a publié un article de thérapeutique qu'il nous a paru intéressant de signaler pour la curiosité et la nouveauté des faits qu'il y expose. Ce nouveau mode de traitement a consisté à provoquer artificiellement des abcès sous cutanés chez un malade atteint de pneumonie en voie de suppuration. L'auteur s'est décidé à le faire parce que l'état du malade justifiait les tentatives thérapeutiques même les plus audacieuses.

Il s'agissait d'un homme de 36 ans, bien portant habituellement, qui fut pris d'une pneumonie avec température très élevée. A deux reprises, le deuxième et le quatrième jour de la pneumonie, on administra au malade 4 milligrammes de digitaline cristallisée qui ne produisirent qu'un léger abaissement de la température et accrurent passagèrement la force du pouls. Au cinquième jour, la respiration s'élève à 80 par minute. Une saignée de 300 grammes diminua la dyspnée et abaisa la température (40°, 5). Les jours suivants, l'état grave persista; au neuvième et au dixième jour, le malade se mit à délirer, l'adynamie était extrême, les crachats franchement purulents. Le souffle avait disparu pour faire place à des gros râles, mais il n'y avait pas de résolution. Au douzième jour, l'état ne faisait qu'empirer et la fièvre devenait plus vive, on était au début de la période d'hépatisation grise.

C'est dans ces circonstances que M. Lépine fit injecter sous la peau des quatre membres un centimètre cube d'essence de térébenthine, ce qui provoqua la formation de phlegmons qui furent incisés le dix-huitième jour de la maladie. A partir de ce moment, la température tomba, l'hépatisation s'est progressivement résolue et le malade guérit définitivement.

Voici maintenant les faits qui ont conduit M. Lépine à procéder ainsi. Le Dr Fochier (de Lyon) avait remarqué que dans bon nombre d'infections puerpérales généralisées sans lésions importantes appréciables, l'état s'améliorait subitement lorsque se manifestaient les signes d'une suppuration localisée. C'est ainsi qu'il a eu l'idée de provoquer des abcès sous-cutanés, qu'il appelle abcès de fixation, dans les formes graves de l'infection puerpérale. L'injection de l'essence de térébenthine détermine la suppuration.

L'application de cette notion faite par M. Lépine dans un cas de pneumonie a été heureuse et donne raison à la théorie. Toutefois, comme il le dit lui-même, il se peut qu'il s'agisse d'un cas isolé particulièrement favorable, bien que l'hépatisation grise soit presque toujours mortelle. Dans l'application de cette méthode, il ne faut pas se laisser imposer par les phénomènes graves ou fugaces de la crise. Mais cette exacerbation critique ne va jamais au delà de trente-six heures.—*Revue de thérapeutique.*

Scrofule et tuberculose.—L'auteur fait une leçon intéressante sur le sujet, qu'il considère presque aussi obscur après qu'avant la découverte du bacille de Koch. Ses conclusions sont les suivantes :

1o Les lésions anatomiques de la scrofule et de la tuberculose, abstraction faite du bacille et de la virulence, sont identiques ;

2o Le bacille de Koch se trouve d'une façon très irrégulière dans les produits strumeux ou même tuberculeux ;

3o Il est certain que du pus qui donne de la tuberculose est tuberculeux si la tuberculose ainsi produite est transmissible par inoculations successives à plusieurs générations ;

4o Nous englobons, sous le nom de scrofule, des processus pathologiques différents, dont les uns ont pour substratum pathognomonique le virus tuberculeux, dont les autres en sont dépourvus. Il faut donc ne pas chercher les relations possibles ou existants de la tuberculose avant d'avoir établi, d'une façon indiscutable, le diagnostic entre les tuberculoses locales et les pseudo-tuberculoses locales, entre les tuberculides et les scrofulides ;

5o Il peut y avoir de la tuberculose locale chez des individus non tuberculeux, d'où le précepte d'opérer et d'agir sur le foyer virulent, malgré même les cas défavorables, lorsqu'il n'y a pas de manifestations générales.

6o Il n'existe, au moins pour le moment, qu'un seul caractère

pathognomonique de la tuberculose vraie, c'est l'inoculation ex série.—*Languedoc médical.*

Traitement de la neurasthénie.—1^o *Par l'électricité* (VIGOUROUX).—L'électricité dans la neurasthénie peut être employée sous deux formes principales : 1^o l'électricité statique, la plus efficace, mais qui, par suite de l'instrumentation complexe qu'elle exige, n'est pas toujours possible, 2^o la faradisation généralisée, le seul des moyens électrothérapeutiques qui, à côté de l'électricité statique, ait donné quelques succès. La faradisation localisée, les courants continus peuvent avoir une utilité contre tel ou tel symptôme isolé; mais ils n'ont pas cet effet d'ensemble sur l'innervation et la nutrition que possèdent la faradisation généralisée, et, à un degré plus marqué encore, l'électricité statique.

Le traitement par l'électricité statique a pour moyen principal le bain électrique. Le malade est placé sur un tabouret isolant en communication avec le pôle négatif de la machine. Il se trouve donc chargé d'électricité négative à un très haut potentiel, en même temps qu'il offre la voie à une déperdition constante de l'électricité par toutes les saillies de son corps et de ses vêtements, déperdition qui est incessamment réparée par la production continue de la machine. La durée de ces bains ne sera, tout d'abord, que de cinq minutes, et l'augmentation de durée ne sera que très graduelle. Ils seront donnés tous les deux jours. Leur effet calmant est très net au bout de quelques séances.

Quand le malade est bien habitué au bain électrique, qu'il n'a plus l'appréhension du début, on peut employer les divers autres moyens de la franklinisation : souffle électrique, étincelles, friction électrique.

Le souffle électrique s'obtient en dirigeant vers le malade, et à 10 ou 15 centimètres de distance, la pointe d'une tige métallique communiquant avec le sol. Il se produit ainsi, par un phénomène d'influence, une sorte de souffle de ver électrique dont l'action sédative est des plus remarquables, en particulier contre les céphalées. La sensation de tension, de lourdeur, de casque, si commune et si pénible chez les neurasthéniques, disparaît en quelques minutes.

Les étincelles s'obtiennent en approchant suffisamment du corps du malade, une tige métallique mousse, ou mieux une boule non isolée. Elles sont employées surtout pour produire des contractions musculaires. L'action d'une série d'étincelles tirées de la fosse iliaque gauche est un des procédés les plus efficaces pour combattre la constipation. Elles peuvent servir également comme agent d'excitation réflexe sur une région douloureuse ou comme moyen de faire disparaître la sensation de fatigue, d'accablement de ces malades.

La friction électrique, enfin, s'effectue en passant plus ou moins

rapidement une tige métallique non isolée sur les vêtements du patient en ayant soin d'appuyer.

La friction électrique détermine une sensation de cuisson assez vive. Pratiquée sur une grande étendue du corps, elle produit une stimulation générale. Employée localement sur la moelle inférieure du corps, elle est également très utile pour atténuer et dissiper les symptômes de congestion spinale : spasmes, crampes, exagération des réflexes, pertes séminales. Il est quelquefois utile de la pratiquer sur la tête, recouverte d'une étoffe, dans les céphalées rebelles.

La faradisation généralisée, qui constitue le second mode de traitement électrique applicable à la neurasthénie, a l'avantage d'exiger une instrumentation moins complexe que la franklinisation. Les effets d'excitation se rapprochent, sous certains rapports, de ceux de la friction électrique. Mais son efficacité semble moindre que celle de la franklinisation. Son emploi est assez complexe et offre quelques difficultés. L'une des électrodes est constituée par une large plaque métallique, sur laquelle le malade s'assied le siège à nu, ou pose ses pieds nus. Cette électrode est positive. L'autre électrode, négative, est constituée par un tampon arrondi de 20 à 30 centimètres carrés ou bien par un pinceau. Il est successivement promené, pendant une ou deux minutes environ, sur chaque bras, sur le cou, la poitrine, le dos, le ventre, les jambes. La durée totale de la séance n'est d'abord que de dix minutes, elle atteint vingt minutes par la suite. L'intensité du courant sera assez grande pour provoquer de légères contractions musculaires. Au cou, cette intensité sera très modérée et la pression de l'électrode très faible.

Le traitement électrique, quel que soit le procédé, doit toujours être employé d'une façon très mesurée, très graduelle, très prudente. Chez les malades hypochondriaques, il suffit souvent de la moindre sensation désagréable éprouvée dans l'une des premières séances, au cours de l'application ou consécutivement à l'application pour faire abandonner la cure. Un peu plus tard, quand l'habitude est acquise, quand le premier soulagement est obtenu, la thérapeutique peut devenir très énergique. Il faut, toutefois, que les malades, pour ne point se décourager, soient prévenus de la marche de l'amélioration. Il est bien rare que celle-ci soit continue; presque toujours elle est entrecoupée par une ou plusieurs rechutes. La durée totale du traitement est assez longue, elle atteint un à quatre mois. Mais ce traitement oblige moins que les autres le malade à modifier ses habitudes ou ses occupations.

Toute médication pharmaceutique surajoutée semble plutôt défavorable à l'action de l'électricité. Ce n'est pas à dire pourtant que, dans les cas graves, l'hygiène puisse être négligée.

Chez les femmes, pendant la période menstruelle, il est enfin bon de suspendre momentanément les séances d'électrisation.

L'action de l'électricité paraît porter surtout sur les fonctions d'innervation et de nutrition.—*Gazette des Hôpitaux*.

20 *Par la transfusion nerveuse.* (C. PAUL).—M. CONSTANTIN PAUL a relaté à l'Académie de médecine, de Paris, les observations d'un certain nombre de malades qu'il a traités par des injections de substance nerveuse dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces malades se décomposent ainsi : 3 chloroses neurasthéniques; 3 neurasthénies classiques; 1 cas de pouls lent permanent; 4 ataxiques ou tabétiques.

Tous ces malades ont été guéris ou améliorés par les injections de substance nerveuse pratiquées suivant la méthode de M. Brown-Séquard.

Le liquide dont se sert M. C. Paul est une solution au dixième de substance grise de cerveau de mouton, stérilisée par l'acide carbolique dans l'appareil d'Arsonval.

Cette solution est injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané des flancs ou des lombes, à la dose de 5 centimètres cubes. Elle est parfaitement tolérée et ne provoque aucune réaction, ni locale, ni générale.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il se produit un peu d'engorgement lymphatique, qui disparaît en général en trois ou quatre jours, sept au plus.

Sur plus de deux cents injections pratiquées chez ces onze malades, il n'y a eu ni abcès ni pustule acnéique.

Le premier effet ressenti par les malades est une sensation de force et de bien-être: l'amyosthénie et l'impotence musculaire diminuent rapidement.

Les douleurs vertébrales et l'hyperesthésie spinale disparaissent au bout de quelques injections; il en est de même des douleurs fulgurantes de l'ataxie, de la céphalée neurasthénique et de l'insomnie. L'impotence fonctionnelle du cerveau disparaît à son tour.

Les malades recouvrent l'appétit, et s'ils sont préalablement dyspeptiques comme les chlorotiques, leur nutrition s'améliore, ainsi qu'en témoigne l'augmentation rapide de leur poids.

Quant à l'impuissance sexuelle, elle s'améliore également.

Il résulte donc de ces considérations que les injections de substance grise cérébrale constituent un véritable tonique névropathique.

Le neurasthénique est un malade dont le système nerveux ressemble à un accumulateur qu'il serait impossible de charger. Pendant tout le temps que dure la maladie, le neurasthénique a beau manger, il ne peut transformer ses aliments en force. Au moindre exercice, les forces musculaires, intellectuelles et autres sont épuisées.

L'injection de substance nerveuse permet cette utilisation des aliments et de leur assimilation. Le système nerveux devient un

condensateur qui peut se charger, et le malade acquiert une somme de forces dont il peut disposer à son gré. Mais c'est bien la force nerveuse qui se développe la première et permet la marche et le travail intellectuel.

