

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de chorée aiguë grave.

Par le Dr D. BROCHU, Professeur à l'Université-Laval de Québec.

Leçon de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu de Québec le 30 Janvier 1900.

Messieurs,

Vous avez eu l'occasion d'observer dans nos salles, durant ce mois, un cas de chorée aiguë dont la phase prodromique et les symptômes du début différaient nettement de l'évolution de la chorée simple ou vulgaire, chorée de Sydenham, que vous rencontrez, le plus souvent, chez les enfants, à la clinique des dispensaires, et quelquefois, ici, à l'hôpital.

C'est un cas pour lequel vous m'avez entendu faire des réserves inaccoutumées au sujet du pronostic, dès le premier jour que je l'ai soumis à votre observation. Il me paraissait, en effet, réaliser un syndrome qui méritait d'attirer votre attention, non seulement par l'intensité de quelques uns de ses symptômes mais aussi parce que son aboutissant, peut être assez souvent la mort, ou, du moins, quelque infirmité grave, contrairement à ce qui arrive dans la chorée vulgaire, généralement si bénigne.

Ce cas est celui d'une jeune fille, âgée de treize ans, qui nous fut amenée, le 8 de ce mois, par l'ambulance de la ville. Elle était dans une agitation extrême et absolument incapable de marcher, de se tenir debout ou même assise; elle poussait, par intervalles, des cris avec vociférations et sanglots, comme étant sous le coup de douleurs aiguës, subites et paroxystiques; mais il était impossible d'en tirer aucune parole intelligible en réponse aux questions qu'on lui posait, et qu'elle ne semblait pas, d'ailleurs, bien comprendre. Pour toutes informations, on nous avait laissé savoir que cette jeune fille était tombée dans ces crises nerveuses trois jours auparavant, que, depuis ce temps, elle n'avait pu ni boire ni manger, par suite de l'impossibilité d'avalier, et, de plus, qu'elle avait été privée de tout repos et de tout sommeil.

C'est précisément dans ce même état que je vous l'ai montrée, au lit 44 de la salle Ste Anne, le lendemain matin. Vous n'avez pas eu de peine

à reconnaître, dans les manifestations convulsives auxquelles elle était en proie, la caractéristique des spasmes cloniques et des mouvements désordonnés, incohérents, arythmiques, qui appartiennent à la chorée *gesticulatoire*. Vous n'avez pu manquer d'être frappés, en même temps, de la violence inaccoutumée de ces désordres musculaires ainsi que de l'aspect étrange de la physionomie de la victime. La face n'était pas seulement grimaçante, comme dans la chorée simple ou de moyenne intensité, mais elle était très congestionnée, rouge, violacée, et présentait des taches d'érosion de la peau sur les côtés du menton. La malade roulait sa tête d'un côté à l'autre, sur les oreillers, pendant qu'elle exécutait les contorsions les plus variées, se retournant et se repliant brusquement sur elle-même avec soubresauts violents; elle était retenue avec peine sur sa couche et projetait ses membres dans toutes les directions, frappant les rebords du lit ou le mur avoisinant. Les gesticulations, ou les secousses convulsives, au lieu d'être limitées ou prédominantes à un seul côté, étaient plutôt généralisées; elles s'étendaient non seulement aux muscles de la vie de relation mais à ceux du pharynx et du larynx, comme le dénotait l'impossibilité d'avaler et d'articuler aucune parole. Le diaphragme et les muscles respiratoires n'étaient probablement pas épargnés, non plus, car les cris subits et les vociférations avec angoisse laissaient soupçonner les contractions brusques et intermittentes de ces muscles de la vie organique.

Vous avez pu remarquer, sur les parties des membres les plus exposées aux frottements et aux contusions, aux coudes, sur les avant bras et sur le côté externe d'une jambe, une rougeur érythémateuse étendue, avec plaques d'érosion, auxquelles se mêlaient quelques bulles ou grosses pustules. Nous avons constaté, de plus, que le pouls était accéléré, la température à 101° F; enfin la malade, incapable d'exprimer ses besoins, avait souillé son lit, cette première nuit, par une incontinence d'urine, facile à soupçonner, dans un pareil état.

C'est particulièrement sur ces derniers symptômes, qui caractérisent les formes aiguës, que j'ai attiré votre attention, en vous exprimant que, mieux encore que l'intensité et la généralisation des spasmes musculaires, ils étaient propres à faire naître le soupçon d'une chorée grave, et dont l'issue pouvait même être fatale. J'ai ajouté qu'il nous manquait, cependant, un élément important, et qui doit dominer tous les autres, dans le pronostic, c'était la connaissance de l'état mental du sujet. Nous étions, en effet, privés de tout renseignement sur les troubles psychiques qui avaient pu précéder la phase choréique, chez cette jeune

filles, et l'agitation extrême à laquelle elle était en proie, de même que l'incapacité d'exprimer aucune parole, nous rendaient impossible l'appréciation juste de son état mental actuel.

C'est en m'appuyant sur des données nettement mises en lumière par le professeur Dieulafoy, dans ses premières leçons de clinique médicale à l'Hôtel Dieu, de Paris, que je vous ai signalé l'importance pour le pronostic, de l'appréciation des divers troubles intellectuels associés à l'évolution de la chorée. " La prédominance de ces troubles (hallucinations, délire, agitation maniaque, lypémanie), avant ou pendant la phase choréique affirme l'éminent clinicien, doivent toujours nous faire redouter une forme grave de la maladie, et, le plus souvent une issue funeste."

Nous avons, d'un autre côté, pour éveiller nos appréhensions, le témoignage de la Religieuse, Maîtresse hospitalière, qui se rappelait avoir vu, dans ce même hôpital, plusieurs années auparavant, trois cas de chorée, de même apparence, chez des jeunes filles qui succombèrent quinze jours après leur admission.

Deux jours après, l'occasion nous était donnée de recueillir de la bouche même de la mère, les renseignements désirés sur les antécédents et sur les changements dans l'état mental de cette jeune fille. La mère nous révéla que l'enfant n'en était pas à sa première atteinte, et qu'elle en avait eu une attaque de la même maladie à l'âge de huit ans. Cette attaque, quoique moins intense que la crise actuelle, avait eu une durée de trois mois, plus longue que l'évolution ordinaire de la chorée. Quant à l'état mental, la mère nous apprit que, à la première et surtout à cette dernière attaque, les changements de l'esprit avaient été bien manifestes : l'enfant était d'abord devenue inquiète, mélancolique et sujette à des illusions ou à des hallucinations, pendant les deux ou trois premières semaines qui précédèrent les désordres musculaires : ainsi, elle craignait l'effondrement du toit de la maison, et soupçonnait en même temps que des personnes étrangères avaient pu s'y introduire et s'y tenaient cachées.

D'un autre côté, nous savions, de source différente, que le père et la mère étaient adonnés, depuis nombre d'années, à l'usage immodéré des boissons alcooliques, et que la jeune fille avait eu à subir, bien souvent, depuis son enfance, des ébranlements nerveux et des émotions morales violentes, par suite des scènes de désordre qui se passaient dans la famille, grâce aux habitudes d'ivrognerie des parents.

Ces derniers commémoratifs établissaient, d'une manière non douteuse, les antécédents d'une hérédité de dégénérescence et les perturbations nerveuses bien propres à développer sur un terrain prédisposé, les névroses avec association de stigmates psychiques. Cette tare héréditaire ajoutait une note très défavorable pour le pronostic, en même temps qu'elle expliquait cette récidive avec aggravation.

A part ces renseignements particuliers, on nous avait appris que la jeune fille en était arrivée à sa puberté confirmée, ayant eu sa première menstruation quelques mois auparavant; en outre, qu'elle était indemne de tout antécédent de maladies infectieuses, de rhumatisme articulaire. L'auscultation ne permettait pas, non plus, de retracer aucune complication cardiaque.

Comme point de départ du traitement, nous nous sommes contenté de prescrire, le soir de son entrée à l'hôpital, le chloral et le bromure de potassium, en injection rectale, à répéter deux ou trois fois durant la nuit.

Cette prescription avait surtout pour but de provoquer le sommeil et, indirectement, d'apaiser l'excitation convulsive; car vous savez que, dans la chorée ordinaire, le sommeil s'accompagne presque toujours de la cessation des spasmes et des mouvements gesticulatoires. Mais, la malade ne ressentit aucun effet calmant ni hypnotique de cette médication; et ce fut dans le même état d'agitation, avec absence de la parole et de toute autre manifestation intellectuelle, que vous l'avez entrevue, pour la première fois, le lendemain matin.

Comme l'administration des remèdes, chez cette malade, était rendue difficile et incertaine par l'impossibilité d'avalier, et que, d'ailleurs, nous ne connaissons guère de médicaments *spécifiques* de la chorée, je vous ai exprimé que force nous serait de recourir à la méthode par les agents physiques de l'hydrothérapie particulièrement, dont vous m'avez entendu souvent vous vanter les ressources dans le traitement des états nerveux en général, et de la chorée ordinaire.

Bien que les procédés calmants de l'hydrothérapie froide (immersion, emmaillotement, draps mouillés, douches) soient plus habituellement conseillés dans les ouvrages de médecine, pour le traitement des états de chorée aiguë, je vous ai exposé les motifs qui, dans les conditions particulières de notre malade, me paraissaient devoir établir la préférence pour les procédés de l'hydrothérapie chaude, entre autres les bains chauds prolongés, que vous savez être administrés avec succès dans certains cas d'excitation

maniaque. C'est en me basant sur les effets physiologiques de ces bains, reconnus dans tous les traités spéciaux, que je vous ai laissé entrevoir des résultats plus sûrs avec ces procédés qu'avec ceux de l'hydrothérapie froide, dont les pratiques, d'après mon expérience, ne sont presque jamais aussi bien acceptées chez les névropathes, et qui court plus de risque, par suite de provoquer des réactions nerveuses propres à aggraver les phénomènes de l'excitation physique ou mental.

Il vous a été permis de revoir cette jeune fille, deux jours après le début du traitement par les bains chauds prolongés et répétés toutes les trois heures ; vous avez été à même de constater, que déjà, une amélioration assez appréciable s'était produite, les mouvements gesticulatoires étaient moins violents, moins généralisés, plus intermittents. Cette première accalmie dans les phénomènes de l'excitation nerveuse et musculaire avait été suivie du retour de quelques heures d'un sommeil léger et interrompu il est vrai, ainsi que de la possibilité d'avaler quelques petites quantités de liquides. La malade vous est apparue, en même temps, dans un état plus voisin de la conscience complète : elle pouvait répondre aux questions qu'on lui posait, d'une manière assez intelligible, quoique la parole restât trainante, interrompue, imitant le begayement. Mais la face n'avait rien perdu de son apparence congestive : elle était aussi rouge et aussi violacée ; la circulation était encore plus accélérée et la température plus élevée qu'à l'état normal.

J'ai cru devoir vous faire remarquer, séance tenante, que cette accalmie, qu'il eut été assez rationnel à première vue de considérer comme de bon augure ne devait pas cependant nous inspirer une trop grande confiance : plusieurs auteurs nous mettent en garde, en effet, contre ces améliorations temporaires, auxquelles succèdent assez souvent une recrudescence et des symptômes de plus en plus graves.

D'un autre côté, les menstrues avaient fait leur apparition ; et, comme l'écoulement du sang était très abondant, dans la crainte de voir aggraver ces pertes, je crus devoir prescrire l'exemption des bains chauds, que je remplaçai par la prescription de l'antipyrine associée à l'opium, deux médicaments dont les effets sédatifs sur le système nerveux sont bien éprouvés.

Mais la période d'apaisement ne fut pas de longue durée. Quatre jours après, je vous faisais revoir la malade en pleine recrudescence : l'agitation était également intense, la déglutition et la phonation n'étaient guère moins embarrassées, et la perte de sommeil presque aussi complète,

et, cela, malgré l'administration de l'antipyrine à hautes doses, associée à l'opium durant le jour, et du chloral avec bromure, pendant la nuit.

Il nous a paru plus opportun, en face de ce retour des manifestations aiguës de la maladie, de tenter de nouveau l'essai des bains chauds prolongés ; nous avons ajouté, en même temps, des ordres pour l'isolement de la malade, vu que la visite de quelques-uns des membres de sa famille et de quelques-unes de ses petites compagnes avait paru provoquer des crises d'excitation.

Depuis cette époque, vous avez été témoins d'une amélioration rapide progressive. A la fin de la deuxième semaine, cette jeune fille, absolument impotente, au début, pouvait se lever et faire quelques essais dans la marche ; les gesticulations des membres étaient partielles et de plus en plus éloignées ; la déglutition et la phonation étaient parfaitement libres, et aucune de ses manifestations intellectuelles ne trahissait un état psychique anormal.

Au fur et à mesure de la disparition des symptômes de l'excitation et de l'agitation convulsive, nous avons éloigné les bains chauds, en en diminuant le nombre et la durée, puis en les faisant suivre d'un léger arrosage à l'eau froide, plus tonique, pour en arriver, durant la convalescence, au procédé très court de la douche *écossaise*, (chaude et froide) administrée une fois par jour seulement.

Au déclin de la phase aiguë, les indications de l'antipyrine, médicament nervin, très utile contre les symptômes d'excitation, nous ont paru plus douteuses, et j'ai cru, dans le but de modifier le terrain nerveux, devoir recourir à la médication arsénicale, altérante et eutrophique. Nous avons donc prescrit cette médication, sous forme de liqueur arsénicale en l'associant à quelques gouttes d'opium, pour en assurer la tolérance ; nous avons choisi le procédé de l'administration des hautes doses, élevées progressivement, selon la méthode remise en honneur durant ces dernières années par Séguin et par Ziemssen : méthode dont vous avez pu apprécier fréquemment les bons effets, dans les services de cet hôpital, dans celui, particulièrement, de mon savant collègue M. le Dr Edw. Turcot, votre distingué professeur de Matière médicale et de Thérapeutique, qui en fait l'application la plus systématique.

Aujourd'hui même, à une époque qui correspond à la fin de la troisième semaine, depuis son entrée à l'hôpital, je vous ai fait voir cette malade, comme prélude de cette leçon, en la faisant venir de son lit jusqu'à vous, l'obligeant à traverser toute la salle. Et malgré l'émotion

nerveuse qu'elle ait pu en ressentir, vous avez pu vous rendre compte que rien, dans sa démarche, ne trahit maintenant une déséquilibre appréciable de l'action musculaire : tout au plus, pouvons-nous remarquer, lorsqu'elle est arrêtée dans la station debout, quelques légers mouvements ou soubresauts, qui laissent soupçonner une gesticulation choréique atténuée.

L'observation de ce cas de chorée, dont vous avez pu suivre l'évolution pas à pas, pour ainsi dire, messieurs, s'éloigne, par plusieurs points importants à noter, comme je vous l'ai déjà fait remarquer, du type de la chorée vulgaire que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique, et même ici, à l'hôpital. Et malgré que la malade, qui en fait le sujet, ait échappé heureusement à l'issue funeste à laquelle la nature et la gravité des symptômes du début pouvaient nous faire penser, il n'en sera pas moins intéressant de nous y arrêter de nouveau, afin de fixer davantage dans votre esprit la connaissance du syndrome et l'interprétation des signes sur lesquels repose la gravité du pronostic, dans cette maladie de Sydenham, que l'on a peut-être trop l'habitude de considérer comme absolument bénigne, lorsqu'il n'existe pas de complications cardiaques.