Les tissus augmentent de poids, mais le sang ne s'enrichit que plus tard.

En résumé, les injections sous-cutanées de substance nerveuse améliorent et guérissent les neurasthéniques, beaucoup plus rapidement que ne le font d'ordinaire les moyens empruntés à la matière médicale: fer, arsenic, phosphates, opium, alcool, etc. Son action est plus rapide et plus sûre que celle de l'hygiène seule, de la suggestion, de l'ovariotomie, et même de l'électricité
—*Abeille médicale.*

L'hyperthermie dans l'urémie, par RICHARDIÈRE et THÉRÈSE.

—L'hyperthermie n'est pas aussi rare qu'on le croit dans l'urémie. Elle s'observe quelle que soit la lésion rénale. Décrite par un certain nombre d'auteurs, elle a fait l'objet d'un travail expérimental du professeur Lépine en 1889.

Dans le premier cas d'urémie hyperthermique observé par les auteurs, il y avait une néphrite aiguë; l'hyperthermie cessa avec l'urémie.

Dans les deux autres, il s'agit de néphrite interstitielle.

Mais en dehors des néphrites on peut également observer l'hyperthermie dans l'urémie consécutive à la compression et à la dilatation des uretères. Elle peut accompagner l'urémie comateuse (troisième observation) comme l'urémie convulsive ou délirante. Elle coexiste quelquefois avec l'hémiplégie.

La marche, parallèle à celle de l'intoxication, montre bien qu'elle est une conséquence de celle-ci. L'hyperthermie persiste jusqu'à la mort et s'élève encore quelquefois après. Les chiffres 39,0 le matin, 39,5 le soir, sont habituels, on peut observer aussi 40,0 ou davantage. Parallèlement le pouls s'accélère, ainsi que la respiration, quand le type de Cheyne Stokes n'existe pas.

L'hyperthermie urémique ne semble pas comporter un pronostic spécial, cependant sa disparition annonce la cessation des phénomènes urémiques.

Elle paraît spéciale aux formes nerveuses de l'urémie, et ne pas se montrer dans les formes gastro-intestinales ou respiratoires.

Le basant sur le résultat des autopsies et sur les expériences de Munck, d'Otto et Bidder, les auteurs pensent devoir faire jouer un rôle à l'œdème cérébral. Mais cet œdème n'est pas constant, et en dernière analyse ils se rattachent à la théorie de Bouchard, à l'intoxication.

D'ailleurs, M. Binet, après M. Lépine, a montré dans les urines l'existence d'une substance thermogène dont l'effet à l'état normal est neutralisé par la substance hypothermisante de Bouchard.

C'est à un excès de cette substance thermogène qu'il faut dès lors rattacher la fièvre urémique.—*Revue de médecine.*

Traitement du diabète, (*Société Médicale de Londres*), par M. RALFE.—On peut diviser les diabètes en 2 classes: 1o *diabète alimentaire*, sur lequel le régime agit d'abord très bien; plus tard une petite quantité de sucre persiste malgré le régime. Le sucre produit est d'origine hépatique; 2o *diabète général*, dans lequel dès le début le régime n'arrive qu'à diminuer la quantité de sucre. Ce diabète est d'ordinaire d'origine nerveuse; il correspond aussi au diabète dit pancréatique. Ce sucre, qu'on ne peut faire disparaître par le régime, provient de la transformation du glycogène des tissus, peut-être par suite de la disparition du ferment glycolytique. Il résulte de mes expériences que, dans le diabète alimentaire, si on s'écarte du régime, on voit augmenter la quantité de sucre excrété; dans la forme générale, un écart de régime conduit à une augmentation de la quantité de sucre non susceptible de disparaître par le régime, c'est-à-dire à une aggravation de la maladie. Les modifications qu'on a voulu apporter dans le régime sont donc à proscrire, car d'une part elles ne sont pas suffisantes pour rétablir complètement l'équilibre de la nutrition, et d'autre part elles augmentent le diabète. On doit donc se proposer plutôt de diminuer la quantité des aliments azotés et d'augmenter celle des légumes verts. Il faut aussi recommander le massage. On ne doit pas administrer l'opium, tant qu'on peut supprimer la glycosurie par le régime; au contraire, dès qu'on ne peut plus obtenir ce résultat, il faut commencer à donner de l'opium dont on augmentera progressivement la dose.

M. PAVY croit qu'il faut pousser plus loin les distinctions au point de vue du régime. Les matières protéiques peuvent en effet contenir des hydro-carbonés. La mucine, par exemple, est un glucoside. De plus, pour lui, tout diabète est dû à un défaut d'assimilation des hydro-carbonés, et toujours la veine porte contient plus de sucre que tout autre veine. La quantité de sucre de l'urine est toujours proportionnelle à celle du sang. Chez certains diabétiques le pouvoir assimilateur revient progressivement, et dans ce cas je donne des hydro-carbonés, tout d'abord en très petite quantité, puis en quantités progressivement croissantes. Un fait qui indique que ce pouvoir assimilateur revient, consiste en ce que le malade perd de son poids avec le même régime qui primitivement lui en avait fait gagner.

M. BRUNTON.—Il faut distinguer les diabétiques vrais des gouteux glycosuriques; les premiers sont secs, nerveux, leur maladie est grave et malhe vite; les seconds sont robustes et résistent à leur affection, qui s'améliore par le régime. Il faut reconnaître qu'entre ces deux catégories se placent des cas mixtes. Dans la deuxième catégorie, l'usage du salicylate de soude est supérieur

à celui de l'opium. Le traitement par le lait écrémé donne de très bons résultats, surtout quand la glycosurie se complique d'albuminurie. Dans certains cas l'usage des pommes de terre frites peut rendre des services. Il ne faut jamais prescrire de morphine quand l'hyperchlorare de fer donne avec l'urine la réaction acéto-acétique.

M. BRUCE.—Il ne faut administrer l'opium que quand on a épuisé les ressources du régime.

Traitement de la névralgie faciale par la cocaïne.—M. MALHERBE vient de publier, dans la *Gazette médicale de Nantes*, deux observations montrant les bons résultats des injections sous-cutanées de cocaïne dans des cas de névralgie faciale où tous les autres moyens de traitement avaient échoué.

Dans le premier cas, la névralgie durait depuis dix-neuf ans, et depuis sept ou huit ans ne laissait, pour ainsi dire, aucun répit à la malade. Les injections de cocaïne furent faites dans la joue et la lèvre avec une solution au 1/20^e. Une demi-seringue (2 centigr. 1/2 de chlorhydrate de cocaïne) était injectée deux fois par semaine. Il y eut souvent des nausées, mais elles étaient toujours arrêtées ou prévenues par une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

L'atténuation des crises douloureuses étant devenue de plus en plus nette, on décida de ne faire des piqûres que lors du retour des paroxysmes douloureux. La malade put rester ainsi successivement dix jours, puis enfin quarante jours sans injection. Elle put, dès lors, mastiquer le pain et la viande, ce qu'elle ne pouvait faire depuis longtemps.

La guérison sera-t-elle définitive? M. Malherbe n'ose l'espérer après une durée aussi longue de l'affection.

Dans le second cas, la névralgie datait de quatre ou cinq ans et avait été traitée inutilement par tous les moyens connus. Le même traitement que dans l'observation précédente a été employé et a agi de la même manière.

Pour l'emploi de la cocaïne, M. Malherbe donne les conseils suivants :

Il est bon, pour faire l'injection, de procéder de la manière suivante: on pique très légèrement la peau, surtout si l'état douloureux existe au moment de l'opération. Aussitôt qu'on a pénétré dans le derme, on injecte une goutte qui anesthésie les tissus par son contact; on enfonce alors tout doucement, en continuant à injecter, de manière à faire précéder, pour ainsi dire, la pointe de l'aiguille de la goutte insensibilisante. En employant ce petit tour de main, on rend l'injection fort peu douloureuse. Lorsque la pointe de l'aiguille est parvenue vers le milieu de la région douloureuse, on pousse le piston en ayant soin de retirer ou d'avancer doucement l'aiguille, et en changeant quelque peu

sa direction. On arrive ainsi à étaler le liquide sur une plus grande partie du territoire douloureux et surtout on évite à coup sûr, si l'on prend ces petites précautions, de faire une injection intra-veineuse de cocaïne. Peut être la pénétration trop rapide de la cocaïne dans les vaisseaux n'est-elle pas sans influence sur la production des accidents qui ont été quelquefois observés, principalement quand l'injection est faite en un point quelconque de la tête.

Il ne faut jamais commencer par une dose supérieure à 2 centigr. 1/2, c'est à-dire une demi seringue; on pourra augmenter ensuite lorsqu'on aura tâté ainsi la susceptibilité du malade.

Pleurésie et thoracentèse.—Dans une séance de l'*Académie de médecine* de Paris, MM. Verneuil et Hardy avaient attribué la fréquence plus grande des pleurésies purulentes observées de nos jours à la pratique de plus en plus répandue de la thoracentèse. On devait s'attendre à ce que M. DIEULAFOY vint défendre une opération à l'extension de laquelle il a si fortement contribué. Laisant de côté toute discussion théorique, notre savant collègue est resté sur le terrain exclusif des faits, et il faut bien reconnaître que la statistique qu'il a produite est un argument décisif. En effet, sur près de 300 thoracentèses pratiquées par lui ou sous sa direction, tant à l'hôpital que dans sa clientèle privée, pour des pleurésies séro fibrineuses ou hémorrhagiques, il n'a pas vu une seule fois la transformation de l'épanchement en épanchement purulent. Si cette transformation a été observée ailleurs, ce n'est donc pas la faute de la méthode, mais celle de l'opérateur.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que certaines pleurésies, qui fournissent à la première ponction un liquide séro-fibrineux en apparence de bonne nature, sont déjà en voie de devenir purulentes. Si, en effet, on étudie attentivement ce liquide au point de vue histologique et bactériologique, on le trouve riche en globules rouges (phases initiale de la purulence), ou on y découvre les microbes habituels de la suppuration. Dans ces cas ce n'est pas la thoracentèse qui a provoqué la purulence: elle a été faite simplement à une phase peu avancée de l'évolution d'une pleurésie primitivement purulente.

Abordant un second point soulevé par M. Hardy, qui avait dit que la thoracentèse doit être réservée pour les cas d'urgence, quand il y a une suppuration imminente, M. Dieulafoy ajoute que l'indication d'urgence de la thoracentèse doit se tirer, non de la dyspnée, qui fréquemment fait défaut, mais de la quantité du liquide épanché. Quand l'épanchement atteint ou dépasse 1.800 grammes environ, qu'il y ait dyspnée ou non, la thoracentèse s'impose, parce que le malade est sujet à mourir subitement de syncope. M. Dieulafoy en rapporte deux exemples de sa pratique et en cite bien d'autres empruntés à différents auteurs.

M. VERNEUIL, tout en félicitant M. Dieulafoy de son heureuse statistique, est disposé à croire qu'entre les mains de bon nombre de praticiens, moins habiles et prenant moins de précautions antiseptiques que son collègue, la thoracentèse amène souvent la purulence de l'épanchement séro-fibrineux. Quant aux cas suspects dont a parlé M. Dieulafoy, et dans lesquels une analyse attentive du liquide épanché permet de reconnaître une évolution suppurative, il serait intéressant d'en rechercher et d'en établir la proportion. Quoi qu'il en soit, il est certain, MM. Verneuil et Hardy insistent sur ce point, que les pleurésies purulentes sont plus fréquentes aujourd'hui qu'il y a vingt ans.