Mais, avant d'entrer dans cette analyse, il ne sera pas inopportun de vous rappeler brièvement les rapports étroits que la chorée présente avec quelques autres états morbides, qui évoluent souvent sur le même terrain, et dont l'association fréquente a servi de base aux différentes théories émises tour à tour pour expliquer la pathogénie de cette névrose.

Jusqu'à ces dernières années, on a fait de la chorée une maladie purement *rhumatismale*. Cette théorie qui avait été soutenue par G. Sée, Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, Evest, Decroizilles etc, a paru longtemps confirmée par les statistiques qui démontraient la fréquence de la chorée chez les rhumatisants. Cependant, des observateurs de plus en plus nombreux, Charcot en tête, se sont élevés contre cette interprétation trop absolue. Tout en admettant la combinaison fréquente de l'arthritisme avec les maladies nerveuses, le chef de l'École de Salpêtrière ne voit aucun rapport d'identité entre le rhumatisme articulaire et la chorée : le rhumatisme inflammatoire ne jouerait que le rôle d'agent provocateur, et la coexistence de ces deux maladies ne serait qu'un exemple de l'association fréquente, d'ailleurs, des deux diathèses nerveuse et rhumatismale. Il en serait de même pour les maladies infectieuses auxquelles la chorée fait quelque fois suite.

Cette relation pathogénique de la chorée de Sydenham avec les autres maladies infectieuses a été soutenue par Triboulet, Mobius, Leredu etc, avec l'appui de statistiques récentes qui démontrent que cette entité morbide est non seulement commune, en dehors de tout antécédent rhumatismal, mais que les maladies microbiennes paraissent avoir une part assez importante dans ses conditions étiologiques. Cette théorie infectieuse, qui n'exclut pas le rhumatisme articulaire aigu, rendrait bien compte, dans tous les cas, de la fièvre et des troubles circulatoires que l'on observe dans les formes graves.

D'un autre part, il est admis que la chorée se rencontre souvent chez les tempéraments nerveux et qu'elle offre des rapports assez étroits avec les névroses, entre autres l'hystérie, le goître exophtalmique, de même avec la grossesse, qui s'accompagne toujours de modifications plus ou moins profondes dans l'état moral et dans l'innervation cérébro spinale, (*chorea gravidarum*). Ce sont ces faits corroborés par les statistiques qui ont servi à édifier la théorie nerveuse de la pathogénie de la chorée.

Cette hypothèse a d'abord été formulée par Joffroy ; et après avoir été quelque peu modifiée elle fut soutenue par Comby, Bouchut, Pierret Dévic, etc. D'après Joffroy la chorée serait une *névrose d'évolution*, atteignant l'axe cérébro spinal et liée à la croissance : elle est au système nerveux ce que la chlorose est au système circulatoire.

Cette théorie est confirmée par la constance des troubles cérébraux ou intellectuels dans la phase prodromique de la chorée, par l'influence indiscutable des émotions morales violentes, frayeur, mauvais traitements, comme agents provocateurs des attaques, enfin par l'influence nettement appréciable de l'hérédité neuropathologique. Cette hérédité n'est pas toujours directe ou similaire : elle est plus fréquemment dissemblable, et elle peut ne traduire qu'un stigmate de dégénérescence. C'est ainsi que des parents hystériques, épileptiques, ou alcooliques, donneront le jour à des enfants particulièrement susceptibles de prendre la névrose choréique.

La névropathie de tempérament ou de dégénérescence héréditaire serait, d'après Joffroy une condition fondamentale dans la pathogénie de la chorée de Sydenham : les maladies infectieuses, le rhumatisme articulaire, de même que les émotions violentes, ou la grossesse, n'agiraient que comme causes occasionnelles et secondaires, chez les prédisposés par hérédité : c'est le corollaire des idées de Charcot. Cette tare héréditaire de dégénérescence explique la tendance aux récives, et l'association des troubles

psychiques, chez certains choréiques, en même temps qu'elle contribue à déter-miner la gravité du pronostic.

Cette théorie nerveuse à laquelle se rallient de plus en plus les esprits, si elle n'explique pas tout directement, par elle-même, paraît du moins la plus acceptable, d'autant plus qu'elle n'élimine pas, d'une manière absolue, les deux premières, dont chacune contient, peut-être, une part de la vérité ?

J'ai déjà eu l'occasion de vous faire observer, ici, dans nos salles des enfants atteints de chorée, chez lesquels on ne pouvait retracer aucun antécédent de rhumatisme articulaire, et qui mettaient, par conséquent, la théorie rhumatismale en défaut ; mais je ne me rappelle pas qu'il m'ait été donné de vous présenter un cas plus frappant que celui qui fait le sujet de cette leçon, pour appuyer la théorie nerveuse et mettre en lumière l'influence de la névropathie héréditaire ou de dégénérescence, aidée des émotions morales, sur l'origine de la chorée, en dehors de tout antécédent de rhumatisme ou de maladies infectieuses. En effet, cette jeune fille, issue de parents *alcooliques*, qui n'avait d'autres antécédents que la tare héréditaire, en était à une seconde attaque, ou de récurrence, et, dans les deux cas, les troubles psychiques ont été nettement accusés dans la période prodromique de la maladie.

Arrêtons nous maintenant, messieurs, à l'appréciation des éléments symptomatiques qui permettent d'affirmer la gravité du pronostic dans la chorée, et dont la plupart se retrouvent dans l'histoire du cas que nous étudions.

Comme je vous l'ai déjà fait remarquer, ce qui domine dans le pronostic de cette maladie, ce n'est pas autant l'agitation convulsive, la violence ou l'étendue des désordres musculaires, que la co-existence d'autres signes, moins inhérents à l'essence de la chorée, entre autres : *l'âge* du malade, son *état mental*, la *fièvre*, les *troubles circulatoires*, les *paralysies des sphincters*.

Les cas, assez rares, il est vrai, de chorée mortelle, qui ont été rapportés par différents observateurs, concernent tous des adolescents ou des adultes. La chorée généralement bénigne dans l'enfance devient de plus en plus grave à partir de la puberté. C'est ce que Charcot a énoncé d'une manière précise. *L'âge* est donc un élément dont il importe de tenir le plus grand compte dans l'appréciation du pronostic.

Mais l'élément qui domine et qui suivant Dieulafoy, règle le pronostic de la chorée, c'est *l'état mental*. D'une manière générale, on peut dire que le caractère ou l'état intellectuel est toujours plus ou moins modifié chez la plupart des choréiques. On note habituellement le changement

d'humeur, le défaut d'attention, la paresse intellectuelle, l'affaiblissement de la mémoire. Mais ces signes appartiennent plutôt aux formes légères ou de moyenne intensité de la chorée.

Dans les formes graves, qui sont de beaucoup plus rares il est vrai, les troubles cérébraux peuvent atteindre le degré de la folie véritable, avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, agitation maniaque, délire d'action, de persécution, hypémanie, stupeur. Ces symptômes qui constituent une véritable psychose choréique, sont les plus défavorables pour le pronostic, surtout après l'époque de la puberté. "Toutes les fois que chez un choréique, dit le professeur Dieulafoy, dans ses leçons de clinique médicale (1896), surtout quand ce choréique est un adolescent ou un adulte, et, plus encore, quand il y a une tare héréditaire, toutes les fois, dis-je, que vous surprendrez, au début ou dans le cours de la chorée, des troubles mentaux graves, des hallucinations de la vue ou de l'ouïe, en un mot, une véritable psychose choréique, méfiez-vous ; je ne dis pas que le pronostic soit fatalement mortel, mais il est dans tous les cas des plus sérieux."

Quelques autres symptômes qui viennent s'associer aux précédents dans les formes graves de la chorée, ont été décrits par Charcot, comme indiquant une gravité imminente, ce sont : *l'élévation de la température, l'accélération insolite du pouls, l'arythmie cardiaque, la paralysie des sphincters.* Lorsqu'à ces symptômes s'ajoutent la teinte cyanosée des téguments, un amaigrissement très rapide du malade, la diminution ou la cessation des mouvements choréiques suivis de soubresauts des tendons, la disparition brusque du délire remplacé par de la stupeur, on peut prédire la mort à brève échéance.

Quelques observations de cas de chorée mortelle, empruntées aux maîtres de plus d'autorité, fixeront davantage dans votre esprit les signes caractéristiques et l'évolution du syndrome des chorées graves.

Charcot cite le cas d'un jeune homme, âgé de dix huit ans, pris de chorée de Sydenham, limitée d'abord au côté gauche, puis généralisée à tout le corps. A son entrée à la Salpêtrière, les mouvements gesticulatoires furent poussés au plus haut degré ; ils persistaient jour et nuit sans trêve ni repos : le malade très agité se livrait continuellement à des gestes de grande étendue ; il projetait violemment la tête de tous les côtés, faisant les grimaces les plus ridicules et ne tenant ni sur le fauteuil où on l'essayait ni même sur son lit. Les coudes, les parties saillantes des membres commencèrent à rougir par suite des frottements violents.

Quant à son état mental, le malade, dès son arrivée, fait des scènes bruyantes ; il prétend qu'il ne peut supporter l'odeur des salles, il dit qu'il est persécuté, qu'on l'accuse d'avoir eu la syphilis, etc. Les jours suivants, le même état choréique et le même état mental persistent, avec insomnie complète et, de plus, émission involontaire des urines.

Le malade tombe dans un grand état de prostration, il s'amaigrit rapidement, il finit par ne plus reconnaître les personnes qui l'entourent, le pouls est arythmique, très rapide, la température dépasse 40° C. Un moment, il se fait quelque amélioration dans l'état choréique : les mouvements s'amendent, la température baisse ; mais ce n'est là qu'une apparence trompeuse ; l'amaigrissement continue d'une manière étonnante, les mains se cyanosent, le visage révèle la stupeur, des soubresauts apparaissent, et la mort survient le vingt-septième jour de la maladie. L'autopsie ne révèle que des lésions insignifiantes.

Le professeur Dieulafoy rapporte un cas de chorée mortelle, dans son service clinique à l'Hôtel-Dieu, au cinquième jour de la maladie. Le malade était dans un état de perpétuelle agitation qui ne cessait même pas la nuit ; il se livrait à mille contorsions, à mille gesticulations involontaires. Sa tête projetée dans toutes les directions battait les oreillers ; les traits du visage, tirillés en tous sens exécutaient les grimaces les plus variées, les muscles de la langue, de la bouche et du pharynx participaient à ces mouvements désordonnés ; aussi la déglutition était-elle extrêmement difficile et la parole réduite à quelques grognements inintelligibles. En différentes régions, aux coudes, aux genoux, aux hanches, aux talons, la peau étaient comme usée par les frottements, et d'une rougeur érythémateuse.

"Le malade étant incapable de nous donner des renseignements, ajoute le savant professeur, nous avons interrogé les parents. Ils nous ont appris que cette chorée avait débuté, il y a cinq jours ; ils nous ont appris, également, et ceci a une importance de premier ordre, qu'une dizaine de jours avant l'apparition de la chorée, leur enfant avait éprouvé quelques désordres intellectuels ; il s'était mis à tenir des propos incohérents, il parlait seul, il divaguait et manifestait une violente irritation ; il se plaignait amèrement des uns, des autres, alors qu'une enquête prouvait que ses griefs étaient purement imaginaires. Cet état mental, avec diverses hallucinations de la vue, de l'ouïe, dura quatre à cinq jours et fit place à une stupeur à une mélancolie profonde. Ce jeune homme devint morose, taciturne, ne parlant pas, ne mangeant presque plus, et c'est alors qu'éclata la phase

choréique, décrite il y a un instant, phase choréique qui avait été précédée d'une *phase mentale*, bien distincte des troubles intellectuels de la chorée ordinaire."

C'est dans ces conditions que le malade fut admis à l'hôpital. Le pouls devint bientôt notablement accéléré, l'insomnie était complète, et il y eut de l'incontinence des matières fécales. Le cœur était sain, et on ne pouvait retracer aucun antécédent de rhumatisme.

En présence de tous ces symptômes, et muni des renseignements précédents sur la phase mentale associée à l'évolution de cette chorée, il fut facile à l'éminent clinicien de prédire que ce jeune homme ne survivrait pas à la terrible maladie dont il était atteint.

En effet, toutes les mesures prescrites, douches froides, enveloppements dans les draps mouillés, bromure, et même l'antipyrine, médicament qui réussit si bien dans la chorée simple; tout fut inutile. En peu de jours les symptômes les plus graves apparurent; la température devint brusquement très élevée, le cœur irrégulier, comme affolé. A l'intensité des mouvements choréiques succéda un calme relatif (ce qui n'est souvent qu'une amélioration factice) le malade plongé dans la stupeur poussait par intervalles quelques cris inarticulés; l'amaigrissement fut très rapide; une éruption érythémateuse apparut au visage, au tronc, aux membres, et le malade succomba six jours après son entrée à l'hôpital, ou dix jours après le début de la phase choréique.

Je pourrais vous citer d'autres exemples de chorée mortelle, empruntés à différents observateurs: vous y verriez le même syndrome apparaître dans le même ordre et suivre la même évolution jusqu'au terme fatal, sans que l'examen, après la mort, ne soit venue révéler autre chose, du côté du système nerveux, que les lésions banales de la congestion encéphalique ou de l'axe cérébro-spinal: les chorées graves sont plus souvent mortelles par *elles-mêmes*, sans le secours d'aucune complication secondaire.

Qu'il me suffise, pour les besoins de notre étude, de rappeler à votre mémoire, dans un résumé synthétique, les traits communs par lesquels le cas de notre jeune fille, qui fait le sujet de cette leçon, se rapproche des deux observations caractéristiques que je viens de mettre sous vos yeux et qui nous sont fournies par deux des maîtres les plus autorisés dans les études cliniques: âge de la puberté, absence d'antécédents rhumatismaux, phase mentale avec hallucinations, ayant précédé ou accompagné la phase choréique, intensité et généralisation des spasmes convulsifs, agitation extrême, insomnie complète, gêne ou impossibilité de la déglutition ou de

la phonation, cris, vociférations par extension des spasmes au diaphragme et aux muscles respiratoires, incontinence des urines ou des selles, période d'accalmie partielle suivie de récurrence, augmentation de la température, troubles circulatoires, érythème de la peau compliqué d'érosions ou de pustules sur les parties exposées aux frottements.

Si l'on ajoute, pour le cas de notre malade, l'existence d'une tare héréditaire ou de dégénérescence, les conditions d'une attaque de récurrence, qui ne pouvaient qu'assombrir davantage le pronostic déjà si chargé, vous admettez sans peine, messieurs, que les craintes et les réserves que je vous ai exprimées, dès le premier jour, en face de cette malade, étaient plus que justifiées, même si nous n'eussions pas eu, comme avertissement, pour éveiller notre attention, le témoignage de la Religieuse, Maitresse hospitalière, qui nous rappelait avoir vu mourir plusieurs années auparavant, dans ces mêmes salles, à la deuxième ou troisième semaine de leur admission, trois jeunes filles choréiques présentant un ensemble de symptômes à peu près identiques.

Chez cette jeune fille, la phase prodromique, la mise en scène et l'évolution des symptômes de la chorée, durant la première semaine, rappelaient absolument le syndrome caractéristique des malades de Charcot et de Dieulafoy. Ce n'est qu'à l'occasion du début du traitement par les bains chauds prolongés, que la première accalmie s'est produite; l'interruption de ces bains après un répit de courte durée, a été suivie d'une récurrence des mêmes troubles, sans addition, cependant, de nouveaux symptômes plus graves; mais à la reprise de cette médication, l'amélioration a été graduelle et non interrompue; et l'on peut dire que la convalescence, comme vous avez pu vous en rendre compte vous-mêmes, a été plus rapide et plus complète qu'on l'observe généralement dans les cas de chorée ordinaire et de moyenne intensité.

Etablissons maintenant, par les statistiques, le chiffre des chorées mortelles relativement à la généralité des cas:

Sur 158 cas de chorée de Sydenham, G. Sée cite 9 cas de mort. Sur 235 cas observés à la clinique des maladies des enfants, Bonnaud, de Lyon, ne note la mort qu'une seule fois. Ces statistiques laissent entrevoir la différence de gravité que présente la chorée à mesure qu'on s'éloigne de l'enfance pour se rapprocher de la puberté, ou de l'adolescence; en effet, le chiffre très inférieur de la mortalité dans le service d'une clinique de maladies des enfants (1 sur 235) s'explique par l'absence des sujets adolescents qui, au contraire, se rencontrent dans une forte proportion parmi les

malades des hôpitaux ordinaires : voilà pourquoi le service clinique de G. Sée lui a donné 9 cas de mort sur 158 choréiques. En additionnant les différentes statistiques, on est arrivé à établir que la chorée est mortelle, en moyenne, dans la proportion de deux à trois pour cent, ce qui est encore trop.

Arrivons maintenant à l'appréciation des mesures thérapeutiques dont l'utilité est la moins douteuse dans les formes graves de la névrose choréique ou gesticulatoire.

On ne connaît pas encore, comme vous le savez, de médicaments qui aient une action vraiment spécifique dans le traitement de la chorée, même pour ses formes légères ou de moyenne intensité, encore moins pour ses formes graves et associées aux psychoses. Force est donc de recourir à des moyens qui ne sont que palliatifs des principaux symptômes, ou encore à certaines médications qui tiennent plus ou moins à l'empirisme.

L'*opium*, le *chloral* et le *chloroforme*, dont on pouvait beaucoup attendre pour apaiser l'agitation, favoriser le sommeil, et réduire les mouvements convulsifs, ont été conseillés tour-à-tour, systématiquement, le premier par Trousseau, les deux autres par les médecins anglais surtout; mais leur action est restée tout-à-fait incertaine, même entre les mains de ces premiers observateurs.

L'*antipyrine*, conseillée plus récemment, est de tous les médicaments nervins celui qui donne les résultats les plus constants et les plus remarquables dans les cas de chorée aiguë avec agitation et mouvements gesticulatoires bien marqués; elle serait d'efficacité moins appréciable dans les formes de moyenne intensité. A hautes doses (20 à 30 grains) répétées 3 à 4 fois par jour, elle exerce une action favorable sur la marche de la maladie; elle en abrège manifestement la durée, et en diminue rapidement l'intensité.

L'*arsenic* est un médicament qui s'adresse surtout à l'état général. Il a été employé, de longue date, comme traitement systématique de la chorée, avec des résultats plus ou moins contradictoires; il fut abandonné pendant quelques années, puis remis en honneur par le Dr Séguin qui l'administra, à doses très élevées et progressivement croissantes. Cette dernière méthode, dont la tolérance est parfois surprenante, produit des effets vraiment remarquables, chez plusieurs sujets; sa valeur est confirmée par des statistiques qui la font admettre, aujourd'hui, par le plus grand nombre, dans le traitement de certaines formes de la chorée. Contrairement à l'antipyrine, la médication arsénicale exerce son influence la plus

favorable sur les formes partielles ou de moyenne intensité de la chorée, ou encore sur les manifestations du déclin des formes graves, mais non dans les crises aiguës du début.

Mais les ressources thérapeutiques que l'on peut mettre en œuvre contre cette entité morbide n'appartiennent pas seulement aux agents médicamenteux : les plus fondamentales, pourrait on dire, du moins pour certains cas, sont empruntées aux agents physiques de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie.

Ces deux méthodes fournissent, par leurs pratiques variées les modificateurs les plus puissants du système nerveux central et périphérique, et constituant, par suite, l'un et l'autre, des ressources précieuses, lorsqu'il s'agit, non seulement de combattre des accidents nerveux, mais aussi de modifier le *terrain névropathique*. Leur emploi est donc rationnel dans les chorées à formes nerveuses comme dans toutes les autres névroses. L'hydrothérapie est d'un plus grand secours lorsque l'on a en vue, en même temps, des effets généraux sur tout le système ; l'électrothérapie est plus immédiatement utile lorsqu'il s'agit de combattre des accidents localisés, spasmes partiels, paralysies limitées.

Les procédés hydrothérapiques sont très variés ; ce sont ceux de la *balnéation froide* qui sont plus généralement conseillés, dans les traités de médecine, contre les différentes manifestations de la chorée : les procédés *calmants*, (immersion froide, emmaillottements ou enveloppements dans les draps mouillés froids), sont présumées devoir être particulièrement utiles dans les formes aiguës avec agitation très marquée ; les procédés *toniques stimulants* (douches en jet, en pluie,) dans les formes torpides ou de chorée molle ou avec un certain degré de paralysie. D'un autre côté, vous trouvez que les pratiques de l'hydrothérapie chaude (douches, bains chauds ou tièdes, surtout s'ils sont prolongés,) sont indiquées, dans les traités spéciaux comme des moyens puissants pour apaiser l'excitabilité anormale du système nerveux périphérique ou cérébro-spinal. " On peut en tirer le meilleur parti, dit le Dr Bottey, médecin de l'établissement hydrothérapique de Divonne dans les cas d'excitabilité excessive du système nerveux, d'insomnie, d'excitation maniaque, d'état de mal hystérique, etc."

C'est à ces derniers procédés que j'ai cru devoir donner ma préférence lorsqu'il s'est agi d'établir une thérapeutique d'urgence contre les accidents choréiques aiguës que présentait notre malade. D'ailleurs, vous m'avez déjà entendu souvent vous exprimer que d'après mon expérience personnelle la méthode de l'hydrothérapie chaude ou mitigée est celle

par laquelle il est toujours plus sûr de débiter, pour tâter le terrain ou la susceptibilité, chez la plupart des névropathes, sans excepter même les hystériques. Cette méthode est non seulement toujours la mieux acceptée, mais elle est moins perturbatrice et elle ne fait pas courir le risque d'aucune réaction fâcheuse dans l'organisme; d'ailleurs ses résultats, dans l'ensemble, tout en étant plus certains, n'en sont pas moins remarquables, du moins à la période aiguë de la maladie. Il ne serait pas nécessaire d'en chercher d'autre exemple, pour vous en convaincre, que le cas de la malade dont nous étudions l'observation: les résultats favorables que nous avons obtenus, dès les premiers jours après l'administration des bains chauds ont été si frappants et si décisifs, comme vous en avez été les témoins, qu'il serait bien difficile, en justice, de ne pas les mettre au crédit de la médication.

Parmi tous les cas de chorée mortelle rapportés par les auteurs, je ne vois guère que l'on ait songé à recourir à cette méthode: le malade de Dieulafoy, entre autres, avait été traité par les douches froides et les enveloppements froids; Mitchinson rapporte un cas qu'il tint sous l'influence du sommeil chloroformique pendant près de deux jours, avec intervalles de répit, mais sans pouvoir empêcher le retour de l'agitation choréique, au reveil: le malade succomba.

L'électrothérapie, dont l'influence, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, se résume à des effets localisés, ne trouve pas d'indications précises dans les formes graves, aiguës, généralisées de la chorée; de même que la médication arsénicale, elle reçoit ses applications les plus utiles dans les chorées partielles, plutôt molles, ou au déclin des formes aiguës.

Mentionnons, pour terminer, les mesures de précautions hygiéniques, plus accessoires, il est vrai, mais qui ne doivent pas être négligées pour arriver aux résultats les plus complets.

D'abord, pour les malades atteints d'une grande excitation mentale avec des troubles choréiques marqués, l'*isolement* peut être presque aussi nécessaire que dans les cas d'excitation maniaque. D'un autre côté, il ne faut pas négliger de prendre certaines précautions, dans les cas d'agitation très intense, pour empêcher le malade de se faire mal, soit en matélassant les rebords du lit, soit en protégeant les parties saillantes des membres par des enveloppements appropriés.

Je résumerai cette longue étude par les conclusions suivantes:

1^e La chorée de Sydenham, maladie habituellement si bénigne chez

les enfants, devient de plus en plus grave à partir de l'âge de la puberté et peut se terminer quelquefois par la mort.

1° La chorée est une *névrose* de la *croissance* qui atteint tout l'axe *cérébro spinal* : elle est souvent associée aux antécédents du rhumatisme articulaire aiguë ; elle fait quelquefois suite à certaines maladies infectieuses, mais elle dérive plus fréquemment de causes nerveuses, émotions violentes, hérédité neuropathique similaire ou dissemblable, ou tare de dégénérescence.

5° Le tempérament nerveux, la tare héréditaire ou de dégénérescence sont des conditions qui prédisposent aux récurrences et aux formes graves de la maladie en même temps qu'elles favorisent le développement des *psychoses* associées.

2° L'agitation extrême, les mouvements convulsifs généralisés, l'insomnie complète, la fièvre, l'accélération du pouls, sont des symptômes qui doivent éveiller la défiance dans le pronostic et qui ne sont souvent que les signes avant-coureurs d'une issue fatale.

3° Mais c'est surtout l'*état mental*, (délires à formes variées, avec hallucinations de la vue ou de l'ouïe,) qui règle la gravité du pronostic dans la chorée.—(Dieulafoy),

6° La thérapeutique dans les formes aiguës, avec grande agitation, est des plus incertaine : l'*opium*, le *chloral*, le *chloroforme*, l'*antipyrine*, sont les médicaments dont l'utilité est la moins douteuse ; mais il ne faut pas oublier que les agents physiques, surtout ceux de l'hydrothérapie chaude peuvent fournir, dans certains cas, de précieuses ressources au traitement, qu'il importe de ne pas négliger.



REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Par M. le Dr S. A. KNOPF de New-York

Il nous est agréable de pouvoir faire connaître aux lecteurs du BULLETIN, un récent travail de M. le Dr S. A. Knopf de New-York, lu en novembre dernier, devant l'association médicale de l'état de New-York.

M. le Dr Knopf avec qui nous avons passé bien des heures agréables dans plusieurs services des hôpitaux de Paris n'est pas un inconnu au monde scientifique.

Il s'est fait très avantageusement remarquer en Europe comme en Amérique par des publications importantes, notamment sur la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire et en particulier sur les Sanatoria dans leurs rapports avec la cure de la phtisie.

Dans le travail dont nous présentons aujourd'hui le schéma, l'auteur passe en revue les petits signes sur lesquels on peut se baser, en quelques circonstances, pour asseoir un diagnostic de tuberculose pulmonaire le plus près possible de son début, à son éclosion pour ainsi dire. Car plus le diagnostic sera précoce plus facilement la maladie pourra être enrayée.

L'auteur n'entend pas donner à la considération des signes au moyen desquels il est possible quelquefois de saisir sur le vif le moment où la maladie cesse d'être puissance pour devenir en acte, une valeur intrinsèque telle que leur constatation doive toujours entraîner vers le diagnostic phtisie, loin de là. Mais il y a une chose certaine c'est que la constatation de ces petits faits, ces petits signes, ces petites données est souvent suffisante pour faire soupçonner la tuberculose, ce qui est déjà un grand pas de fait, et ainsi stimuler les recherches qui permettent de trouver l'élément, la base d'un diagnostic certain.

On avait cru tenir dans la tuberculine un moyen certain de constater la présence de tubercules silivaires ou en voie d'évolution et, l'engouement du début était grand, tant les résultats paraissaient incontestables et les dangers nuls.

Aujourd'hui on est bien revenu. D'abord des dangers réels existent, dangers de généralisation, dangers de réveiller un ennemi endormi, et ainsi favoriser une nouvelle poussée tuberculeuse, etc. Bref la constatation d'accidents d'aggravation et même de généralisation fréquente est venue jeter de l'eau froide sur l'enthousiasme du début. Puis sont venues les relations de faits appostillées par des maîtres que le tubercule n'était pas le seul à réagir à la tuberculine et que par conséquent la constatation de réaction n'établissait pas jusqu'à l'évidence qu'on se trouvait en présence d'une affection tuberculeuse. Les dangers d'un côté, la non certitude de l'autre qui augmentait encore les scrupules des médecins à faire réagir leurs malades soupçonnés de tuberculose font que cette méthode ne peut être employée pour faire le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

C'est après la banqueroute de ce moyen réputé infallible et non dangereux de diagnostic que l'on s'en retourne au lit du malade et à l'étude des anamnétiques et des autres moyens à notre disposition pour pouvoir asseoir un diagnostic précoce.

Les différentes données sur lesquelles on peut baser un diagnostic précoce de tuberculose pulmonaire sont nombreuses et n'ont certes pas toutes la même importance clinique, mais bien constatées et réunies ensemble elles peuvent fournir une base sérieuse, suffisante pour permettre d'affirmer l'existence d'une affection jusqu'alors insoupçonnée.

Ainsi par exemple, l'homme est plus sujet à devenir tuberculeux que la femme, exception faite cependant pour celles qui accumulent grossesse sur grossesse.

Les pauvres, les mal nourris, sont plus facilement candidats à la tuberculose que les heureux de ce monde ; les célibataires plus exposés que les gens mariés. On croit même que les individus avec cheveux roux sont plus aptes à se tuberculiser que les autres ; mais c'est bien problématique. Les individus à constitution délicate quel que soit la couleur de leurs cheveux si la prédominance aux poils roux se manifeste ailleurs sont assez souvent des prédisposés.

Maintenant les professions sont encore une cause prédisposante et l'excellente table de Tatham montre quelles sont celles qui présentent un plus fort coefficient de nocivité.

M. Knopf croit qu'il vaut mieux ne pas ennuyer les patients par des questions touchant leur hérédité tuberculeuse car on ne peut souvent conclure que par exclusion et en définitive la question la plus importante

est de savoir si le patient a vécu avec des tuberculeux ou suspects de tuberculose pulmonaire. Voilà le point capital. D'autres annamnestiques ont aussi leurs valeurs, le genre de vie, hygiénique ou non, l'abus des liqueurs, mauvais repas, chagrins, inquiétudes, passions déprimantes surtout l'histoire d'une dyspepsie tenace, car les mauvais mangeurs sont trop souvent des candidats à la tuberculisation. De même l'irrégularité menstruelle chez une jeune fille sans cause positive doit être prise en considération et faire craindre une évolution silencieuse de tubercules.