MM. DIEULAFOY et DUJARDIN-BEAUMETZ reconnaissent l'exactitude de ce fait, mais, au lieu de l'attribuer à la fréquence de la thoracentèse, ils le considèrent plutôt comme la conséquence d'une modification dans la constitution médicale, ou ce qu'on pourrait appeler la constitution microbienne. On a vu de même, en effet sous l'influence des épidémies de grippe, les otites suppurées, les pneumonies infectieuses, les pleurésies métapneumoniques, etc, devenir plus fréquentes. Il semble, dit M. Dieulafoy, "que les microbes, alors que nous les connaissons mieux, mettent une certaine coquetterie à être de plus nombreux ou plus virulents."

Il y a là une vérité incontestable; les constitutions médicales se transforment d'une époque à une autre, en même temps que les conditions des milieux, en donnant à cette dernière expression le sens le plus large possible. Il est probable que s'il vivait encore, Bouillaud renoncerait de lui-même à traiter la pneumonie actuelle par la saignée coup sur coup, méthode qui, autrefois, lui a donné des succès indéniables. Mais, tout en faisant la part du changement dans les allures de certaines maladies, en particulier de la pleurésie, puisqu'il s'agit de celle-ci, il nous paraît difficile de ne pas mettre sur le compte de la thoracentèse la transformation purulente de bon nombre d'épanchements, et s'il faut incriminer moins la méthode que les opérateurs, le fait n'en existe pas moins. Aussi, ne saurait-on trop préciser, à l'exemple de M. Dieulafoy, les indications de cette opération.

M. Ch. WEST, de Londres, correspondant étranger de l'Académie, a répondu à ce desideratum en ce qui concerne la pleurésie des enfants. Il a résumé son opinion et sa pratique dans les propositions suivantes:

"1^o Les pleurésies purulentes d'emblée sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants au-dessous de 12 ans, que chez l'adulte.

"2^o Si, dans une pleurésie franche, la résorption n'a pas commencé au bout de huit jours au plus tard, la ponction doit être faite.

"3^o Dans un très grand nombre de cas de pleurésie purulente chez les enfants, une seule ponction suffit, en prenant toujours la précaution d'empêcher l'entrée de l'air atmosphérique, et en fermant hermétiquement la plaie de ponction.

“ 40 Je n'ai jamais eu à regretter d'avoir fait la ponction trop tôt; mais, au contraire, j'ai quelquefois eu à regretter de ne pas l'avoir faite assez tôt.”

On voit que la pratique du savant médecin anglais s'inspire à peu près des mêmes principes que celle de M. Dieulafoy.—Dr. F. DE RANSE, in *Gazette médicale de Paris*.

CHIRURGIE.

Des avantages du curettage dans certaines suppurations, principalement dans les adénites aiguës et chroniques, par M. le Dr LANCIAL.—Les affections qui frappent les tissus du nécrobiose tardent souvent à la guérison. Il faut un temps plus ou moins long à l'inflammation provoquée par les produits sphacelés pour faire naître l'élimination. C'est dans le cas des anthrax, de certains furoncles et surtout des abcès ganglionnaires. Dans toutes ces affections superficielles, accessibles au chirurgien, une intervention opportune peut amener une guérison rapide. L'incision, le drainage, bien que très recommandables, ne permettent pas toujours d'arriver à ce but.

J'ai pensé que le curettage employé à propos dans les anthrax simples, dans les adénites aiguës arrivés à la période de ramollissement, était un excellent moyen de gagner du temps, et de débarrasser très rapidement les patients. Il était naturel de présumer que la curette maniée prudemment, au moment propice, pouvait supprimer le travail de l'élimination des tissus mortifiés et activer la réparation.

Dans une douzaine d'interventions faites dans ce sens, j'ai vu le succès couronner mes tentatives; j'ai cureté des anthrax arrivés à maturité, des abcès ganglionnaires aigus et chroniques, un abcès de la fosse ischio-rectale, des furoncles multiples des régions fessières. Je résume quelques-unes de mes observations pour mieux montrer les résultats que j'ai obtenus.

Anthrax.—J'ai cureté deux anthrax de la nuque, du volume d'une noix, le premier chez un homme de 55 ans, au huitième jour de l'affection; la guérison fut obtenue au bout de six jours; le second chez un homme de 32 ans. C'était un individu anémié, revenant d'Afrique où il avait été atteint de fièvre intermittente. Il souffrait depuis cinq jours. Je fis l'incision au bistouri, et, sans le chloroformer, j'introduisis la petite curette de Volkman et ramenai tout le tissu sphacélé jusqu'à ce que la plaie fût bien cruentée et bien nette. Je pensai à la gaze iodoformée après un lavage soigneux à la liqueur de Van Swieten: soulagement presque immédiat et sommeil les nuits suivantes; pas de réaction inflamma-

toire, pas de suppuration : la plaie fut fermée au bout de cinq ou six jours.

Adénites suppurées aiguës et chroniques.—J'en rapporte quatre cas dont trois très remarquables. Dans le premier cas opéré par M. Duret, il y eut réunion par première intention ; dans le second il s'agit d'un adéno-phlegmon de l'aine où la guérison arriva en huit jours sans suppuration proprement dite ; dans le troisième cas, même guérison sans suppuration.

Je n'ai jamais rencontré de pus dans les objets du pansement, et les élèves du service ont pu constater que la gaze iodoformée était toujours à peu près sèche et seulement teinte d'un peu de sang.

Abcès de la fosse ischio-rectale.—*Observation.*— Léopold H., 48 ans, a, depuis 4 ans, été traité à diverses reprises dans le service pour un rétrécissement de l'urèthre. Il était sorti de l'hôpital, il y a trois semaines, après passage de sondes Béniqué. Il urinaient facilement, mais ressentait quatre jours plus tard à l'anus une violente douleur qui l'empêchait de marcher. Bains de siège. La douleur augmente, les selles sont difficiles malgré les purgations.

Après être resté au lit durant 15 jours, il est transporté à l'hôpital le 20 mai. Nous constatons un abcès de la fosse ischio-rectale droite avec saillie légère à la marge de l'anus. Le même jour, sans donner de chloroforme, je fais une ouverture de deux centimètres dans le sens d'un des rayons de la circonférence du pourtour de l'anus. Pus phlegmoneux en grande quantité. Curettage profond à la curette longue qui s'enfonce à quinze centimètres ; drain gros et long. Soulagement immédiat, pas de fièvre le soir, sommeil la nuit suivante.

Pansement tous les matins ; le malade prend soin auparavant d'aller à la garde-robe ; le drain est retiré, lavé et remis, gaze iodoformée sur la plaie, bandage complet ouaté. Le drain est supprimé le 5^e jour. La suppuration était presque nulle dès le lendemain de l'opération. Au 9^e jour, plus la moindre trace de pus : le toucher rectal indique que les tissus ont repris leur consistance normale. La défécation est aisée depuis plusieurs jours.

Le malade sort le 2 juin, ne présentant plus qu'une petite plaie cutanée insignifiante.

En résumé, guérison en 12 ou 13 jours après un séjour au lit de 10 jours (le malade se levait cependant chaque matin pour aller à la garde-robe) ; presque pas de suppuration et pas la moindre trace de fistule.

Le résultat est certainement encourageant ; on sait en effet avec quelle facilité s'établissent les fistules de la fosse ischio-rectale à la suite des suppurations prolongées de cette cavité. Il y a donc grand intérêt à recourir à un traitement un peu énergique comme le curettage, pour supprimer les causes de la suppuration et faciliter le rapprochement des tissus si mobiles de la fosse ischio-rectale.

J'ai eu l'occasion d'ouvrir un autre abcès semblable, quelque temps plus tard, chez un sujet pusillanime qui refusa l'emploi de la curette, la suppuration dura plus d'un mois et le malade dut garder le lit plus de trois semaines.

Furonculose des régions fessières.—J'ai cureté une série de furoncles de ces régions. Il y en avait bien une trentaine de moyen volume. Sans chloroformisation, après savonnage sérieux et lavage au sublimé de la région, je passai la curette sur tous les points malades et j'appliquai un bandage de façon à recouvrir les deux fesses comme l'aurait fait le bonnet de Mayor. J'avoue que l'intervention fut assez douloureuse, mais le patient qui avait besoin de travailler ne s'en plaignit point; il ne dut garder le lit que quelques heures. Il ne reparut plus de furoncles et les plaies se cicatrisèrent rapidement.

De toutes mes observations, je crois pouvoir conclure que le curetage n'est pas dangereux et permet de gagner du temps dans le traitement des adénites suppurées aiguës comme dans les adénites chroniques, dans celui de certains anthrax et d'abcès chauds *bien limités*. Il permet, *lorsqu'il est complet, avec une antiseptie rigoureuse*, de convertir les foyers purulents en plaies cruentées, non infectées, dont la cicatrisation s'opère a peu près comme celle des plaies simples.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Élimination des os nécrosés ou cariés au moyen de l'acide chlorhydrique et de la pepsine.—La recherche des sequestres, leur élimination chirurgicale est en général chose assez délicate et souvent même très difficile. Notre confrère américain, le Dr R. T. MORRIS, a songé à utiliser les données de la physiologie et de la chimie pour résoudre le problème.

Détruire sur place les portions d'os cariées ou nécrosées et obtenir leur élimination en évitant des opérations qui nécessitent souvent de grands délabrements, tel est le but qu'il s'est proposé d'atteindre. Il avait d'abord espéré réussir par la seule décalcification des parties d'os malades, mais il ne tarda pas à s'apercevoir que s'il est aisé de décalcifier la portion superficielle, il est bien difficile d'obtenir par des applications locales la décalcification des parties profondes, surtout quand il s'agit d'os infiltrés de granulations et de graisse. De plus, il n'est pas rare de voir se produire au cours du traitement une inflammation du tissu conjonctif.

Après de nombreuses recherches, il s'est arrêté au procédé suivant, qui lui paraît résoudre heureusement le problème: s'il n'existe pas de fistules, une incision est faite à travers les parties molles de manière à arriver, par la voie la plus directe, sur la portion d'os malade; s'il existe des fistules, on les réunit autant que possible entre elles, de manière à ne plus avoir qu'une large fistule unique. La plaie pratiquée, soit dans les tissus sains,

soit pour réunir les fistules, est pansée antiseptiquement jusqu'à ce qu'elle soit complètement tapissée de granulations. Le tissu de granulation, en effet, ne contenant pas de vaisseaux lymphatiques, présente une barrière puissante contre l'absorption des produits séptiques, et alors l'on n'a plus à craindre l'inflammation du tissu conjonctif.

A ce moment, on commence à injecter par la fistule une solution d'acide chlorhydrique dans l'eau (solution à 2 ou 3 0/0). Si le sujet est confiné au lit, l'injection est pratiquée trois ou quatre fois dans les 24 heures. Dans le cas contraire, on en fait une chaque soir, au moment du coucher. Dans tous les cas, le malade doit prendre une position qui permette au liquide de séjourner au contact de l'os malade.

La portion d'os malade soumise au contact de l'acide chlorhydrique est rapidement décalcifiée. C'est alors que devient nécessaire un nouveau temps du traitement. A intervalles réguliers, environ tous les deux jours, on ajoute à la solution d'acide chlorhydrique une certaine quantité de pepsine. Cette solution ainsi complétée digère, en deux heures en moyenne, la portion d'os qui a été décalcifiée, ainsi que les détritres et la graisse; ces tissus alors liquéfiés sont rapidement et facilement éliminés. Après cela, une nouvelle portion d'os malade, que rien ne protège plus contre l'action de l'acide chlorhydrique, est décalcifiée de nouveau puis traitée par la solution pepsique, et ainsi de suite jusqu'à l'élimination complète de toute la portion d'os malade.

M. Morris ajoute que, s'il y a une suppuration abondante, il est bon de laver largement le foyer avec de l'eau oxygénée avant chaque injection.