(A suivre)

Journée du tuberculeux sans fièvre au début de la maladie.

Cesser toute occupation fixe.

Habiter, selon ses préférences ou commodités, pendant l'hiver le Midi ou les altitudes; pendant l'été la montagne ou une plage peu ventilée.

Se lever entre huit heures et demie et neuf heures du matin; déjeuner avec un œuf ou un peu de viande froide, du café au lait, du chocolat ou du thé avec du pain et du beurre.

Se promener, en flânant, de dix à onze heures et demie. Se reposer une demi-heure avant le déjeuner. Pendant ce repos, être étendu sur une chaise longue ou assis sur un bon fauteuil et être plus couvert que pendant la marche.

Au déjeuner de midi, absorber un repas ordinaire auquel on joindra 100 à 200 grammes de viande crue, ou deux à trois cuillerées de poudre de viande.

De une heure à quatre heures et demie, rester étendu à l'air sous un abri ou dans une chambre dont la fenêtre sera ouverte. Pendant ce temps, on peut lire. A quatre heures et demie, absorber un ou deux œufs ou du lait.

De cinq à six heures, faire une petite promenade en voiture ou à pied. Pendant l'été, repos à l'air jusqu'à sept heures et demie.

Prendre la température buccale tous les jours, entre quatre heures et demie et six heures, et, si elle dépasse 37°3, ne pas marcher pendant vingt-quatre heures. Cette règle sera applicable au cas suivant :

Dîner ordinaire et se coucher à neuf heures.

Pendant la nuit on peut absorber une tasse de lait.

*Journée du tuberculeux qui est convalescent d'une poussée aiguë
mais n'ayant plus de fièvre.*

Mêmes résidences que dans le cas précédent.

Se lever vers neuf heures et demie du matin.

Déjeuner à huit heures et demie avec du café au lait, thé ou potage, un œuf ou bien du pain et du beurre selon les préférences.

De dix heures et demie à onze heures et demie, petite promenade à pied ou en voiture, ou bien s'étendre dans un jardin de dix heures et demie à midi.

Au déjeuner de midi : deux œufs, 200 grammes de viande crue, légumes et dessert selon les goûts ; pas de café, pas de liqueurs, pas de vin pur, vin avec eau, bière légère, cidre non mousseux.

Repos de une heure à quatre heures et demie comme dans le cas précédent et mêmes occupations jusqu'à sept heures et demie.

Au dîner, volaille, poisson ou jambon ; deux œufs ou des légumes ; pas de dessert. Même boisson qu'au déjeuner.

Se coucher à huit heures et demie. Boire une tasse de lait pendant la nuit.

*Journée du tuberculeux qui a une fièvre légère, d'une durée quotidienne
plus ou moins longue, donnant un écart de plus d'un degré
entre le maximum et le minimum, soit 36°2—37°2.*

Mêmes résidences que dans les deux précédents cas.

A huit heures et demie déjeuner avec du lait ou du chocolat, avec du pain, sans beurre.

Lever à huit heures et demie ; vers dix heures et demie, quand le temps n'est ni humide, ni venteux, ni trop chaud, faire deux fois par semaine une promenade en voiture d'une heure ; se reposer un quart d'heure avant le déjeuner. Pendant la promenade, le malade peut descendre s'asseoir sur un pliant à l'abri du vent et du soleil. Être plus couvert le matin que l'après-midi, parce qu'à ce moment le malade, sans avoir de vrais frissons, a la sensation de fraîcheur précédant l'écllosion de la fièvre qui se manifesterà après son déjeuner.

Déjeuner entre midi et quart et midi et demie ; faire un bon repas composé de bifteck, côtelettes, gigot, rostbeef, purée de légumes, arti-

chauts, choux-fleurs, pommes de terre bouillies, fromage. Eau rougie ou bière légère.

Sieste de une heure et demie à quatre heures et demie, deux œufs ou deux cuillerées à soupe de viande crue, ou de poudre de viande, avec un peu de thé ou de grog.

De cinq à sept heures, lectures ou causeries.

A sept heures et demie ou huit heures, dîner. Viande blanche, poisson ou jambon, un légume ou une compote. Se coucher immédiatement après le dîner.

Si c'est possible boire une tasse de lait pendant la nuit.

Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse 38 degrés.

Même petit déjeuner que dans le cas précédent. Ne pas marcher, ne pas sortir en voiture. S'installer autant que possible dehors, sous un abri, depuis dix heures du matin jusqu'à une heure avant le coucher du soleil. Puis repos à la chambre. Alimentation comme dans le cas précédent. Pour pouvoir faire cette cure à l'air, il importe à de tels malades d'aller l'été dans les montagnes et l'hiver dans le midi, d'octobre à la fin de mai. Pour eux, il est urgent de fuir l'humidité, surtout celle du soir. Quand ils seront étendus sur une chaise longue, leurs pieds ne devront pas même être frotés par les rayons du soleil. Ils craindront le vent fort, mais pourront supporter quelquefois avec avantage une brise fraîche. Toutes ces précautions nécessiteront une orientation et une disposition spéciale des guérites, tentes ou kiosques qui les abriteront. Les guérites devront être facilement mobiles. Dans les tentes les quatre pans de toile pourront être tirés, relevés ou abaissés alternativement. Il en sera de même des kiosques, ou bien ils devront être mobiles, sur pivot. Le tuberculeux doit pouvoir éviter le soleil ou le grand vent sans être obligé de se fatiguer en se déplaçant.

Ces malades après avoir passé l'hiver dans le Midi méditerranéen, pourront maintenant passer l'été dans la montagne sans être contraints de subir les fatigues d'un long voyage. A cinq heures de Cannes, de Nice et de Menton, existent deux stations alpestres, dans lesquelles les malades trouveront des installations confortables, et ces deux stations sont Saint-Martin-Vesubie et Torenc

Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse 39 degrés.

Repos jour et nuit dans le lit, la fenêtre ouverte.

Lait, grogs, hachis, quenelles, viande crue ou poudre de viande, œufs, confitures en trois ou quatre repas pendant les vingt-quatre heures.

Ne pas se déplacer même si on habite une ville.

Attendre une accalmie pour partir, l'hiver dans le Midi, l'été dans la montagne.

Journée du phthisique guéri.

Pendant les deux premières années qui suivent la guérison, il devra prendre tous les matins quatre cuillerées à soupe d'huile de foie de morue ou une bouteille de koumys, lait de jument fermenté.

Faire deux bons repas.

Se coucher à dix heures et se lever à huit heures. Diner rarement en ville et aller très rarement au théâtre, jamais au bal.

Continuer à passer durant ces années, l'hiver dans le midi et l'été à la campagne.

Bien se garder de hâter la guérison par des injections sous-cutanées d'antiseptiques et même de sérum artificiel.

Après ces deux mois de noviciat, le tuberculeux, définitivement guéri, pourra reprendre ses occupations. Mais il devra chaque année se reposer au grand air au moins pendant deux mois, soit en hiver, soit en été. Il évitera toujours le surmenage.

Gazette des Hôpitaux.

Obstétrique

Des injections intra-utérines.—Il y a quelques années seulement les injections intra-utérines étaient distribuées à profusion surtout dans les services hospitaliers ; leur emploi s'est restreint à mesure que leurs indications ont été mieux établies. Le Dr Lecacheur vient d'y consacrer un intéressant travail (*Th. Paris 99*). D'après lui les injections intra-utérines seront pratiquées à titre préventif et à titre curatif.

Préventivement, elles seront toujours utiles, lorsque l'accouchement ou la délivrance auront présenté quelque chose d'anormal. De ce fait, elles sont indiquées après les interventions (forceps, version, basiotripsie), après l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, enfin après la délivrance artificielle surtout si les membranes ne sont pas complètes.

Il faut ajouter que dans les cas de travail prolongé, et lorsque la femme n'a pas accouché avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, il ne sera pas inutile de faire une injection intra-utérine.

A titre curatif, les injections intra-utérines constituent le meilleur moyen de combattre les premiers symptômes de l'infection puerpérale.

Chez toute nouvelle accouchée, dès que les lochies sont fétides, dès que la température s'élève, même d'une façon peu sensible, il est de toute nécessité de faire une irrigation intra-utérine, qui pourra enrayer la maladie.

Si après une première injection, la température ne tombe pas, les injections seront répétées aussi souvent qu'il sera nécessaire ; si malgré ce traitement la fièvre persiste, il faut recourir au curettage.

Les injections intra utérines sont donc d'une grande utilité en obstétrique ; cependant on a porté à leur actif un certain nombre d'accidents qui les ont fait considérer comme dangereuses. Mais, tous ces accidents, hémorragies, perforation, passage du liquide dans les trompes et le péritoine, entrée de l'air dans les veines, peuvent être évités si l'injection est faite avec toutes les précautions nécessaires ; ils ne sont donc pas de nature à en faire rejeter l'emploi.

Il faut, en effet, savoir faire une injection intra-utérine ; le manuel opératoire en est simple. Il est plus facile de faire mettre la malade en travers du lit ; alors l'index ou deux doigts de la main droite vont à la recherche de l'orifice utérin dans lequel ils pénètrent. La main gauche glisse la canule sur ces doigts qui la guident jusque près de l'orifice interne : celui-ci franchi, les deux doigts sont retirés et la main droite dirige alors la canule en tenant compte de l'antéversion de la matrice que la main gauche tente de corriger à travers la paroi abdominale. La canule est ainsi facilement poussée jusqu'au fond de l'utérus.

L'injection est plus facile immédiatement après l'accouchement, le col étant largement ouvert on n'a pas à redouter la rétention du liquide dans l'utérus, ni le reflux dans les trompes. Il n'en est pas de même dans les suites de couches, car, comme le dit Boissard " il faut que les quantités de liquide entrant et sortant soient égales dans un même espace de temps."

Pour cela il faut absolument une sonde à double courant : la sonde métallique de Budin réalise parfaitement ces diverses conditions.

Le liquide employé devra être à la fois microbicide et antipudrique, sans être toxique cependant. On a beaucoup employé le sublimé en solution à 1 p. 1000, on a eu quelques accidents d'intoxication. Lecacheur conseille la permanganate de potasse à la dose de 0 gr. 50 par litre ; l'iode

2 à 3 gr. p. 10 00) ; enfin l'eau oxygénée qui a donné de bons résultats grâce à son pouvoir antiputride. — J. H. M.

Journal des Praticiens.

Traitement des buveurs d'habitude.

Le traitement des buveurs d'habitude, curables, n'est possible, d'après M. Aviat. que dans des établissements spécialisés, que l'on peut dénommer avec M. le professeur Joffroy : Maison de convalescence, d'abstinence et de travail

Se basant sur les conclusions d'un travail de MM. Legrain et Antheaume, l'auteur, après étude de ce qui se fait à l'étranger, admet que cette Maison spéciale pour les alcoolisés curables ne doit pas comporter plus de 200 places, doit être située à la campagne, réaliser la conception d'une colonie agricole et industrielle et fonctionner obligatoirement sur la base de l'assistance par le travail pour faciliter la prolongation de l'internement des buveurs dans l'attente d'une loi spéciale. Elle devra être éloignée de toute agglomération considérable pour éviter la tentation permanente résultant de la proximité du cabaret et l'introduction en fraude des boissons alcoolisées.

A cet effet, l'administration devra demander aux autorités compétentes l'observance rigoureuse de l'art. 9 de la loi de 1881 sur les débits de boissons, article interdisant l'ouverture de débits dans un certain périmètre autour des lieux consacrés au traitement des malades.

Il est indispensable que le régime intérieur des boissons soit, tant pour le personnel que pour les assistés, l'abstinence totale rigoureuse.

Il est désirable que les buveurs curables puissent être maintenus en traitement de 6 mois à 1 an.

Il est urgent que les pouvoirs publics travaillent à la promulgation d'une loi régissant le sort des buveurs d'habitude et permettant leur détention à temps dans des établissements spécialisés pour leur traitement.

En attendant le vote de cette loi spéciale, les récidives pour alcoolisme pourraient être assimilées à des délits nécessitant un traitement pendant un laps de temps déterminé.

L'état actuel de la législation ne permet pas de tirer un parti logique des alcoolisés incurables ; cependant il est urgent que l'administration,

profitant éventuellement des délits commis par ces malades, les hospitalise systématiquement jusqu'à promulgation d'une nouvelle loi, dans les asiles ou services consacrés à l'assistance des aliénés dangereux ou criminels.

Gaz. Hebdomadaire.

La douche nasale.

Par le DR LUBLINSKI.

La douche nasale peut être un moyen de nettoyage au cours d'un traitement local du nez, mais ce n'est jamais un moyen thérapeutique en soi ; le danger de pénétration dans l'oreille et dans le sinus est si grand, qu'il n'est pas permis d'user de la douche nasale sans recommander les plus grandes précautions : pression faible, température de 20° 25°, pénétration par la narine la moins libre afin que l'écoulement se fasse sans obstacle, interdiction absolue de la douche quand l'obstruction est bilatérale, interruption du jet quand le patient éprouve le besoin de faire un mouvement de déglutition. Chez les enfants ou dans les cas où la trompe d'Eustache ne se ferme pas bien, il faut remplacer la douche par la pulvérisation. Après le lavage il ne faut pas se moucher, ni subir de douches d'air, ni s'exposer au froid afin d'éviter un gonflement de la muqueuse.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx.

Contribution au traitement de l'hydrocèle.

Par M. UGO ARTURO BETTI (d'Arrezzo).

L'auteur rapporte deux observations d'hydrocèle dans lesquelles il fit une ponction exploratrice de 1 centimètre cube de liquide, avec une seringue de Pravaz, dans le but de confirmer son diagnostic.

Dans les deux cas les malades guérirent rapidement sans autre traitement.

M. Betti conclut de ces faits, que l'on doit dans toutes les hydrocèles pratiquer l'aspiration d'une petite quantité du liquide au moyen d'une ponction exploratrice. On a là un moyen simple et sans danger qui dans

bien des cas, à la campagne en particulier, pourra rendre de réels services. S'il ne réussit pas, il sera toujours temps d'en venir au traitement classique. (*Gazz. degli Ospedali e delle Clin.*, 21 janvier 1900.)

L. G.

Mariage des épileptiques

Il ne faut jamais conseiller le mariage aux épileptiques, conclut M. ANDRÉ FÈVRE, parce que jamais on ne peut prévoir, dans un cas donné, quelles en seront les conséquences ; et l'auteur insiste particulièrement sur les conséquences dans la descendance. On peut pourtant, quelquefois, ne pas déconseiller le mariage, le laisser faire, mais il faut, dans ce cas, décliner toute responsabilité, prévenir le malade de toutes les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour lui-même, pour sa nouvelle famille, pour sa descendance, lui faire bien comprendre que, s'il échappe à tous les malheurs qui menacent l'épileptique marié, il devra dans ces circonstances, considérer son sort comme une heureuse exception.



REPRODUCTION

Du sevrage.

Par le DR HENRI DE ROTHSCHILD.

Le *sevrage* est la suppression totale ou partielle du lait de femme, remplacé soit par du lait de vache, soit par un autre aliment.

Jadis, c'était une question importante qui préoccupait beaucoup les familles : grâce aux progrès de la science et plus particulièrement grâce à la stérilisation du lait, on peut dire qu'aujourd'hui le sevrage est devenu beaucoup moins inquiétant. Néanmoins, nous devons examiner un certain nombre de problèmes qui s'y rapportent, et qui intéressent tout particulièrement l'hygiène de la première enfance.

I. *Époque du sevrage.*— “ Le sevrage a dit Trousseau, ne saurait se faire en consultant l'almanach. Ce n'est ni à 9 mois, ni à 1 an, ni à 15 mois, encore moins avant ces âges, qu'il faut poser les limites de l'allaitement.” Il faut, en effet, tenir compte de l'état physique et du nourrisson et de la femme qui allaite. Ce sont là deux facteurs qu'il ne faut jamais perdre de vue pendant l'allaitement. Si l'enfant qui est nourri au sein augmente régulièrement et normalement, si ses digestions se font bien, il est manifeste que le lait dont il est nourri est suffisamment riche en matières nutritives, et qu'il n'a besoin d'aucun autre aliment pour compléter sa ration d'accroissement. Si, d'autre part, la femme qui allaite se porte bien, si elle n'a ni troubles digestifs, ni troubles nerveux (insomnies), si, en un mot la lactation ne la fatigue pas, elle peut continuer sans inconvénient à nourrir. Par conséquent, tant que l'enfant ne souffre pas d'insuffisance alimentaire, et tant que la mère par son état physique, est susceptible de produire un lait de bonne qualité, il est indiqué de prolonger l'allaitement, et, par suite, de retarder le sevrage. L'allaitement au sein peut, dans ces cas, se prolonger pendant 9, 10, 12, 15 et 18 mois sans inconvénient, soit pour le nourrisson, soit pour la nourrice.

Dans d'autres cas, vers le 4e, 5e, 6e ou 7e mois, le lait d'une femme peut devenir insuffisant pour l'alimentation du nourrisson, soit que l'enfant

soit plus gros que la normale, et nécessite, de ce fait, une ration d'accroissement plus grande, soit que le lait devienne, pour une cause quelconque, plus pauvre en beurre, et par suite, insuffisamment nutritif. On ne saurait alors, sans faire courir de graves dangers à l'enfant, retarder le sevrage. Aussi, pour habituer le nourrisson au lait de vache stérilisé, et pour parer aux dangers d'un sevrage prématuré et brusque, un grand nombre de nourrissons reçoivent-ils aujourd'hui, dès le 3e ou le 4e mois, de petites quantités de lait stérilisé (allaitement mixte). Par conséquent, le développement anormal d'un enfant, la présence de jumeaux, la diminution de la quantité du lait chez la femme qui allaite, les modifications dans la qualité du lait sont autant de causes qui empêchent de pouvoir fixer mathématiquement l'époque du sevrage.

Quand l'état physique d'un enfant allaité au sein (augmentation de poids, état stationnaire ou diminution de poids) démontre une alimentation insuffisante, on doit compléter l'allaitement au sein avec un autre aliment ; en d'autres termes, on doit procéder au sevrage.

Sevrage brusque et sevrage progressif.—Quand le lait de femme est devenu insuffisamment nutritif, soit par suite de sa quantité, soit par suite de sa qualité, on peut le remplacer soit progressivement, soit brusquement. Autrefois, il était souvent préférable d'avoir recours au sevrage brusque. Aujourd'hui, avec les méthodes nouvelles, on ne saurait conseiller d'avoir recours à cette façon de procéder, qui souvent peut occasionner des accidents. En effet, grâce au lait stérilisé, on peut remplacer progressivement par du lait de vache stérilisé chacune des tétées que l'enfant prend au sein, et cela pour ainsi dire sans que l'enfant s'en aperçoive, à la condition toutefois d'avoir pris la précaution d'habituer le nourrisson à cet aliment, en lui faisant prendre une tétée de 40 à 50 grammes de lait stérilisé par jour à partir du 4e ou du 5e mois.

Si l'on n'a pas eu ce soin, l'accoutumance au lait stérilisé peut être difficile. Cette méthode de sevrage permet donc de remplacer le lait de femme au fur et à mesure qu'il diminue d'abondance ou de richesse, et l'on peut, de la sorte, en pratiquant l'allaitement mixte, retarder de beaucoup l'époque du sevrage définitif.

Cette pratique a donné d'excellents résultats ; on évite ainsi une série d'accidents graves qui surviennent parfois quand on supprime brusquement, du jour au lendemain, le lait de femme, et quand on remplace les tétées au sein par des tétées de lait de vache, prises au biberon. Les conséquences du sevrage brusque sont : 1o le refus de prendre tout aliment

pendant plusieurs jours, refus qui s'accompagne de cris, d'insomnies, d'agitation, diminution rapide du poids de l'enfant et un affaiblissement parfois grave qui lui font perdre en quelques jours les bons résultats obtenus par l'allaitement au sein.

Il résulte de ce que nous venons de dire que l'époque du sevrage est très variable : tel enfant peut être sevré à 6 mois, tel autre à 15 ou 18 mois. Si la mère se trouve dans l'obligation de renoncer à donner le sein vers le 3^e ou le 4^e mois, il est incontestable que ce qui serait le plus avantageux pour le nourrisson, serait de lui donner une nourrice. S'il est impossible d'avoir recours à la nourrice mercenaire, on sera obligé de sevrer l'enfant et d'avoir recours à l'allaitement artificiel avec le lait stérilisé.

Tout autre est la situation quand on est arrivé au 7^e ou au 8^e mois. A cet âge, on peut suppléer à l'insuffisance du lait maternel de plusieurs façons différentes. En effet, à cette période de la première année, on pourra compléter la ration d'accroissement du nourrisson soit par une certaine quantité de lait stérilisé administré au biberon, au verre ou à la cuillère, soit par une soupe très légère faite avec une farine alimentaire quelconque, cuite dans du lait. Suivant l'âge de l'enfant et l'abondance du lait maternel, on pourra donner une, deux ou trois soupes dans la journée. Chacune de ces soupes représentera 3 ou 4 cuillerées à café des poudres alimentaires délayées et cuites dans 150 ou 250 grammes de lait.

Nous allons passer rapidement en revue les aliments autres que le lait que l'on peut donner aux enfants après le sevrage et pendant leur seconde année.

Voici, après M. le Dr Comby, les farines et poudres alimentaires les plus recommandables pour la préparation des bouillies et des panades dont on doit alimenter les enfants du premier âge.

Farines lactées.—La farine lactée est un produit très répandu, à base de lait et de farine de blé. Elle s'obtient par la concentration du lait dans le vide et par l'addition de pain torréfié et de sucres. La farine d'avoine d'Ecosse, très recommandée en Angleterre, contiendrait, d'après ses promoteurs, des principes excitants et fortifiants qui manqueraient à la farine de froment. Elle sert à faire des bouillies au lait, que certains enfants aiment beaucoup. Sous le nom d'*avenaline*, on a préconisé un gruau d'avoine torréfié et diastasé qui rappellerait la fromentine. Mais en France, la farine d'avoine joue un rôle très restreint dans l'alimentation des enfants du premier âge.

Farine de maïs ou maïzaline.—On fait avec de la farine de maïs, tirée du maïs jaune de Bourgogne, des bouillies acceptables qui contiendrait 12 p. 100 de principes azotés, 8 p. 100 de substances grasses, 3 p. 100 de sel, sans parler des féculents et du sucre.

Farine de froment. Crèmes d'orge. de riz, etc. On employait beaucoup autrefois les bouillies au lait faites avec la farine de froment séchée au four; on étendait la farine sur une assiette et on la portait à une haute température, qui la desséchait et la stérilisait.

Ces bouillies sont plus riches que les bouillies de fécules de pommes de terre; elles sont moins riches que les préparations de *fromentine*, substance tirée de l'embryon du blé et qui a pour composition;

Albuminoïdes.....	54,51
Amylacées.....	29,08
Sels.....	6,98
Cellulose.....	12,65

Cette substance conviendrait spécialement aux enfants très délicats; elle doit être délayée dans l'eau avant d'être portée à l'ébullition avec le lait ou le bouillon. Les bouillies faites avec l'orge seraient plus laxatives que les précédentes et se prescriraient dans le cas de constipation.

Crème de Biedert; Crème de Liebig.—La crème de Biedert, très connue en Allemagne, est un lait artificiel de composition assez simple:

Lait pur.....	$\frac{1}{4}$ de litre.
Eau.....	$\frac{3}{4}$ de litre.
Sucre de lait.....	25 grammes.

Ce lait étendu et sucré est préférable à la crème Liebig, dont la préparation est plus délicate et l'emploi plus dangereux.

On fait bouillir jusqu'à consistance mielleuse 16 grammes de farine de froment avec 100 grammes de lait écrémé; on triture 16 grammes d'orge germée avec 32 grammes d'eau et 3 grammes d'une solution de bicarbonate de potasse à 2 p. 100. On fait bouillir le tout et on passe au tamis. Cette mixture n'a pas donné de bons résultats.

Panades de biscottes, etc.—Les panades sont des aliments un peu plus lourds, mais plus nutritifs que les crèmes et les bouillies de farine. Elles conviennent à des enfants plus âgés et jouent un grand rôle au moment du sevrage. Elles se préparent en délayant du pain dans l'eau ou dans le lait et en faisant bouillir avec un peu de beurre et de sel. Pour rendre la panade plus riche, on peut y mêler un jaune d'œuf ou un œuf entier. On

ne doit employer, pour les panades, que le pain grillé ou les produits connus en boulangerie sous le nom de *biscottes de Bruxelles*, *Grissini*, etc.

Les *biscottes* sont des tranches de pain de gruau avec légère addition d'œuf et de beurre, qu'on a portés au four de façon à torrifier leurs deux faces. On fait aussi des biscottes de *légumine*, plus riches et plus azotées que les précédentes, soit avec la farine de légumes secs (haricots, fèves, pois, lentilles), soit avec l'embryon du blé et les graines de certaines plantes papilionacées.

Les *Grissini* sont de petites baguettes de pain ne contenant pour ainsi que de la croûte, et, par conséquent, très favorable à l'alimentation des jeunes enfants. On peut en faire des soupes ou des panades au beurre, au lait, au bouillon. Les enfants peuvent même les sucer et les mâchonner.

Racahout et similaires.—Le racahout des Arabes est à base de riz, de fécule, de cacao et de salep ; il a pour composition :

Cacao torréfié	} àà	60 gr.
Fécule de pommes de terre... ..		
Farine de riz.....		15 gr.
Salep		25 gr.
Sucre.....		1 gr.
Vanille.....		

Le salep, farine retirée des tubercules et rhizomes de certaines orchidées (*orchis bifolia*), manque dans certaines formules :

Cacao torréfié	} àà	40 gr.
Fécule de pommes de terre.....		
Fécule de riz.....		60 gr.
Sucre.....		2 gr.
Vanille.....		

La phosphatine Falières est un mélange de farine de riz, de tapioca, de fécule de pommes de terre, d'arrow-root à parties égales, plus du cacao, du sucre et phosphate de chaux (20 centigrammes de phosphate bicalcique par cuillerée à soupe). Cette farine, très analogue au racahout, dont elle offre le goût, en diffère par l'absence de salep, la présence de tapioca et d'arrow root, l'addition de phosphate de chaux. Ces différentes spécialités servent à faire des bouillies au lait que les enfants aiment beaucoup en général, et dont ils se lassent moins vite que des autres farines.

Arrow-root.—L'arrow est une fécule extraite des rhizomes de plantes cultivées à la Jamaïque (*Maranta indica*, *Maranta arundinacœa*). C'est une poudre très fine qui sert à faire des bouillies au lait assez agréables. Elle a l'inconvénient d'être pauvre en substance albuminoïdes. On peut la rendre

plus riche en la mêlant à d'autres substances qui la rapprochent alors des cacahouts. Le mélange de Husson a eu son heure de vogue, et sa formule doit être rappelée :

Arrow-root.....	}	à 500 gr.
Farine d'avoine.....		
Sucre.....	}	400 gr.
Sagou.....		
Cacao.....	}	à 50 gr.
Phosphate de chaux.....		
Vanille.....		1 gr.

Semoules, tapioca, sajou, etc.—En broyant incomplètement les céréales (blé, orge, riz) et en les débarrassant des parties corticales à l'aide d'appareils spéciaux, on obtient les semoules qui peuvent servir à faire des potages au bouillon et au lait, bien tolérés par certains enfants.

Le sagou, le tapioca sont des féculés retirées de la moelle du sagouier (*sagou faninacca*) pour le sagou, de la racine du manioc pour le tapioca, dit encore sagou blanc

Aucune des substances simples ou complexes que nous venons de passer en revue ne peut prétendre à remplacer le lait de femme, ni même le lait de vache. Employées prématurément, elles conduisent rapidement les nourrissons à la dyspepsie, à la gastro-entérite et à l'athrepsie. Il y a donc un véritable danger à employer avec excès et intempestivement les substances alimentaires autres que le lait. Ces substances peuvent servir à préparer le sevrage ; ce sont des aliments de transition, qui donnent de bons résultats quand ils sont employés avec discrétion, et concurremment avec le lait, qu'ils peuvent aider, qu'ils ne doivent pas remplacer brutalement, et complètement, du jour au lendemain.

Certains auteurs conseillent de donner au nourrisson de petites quantités de bouillon, mais seulement vers le 10^e mois de la première année. Cet aliment est bien toléré par les enfants âgés de plus d'un an, à la condition qu'il soit préparé avec de la viande tout à fait fraîche. De plus, il est indispensable que le bouillon ait été complètement dégraissé et bouilli. Dans ces conditions on peut préparer des soupes avec des farines alimentaires cuites dans du bouillon, on peut donner le bouillon pur, mais en très petites quantités (1).

(1) Certains médecins déconseillent absolument le bouillon pour l'alimentation des enfants du premier âge. En effet, il arrive très souvent que les enfants s'habituent au bouillon, et refusent ensuite de prendre du lait. Ce bouillon est alors nuisant à les alimenter et détermine des troubles du tube digestif.

Pour les enfants âgés de plus d'un an, M. le Dr Marfan propose les menus suivants, qui, alternés, sont admirablement bien tolérés et procurent aux enfants une ration d'accroissement largement suffisante.

Menus pour servir aux repas des enfants âgés de moins de 3 ans

I. Enfants de 10 à 12 mois.—Une bouillie et 5 tétéés, ou 5 biberons avec 200 grammes de lait pur stérilisé et sucré. On doit habituer l'enfant à boire dans un verre ou une timbale.