On admet, en général, que les os vivants ne sont pas attaqués par les acides minéraux. Cependant, comme il était très urgent de s'assurer du bien fondé de cette opinion avant d'appliquer le traitement formulé par M. Morris, ce dernier a voulu vérifier le fait afin d'avoir la certitude de ne pas détruire des parties d'os saines. Les expériences qu'il a faites dans ce but l'ont conduit aux résultats suivants :

Un os mort est complètement décalcifié en six heures, lorsqu'il est plongé dans une solution d'acide chlorhydrique à 5 0/0. Un os vivant, dans les mêmes conditions, ne l'est qu'en trente heures. Dans une solution à 3 0/0 la différence est beaucoup plus considérable.

M. Morris a appliqué, dans plusieurs cas, le traitement qu'il préconise et les résultats obtenus ont été très satisfaisants.—*Bulletin médical.*

Sur le diagnostic de la dégénérescence polykystique des reins, par le professeur STILLER.—Avant tout il s'agit de faire le diagnostic topographique d'une tumeur abdominale, il s'agit

d'établir que celle-ci est une tumeur du rein. Ce point une fois mis hors de conteste, vient la question du diagnostic pathologique. Dans presque tous les cas connus de dégénérescence polykystique des reins, on avait diagnostiqué une tumeur maligne. Quand l'affection date d'une époque déjà éloignée, on pourra exclure l'hypothèse d'un carcinome. De même quand le malade se maintient dans un état général satisfaisant. De même l'âge peu avancé du malade parle contre l'hypothèse d'un carcinome, quoique les tumeurs malignes des reins soient, de toutes les tumeurs malignes abdominales, celles qu'on observe le plus souvent chez des enfants.

Il faut ensuite trouver à exclure l'hypothèse d'une suppuration rénale, celle-ci ne s'observant guère que chez des calculeux, des tuberculeux, chez des sujets atteints d'une affection de vieille date de la vessie ou des bassinets, puis l'hypothèse d'un gros rein kystique, d'une hydronéphrose, d'une pyonéphrose, d'un kyste échinocoque, en se basant sur cette donnée que, dans les cas de dégénérescence rénale polykystique, on a affaire à une tumeur solide, non fluctuante.

D'autre part le développement subit d'accidents urémiques ou d'une anurie, chez des individus qui précédemment ont présenté les symptômes d'une affection chronique des reins et chez lesquels on constate l'existence d'une tumeur volumineuse, devra éveiller le soupçon d'une dégénérescence rénale kystique. Ce soupçon se trouvera corroboré par la constatation d'une tumeur bilatérale. L'émission d'urines abondantes, d'un poids spécifique faible, pauvres en albumine, parle dans le même sens. Mais il s'agit en somme du diagnostic d'une affection à évolution très obscure.—
Revue de médecine et d'obstétrique.

Gangrène sénile, par HERMAN MYNTER.—La gangrène sénile est toujours due à l'artério-sclérose; elle peut se montrer, sous la forme de dégénérescence athéromateuse, chez des personnes qui n'ont pas plus de 30, 35, 40 ans. L'alimentation purement végétarienne favoriserait cette précocité (Holmes, Gabler, Raymond, Alanus, Monin).

Les diabétiques sont surtout passibles de gangrène, et cette gangrène est très semblable à la gangrène sénile. Aussi ne doit-on pas négliger la recherche du sucre quand on est en présence de phénomènes de cette nature. D'ailleurs l'artério-sclérose est des plus fréquentes chez les diabétiques. La gangrène se fait généralement par thrombus situé plus ou moins haut (Heidenheim).

Cette gangrène artérielle est toute différente de la gangrène veineuse, elle est sèche, sans odeur; humide au contraire et le siège de phénomènes de désorganisation dans la gangrène veineuse.

Dans la gangrène artérielle seule, il se forme une ligne de démarcation entre la mort et le vif; au-delà existe une zone d'hypermie due à la circulation collatérale.

Doit-on opérer dans ce cas? Holmes, Bryant, Agnew, Wyeth, Moore, préfèrent laisser à la nature le soin de délimiter le mal; ils conseillent de ne pas toucher au membre malade. Cependant M. Mynter fait remarquer que d'après le nombre des interventions qui sont publiées journellement, ce n'est pas là la pratique ordinaire. L'auteur pense d'ailleurs qu'il vaut mieux opérer. Si la gangrène est limitée à un orteil, par exemple, l'expectation peut donner de bons résultats; mais quand l'affection envahit une partie du membre, il est mieux d'intervenir; Watson Cheyne, Harrison Cripps, James Cantlie, Keall, partagent cette opinion. Hutchinson a même proposé, dans le cas de gangrène sénile, d'amputer la cuisse à son tiers inférieur. On évite ainsi les récives presque certaines qui se produisent quand les amputations sont pratiquées sur le pied ou sur la jambe.

Aussi M. Mynter pense-t-il qu'il ne faut pas perdre de temps, et que dès que l'on voit la gangrène dépasser un orteil ou deux, il faut amputer la cuisse dans sa partie moyenne, ou à peine au-dessus, sans attendre que la nature se charge elle-même d'établir la ligne de démarcation, ce qu'elle ne fait généralement pas. — *Revue de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Traitement de la rétention du placenta dans l'avortement.

— Deux thèses soutenues récemment à la Faculté par M. le Dr Vibert et par M. le Dr Bourgogne présentent cet intérêt particulier qu'elles exposent sur cette question la conduite préconisée en pareil cas, l'une par M. le professeur Tarnier, l'autre par M. le professeur Pinard, et qu'elles concordent très exactement dans l'emploi des moyens conseillés. Toutes deux insistent pour écarter tout moyen violent et pour utiliser avant tout l'expectation antiseptique. Le curettage, dont on a tant parlé dans ces derniers temps, doit être réservé pour des cas extrêmes et même remplacé par le curage avec le doigt. En cas d'hémorrhagie, le tamponnement vaginal, même antiseptique, est peu employé dans les deux services de clinique. C'est surtout l'emploi des injections chaudes qui est préconisé. M. le Dr Vibert résume ainsi son travail, fait d'après l'enseignement de M. Tarnier:

I. — Expectation antiseptique, par des injections soit de permanganate de potasse à 1/2000, soit d'eau phéniquée à 20/1000, et pansement iodoformé ou salolé à la vulve.

II. — Dans le cas de menace d'infection par putréfaction du placenta, on aurait recours au curage digital et antiseptique après dilatation.

III. — Si l'on est appelé au moment où la septicémie est généralisée, où les symptômes infectieux sont graves, devant l'imminence du danger, il faudra pratiquer le curettage de la cavité utérine avec toutes les précautions antiseptiques.

— M. Bourgogne conseille, se conformant en cela aux règles posées par M. Pinard, en cas d'expulsion en bloc du fœtus et du placenta, de pratiquer des injections vaginales chaudes à 45°, au biiodure de mercure à 1 pour 4000, et appliquer un pansement antiseptique en permanence sur la vulve. Si le placenta est retenu dans la cavité utérine, il faut attendre son expulsion spontanée en faisant des injections vaginales fréquentes et en maintenant sur la vulve un pansement antiseptique. La température doit être prise matin et soir, car la malade doit être surveillée très exactement. Cela peut durer sans inconvénient pendant plusieurs semaines, 58 jours dans une observation de M. Tarnier.

Si la rétention s'accompagne d'hémorrhagie, il faut bien se garder comme on le faisait autrefois, d'employer l'ergot de seigle. Le tamponnement, lui aussi, n'est pas une méthode recommandable; il doit être rejeté de plus en plus de la pratique courante, parce qu'il est difficile à faire d'une manière complètement aseptique, du moins en clientèle; quand on est appelé en ville auprès d'une femme perdant beaucoup de sang, il vaut mieux recourir aux injections très chaudes. Le tamponnement s'accompagne toujours des lésions vulvaires, vaginales, qui augmentent ultérieurement les dangers de l'infection; malgré toutes les précautions prises, même lorsqu'il est peu serré, il détermine toujours des éraillures de la muqueuse vaginale qui constituent autant de portes ouvertes à l'infection; lorsqu'il est appliqué trop longtemps il peut amener la rétention d'urine, l'arrêt des matières fécales, ainsi que la décomposition, la putréfaction des débris organiques retenus dans le vagin.

M. Pinard n'a jamais pratiqué ou fait pratiquer le tamponnement dans son service depuis plus de 6 ans; bien plus, il recommande d'enlever le tampon aussitôt qu'une femme entre dans le service, ayant subi ce traitement en ville. Or, jamais une femme n'y est morte d'hémorrhagie, malgré l'absence de tamponnement. Il conseille donc les injections intra-utérines chaudes à 45°. Les injections chaudes amènent non seulement une contraction totale de l'utérus, mais encore la rétraction de la tunique des vaisseaux. Elles doivent être prolongées jusqu'à la cessation de l'hémorrhagie. Souvent l'irrigation dure 10, 15 et même 20 minutes.

L'eau chaude a encore pour effet, en provoquant la contraction utérine, de hâter la délivrance. Elle assouplit le col et le met en état de céder aux efforts redoublés de la matrice.

En cas d'infection putride, avec élévation de la température, si les injections intra-utérines au biiodure ne suffisaient pas, il faudrait procéder à la délivrance artificielle. Pour les cas ordinaires, voici les conseils donnés par M. Pinard :

Pour extraire de l'utérus la masse placentaire putréfiée qui met des jours de la femme en danger, on ne se servira que du doigt qui est le moins aveugle de tous les instruments et qui permet d'opérer on toute sécurité sans faire courir le risque de blesser l'utérus.

Après avoir savonné soigneusement la zone génitale et après avoir coupé les poils exubérants de la vulve, on place la femme dans la position obstétricale et on lui fait une dernière injection vaginale.

L'opérateur qui a lavé, savonné et brossé ses mains, ses avant-bras et ses bras introduit, suivant la recommandation du professeur Pinard, toute la main dans le vagin, puis un ou deux doigts dans l'utérus pendant qu'avec la main restée libre il appuie par la paroi abdominale sur le fond de l'utérus pour l'empêcher de remonter. Alors il décolle et ramène au dehors la masse placentaire en recourbant le ou les doigts en crochet.

L'opération terminée, on fait une injection intra-utérine chaude pour enlever les débris et les caillots qui restent encore dans l'utérus.

Mais si le col n'est pas perméable, il faut prendre les divers moyens de dilatation qu'on peut avoir à sa disposition, ballon de caoutchouc, ballon excitateur de Tarnier, etc.—*J. de médecine et de chirurgie pratiques.*

Dysménorrhée ; traitement.—M. le docteur Mac GINNIE, dans le *Journal de Gynécologie de New York*, sans repousser tel ou tel autre traitement, sans refuser systématiquement à une combinaison de tels ou tels moyens un effet curatif sur la dysménorrhée, préconise l'emploi de l'électricité qui lui a donné dans ces cas de très bons résultats.

La dysménorrhée est un symptôme, et ce n'est souvent que pour le soulagement de ce symptôme que l'on vient trouver le médecin. Quelles sont les conditions qui le produisent ? Elles résident dans un état local ou général agissant défavorablement sur le cours normal des règles et sont constituées : 1° Par un tempérament chlorotique ou nerveux (les deux ordres de faits sont connexes de très près) ; 2° par un état utérin morbide ; 3° par l'inflammation ovarienne.

La mauvaise hygiène qui préside à la vie actuelle, dans toutes les classes sociales, conduit à la première de ces conditions. M. Mac Ginnis, sur une femme de 26 ans, ainsi débilitée, toujours malade au moment de ses règles, et, la fois qu'elle vint le consulter, souffrant beaucoup, appliqua le traitement électrique. Les organes génitaux et leurs annexes étaient sains. Tous les deux jours il se servit de courants faradiques aussi forts que possible. Au bout du mois les règles revinrent, normales et moins douloureuses ; la fois suivante, il n'y avait plus que du malaise, et l'état

général nerveux se trouvait très amélioré. Il va sans dire que le traitement général par le fer et les hypophosphites n'avait pas été négligé.