II Enfants de 12 à 18 mois.—Quatre repas par jour, 2 petits et 2 grands. Exemple : à huit heures du matin, bouillie ou soupe au lait ; à midi, soupe ou potage au bouillon gras, un œuf ou, de temps à autre, un peu de cervelle de mouton, un peu de pain ; comme Loisson, $\frac{1}{2}$ de timbale de lait stérilisé ou d'eau bouillie ; à 4 heures du soir, 200 à 250 grammes de lait stérilisé ; à 7 h. $\frac{1}{2}$ du soir, une bouillie ou soupe au lait. Ces quantités peuvent être augmentées suivant l'âge de l'enfant.

III. Enfants de 15 à 20 mois.—Deux bouillies plus abondantes et 3 timbales de lait stérilisé.

IV. Enfants de 20 mois à 2 ans.—Remplacer de temps en temps l'œuf du repas de midi par du blanc de poulet haché menu ou un peu de poisson frais. Au dernier repas ajouter un peu de purée de pommes de terre ou de crème aux œufs. Si l'enfant est constipé, donner quelques légumes verts. Plus tard, gâteaux secs ou gelées de fruits.

L'extraction des dents.

Par le Dr A. CAUMARTIN, ancien interne des hôpitaux de Lille,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

L'extraction des dents est une des opérations les plus fréquentes de la pratique du médecin, surtout à la campagne.

Le public a tendance à considérer l'extraction d'une dent comme une chose toujours fort simple, et il pardonne difficilement un insuccès.

Or, beaucoup de jeunes docteurs s'installent souvent après avoir fait peu ou pas d'extractions, et toujours après les avoir faites sans principes et sans direction, avec le peu d'intérêt qu'on attache à une opération considérée comme banale.

Cet état d'esprit, à la fois du malade et du médecin, a plus d'une fois causé à l'un ou à l'autre des déceptions au moins désagréables.

C'est pourquoi, sans vouloir donner à l'extraction des dents une importance exagérée, nous avons pensé qu'il pouvait être utile de rappeler ici quelques principes sur ce sujet.

Une première question essentiellement pratique se pose :

Quels sont les instruments nécessaires au médecin ?

Cette question, tous nos confrères se la sont posée au moment de constituer leur bagage de praticien et pour tous le choix des daviers a été un des nombreux points importants de l'installation.

Nous pensons que cinq daviers sont nécessaires au médecin.

Trois pour la mâchoire supérieure.

Deux pour la mâchoire inférieure.

Un mot sur chacun :

Pour la mâchoire supérieure : Un davier dit « baïonnette » à mors de largeur moyenne. Avec ce davier on pourra extraire les incisives, canines, prémolaires, les chicots des molaires et des dents antérieures et au besoin des dents de sagesse.

Deux daviers pour les molaires, un droit et un gauche. Ces dents ont trois racines, deux externes et une interne. Des deux mors du davier, l'un (interne) est creusé d'un seul sillon destiné à saisir la racine palatine, l'autre (externe) porte deux gouttières séparées par une crête qui se prolonge en pointe ; les deux sillons doivent embrasser les deux racines externes pendant que la pointe pénètre dans l'interstice.

Pour la mâchoire inférieure : Un davier « bec de faucon » à mors de largeur moyenne, creusés d'un seul sillon, servira à extraire les incisives, les canines, les prémolaires, les chicots des molaires et des dents antérieures.

Un deuxième davier, également « bec de faucon », sera destiné aux molaires.

Les mors de ce davier sont creusés de deux gouttières séparées par une crête qui se prolonge en une pointe : les deux gouttières saisissent les racines antérieure et postérieure pendant que les pointes s'insinuent entre elles.

Avec ces cinq daviers le médecin pourra faire face aux cas ordinaires.

Quelques praticiens trouveront même ce nombre exagéré et nous en savons plusieurs qui font avec un seul davier toutes les extractions ; pourtant nous croyons cette série indispensable pour ne pas être obligé de faire de l'acrobatie, si on nous permet l'expression, et ne pas s'exposer à des succès.

On remarquera que nous ne conseillons pas la clef de GARENGEOT. Sans vouloir discuter la valeur de cet instrument, la plupart des spécialistes y ont renoncé tout en reconnaissant qu'en certaines circonstances elle peut rendre de grands services.

Ce sont des cas exceptionnels et nous nous sommes placé au point de vue de la pratique courante.

Nous n'avons pas conseillé non plus les différents leviers ; nous savons qu'ils sont souvent très utiles pour l'extraction des racines ou de la dent de sagesse (langue de carpe) ; pour les racines, le médecin emploiera avec succès dans les cas ordinaires le davier baïonnette pour la mâchoire supérieure et le bec de faucon pour la mâchoire inférieure.

Nous aurons d'ailleurs à revenir sur l'emploi des différents daviers, et nous pensons que dans la pratique courante le médecin n'aura pas de mécomptes s'il possède au moins les cinq daviers que nous avons indiqués.

Le médecin, muni des instruments nécessaires, doit savoir d'abord dans quel cas il est opportun de les employer.

Quelles sont donc les principales indications de l'extraction des dents ?

En général, tout malade qui se présente au médecin pour une affection dentaire vient "se faire enlever une dent."

Le médecin doit-il toujours sans discussion, sans examen, satisfaire le patient ?

Nous ne le faisons pas et son rôle consiste précisément à discerner les cas où la dent doit être enlevée et ceux dans lesquels elle doit être conservée.

Il convient d'avoir toujours présent à l'esprit ce principe, qu'une dent naturelle convenablement soignée, vaut mieux qu'une dent artificielle.

La suppression d'un organe n'est d'ailleurs pas un mode de traitement, mais un aveu d'impuissance, la "défaite de l'art", disait SARAZIN.

Cette remarque faite, il est évident que l'on ne peut pas plus sauver certaines dents de l'extraction que le chirurgien ne peut, dans certains cas, sauver un membre de l'amputation.

Distinguons les dents permanentes et les dents temporaires :

Dents permanentes.—Souvent c'est la douleur qui amène le malade : il n'a pas dormi de la nuit, il ne peut se baisser ni faire le moindre effort, ni absorber un liquide chaud sans réveiller immédiatement une douleur atroce, pulsative, qui s'irradie dans tout un côté de la face ; c'est la rage de dents ; il est atteint de pulpite aiguë et ne demande qu'à être débarrassé de sa dent.

S'il s'agit d'une dent fortement endommagée, il n'y a pas à hésiter, l'extraction est indiquée.

Mais, si la couronne est en grande partie intacte, si cette dent a une antagoniste et sert à la mastication, si c'est une dent de la partie antérieure de la mâchoire (incisive, canine, prémolaire) on doit essayer de la conserver.

A l'aide d'une petite curette, on enlèvera couche par couche les débris et l'ivoire ramolli qui remplissent la cavité ; à un certain moment, le malade éprouve une vive douleur, on a touché la pulpe et souvent on apercevra un suintement sanguinolent.

Cette manœuvre suffira généralement pour soulager le malade, car on a donné issue aux gaz et surtout on a permis à la pulpe congestionnée, étranglée dans sa cavité, de s'épanouir pour ainsi dire.

On dépose alors légèrement une boulette de coton imbibée de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.....	}	ââ
Acide phénique cristallisé.....		
Chloroforme.....		

Ou encore l'application d'un antiseptique puissant comme la créosote, faite directement sur la pulpe, arrête presque instantanément les accidents douloureux et septiques." (Cruet).

Quand la pulpe, au lieu d'être à nu, est encore recouverte d'une couche plus ou moins épaisse d'ivoire non ramolli, l'ouverture de la cavité pulpaire avec la curette devient moins facile et le succès est plus douteux. Le traitement palliatif devra néanmoins encore être tenté avant de décider l'extraction.

Le malade saura gré au médecin de l'avoir soulagé en lui conservant sa dent, qui, dès lors, devient susceptible d'être soignée.

Dans d'autres cas le malade souffre encore beaucoup, mais il se plaint surtout que la moindre pression sur une dent déterminée lui est douloureuse ; il peut à peine supporter le contact de la langue sur cette dent qui lui paraît allongée ; il lui semble qu'il mâche " sur du caoutchouc."

Par la percussion dans l'axe de la dent, le médecin réveille une vive douleur.

C'est de la périostite aiguë.

Dans ce cas encore, si la dent peut être considérée comme utile à la mastication, le dégagement de la cavité, l'application d'un pansement calmant et fortement antiseptique peu serré pourra suffire.

Mais si l'affection est plus avancée, si le malade a de la fluxion, le succès est beaucoup plus douteux : il sera difficile pour le médecin d'arrêter la périostite dans son évolution et l'abcès est à peu près inévitable. L'extraction devient alors le seul remède.

Cette ligne de conduite ne peut être évidemment qu'une indication générale et il est bien certain que le médecin sera quelquefois obligé d'enlever des dents qui, cliniquement, devraient être conservées. Ces dents atteintes de pulpite, de périostite, que nous conseillons de garder doivent, pour être utiles, être soignées et obturées dès que la crise aiguë est terminée.

Or, beaucoup de personnes, pour bien des raisons, ne pourront se faire soigner, et c'est leur rendre un plus grand service de les débarrasser d'une dent que de la conserver exposée, faute de soins, à leur causer de nouveaux ennuis plus sérieux. C'est affaire d'appréciation de la part du médecin.

Quant il s'agit des premières molaires, ou dents de six ans, nous pensons que, dans les mêmes conditions, le médecin peut avoir moins de scrupules pour les enlever. Ces dents sont exposées à se carier de plus en plus ; les obturations que l'on y peut faire ne tiennent généralement pas longtemps dans ce tissu friable et peu résistant.

Pourtant, chez un enfant de sept ou huit ans qui n'a pour ainsi dire, que ces dents pour mastiquer, il vaut mieux essayer de les lui conserver un moment encore. Mais s'il s'agit d'un enfant de dix ou douze ans, l'extraction est indiquée et devient bien plus logique à cet âge que plus tard. La deuxième molaire et les prémolaires vont faire ou ont fait leur éruption et combleront le vide laissé, sans compter que du même coup on aura facilité, pour l'avenir, l'éruption de la dent de sagesse. Si, au contraire, on attend pour extraire la dent de six ans que la deuxième molaire soit sortie, le vide ne se comblera qu'incomplètement et la couronne de la dent de douze ans ne pourra que se dévier en s'inclinant sur l'arcade.

L'extraction n'est plus discutable quand la douleur accrue par le malade n'est que le résultat d'une poussée aiguë de périostite sur une molaire malade depuis longtemps. Le médecin découvrira dans ce cas une ou plusieurs fistules sur les gencives.

A plus forte raison doit-on extraire une molaire qui a provoqué des désordres plus graves, nécrose, fistule cutanée, abcès du sinus, etc.....

Même conduite à tenir pour les racines et les chicots, qui causent de la douleur et sont sensibles à la pression ou à la percussion.

Toutefois il conviendra d'être plus circonspect pour les dents antérieures, même quand elles causent des désordres de ce genre, car un traitement approprié permet, dans certains cas, d'obtenir des guérisons inespérées, mais nous tombons ici dans le domaine de la spécialité ; il suffit que le médecin sache qu'il est très souvent possible de conserver les dents à une seule racine, pour qu'il se mette en garde contre une intervention radicale trop précoce.

Le traitement palliatif que nous avons indiqué pourra, dans ces cas, rendre des services.

Quand une affection aiguë ou chronique des gencives ou du maxillaire, un traumatisme, la pyorrhée alvéolaire à la dernière période, aura ébranlé une dent au point d'en faire un véritable corps étranger dans la bouche, capable de gêner et même d'empêcher la mastication, l'extraction sera indiquée.

L'extraction sera également, d'une façon générale, la meilleure thérapeutique à opposer aux accidents d'éruption de la dent de sagesse.

La présence d'une dent surnuméraire, déviée ou anormale, qui provoque une irrégularité apparente de l'arcade dentaire ou blesse les parties molles voisines (joues, etc.), est une indication d'extraction.

Souvent aussi on devra extraire des dents cariées ou même saines "pour faire de la place" aux dents voisines déviées qu'on désire faire rentrer dans l'ordre, mais le médecin non spécialiste aura plus rarement l'occasion d'intervenir dans ces cas qui n'ont rien d'urgent.

Dents temporaires. - En principe, il vaut mieux laisser à la nature le soin de débarrasser les mâchoires des dents de lait, ou au moins on ne doit les extraire que peu de temps avant l'éruption des dents définitives correspondantes. L'arrangement des dents permanentes n'aura qu'à y gagner.

Pourtant on n'hésitera pas à extraire une dent de lait qui provoque des abcès et des fistules gingivales ou cutanées et qui gêne la mastication, surtout si l'éruption de la dent de remplacement est proche.

De même si une dent temporaire persiste quand la dent définitive a déjà commencé son éruption et l'oblige à se placer hors de l'arcade dentaire, il est tout indiqué de l'extraire. Moins on tardera dans ces cas, plus l'extraction sera facile, et moins accentuée la déviation de la dent définitive qui reprendra souvent d'elle-même sa place normale.

Y a-t-il des contre-indications dans l'extraction des dents ?

Nous ne connaissons guère de contre-indication absolue dans la pratique courante.

L'hémophilie, pourtant, mérite d'attirer l'attention ; c'est une diathèse rare, d'aucuns même ont nié son existence ; quoi qu'il en soit, il importe de savoir que des malades ont succombé à des hémorragies consécutives à l'extraction d'une dent.

Aussi il est prudent de s'enquérir de la façon dont se sont passées les extractions antérieures, ou de demander au patient s'il saigne longtemps à a moindre blessure.

On devra employer tous les moyens pour éviter l'extraction chez les gens que l'on peut croire atteints d'hémophilie et ne s'y résoudre qu'à la dernière extrémité en prenant toutes les précautions nécessaires.

La *fluxion* est souvent considérée, au moins par les malades, comme une contre-indication à l'extraction.

Nous pensons qu'elle est tout le contraire ; elle marque la fin de la crise aiguë et le commencement de la suppuration ; l'extraction ouvre donc une voie au pus qui se forme et évite les dégâts plus profonds qui pourraient se produire si on voulait attendre de parti-pris la disparition de la fluxion.

L'extraction est souvent, dans ce cas, plus douloureuse.

Chez les épileptiques, l'extraction réveille souvent un accès ; il suffit de le savoir, pour prendre les précautions nécessaires.

La *grossesse* n'est pas une contre indication absolue ; il vaut mieux l'abstenir si on peut le faire, et employer un traitement palliatif, mais l'extraction peut être pratiquée sans inconvénient, en prenant soin de faire une bonne anesthésie locale qui diminue l'intensité du réflexe.

Les conditions de chaque cas particulier dicteront d'ailleurs la conduite à tenir : susceptibilité de la femme, époque de la grossesse, fausses couches antérieures, etc.

Il vaut mieux également ne pas faire d'extractions à l'époque des menstrues et pendant la lactation ; mais avec les procédés d'anesthésie locale dont on dispose actuellement, on peut se mettre à l'abri des accidents fâcheux quand l'intervention s'impose.

Tels sont les principaux cas en face desquels se trouvera le médecin, à la campagne, loin du spécialiste, dans l'obligation d'intervenir lui-même.

Pas plus que le dentiste, le médecin ne doit être un "arracheur de dents", et il rendra vraiment service à ses malades en sachant faire une sélection parmi les cas qui se présenteront à son observation.

CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES

Traitement du zona par l'acide picrique.

Après l'emploi de l'acide picrique contre les brûlures, dont nous avons parlé dans ce journal, cet agent thérapeutique a été essayé contre le zona. Grâce à son pouvoir antiseptique, dit le Dr Delebecque (*Th. Paris*, 1899), il empêche ou arrête les phénomènes inflammatoires qui peuvent exceptionnellement survenir au niveau des vésicules de l'herpès Zoster. Etant analgésique, il apaise les violentes douleurs névralgiques et calme le prurit intense du zona, il dispense de l'usage des opiacés et des autres calmants. Par ses propriétés kératoplastiques, il facilite la production épidermique et favorise ainsi la cicatrisation : les cicatrices sont douces, élastiques et remarquablement souples. L'acide picrique, en solution aqueuse saturée, ou en solution alcooliques au 1/10 et éthérée au 1/20 est incapable de provoquer le moindre accident du côté de la peau. Loin de provoquer des érythèmes, il les prévient et les guérit. Son efficacité est la même chez les enfants et chez les femmes ainsi que chez les personnes à peau moins irritable. Il est bon cependant d'en user avec précaution chez l'enfant. Le danger de la trop grande absorption et d'intoxication consécutive n'a pas à être redouté ici, car il s'agit de lésions limitées, et la surface d'absorption n'est jamais considérable. En présence d'un zona, on pourra donc essayer l'emploi des pansements picriqués.—M. D.

Les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques

Dans un long article, M. Mossé, professeur de clinique médicale de Toulouse, examine la question controversée de la pomme de terre dans l'alimentation des diabétiques. Après avoir substitué au pain la pomme de terre et avoir fait de nombreuses analyses, M. Mossé croit pouvoir conclure que dans certains cas de diabète de moyenne intensité, particulièrement dans le diabète arthritique, les pommes de terre peuvent être avantageusement conseillées pour remplacer le pain ordinaire pour une période plus ou moins longue.

M. Mossé a pu sans inconvénient donner à un diabète arthritique la dose de 1500 gr. de pommes de terre par jour en guise de pain. La compo-

sition de la pomme de terre est variable. Cependant, d'après M. Balland, 3 kilogrammes de pommes de terre contiennent à peu près la même quantité de matières azotées et amylacées qu'un kilogramme de pain. En règle générale, d'après Coudon et Bussard, les pommes de terre très féculentes se boursoufflent et éclatent en cuisant dans l'eau, tandis que celles qui sont surtout riches en substances albuminoïdes restent fermes et ne se dilatent pas. De plus, la partie centrale des tubercules frais et arrivés à parfaite maturité est la plus aqueuse, la plus pauvre en fécule et la plus riche en matières azotées. Ces observations doivent être retenues par le médecin qui pourra en tirer profit.

(Bulletin gén. de théor.)

Traitement des crevasses du mamelon (OLIVIER)

Les crevasses du mamelon par la douleur, les lymphangites, les abcès qu'elles occasionnent constituent une affection sérieuse. Avant tout il faut s'efforcer de les prévenir en lavant soigneusement et chaque jour le sein dans les derniers temps de la grossesse et en appliquant sur le mamelon un peu de glycérine. Si les crevasses se produisent, on en fera le pansement soit avec des compresses imbibées d'une solution antiseptique, nitrate d'argent, 1 p. 150, acide borique, 4 p. 100, soit avec de la poudre d'aristol, de salol, d'iodoforme. Il est à peine besoin de faire remarquer qu'au moment de la tétée le mamelon doit être soigneusement lavé. Mais ces agents, qui constituent un bon pansement, n'atténuent en rien la douleur produite chaque fois que l'enfant prend le sein.

Le bout de sein en verre, la tétérille, les emplâtres de baudruche ne sont pas des moyens à recommander pour arriver à ce résultat, non plus que la cocaïne qui, entre autres inconvénients, paraît exercer une action défavorable sur la sécrétion du lait.

Les expériences faites récemment avec l'orthoforme donnent à espérer qu'on a enfin un médicament anesthésiant en même temps antiseptique et cicatrisant. On l'emploie sous forme de poudre sèche, ou en solution alcoolique. L'application du pansement n'est pas douloureuse, et l'effet anesthésique dure 24 heures; enfin, l'orthoforme agit énergiquement sur la cicatrisation des crevasses.

(Annales de la Polyclinique de Paris).

Transmission de la vaccine de la mère à l'enfant.

MM. BAR, BÉCLÈRE, CHAMBRON, MÉNARD et COULOMB.— 1^o La vaccination des femmes enceintes avec du vaccin de virulence éprouvée, pratiquée même pendant les derniers mois de la grossesse, quels que soient le nombre et le succès des inoculations, n'assure pas, d'une manière constante et certaine, la transmission intra utérine de l'immunité vaccinale de la mère à l'enfant.

2^o La vaccination des femmes enceintes, quand elle est suivie de la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale de la mère à l'enfant, ne donne à ce dernier qu'une immunité peu durable, comparable à celle que confèrent les sérums immunisants, mais inférieure à l'immunité qui suit, chez le nouveau-né, l'inoculation sous-épidermique du vaccin.

3^o Pour assurer aux nouveaux nés le bénéfice de l'immunité solide et durable que donne seule l'inoculation sous-épidermique du vaccin, il est donc préférable de ne pas vacciner les femmes en état de grossesse, si toutefois, elles ne sont pas exposées à la contagion de la variole, bien que la vaccination n'ait pour les femmes enceintes aucun inconvénient.

4^o Pendant les épidémies de variole, tout au contraire, la vaccination des femmes enceintes est une mesure qui s'impose pour le salut des mères et des enfants.

Traitement de l'acné vulgaire.

Müller donne un aperçu des méthodes généralement employées, parmi lesquelles l'emplâtre de zinc à la résorcine est l'une des plus utiles. Quant au traitement à l'emplâtre mercuriel, il est très prolongé et expose par conséquent aux intoxications.

Müller croit qu'il faut préférer le traitement aux savons : il vante un savon à la résorcine, l'acide salicylique et le soufre quand la séborrhée domine ; un savon au baume du Pérou, au camphre et au soufre quand ce sont des comédons ; le savon au sublimé pour les folliculites. On lave la région atteinte avec l'écume chaude de ces savons et on laisse sécher. Cette méthode aurait donné d'excellents résultats.

Faut-il faire une distinction entre la viande blanche et la viande "noire" ?

On a toujours fait une distinction profonde, surtout pour les brightiques, en disant que la viande noire contenait plus de matières extractives et plus de ptomaines.

Van Noorden s'est élevé contre cette manière de voir et la considère comme inutile et dangereuse. Offen et Rosenquist ont examiné systématiquement la question et ont trouvé que la somme des bases alloxuriques (matière extractives) était presque la même dans les deux espèces de viande. Quoique le mode de préparation ait encore une influence, il semble qu'on exagère beaucoup et qu'on ne doit priver complètement les brightiques de viande "noire".

L'influence du climat sur les maladies nerveuses.

Les principaux points signalés sont les suivants : beaucoup de personnes dont l'équilibre nerveux est instable, quelle que soit l'origine de cette instabilité, présentent des troubles nerveux très accusés lorsqu'elles passent d'une altitude faible à une altitude très considérable. Ces troubles prennent surtout la forme d'agitation générale, d'inquiétude, d'insomnie et de tintements d'oreilles.

Le climat le plus propre à rétablir un système nerveux débilité est un climat sec, froid, ensoleillé, avec un peu de vent et d'une altitude qui ne dépasse pas mille-mètres. La plupart des maladies qui bénéficient d'un climat en bénéficient par l'intermédiaire du système nerveux.

L'air de la mer aggrave certaines formes de troubles nerveux fonctionnels, mais beaucoup moins souvent que l'air des grandes altitudes. Quand on veut relever la faculté de récupération organique compromise par l'âge ou la maladie, il faut n'envoyer qu'avec prudence le malade dans un climat froid, mais il faut néanmoins dans un grand nombre de cas préférer ce climat froid aux climats chauds sur lesquels on le dirige ordinairement.

The New-York Medical Journal.

Tuberculose et fièvre typhoïde

Pour M. Pipet, l'antagonisme signalé entre la tuberculose et la fièvre typhoïde est contredit par l'observation et l'expérimentation.

La fièvre typhoïde est exceptionnelle chez les tuberculeux avancés; elle survient de préférence chez les tuberculeux au début ou chez des tuberculeux latents; elle crée un terrain favorable à l'évolution de la bacillose pulmonaire.

La fièvre typhoïde survenant chez un tuberculeux donne à la tuberculose un coup de fouet, déterminant une poussée aiguë temporaire ou une tuberculose à marche rapide; elle peut, dans certains cas, être associée à une tuberculose aiguë.

Chez un tuberculeux, la fièvre typhoïde semble déterminer la localisation anatomique aux bases du poumon dans un certain nombre de cas.

Elle prédispose à l'infection tuberculeuse pendant la convalescence, et cette tuberculose secondaire a souvent une marche assez rapide.

La tuberculose ne modifie pas en général l'allure de la fièvre typhoïde.

Dans quelques cas, elle donne lieu à une symptomatologie spéciale par l'apparition de certaines complications qui relèvent des deux affections, l'hémoptisie par exemple.

Pratiquement, donc, les typhoïdiques devront être protégés contre la possibilité d'une contagion tuberculeuse.

Gazette Hebdomadaire.



LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

REDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, AVRIL 1900.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La Société Médicale de Québec et le Bill Roddick

Il est indiscutable que l'action de notre Société à l'égard de ce bill a été fort gênante pour ses partisans.

Nous nous demandons comment l'*Union Médicale* peut trouver inopportune, injuste et prématurée l'intervention de notre Société sur cette importante question, quand elle sait parfaitement bien que nous l'avons créée et mise au monde pour la sauvegarde des intérêts professionnels de notre province et de nos districts en particulier ?

S'il fallait en croire l'*Union Médicale*, nous aurions dû attendre que ce bill fut adopté pour le discuter et agir comme nous l'avons fait. Elle nous reproche en tout point d'avoir fait ce qu'elle aurait voulu que nous eussions fait. Si les lecteurs doutent de cet énoncé ils n'ont qu'à lire le BULLETIN et l'*Union* des derniers mois.

Je suis sérieusement attaqué par l'*Union* sur son numéro de mars. Mais comme la correspondance de M. le Dr Oct. Sirois dans la *Revue Médicale*, que nous avons fort appréciée, celle de M. le Dr Faucher dans le dernier numéro du BULLETIN et de M. le Dr Arthur Simard dans le présent numéro sont plus que suffisantes pour faire comprendre à l'*Union Médicale*, une fois pour toute, qu'elle n'a pas donné justice à ses amis de Québec sur cette question et qu'elle a compromis sérieusement du même coup la confiance que notre public médical avait toujours en elle depuis très longtemps. Je me contenterai aujourd'hui de justifier le rapport de la séance du 21 janvier que j'ai fait dans le BULLETIN MÉDICAL du mois de février.

Etant donné que nous avions depuis son origine combattu le bill Roddick, non dans son principe, mais dans sa forme, que nos convictions les plus sincères étaient que ce projet de loi était des plus dangereux et devait être repudié, était-il convenable et rassurant pour nous de le faire surveiller devant les Chambres par ceux-là même qui nous combattaient et se déclaraient partisans de son entière adoption ?

Si, à l'*Union Médicale*, on est capable de croire logique cette manière de voir, nous avons cru, nous, que c'était là un contre-sens. Voilà donc pourquoi j'ai demandé à la Société de faire surveiller, devant la législature, le bill en question par MM. les gouverneurs du district de Québec qui alors s'étaient déclarés contre le bill tel que présenté.

A ce moment je regrettais déjà, en toute sincérité, que cette action tenait à l'encontre des vues du digne président du Collège, mais nous ne pouvions pas non plus abandonner entièrement le sort de notre cause contre ce bill que nous étions en train de repudier avec la plus grande franchise et la plus sincère conviction entre les mains de celui ou de ceux qui d'avance s'étaient prononcés contre ce que nous réclamions d'une voix unanime.

Il peut bien se faire que l'*Union* ait raison, que nous soyions dans le tort, mais deux fois dans le tort sont ceux qui n'ont pas pris la peine, et pourtant ils en étaient bien capables, de discuter logiquement nos raisons et de nous prouver que nos arguments étaient mauvais.

Jusqu'à preuve du contraire nous resterons convaincus que nous étions dans le bon chemin et que nos raisonnements étaient inattaquables.

DR C. R. PAQUIN.

Société Médicale de Québec.

(Séance du Mois de Mars)

Elle est présidée par Monsieur le président honoraire L. J. A. Simard. Cette séance ayant été spécialement convoquée en vue de l'élection des officiers pour 1900, on procéda immédiatement à ces nominations.

Proposé par le Dr Paquin, secondé par le Dr Rousseau : que M. le Dr Ahern soit réélu Président de la Soc. Méd. de Québec. Adopté.

Proposé par le Dr Fortier, secondé par les Drs Paquin et Rousseau que M. le Dr M. D. Brochu soit élu Vice-Président de la Soc. Méd. de Québec. Adopté.

Proposé par le Dr Paquin, secondé par le Dr Faucher : que Mrs les Drs Chs Verges et R Fortier soient élus secrétaires conjoints de la Soc Méd. de Québec.

Proposé en amendement par le Dr Brochu, secondé par les Drs Rousseau et Fortier : que les Drs Paquin et Faucher secrétaires actuels soient réélus secrétaires de la Société.

En dépit des protestations de ces derniers ils sont finalement tenus d'accepter la charge susdite pour l'année courante.

Proposé par le Dr R. Fortier, secondé par le Dr Brochu : que M. le Dr F. X. Dorion soit réélu trésorier de la Société. Adopté.

En résumé le résultat des élections fut le suivant :

Président Honoraire	M. Le Dr L. J. A. Simard
Président Actif	" J. Ahern
Vice-Président	" D. Brochu
Secrétaires conjoints	" { C. R. Paquin P. V. Faucher
Trésorier	" F.-X. J. Dorion.

Des remerciements sont votés aux officiers pour leurs travaux de l'année 1899.

Le trésorier fait lecture de son rapport qui est unanimement adopté, puis la séance est ajournée au mois d'Avril.

Par ordre.

C. R. PAQUIN

Secrétaire.

Le Bill Roddick et l'Union Médicale

Les deux derniers articles publiés dans l'*Union Médicale* à propos du projet de loi Roddick, auraient fort bien pu paraître en un seul, sous ce titre : " Le Bill Roddick, souvenirs et regrets. " Car, on répète la même histoire dans les deux ; il n'y a que le ton qui s'est modifié et dans le second article, au lieu de cet air funèbre tirant les larmes aux plus endurcis qui lisaient les malheurs réellement navrants dont avait été frappé cet infortuné Bill Roddick, nous avons vu apparaître, comme diversion sans doute à notre douleur, le dépit faisant la grimace au milieu de phrases rébuleuses remplies d'amertumes et d'aigreurs.

Il n'y a pas à dire, c'est triste, bien triste, profondément affligeant pour les promoteurs d'abord et surtout pour ceux qui en avaient accepté et le principe et les *principales clauses*.