Sous la rubrique d'utérus morbide, l'auteur range les conditions qui rendent difficile la migration de l'œuf à travers les voies génitales utérines (déplacements congénital, accidentel, antérieur, postérieur, latéraux, fibromes interstitiels et sous-muqueux, polypes, métrite et endométrite). Les moyens ordinaires pour les combattre peuvent amener quelque soulagement ; ils ne valent pas les effets favorables obtenus à l'aide des courants galvaniques selon les règles d'Apostoli, surtout en ce qui concerne les tumeurs fibreuses.

L'examen vaginal, dans le cas de dysménorrhée due aux ovaires enflammés, révèle une sensibilité locale extrême à la pression, accompagnée généralement d'une impression de nausée. Ces cas ne tirent qu'une très minime amélioration du traitement ordinaire ; quant à la castration, c'est une mesure trop grave si la malade désire une grossesse. Dans ce cas, les courants faradiques ont rendu d'immenses services.

En résumé, dans les trois ordres de faits pathologiques qui viennent d'être mentionnés, M. Mac Ginnis a obtenu des résultats auxquels l'on n'avait pu arriver par les méthodes ordinaires, et c'est avec une grande conviction qu'il les expose dans l'article dont nous donnons le compte rendu.—*Revue générale de médecine, chirurgie et obstétrique.*

PÆDIATRIE.

Le traitement de l'angine diphtéritique dans les hôpitaux d'enfants à Paris.—C'est à MM. Roux et Yersin, de l'Institut Pasteur, que revient, on le sait, l'honneur d'avoir fourni une preuve aussi nette que saisissante de la nature du contagium diphtérique. C'est à eux que nous devons presque tout ce que l'on connaît aujourd'hui sur la pathogénie de cette terrible affection. Dès lors, il nous a semblé indispensable — avant d'exposer les différents modes de traitement en usage dans les hôpitaux d'enfants à Paris pour combattre la localisation pharyngée de la diphtérie — de relater en quelques mots la façon dont M. Roux, qui est un homme de laboratoire et non un clinicien (il tient à ce que nous le disions), conçoit actuellement la thérapeutique de cette maladie.

Le savant chef du service de microbie technique à l'Institut de la rue Dutot a bien voulu nous déclarer qu'on ne connaissait point encore de remède spécifique contre la diphtérie. Mais il n'y aurait

rien d'étonnant à ce qu'on en puisse un jour trouver. Cette maladie est *locale* d'abord, *générale* ensuite, et cela au bout de peu de temps, plus ou moins grave suivant les conditions de terrain et de virulence du microbe. Ce n'est pas directement par le bacille que l'organisme est frappé; ce dernier, qui prospère cantonné dans les cryptes amygdaliennes, n'agit au contraire que par l'intermédiaire d'une substance toxique qu'il sécrète, d'une *toxine*, qui se répand bien vite dans tout le corps. Comme on sait, d'autre part, qu'il y a des substances qu'en peut appeler *antitoxines* parce qu'elles neutralisent les toxines, rien ne dit qu'en introduisant l'une d'entre elles dans l'organisme on ne parviendra pas à rendre l'homme réfractaire aux ravages du poison diphtérique. Mais, s'est empressé d'ajouter M. Roux, restent à trouver et cette toxine et la manière de s'en servir. C'est, à son avis, ce grand point d'interrogation qu'il faut placer à la fin de son mémoire. Toutefois, c'est certainement là aussi l'idée directrice pour les chercheurs à venir; c'est la notion qui désormais doit guider ceux qui veulent partir à la découverte du remède spécifique. "Tout cela n'est que théorie, fait remarquer M. Roux; revenons au côté pratique de la question. Je trouve, nous dit-il, très rationnelles les tentatives faites récemment par quelques médecins, en particulier par Loeffler, qui a préconisé diverses essences anti septiques, plus ou moins analogues à l'essence de citron, etc. Il y a peut-être un certain avenir de ce côté. En tout cas, je ne suis pas du tout partisan du raclage à outrance des fausses membranes pharyngées; c'est un point sur lequel je me permets d'insister beaucoup. On traumatise sans cesse de la sorte la surface des amygdales. En détruisant les fausses membranes, on détruit aussi certaines parties de la muqueuse et crée de nouvelles portes à l'absorption de la toxine sans cesse produite par les microbes qui pullulent sur l'épithélium. Il ne faut pas croire, en effet, que même lorsqu'on a enlevé toutes les plaques blanches amygdaliennes, on a fait disparaître la cause du mal; il n'en est rien. Il reste toujours un vernis de bacilles que les attouchements les plus énergiques ne sauraient faire tomber. Dès lors, pourquoi passer son temps à arracher les fausses membranes? Il faut se contenter jusqu'à nouvel ordre de lavages antiseptiques, d'irrigations abondantes et répétées, faites avec soin et douceur. Je conseillerai en particulier l'emploi des solutions phéniquées. Depuis qu'on commence à soigner de cette façon les diphtériques, il me semble, nous a dit en terminant M. Roux, qu'il y a moins de décès dans l'angine couennense."

Voici, aussi brièvement que possible, la pratique recommandée par M. le professeur Grancher: Toutes les deux heures, grande irrigation des fosses nasales et du pharynx à l'eau phéniquée (20/0) pour les enfants au-dessus de sept ans, à l'eau boriquée (30/0) pour les petits. Ce lavage se fait avec un irrigateur dont la canule est constamment tenue dans une solution de sublimé

à 1 0/00. Toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant l'étendue et la reproduction plus ou moins facile des fausses membranes, attouchement un peu rude des parties atteintes, en évitant de faire saigner les surfaces malades, mais en enlevant tout ce qu'on peut enlever des fausses membranes. On se sert pour cela du phénol sulfuriciné de Berlioz et Yvon; les solutions contiennent 10, 20, 30 0/0 d'acide phénique suivant les cas. Au point de vue de l'état général, alimentation tonique variée: œufs, viande, lait, eau-de-vie, quinquina. S'il y a beaucoup d'albumine dans les urines, régime lacté et eau-de-vie pendant quelques jours.

Nous avons tenu à consulter ensuite M. Gaucher dont on connaît les recherches sur la thérapeutique de la diphtérie. A son avis, voici les deux indications fondamentales: ablation des fausses membranes et cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente. On commencera donc par nettoyer avec soin la gorge, puis on cautérisera les amygdales avec le topique suivant, qui est une solution alcoolique forte d'acide phénique additionnée de camphre et d'acide tartrique et étendue d'huile:

Camphre.....	20 grammes
Huile de ricin	15 —
Alcool à 90o	10 —
Phénol absolu.....	5 —
Acide tartrique.....	1 —

La proportion de ces diverses substances n'a pas grande importance; si M. Gaucher a adopté les chiffres ci-dessus (1, 5, 10, 15, 20), c'est plutôt parce qu'ils constituent un moyen mnémotechnique.

Pour l'ablation des fausses membranes, il recommande les pinces molletonnées du docteur de Crésantignes. Pour la cautérisation, il préfère un écouvillon formé d'ouate hydrophile; on fait deux ou trois cautérisations successives. Celles-ci terminées, on pratique, dix minutes après, une irrigation de la gorge, pour laisser au topique le temps d'agir. Chez les jeunes enfants, c'est l'eau bouillie qui est préférable; chez de plus âgés, on se sert d'eau phéniquée au deux centième et même au centième. Cette triple opération est répétée toutes les deux, trois ou quatre heures, elle ne doit être faite qu'une fois la nuit, sauf dans les cas très graves. M. Gaucher ne recourt aux vaporisations que s'il y a menace de croup.

Il faut d'abord, étant donnée la nature de la maladie, enlever, détruire ou stériliser la fausse membrane, nous a dit M. Hutinel. pour y parvenir, voici comment il procède désormais: Avec des tampons d'ouate hydrophile ou de flanelle (il préfère ces derniers), il enlève doucement, sans faire saigner la muqueuse, ce qu'il peut détacher des fausses membranes. Pour imbiber la surface détergée, il a recours soit au liquide de M. Gaucher soit au phénol sulfurici-

ciné à 10, 20, 30 0/0 suivant les cas. On peut se servir aussi du bichlorure ou du biodure d'hydrargyre (solution alcoolique à 1/200 ou 1/300). Après avoir un instant laissé reposer l'enfant, on fait une irrigation, soit d'eau boriquée à 4 0/0, soit d'eau de chaux, soit d'eau chloralée (1/200). Enfin, pour calmer la douleur, au moyen d'un pulvérisateur de fort calibre, on termine par une pulvérisation chaude d'eau boriquée ou phéniquée. L'ablation des fausses membranes et les applications de phénol sulfuriciné sont répétées toutes les trois ou quatre heures; les irrigations et pulvérisations peuvent l'être plus souvent. La nuit, il est nécessaire de mettre plus d'intervalle entre les pansements; mais il faut se garder de les interrompre tout à fait.

La seconde indication est de soutenir l'état général. Pour cela on insistera sur le lait, les boissons, on prescrira des toniques, du quinquina, du café, de l'alcool. Dans les formes très graves, quand les ganglions se tuméfient, on peut faire à leur niveau des onctions d'onguent napolitain, des applications de compresses froides ou de glace qui semblent préférables. Dans ce cas, il faut activer la diurèse, soutenir l'énergie du myocarde; d'où l'emploi des injections de caféine et d'éther, des inhalations d'oxygène.

On a recommandé aussi le benzoate de soude, le cubèbe, l'eucalyptol, etc.

M. Sevestre a résumé récemment, dans ses leçons sur les maladies contagieuses, sa manière de faire: l'antisepsie locale, très importante, peut être réalisée par le procédé de M. Gaucher, le plus radical, mais un des plus douloureux, un des plus difficiles à appliquer chez les enfants indociles et un des plus délicats à bien exécuter; il faut, en effet, que la dénudation de la muqueuse soit suivie immédiatement de la cautérisation antiseptique pour éviter les inoculations secondaires. Dans ces conditions, on peut se borner à des appliques de topiques antiseptiques sur les parties malades, après avoir enlevé aussi complètement que possible les fausses membranes, mais sans avoir excoyé la muqueuse. Comme topique on a le choix entre le camphre phéniqué, le naphthol camphré, le phénol sulfuriciné, la solution d'acide salicylique à 1 ou 2 0/0, le perchlorure de fer pur ou mélangé par parties égales avec la glycérine, la teinture d'iode; etc.

Ces applications doivent être faites environ toutes les deux ou trois heures. Dans l'intervalle, toutes les heures, une irrigation à grande eau soit à la solution phéniquée (1 0/0), soit à la solution boriquée à saturation, soit à la solution d'acide salicylique (1 0/0) ou de chloral (1 0/0), cette dernière employée chaude. La nuit, irrigations moins fréquentes: on profitera des réveils de l'enfant. En outre, pulvérisations antiseptiques dans la chambre du malade (solution phéniquée ou à base de créosote). La glace (un petit morceau toutes les dix minutes à demeure dans la bouche) constitue un adjuvant très utile quand les enfants veulent s'y sou-

mettre. M. Sevestre a essayé de faire l'antisepsie locale d'une façon indirecte, à l'aide de médicaments qui s'éliminent principalement par la muqueuse du pharynx: par exemple l'eucalyptol qui, dissous dans l'huile de vaseline et administré en injections sous-cutanées, lui a paru bien supporté; le benzoate de soude à la dose de 2 à 5 grammes par jour dans une potion. On ne négligera pas concurremment l'antisepsie intestinale et on aura recours au bétol ou mieux encore au benzonaphtol. Les inhalations d'oxygène, la ventilation de la chambre assureront l'oxygénation du sang et par suite la combustion des produits toxiques. On excitera l'émonctoire rénal par les boissons abondantes, le régime lacté, les injections de caféine, qui agissent aussi sur le cœur. En ce qui concerne le traitement général, prescrire des aliments facilement assimilables (lait, potages, gelées, œufs, des alcooliques, grogs, Malaga, etc.), le quinquina et même parfois le perchlorure de fer qui pourtant peut causer des troubles dans les fonctions digestives. On doit insister aussi sur les soins de propreté, non seulement parce que la moindre excoriation des téguments peut se recouvrir de plaques diphthériques, mais surtout parce que la peau est, comme le rein, une voie d'élimination pour les produits toxiques solubles.

La thérapeutique de M. Jules Simon a beaucoup d'analogie avec celle qui précède. Les badigeonnages se font dans son service à l'aide de deux pinces à forcipressure; autour des mors on a enroulé du coton hydrophile. L'une d'elles, armée d'un coton sec, sert à nettoyer la gorge; l'autre, trempée dans le liquide choisi, est portée sur les fausses membranes; le badigeonnage est fait avec une certaine énergie, mais sans excorier la région. Un badigeonnage toutes les heures le jour, trois ou quatre pendant la nuit. Les liquides employés sont le jus de citron, l'acide acétique dilué, dont on alterne l'usage avec la préparation suivante :

Acide salicylique	1	gramme.
Infusion d'eucalyptus.....	60	—
Glycérine.....	30	—
Alcool.....	15	—

Dans les cas de fausses membranes très épaisses, attouchement, 2 à 4 fois par jour, avec un mélange à parties égales de perchlorure de fer et de glycérine. On fait suivre ces badigeonnages d'irrigations avec de l'eau de chaux, de l'eau boriquée ou même simplement de l'eau de Vichy. Si l'enfant peut se gargariser, M. Simon tient beaucoup à ce qu'il le fasse avec de l'eau boriquée ou de la liqueur de Van Swieten mitigée. Le malade est placé dans une chambre vaste, aérée avec soin, dont la température est de 16 à 17°. On y installe des plateaux métalliques remplis de goudron, maintenus à une certaine température à l'aide d'une veilleuse; des pulvérisateurs fonctionnant 5 à 6 fois par jour et chargés d'une

solution contenant du thymol et de la teinture d'eucalyptus ; des bouillottes, constamment en ébullition, contenant de l'eau et des feuilles d'eucalyptus. De la sorte l'air de la pièce est chaud, humide et chargé d'émanations de goudron, d'eucalyptus, d'alcool et de thymol. A l'intérieur, M. Simon prescrit le perchlorure de fer (1 à 2 gouttes toutes les deux heures, les alcooliques, du café, du thé et des bouillons.

Pour M. A. Ollivier, des Enfants Malades, les conclusions des recherches de MM. Roux et Yersin doivent donner confiance aux médecins. Puisque l'affection est locale d'abord, si l'on arrive à temps et applique un médicament approprié, énergique, susceptible de tuer sur place le microbe, on peut espérer enrayer la marche des accidents. Aussi le premier point du traitement réside-t-il dans la *précocité du diagnostic*, point, d'ailleurs, des plus délicats sur lequel nous n'avons pas à insister ici. La maladie reconnue, on prescrira de suite des lavages et des irrigations très fréquentes (eau de chaux, salicylate de soude à la dose de 2 à 3 gr. 0/000, eau boriquée, etc.). Comme topique local, il a recours tantôt à la formule de M. Gaucher, plus ou moins modifiée suivant les circonstances, tantôt au perchlorure de fer qui lui a donné de très bons résultats. N'oublions par la pulvérisation d'une solution antiseptique dans la chambre du petit malade. M. Ollivier a, bien entendu, essayé une foule de médications dans la diphtérie (sulfure de carbone ; eau oxygénée à la demande de Paul Bert ; le borate de soude à l'intérieur, préconisé à la dose de 4 à 5 grammes par M. le docteur Noël (de Noyers-Saint-Martin), et même l'iode de potassium (vauté par un médecin allemand) à la dose de 1, 2, 3, et 4 grm. par jour). Ces médicaments ont été loin de tenir les promesses de leurs parrains : ils ont échoué dans les cas graves, n'ont réussi que dans les circonstances où d'habitude l'affection guérit seule.

Le point sur lequel a insisté devant nous M. Descroizilles, c'est de ne se servir de topiques locaux qu'avec modération. Il faut rarement recourir à la cautérisation, au raclage ; ce dernier ne rend des services réels que lors de fausses membranes très étendues et très consistantes. Après avoir déblayé sans brutalité les surfaces atteintes, on fera d'abord des badigeonnages, des irrigations ou des vaporisations intra-buccales. Le nitrate d'argent, solide ou liquide, ne mérite pas, à son avis, l'abandon où il est tombé ; de même pour l'eau de chaux. Quant au perchlorure de fer, tout en ayant constaté son efficacité dans certains cas, il ne le croit pas supérieur aux autres médicaments. Désormais, il a recours — toutefois sans être exclusif — à des préparations contenant de l'acide phénique en proportions peu élevées. Il ne faut pas, en même temps, négliger l'état général : les toniques, les reconstituants, les stimulants, les astringents sont très souvent indiqués. Il faut nourrir les petits malades, alors même que l'alimentation

est très difficile : aussi les lavements nutritifs constituent-ils, dans certains cas, une ressource précieuse. M. Descroizilles nous a cité un cas où des lavements de peptone ont fait merveille chez une fillette de douze ans, refusant de prendre toute nourriture par la bouche.

Toutes les deux heures, ou plus souvent si les forces du malade le permettent, L. d'Heilly recommande d'enlever les produits qui recouvrent l'isthme du gosier (tampon de ouate enroulé autour d'une baguette d'osier ou mieux autour des mors d'une pince). Il faut faire cette petite opération avec la plus grande douceur pour ne pas ouvrir, comme nous l'a fait remarquer M. Roux, de nouveaux champs de culture aux microbes et une voie de plus à l'absorption toxique. Le topique qu'il préfère est l'acide salicylique, mis en honneur par M. J. Bergeron :

Glycérine 30 grammes.
Acide salicylique... 1 —

Mais il use aussi volontiers de la formule de M. Simon que que nous avons donnée plus haut. Il s'est également bien trouvé de la mixture Yvon (sulforicinate d'orthophénol) qui demande à être maniée avec quelque prudence. Il a renoncé au naphthol camphré et au perchlorure de fer. Si l'enfant est assez grand pour se gargariser, il y a avantage à employer pendant quelque temps l'eau de chaux. Pour les irrigations, M. d'Heilly se sert d'un irrigateur chargé d'eau boriquée et muni d'une sonde en gomme percée de plusieurs trous, qu'on porte jusque dans le fond de la gorge. Pour les pulvérisations, il n'emploie plus l'acide phénique qui est très mal toléré par les enfants ; il se sert d'eau de chaux ou de solution boriquée. Le pulvérisateur à vapeur est placé le plus près possible de la bouche de l'enfant vers laquelle on dirige le nuage. Il faut surveiller l'alimentation (lait, potages, bouillons, crèmes, chocolat, viandes râpées, glaces à la vanille); si l'enfant refuse toute nourriture, il ne faudra pas hésiter à recourir au lavage. Comme tonique, l'alcool *largâ manu*, sous forme de grog, de potion de Todd, de vins du midi (Marsala, Malaga, Lunel), de Champagne. Tous les autres médicaments (chlorate de potasse, cubèbe, copahu, etc.) ne sont d'aucune utilité.

La méthode de M. Gaucher est employée par M. Legroux, depuis les recherches de MM. Roux et Yersin ; mais il a recours aussi au phénol sulfuriciné. Convaincu que la gravité de l'angine diphtérique dépend beaucoup des associations microbiennes, il administre systématiquement à tout malade la créosote à l'intérieur avec du rhum et de la glycérine. A son avis, c'est là un moyen de combattre efficacement et même de prévenir les infections secondaires (bronchite, broncho pneumonie). Il a essayé aussi l'emploi continu de l'acide chlorhydrique à 4 0/0 dans l'espoir d'atténuer l'intensité des toxines sécrétées par le bacille.

Il a été conduit à cette pratique par ce fait, indiqué par MM. Roux et Yersin, que ce bacille se développe mal dans les milieux acides. M. Legroux a insisté tout particulièrement devant nous sur la difficulté qu'il y avait parfois à soigner les enfants qui résistent aux tentatives du médecin. Ceux-là lui ont semblé guérir avec plus de peine : ce qui montre bien que le traitement local joue un rôle bienfaisant, quoi qu'en aient dit les rares partisans de l'expectation dans cette affection.

M. Comby, qui s'intéresse plus particulièrement à la pathologie infantile, quoiqu'il n'ait pas encore de service dans un hôpital d'enfants, préfère comme topique le naphthol camphré qu'il prescrit ainsi :

Naphthol.....	10 grammes.
Camphre.....	20 —
Glycérine.....	30 —

Faire 3 fois par jour une friction énergique.

Il y ajoute des pulvérisations de 5 à 10 minutes toutes les heures (solution boriquée à 4 0/0, salicylée à 2 0/0). Il respecte le sommeil des enfants et ne les réveille pas pour faire les badigeonnages. Au début de la maladie, il donne volontiers un vomitif (ipéca) qui permet l'évacuation des débris putrilagineux et des toxines de l'estomac. C'est dans le but de favoriser l'élimination de ces toxines qu'il insiste sur les diurétiques (caféine, boissons abondantes, lait, etc.).

Ayant songé à ce fait que parfois la diphtérie peut frapper sinon les nouveau-nés, du moins les très jeunes enfants, nous voulions demander, sur ce point, l'avis des professeurs d'accouchements de la Faculté. Nous comptions ensuite nous adresser aux accoucheurs des hôpitaux. Mais, M. le professeur Tarnier nous ayant fait remarquer qu'en somme la diphtérie était extrêmement rare chez les enfants à la mamelle, nous n'avons pas cru devoir prolonger notre enquête. — Dr Marcel BEAUDOIN, in *Semaine médicale*.

—Le *jambul* est originaire des Indes et se cultive aux Antilles. Les feuilles, à court pétiole, ont de trois à quatre pouces de long ; elles sont oblongues, ovoïdes et à l'exception d'autres feuilles de plantes de même ordre ne donnent pas de points transparents à la lumière transmise. Elles ont une saveur et une odeur épicées. Vers le mois de juillet ou d'août l'arbre porte un fruit rouge pourpre de la grosseur d'une olive avec un gros noyau vert. On y trouve une proportion considérable de tannin. Ce fruit s'emploie dans la diarrhée et comme gargarisme dans les inflammations de la gorge. — *Pacific Record*.

FORMULAIRE

Coqueluche.—Beale.

P.—Thymol.....	18 grains
Phénol.....	3½ drachmes
Huile ess. de sassafras.....	2 “
“ d'eucalyptus.....	2 “
“ de térébenthine.....	2 “
Huile de goudron.....	2 “
Ether.....	1 once.
Alcool rectifié.....	q. s. pour 30 onces.

M. 30 gouttes sur un mouchoir, en inhalations. Répéter toutes les deux ou trois heures.—*Medical Age.*

Diphthérie.—Richardson.

P.—Tannin.....	10 grains.
Glycérine.....	1 once.
Alcool.....	½ once.
Eau distillée.....	4 onces.
Eau oxygénée (10 vols) q. s. pour faire.....	8 onces.

M.—En gargarisme.

Céphalalgie.—Hare.

P.—Caféine.....	2 grains.
Phénacétine.....	3 “
Bromure de sodium.....	10 “

M.—À prendre en une seule dose.—*College and Clinical Record.*

Impuissance fonctionnelle.

P.—Extrait de chanvre indien.....	5 grains.
Extrait de noix vomique.....	5 “
Extrait de damiana.....	20 “

M.—Pour faire 20 pilules.

Dose: Une pilule après chaque repas et au coucher.—*Medical Age.*

Endométrite.—Terrier.

P.—Iodoforme.....	2½ drachmes.
Gomme adraganthe.....	8 grains.
Glycérine.....	} q. s.
Eau distillée.....	

Pour faire 10 suppositoires, dont un est introduit dans l'utérus et tenu en place au moyen d'un tampon.—*Journal de médecine de Paris.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTRÉAL, MAI 1892.

BULLETIN.

L'Assemblée semi-annuelle du Bureau provincial de Médecine.

Le 11 mai, le *Bureau provincial de Médecine* s'est réuni à Montréal, sous la présidence de M. le Docteur J. B. GIBSON, vice-président du Collège.

Trois questions ont surtout occupé l'attention du Bureau:

1o. La réciprocité de brevets et de licences avec les autres provinces et l'étranger;

2o. La question des examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine;

3o. La question d'un Bureau central d'examineurs.

Jusqu'à aujourd'hui, le Bureau, plein de bénigne mansuétude et d'affable courtoisie, s'était refusé à se rendre au désir maintes fois exprimé par la profession, à savoir: de refuser d'accorder la licence provinciale aux porteurs de brevets des provinces étrangères, alors que dans ces mêmes provinces on refusait d'accorder la même faveur aux porteurs de brevets obtenus dans la province de Québec. La coutume avait prévalu d'accorder le bénéfice de la licence à tout venant, aux brevets d'Ontario en particulier, et cependant nos brevetés à nous se voyaient impitoyablement refuser semblable privilège par la province sœur. A l'assemblée dont nous parlons, dix-sept docteurs en médecine brevetés d'Ontario ont obtenu la licence de Québec, tout comme s'ils eussent été admis à l'étude de la médecine par *notre* bureau d'examineurs.

Il fallait faire cesser cet abus. MM. les Drs. Dagonais, Chevreuil et Beausoleil ont revendiqué l'honneur du Bureau et protégé les intérêts de la profession, et c'est à la satisfaction générale qu'il a été résolu que désormais aucune licence ne sera accordée aux porteurs de brevets venant d'une province où le brevet de la nôtre

n'est pas accepté en retour. En d'autres termes, nous nous en tiendrons à la stricte réciprocité. Si on ne nous accorde rien, nous n'accorderons rien. Il faut ajouter cependant que l'on nous fait espérer une solution favorable et prochaine à cette question. Ontario, la seule province qui nous ostracise ainsi, serait disposée à revenir à de meilleurs sentiments. Qui vivra verra.

Maintenant, le Bureau doit-il continuer à donner gracieusement la licence provinciale aux porteurs de diplômes des universités étrangères? C'est ce qui s'est presque toujours fait, bien que le Bureau eût le droit de soumettre ces gradués à l'épreuve d'un examen. Mais allez donc parler d'examen à un L. R. C. P., à un M. R. C. S. ou à un Docteur en médecine de la Faculté de Paris?

Il fallait être courtois, et gracieux, et dire au nouvel arrivé :

Vous nous faites M. le Docteur,
En nous venant beaucoup d'honneur.

La licence était accordée, et vogua la galère !

Pendant ce temps là, les médecins se plaignaient de l'encombrement de la profession, et nombre de nos jeunes gradués prenaient le chemin des Etats-Unis, vu le peu de chance qu'on leur laissait de gagner leur vie dans leur propre pays.

Heureusement, la réaction commence à se faire, et cet abus va prendre fin. Si la profession est tellement encombrée dans notre province qu'elle soit obligée de se déverser un peu sur la république voisine et les provinces sœurs, il est parfaitement inutile d'accepter ici les gradués des universités étrangères. C'est ce qu'a compris le Bureau. Aussi a-t-il refusé l'octroi de la licence provinciale à trois candidats porteurs de diplômes étrangers.

Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine ont été signalés, cette année, par deux incidents assez graves et le Bureau a dû s'en occuper sérieusement. D'abord plusieurs des questions écrites ont été connues à l'avance, ce qui a dû faciliter singulièrement le travail des candidats. En outre, il y a eu *substitution* des candidats eux-mêmes. Certains individus vendent très volontiers leurs services aux aspirants à l'étude et subissent pour eux et en leur nom et qualité l'épreuve de l'examen. Ce dernier abus existe depuis longtemps, dit-on, et il est des sujets qui le pratiquent depuis plusieurs années, se faisant par là d'assez jolis revenus.

Cette fois la fraude a été découverte à temps. Les noms sont connus, non seulement de ceux qui se sont fait ainsi remplacer, mais aussi de ceux qui ont joué le rôle de substitués, et le Bureau va tenir une enquête. En attendant, le rapport des examinateurs restera sur la table et ne sera adopté, ou modifié, ou même rejeté (ce qui est fort possible), qu'après l'enquête du Bureau.

La grosse question de la journée a été celle du Bureau central

d'examineurs pour l'admission à la pratique de la médecine. Aurons-nous ce Bureau central? Le Bureau l'a décidé et a fait insérer une clause *ad hoc* dans le projet d'amendements qu'il présente actuellement à la législature.

Le projet de création de ce Bureau central passera-t-il d'emblée au parlement? Nous croyons savoir que les Universités et les Facultés de médecine ne voient pas le projet d'un œil favorable. Jalouses de leurs privilèges, elles se résoudront difficilement à voir leurs diplômés et gradués soumis à une nouvelle épreuve.

Pour nous, nous avons déjà, à plusieurs reprises, exprimé à ce sujet notre manière de voir. Nous reconnaissons au Bureau central quelques avantages sérieux: celui de rendre plus difficile l'accès d'une profession déjà fort encombrée; celui de nous protéger contre l'envahissement de médecins étrangers, surtout ceux d'Ontario; celui de contrôler efficacement les examens des Facultés. Mais il ne faut pas se dissimuler que, pour être réellement utile et efficace dans ses résultats, le Bureau central devra être composé d'examineurs absolument compétents, choisis pour la plupart dans le personnel de nos Facultés de médecine. D'après les amendements projetés, il serait composé de 20 membres, dont huit représenteraient les quatre facultés de médecine: McGill, Laval à Québec, Laval à Montréal (Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal) et Bishop. Nous croyons ce nombre insuffisant, aussi nous permettons-nous de suggérer à ceux qui sont chargés de voir à la rédaction définitive du *Bill*, de composer les jurys d'examen de façon à accorder une très large part dans la représentation professionnelle aux professeurs des Facultés. En un mot, il nous faut un Bureau central absolument sérieux et compétent à examiner les élèves sur toutes les matières de l'enseignement. En dehors de ces conditions, nous n'en verrions pas la nécessité.

Conformément à un amendement suggéré par M. le docteur Guay, tout candidat se présentant devant le Bureau central pour la licence, devra être porteur d'un diplôme de Docteur en médecine de l'une ou l'autre des Universités et Facultés de médecine incorporées et reconnues par le Bureau de médecine. De la sorte, l'examen subi par l'élève devant le Bureau central aura toujours été précédé de l'examen devant les Facultés. Avec cette restriction, que nous avons lieu de croire très judicieuse, les Facultés accepteront peut-être plus facilement l'idée qui a présidé à la création du Bureau central.

—On doit craindre l'apparition des accidents comateux quand, chez un diabétique, le volume de l'urine émise quotidiennement diminue notablement sans que le poids du sucre excrété diminue.

L'antiseptie interne.

En dépit des découvertes faites en ces temps derniers au sujet de l'antiseptie et des substances antiseptiques, il ne semble pas que l'on ait fait avancer d'un pas la question de ce qu'on est convenu d'appeler l'antiseptie interne. En effet, si les médicaments antiseptiques se font de plus en plus nombreux, si l'on comprend mieux leur mode d'action, si l'on sait mieux à quelles variétés de microbes chaque substance s'adresse de préférence, on ne va pas au delà de l'action purement locale, de l'action de contact, s'exerçant en dehors des vaisseaux, avant toute absorption.

Jusqu'ici les tentatives faites pour atteindre dans le sang les micro-organismes et les toxines des maladies infectieuses ou contagieuses ont absolument échoué. Il n'y a guère que la fièvre paludéenne et la syphilis chez lesquelles la quinine et le mercure semblant exercer une action spécifique, on a pu, dans une certaine mesure, croire à un effet microbicide de ces deux substances, tant sur le poison paludéen que sur le virus syphilitique. Et encore n'est-ce là qu'une hypothèse, très rationnelle il est vrai, mais fort contestable.

Dans la fièvre typhoïde, la pneumonie infectieuse, la diphtérie, les fièvres éruptives, aucune substance antiseptique n'a encore pu atteindre les germes morbifiques et les toxines dans le sang. Tout au plus peut-on alors combattre les microbes localement, par exemple antiseptiser l'intestin dans la fièvre typhoïde, pratiquer des insufflations, badigeonnages ou irrigations antiseptiques dans la diphtérie, etc. Même dans la tuberculose, il n'est pas d'agent capable d'empêcher la pullulation du bacille de Koch dans le liquide sanguin, et les meilleurs antiseptiques que nous employons dans ces cas : la créosote et son principe, le gâïacol, n'exercent leur action microbicide qu'à la surface de la muqueuse pulmonaire par laquelle ils sont éliminés.

On sait la raison de l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvons de combattre ainsi les microbes dans le sang. Si l'antiseptique est administré ou absorbé sous forme suffisamment diluée pour ne pas affecter la vitalité des éléments du sang, il se trouve qu'il ne peut agir sur les micro-organismes pathogènes. Si on donne des solutions plus concentrées, ou des doses plus élevées, l'antiseptique, en même temps qu'il détruit la vitalité des germes morbifiques, détruit également celle des éléments du sang, et menace ainsi directement le malade. Il est clair qu'on ne peut tenter de combattre un bacille s'il y a risque de compromettre la santé du malade porteur de ce bacille.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine de Paris, M. Albert ROBIN est venu apporter un nouveau fait qui confirme pleinement ce qui précède. Une femme de 39 ans est

prise de bronchopneumonie typhoïde au cours d'une syphilis secondaire et en plein traitement mercuriel. Cette femme avait été soumise, pendant 26 jours consécutifs, au traitement spécifique; elle avait pris, dans cet espace de temps, 25 grains de sublimé, ce qui ne l'a pas empêchée de contracter une bronchopneumonie des plus graves, résultat d'une triple invasion microbienne.

"Ainsi, ajoute M. Robin, la méthode d'antisepsie interne qui consiste à saturer l'organisme par le plus puissant des antiseptiques, le mercure, pour prévenir une infection microbienne, modérer la pullulation des micro-organismes, atténuer leur virulence, cette méthode si scientifique, si rationnelle qu'elle paraisse, *n'est pas applicable à la thérapeutique*. Il faudrait, pour qu'elle fût utilisable, qu'on trouvât un antiseptique qui n'amoindrît pas les diverses manifestations bio-chimiques de l'activité vitale et le potentiel des réactions cellulaires."

Dans l'état actuel de nos connaissances, un tel antiseptique n'existe pas, et il est impossible de prévoir à quelle date nous sera donné un médicament assez énergiquement et assez exclusivement antiseptique pour pouvoir atteindre dans le liquide sanguin les germes pathogènes ou leurs produits ultimes: toxines, etc., sans altérer en même temps les éléments histologiques du sang.

Très édifiant!

Nous trouvons dans un journal politique, première page, première colonne, les trois avis-réclame que voici, se faisant suite l'un à l'autre (tout naturellement) :

Les médecins spécialistes de l'Institut des maladies chroniques continuent leurs cures étonnantes.

Par leur méthode nouvelle, ils guérissent toutes les maladies chroniques, même réputées incurables par les plus habiles médecins, sont guéris ou en voie de guérison.—dyspeptiques, cancéreux, scrofuleux, goutteux, épileptiques, hydripiques, sourds, etc., invalides soit par rhumatisme, asthmes, catarrhe, bronchite et toute maladie du poumon et de la gorge sont guéries en peu de temps. TRAITEMENT GRATUIT—Heure de bureau de 9 à midi, de 2 à 5 et 7 à 8 p. m., le dimanche de 1 à 3 p. m., No 2061 rue Notre-Dame près le carré Chaboillez, Montréal.

Certificat important.

Je certifie que j'emploie dans ma pratique le célèbre *Baume de Mongolie*, remède souverain contre les hémorroïdes internes ou externes, récentes ou anciennes, et cela avec un succès merveilleux.

Dr XXX,

No.. Rue.. Montréal.

Un problème médical résolu.

Le traitement de la diabète sucrée, qui a fait jusqu'à présent le désespoir de la profession médicale, n'est plus un mystère. Le Dr N, autrefois de..., et maintenant résident au No... rue... Montréal, à force de travail et d'études, est parvenu à guérir plusieurs cas des plus graves de cette maladie. Le Dr N, après de brillantes études au Canada, s'est perfectionné sous les grands maîtres de Paris, et n'a cessé depuis de travailler à la solution de ce grand problème. On peut dire de lui, qu'en face du travail, point d'obstacle.

Entre la première de ces réclames et les deux qui lui font suite il n'y a guère de différence comme on le voit. C'est la même allure et le même langage, le même désir d'attirer l'attention du gros public sur des cures merveilleuses. A nos yeux, les médecins spécialistes et inconnus qui opèrent près du curé Chaboillez ne sont pas plus à blâmer que le signataire du certificat attestant les vertus d'un médicament secret ou que le médecin perfectionné se donnant pour guérisseur du diabète.

Si nous en croyons les informations fournies par le *Medical Record*, la ville de Londres paie aux médecins la somme de deux shillings et demi pour le rapport de chaque cas de maladie contagieuse. Autrefois, dans le Connecticut, la coutume était de payer la somme de vingt-cinq centins, non seulement pour chaque rapport de maladie contagieuse, mais aussi pour chaque déclaration de naissance.

C'est peut-être là le côté vraiment pratique de la question. Tant qu'on n'intéressera pas directement le médecin à faire des rapports sanitaires ou simplement statistiques, on n'aura que des informations incomplètes, si on en a du tout. Si donc le *Bureau de santé* de Montréal veut se mettre en frais de générosité, il peut, à coup sûr, faire beaucoup pour l'avancement de la question sanitaire.

Et pourquoi le Conseil Provincial d'hygiène n'essaierait-il pas de ce moyen pour obtenir les statistiques vitales ?

* * *

Sait-on pourquoi la tuberculose se répand de nos jours avec autant d'alarmante rapidité ? C'est, nous dit M. le professeur PRUDEN, parce que les tuberculeux crachent trop. " Si, dit-il, la vilaine et aujourd'hui très fréquente habitude de cracher un peu partout dans la plupart des réunions publiques se continue ; si nos femmes qui traînent le bas de leurs robes dans la boue de la rue doivent être admises, ainsi infectées, dans les résidences privées, les églises et théâtres ; si les théâtres, les cours de justice, les écoles, les

trainways et les wagons de chemins de fer doivent continuer d'être les réceptacles des germes de contagion, ce qu'ils doivent être nécessairement. vu la malpropreté qui y règne et le peu de ventilation qui s'y fait ; si, dans les chars dortoirs et les chambres d'hôtel, ceux qui se portent bien doivent remplacer les tuberculeux sans avis préalable, ou sans qu'on ait fait de désinfection ; si, dans les résidences mal ventilées, les sujets sains sont forcés de respirer à outrance les germes de la tuberculose ainsi réduits à l'état de poussière ; si les malheureux qui ignorent les dangers de la malpropreté ne sont pas mis sur leurs gardes, il s'ensuit qu'il nous sera très difficile de limiter la contagiosité de la tuberculose."

A cela, le *Medical Record* répond en insistant sur la dégoûtante habitude qu'ont la plupart des tuberculeux de cracher ailleurs que dans leur mouchoir ou dans un crachoir antiseptisé, d'où les dangers d'infection. Puisque le bacille tuberculeux siège surtout dans les produits expectorés, il est évident que l'on devrait éviter tout ce qui favorise la dessiccation de ces crachats, surtout à l'air libre, et en facilite la diffusion au loin. Celui qui entreprendrait la tâche de faire, sur ce sujet, l'éducation de nos populations, tant citadines que rurales, aurait droit à la reconnaissance publique.

* * *

La proverbiale jalousie qui règne d'ordinaire entre les membres de la profession médicale vient de mettre aux mains deux gynécologistes dont l'un, Lawson Tait, est connu de tous. Lawson Tait opère une femme qui avait d'abord été soumise à un traitement électrique par un autre médecin. La malade succombe aux suites de l'opération. Là dessus M. Tait de dire que c'est le traitement électrique antérieur qu'a déterminé la gangrène des tissus.

L'autre médecin étant mis au fait de la chose, somme M. Tait à comparaître en cour de justice pour libelle. Mais le procès est à peine commencé que l'on en vient à une entente et que l'on retire de part et d'autres les imputations blessantes, etc. Puis on s'embrasse et tout est fini..... surtout la malade.

* * *

Notre confrère du *N. Y. Medical Record*, commentant l'article du Prof. Martin publié dans une des dernières livraisons du *Therapeutic Gazette*, et au cours duquel le savant professeur énumère les moyens prophylactiques à employer contre l'infection blennorrhagique, suggère l'idée que l'obéissance au septième commandement serait peut être une excellente mesure préventive.

Comme question de prophylaxie, il n'est pas douteux que l'abstention de tout coït impur constitue le seul et l'unique moyen, mais c'est là une ordonnance héroïque dont s'accommoderont mal les adorateurs de la déesse de Cythère, et nous doutons fort qu'ils l'acceptent avec enthousiasme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LÉAUTÉ.—*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*, publiée sous la direction de H. LÉAUTÉ, membre de l'Institut.

Cette publication qui se distinguera par son caractère pratique, restera cependant une œuvre hautement scientifique. Embrassant ce domaine entier des sciences appliquées, elle se composera d'environ 800 volumes petit in 8°. Chacun d'eux signé d'un nom autorisé, donnera sous une forme condensée l'état précis de la science sur la question traitée et toutes les indications pratiques qui s'y rapportent. Chaque volume, broché 2 fr. 50. Cartonné, toile anglaise, 3 fr. Huit volumes publiés au 1er avril.

Le délire chronique à évolution systématique, par le Dr Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, et le Dr. P. Sérieux, médecin-adjoint des asiles de la Seine

Maladies des organes respiratoires; Méthodes d'exploration; Signes physiques, par le Dr Faisans, médecin de l'hôpital Tenon.

Gynécologie, Séméiologie génitale, par A. Auvard, accoucheur des hôpitaux.

Technique d'électrophysiologie, par le Dr G. Weiss, ingénieur des Ponts et Chaussées, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, avec un avant-propos de M. le professeur Gariol.

Maladies des voies urinaires. Moyens d'exploration et de traitement, par M. le Dr Bazy, chirurgien des hôpitaux.

Technique bactériologique, par M. Wurtz, chef du laboratoire de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris.

DELAGENIÈRE Dr Henri (du Mans).—*Statistique des opérations pratiquées au Mans du 1er janvier 1891 au 1er janvier 1892, II 1891*. Paris, 1892.

Announcement of the twenty-ninth Annual Course of Lectures of the Medical Department University of California 1892, San Francisco 1892.

ABBÉ.—*Intestinal Anastomosis and Suturing*, by Robert ABBÉ, M.D., New-York.

ABBÉ.—*Cases of Gallbladder Surgery*, by Robert ABBÉ, M.D., New-York.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

—Le docteur D. Hayes AGNEW a laissé à ses héritiers une fortune estimée à \$100,000.

—M. le Prof. Germain SEE vient de se démettre de ses fonctions de directeur du journal *La Médecine moderne*, où il sera remplacé par M. le Dr. Talamon.

—W. P. Cleary, l'agent de publicité de New-York, a transporté son bureau à 294 Broadway. Nous recommandons, bien volontiers, aux annonceurs, ce monsieur avec qui nous avons, depuis plusieurs années, les rapports les plus harmonieux.

—Le *Nashville Journal of Medicine and Surgery*, relate un cas d'empoisonnement mortel survenu, chez une jeune fille de vingt ans, à la suite de l'ingestion de 6 à 7 drachmes de paraldéhyde. Le coma se manifesta au bout de quelques minutes, et la mort survint au bout de cinq heures.

Necrologie. — CANADA. — A Montréal, M. le docteur J. J. DUGDALE. — A St-Roch de Québec, le docteur L. G. P. DEBLOIS, âgé de 38 ans.

—ETRANGER. — A Londres. Sir William BOWMAN, baronet, professeur de physiologie et d'anatomie générale et pathologique au *King's College*, et bien connu par ses travaux en histologie, physiologie et ophtalmologie.

Refus de serment par hygiène.—Il y a quelques mois à Londres on jugeait une affaire de vol devant un tribunal de Londres. Le plaignant et premier témoin, M. Lewington, ayant été invité à prêter le serment religieux, refusa " par conscience et par hygiène". Prié de s'expliquer, M. Lewington ajouta : " Par conscience, parce que je n'approuve pas tout ce qui est écrit dans le Nouveau-Testament."

—Mais " hygiène " ? demanda le président.

—Par hygiène, parce que trop de gens baisent votre exemplaire qui pourrait dès lors me communiquer la diphtérie ou quelque autre maladie contagieuse.

Après avoir entendu l'affaire, le tribunal a condamné les voleurs, mais a déclaré que M. Lewington ne serait pas remis en possession des objets volés. La loi anglaise ne connaît pas les gens qui refusent de prêter le serment, même... par hygiène.

Institut Pasteur.—L'assemblée générale de l'Institut Pasteur a eu lieu en mars dernier. Il résulte des rapports dont il a été donné lecture que la mortalité des personnes qui ont été soumises au traitement antirabique diminue sans cesse. En 1886, la mortalité a été de 0,94 pour 100; en 1887, de 0,75 pour 100; en 1888, de 0,55 pour 100; en 1889, de 0,38; en 1890, de 0,32; en 1891, de 0,19. Pour le département de la Seine, il y a eu 95 personnes traitées pour la rage et pas un seul décès. En 1891, 225 personnes traitées et pas un seul décès.

Rapprochons ces résultats ne ceux obtenus à Bucharest:

A l'Institut de bactériologie de Bucharest, sur 1100 personnes mordues par des chiens enragés, et qui ont pu terminer leur traitement, M. Babes a obtenu de brillants résultats, 4 décès pour mille vaccinés. Sur 25 personnes qui à la même époque sont venues à l'Institut de Bucharest, et se sont soustraites au traitement, 5 sont mortes de la rage, c'est à dire 20 pour cent. — *Lyon médical.*

Société obstétricale de France.—Dans le courant de l'année 1891, il s'est formé un comité d'initiative composé des professeurs de cliniques d'accouchements des facultés de France et des membres de la section d'accouchements de l'Académie de médecine de Paris dans le but de fonder une nouvelle Société sous le nom de *Société obstétricale de France.*

La Société obstétricale de France a pour but de grouper les accoucheurs désireux de mettre en commun les résultats de leurs recherches personnelles et de leur expérience professionnelle.

Les membres de la Société se réuniront en session, une fois par an, à Paris, pendant la semaine de Pâques; chaque session comprendra un nombre de séances fixé d'avance.

La cotisation annuelle sera de 20 francs.

La première session a eu lieu à la Faculté de médecine de Paris (salle Laënnec), les 21, 22 et 23 avril 1892. La première séance a été ouverte le jeudi 21 avril, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. TARNIER.

Décès.

LAMARCHE.—A Montréal, le 17 mai, à l'âge de 41 ans et 10 mois, Marie-Philomène Mallette, femme de M. le Docteur J. B. A. Lamarche.