Et dire que si on avait voulu suivre les conseils de l'*Union*, accepter la ligne de conduite qu'elle avait tracée, la seule parfaite, indiscutable, profondément sage, se recueillir au lieu d'écrire des articles injustes et prématurés dans ces mauvais journaux, et si on avait absolument tenu à avoir sa petite opinion, l'envoyer bien tranquillement, sans *bruit inutile* au comité de surveillance, qui lui, aurait jugé de l'importance, et de l'opportunité de la faire connaître, avec impartialité, tout ne serait pas perdu et nous aurions encore sur le métier à Ottawa, cette bonne loi dont devait tant profiter la profession de cette province !

Quand on ne connaît pas bien ses propres intérêts, voilà ce qui arrive toujours.

Aussi, l'*Union Médicale*, qui s'est constituée le défenseur du bon projet de loi, à principe excellent et qui aurait pu être parfait, paraît il, avec quelques modifications de détails, a-t-elle bien raison d'être chagrine et de nous reprocher amèrement notre campagne. Nous ne pouvons certes pas lui en vouloir, cependant, il y a quelque chose qui nous chiffonne et nous l'avouons de bonne grâce.

Nous nous demandons comment il se fait, que l'écrivain de l'*Union* se soit départi de son grand calme et se soit laissé entraîner par sa mauvaise humeur au point d'oublier toute courtoisie et d'en arriver à répondre aux arguments donnés contre le bill Roddick, par des indécidables, voire même des invectives.

Il lui était si facile pourtant, de répondre aux arguments par des dénégations gratuites, et étayer des raisonnements sur des affirmations également gratuites, comme par le passé. Nous nous y étions faits à ce moyen de défense d'une mauvaise cause et cela nous amusait énormément, de le voir torturer nos phrases et alambiquer les siennes pour avoir l'air d'avoir des arguments sérieux à mettre en vedette.

La colère est toujours mauvaise conseillère, et l'écrivain de l'*Union* a méconnu cette vérité au moins une fois dans sa vie de polémiste.

Mais entendons-nous bien, l'écrivain de l'*Union* qui se fâche tout rouge parce que nous ne voulons pas nous en rapporter au comité pour le règlement de cette question, ne descend pas sur le terrain des indélicatesses et des gros mots, pour les beaux yeux de MM. les Drs Creik et Fiset, nous n'en sommes pas encore là en fait de naïveté, c'est une autre personnalité qu'il croit toujours voir prise à partie. Vous parlez du comité de surveillance, du bureau des gouverneurs, de la profession médicale, l'*Union* vous répond toujours comme s'il s'agissait invariablement du président du Bureau.

M. le Dr Lachapelle s'est prononcé en faveur du principe du bill, en a accepté les clauses fondamentales, nous a dit à Québec M. le Dr Roddick, et comme nous différons d'opinion avec lui nous avons commis un crime à ranger parmi les homicides. C'est une chose entendue, on ne peut plus discuter, prendre une position dans une question à l'étude lorsque M. le Dr Lachapelle s'est prononcé, sans quoi, on l'insulte, ou tente de le représenter sous un jour défavorable, le ruiner dans l'opinion publique; il ne reste plus qu'à joindre les mains, à attendre la bonne parole et se déclarer satisfait. Quand Sobieski avait bu il ne voyait pas de raisons pour que tous les polonais ne fussent pas gris en même temps. C'est la position présente. M. le Dr Lachapelle était confiant, c'était son droit, et l'*Union* nous fait savoir qu'il n'y avait pas de raisons pour que la profession médicale ne le fut pas, autrement elle aurait manqué de respect.

Dans le moment actuel si vous différez d'opinion avec M. le Dr Lachapelle. l'*Union* vous traite de malhonnête, de calomniateur, etc.

Drôle de manière tout de même de prouver l'excellence de la loi Roddick.

Nous avons cru jusqu'à aujourd'hui, que nous pouvions discuter les opinions de qui que ce soit sans encourir le risque d'être traité de malhonnête homme, nous constatons que nous nous sommes trompés étrangement. Cependant que l'écrivain de l'*Union* n'y compte pas, nous ne le suivrons pas sur son terrain.

Il pourra, si cela lui fait plaisir, continuer à incarner toute la question actuelle dans une seule personnalité, essayer de mettre de plus au blanc le bureau de médecine, cela ne changera rien à notre position.

Car, si les personnalités passent, s'effacent, puis disparaissent, la profession et la nationalité restent et toutes les fois que nous croirons qu'il est de notre devoir d'élever la voix pour montrer des dangers et même les combattre, nous le ferons, sans nous préoccuper le moins du monde des ukases et des accès de mauvaises humeurs à le Tsar de toutes les Russies.

Nous continuerons, comme par le passé, à aller droit au but, à essayer de démontrer par des arguments sérieux les bons et les mauvais côtés des projets qui intéressent la profession toutes les fois que nous le jugerons à propos et nous ne nous laisserons jamais arrêter par le fait que notre intervention pourra froisser l'opinion ou déranger les plans de MM. X. Y. Z.

Dans les questions qui intéressent toute une collectivité, chacun représente son opinion, il n'est en somme qu'une unité et pas plus, et son opinion n'a de valeur que lorsqu'elle est appuyée par de bonnes raisons et non par des motifs de convenance et d'opportunité.

Chacun a le droit de demander qu'on le respecte et qu'on respecte son opinion, chose que personne ne conteste, mais on dépasse les bornes de la discussion quand on entend, sans raisons majeures, imposer son opinion aux autres sous le seul prétexte qu'on monopolise le jugement et l'impartialité.

L'Union Médicale peut garder pour elle, ses petites rodomontades et refouler son dépit qui lui fait faire maintes indécidatesses, comme celle, entre autres, de mettre le premier ministre de la province en cause, dans le but sans doute d'avoir l'air de dire quelque chose de bien spirituelle, car, si elle croit avec cela, faire du bien au Bill Roddick et à ceux qu'elle croit voir toujours attaqués, c'est une erreur profonde qui lui apparaîtra plus manifeste encore quand l'heure de la réflexion sera venue.

Que l'écrivain de *l'Union* n'oublie jamais pour sa gouverne que nous mettons les intérêts de la profession au-dessus des personnalités. M. Lachapelle peut, comme c'est son droit, prendre la position qu'il lui plaira dans cette question, comme nous avons nous aussi le droit de le faire; et prétendre qu'on aurait dû envoyer au comité de surveillance nos objections pour là les faire juger avec impartialité par des messieurs qui se sont ouvertement prononcés dans le sens contraire, c'est une de ces idées pyramidales que le dépit seul peut avoir suggérée.

Que M. l'écrivain se rassure aussi à propos de notre attitude avec le bureau. Qu'il n'oublie pas le fait notoire, que la majorité des gouverneurs est opposé au bill et que si le bureau ne s'est pas réuni en assemblée extraordinaire, c'est que le Dr E. P. Lachapelle nous a donné l'assurance que M. le Dr Roddick ne ferait pas passer son bill à cette session.

Qu'il se familiarise aussi avec cette autre idée, c'est que l'immense majorité de la profession approuve la campagne menée contre le bill et que les exhortations au calme, à l'impartialité, à la justice, sonnent mal sous la plume de celui qui commence d'abord par négliger de mettre en pratique ce qu'il prêche ; ceci nous rappelle un vieux proverbe qui dit : " Nombre de gens ont toujours dans la bouche la vertu qui leur manque. "

En attendant, nous restons convaincus que l'écrivain, à bout de ressources a pris la seule alternative qui lui restait, c'était de se fâcher et il s'est fâché tout rouge, oubliant qu'il pouvait peut-être éclabousser ceux qu'il se croit obligé de défendre.

Nous faisons des vœux pour qu'il se rétablisse promptement.

DR ARTHUR SIMARD.

25, Ste-Ursule.

CORRESPONDANCE.

L'INSTITUT VACCINAL

On vient d'attirer mon attention sur une annonce burlesque publiée dans la *Patrie* du 19 janvier dernier. C'est l'annonce prospectus d'un institut vaccinal. On dirait une reclame de l'Huile de St Jacob. Je me serais certainement jamais donné le trouble de relever ces boniments si des amis ne m'eussent prévenu que des personnes intéressées faisaient circuler la rumeur que j'avais abandonné la culture du vaccin antivariolique. Pour ne pas être taxé d'exagération je cite textuellement la dite reclame :

" On ne s'expliquerait plus aujourd'hui les ravages de la picote, étant donné les facilités qu'on possède d'enrayer le mal. Il viendra un temps où le fléau disparaîtra complètement. Alors on ne rencontrera plus de ces belles jeunes filles dont le visage serait plein de grâces et de charmes si l'affreux picote n'y avait mis des traces indélébiles. Les figures ne seront plus trouées comme des écumoières et l'on ne verra plus que des teints de lys et de roses. Je ne connais pas de pays où l'on trouve autant de gens picotés qu'au Canada. On s'y habitue à la longue et en somme ce n'est pas deshonorant mais ce

n'est pas beau. L'humanité doit avoir grand soin de son âme immortelle, mais elle n'est pas tenue d'en négliger l'enveloppe passagère.....

“ Rien ne s'oppose ici à l'emploi du vaccin, ni la religion ni la science, ni l'ignorance, ni le fanatisme”.

Le directeur de l'Institut Vaccinogène du gouvernement de la province de Québec ne s'y oppose même pas !

Cette réclame est accompagnée de plusieurs gravures, chambre pour ceci, chambre pour cela, antiseptie par ici, antiseptie par là, et au milieu d'une vignette on aperçoit la binette du propriétaire, revêtu de sa salopette, posant au petit Pasteur. Je n'ai pas d'objection à ce que ce monsieur pose au petit Pasteur si ça lui fait plaisir, c'est la manie fin de siècle, tous les incapables posent en “scientifique” ; mais je proteste contre ces réclames à la Barnum qui ne sont propres qu'à ravaler la dignité de la profession médicale.

Le petit Pasteur semble ignorer complètement son sujet ou prend les membres de la profession médicale pour des badauds et fait une bévue monumentale en parlant d'antiseptie dans la culture du vaccin antivariolique. Il ne devrait pas ignorer que tous les médecins savent parfaitement aujourd'hui que cette idée est une utopie, que les antiseptiques, comme par exemple le bi-chlorure de mercure, n'ont pas de prédilection particulière pour tel ou tel microbe, mais les tuent tous indistinctement. Par conséquent avec l'usage des antiseptiques dans les inoculations sur le sujet pas de culture de vaccin possible.

Cette réclame bouffonne n'en impose nullement aux médecins, car tous savent aussi aujourd'hui qu'on peut préparer aussi bien un vaccin d'excellente qualité dans un local modeste que dans un palais de marbre, pourvu que ce local soit bien ventilé, bien drainé, mais pas d'antiseptie, seulement de l'aseptie. Par aseptie j'entends les soins les plus scrupuleux de propreté.

Qu'il soit entendu que je ne désire pas faire de réclame ; l'institution que je dirige depuis quinze années est une institution philanthropique et non de commerce. L'excellente réputation de ce vaccin suffit au public ; mais tout de même un court résumé historique de l'Institut Vaccinogène du gouvernement de la province de Québec depuis sa fondation, fera voir la question qui nous occupe sous son vrai jour.

En 1885 existait à Montréal un institut vaccinal, dirigé par feu Dr. Bessey ; malheureusement un vaccin de mauvaise qualité livré au commerce fut la cause d'une émeute assez sérieuse pour nécessiter l'intervention de la force militaire. Comme une terrible épidémie sévissait à cette époque et

que les gens ne voulaient plus entendre parler de vaccination, les autorités aux abois me présentèrent alors une requête signée par le clergé, les médecins de la province, les députés et en tête de la dite requête figura: le nom de Son Eminence le Cardinal Taschereau. J'acceptai avec l'entente que je serais généreusement aidé par les gouvernements. Les temps étaient exceptionnellement difficiles, je me mis tout de même courageusement à l'œuvre. Depuis, c'est à-dire pendant l'espace de quinze années consécutives, par la fourniture d'un vaccin pur et irréprochable, j'ai amené petit à petit la population à avoir confiance dans le vaccin provenant de l'institution que je dirige et aujourd'hui on n'est plus obligé comme en 1885 d'user de violence pour faire vacciner les gens, ils viennent d'eux-mêmes prier le médecin de les vacciner. De plus, chose remarquable, pendant ces quinze années on n'a jamais eu à déplorer un seul cas d'accident causé par l'emploi de ce vaccin. Les institutions de vaccine en Amérique qui peuvent montrer un aussi bon record sont rares. J'ai aussi aidé au Conseil Provincial d'Hygiène, toujours par la fourniture d'un vaccin irréprochable, à sauver la province de plusieurs épidémies de variole. Voilà, il me semble, des états de service qui méritent considération.

Revenons maintenant au propriétaire de ce prétendu institut vaccinal. En 1899, me sentant affecté d'une de ces maladies qui pardonnent rarement, je suis entré en pourparlers avec le petit Pasteur pour lui vendre mon institut. Après avoir établi nos conventions, ce monsieur me demanda de vouloir bien lui donner connaissance de ma manière d'opérer dans la culture du vaccin, s'engageant, sur l'honneur, de n'en jamais tirer parti, si la transaction ne réussissait pas. Le gouvernement ayant refusé de sanctionner (heureusement pour moi puisque ma santé s'est complètement rétablie) ce monsieur, au mépris de sa parole d'honneur engagée, m'écrivit une lettre disant, qu'il regrettait beaucoup de me dire qu'il avait déjà fait certaines dépenses et que conséquemment il se trouvait dans la nécessité de donner suite au projet.

Il est bien vrai que toutes les carrières sont libres, mais dans ce cas-ci c'est tout différent et voici pourquoi. Une institution de vaccine est plus que suffisante, même en temps d'épidémie pour toute la province. Comme à part les temps d'épidémie, il se vend très peu de vaccin, à peine assez pour payer les gages d'un domestique, on comprend facilement qu'une telle institution ne peut subsister sans subvention du gouvernement. Si le petit Pasteur se contentait tout simplement de faire du commerce, je n'aurais rien à dire, c'est son affaire; mais il sait fort bien que sans subvention pas d'existence

possible pour son institut vaccinal; c'est pourquoi après m'avoir pris mes petits secrets il a fait des démarches inutiles auprès du gouvernement pour m'enlever ma subvention, c'est-à-dire le fruit d'un travail de quinze années. Que c'est gentil, n'est-ce pas? Heureusement le gouvernement a répondu à la dernière session que la demande du petit Pasteur n'avait pas seulement été prise en considération, et il en sera de même à la prochaine session si ce monsieur revient à la charge.

Ce prétendu institut vaccinal n'est pas destiné à avoir une longue existence: 1^o parce qu'il ne repose pas sur des bases strictement régulières; 2^o parce que sans subvention c'est à peine s'il pourra faire assez pour payer les gages d'un domestique convenable; et 3^o. parce que je ne me laisserai jamais enlever la subvention.

Si j'ai pris la peine d'écrire ce long article ce n'est pas dans le but de faire de la réclame, comme je l'ai dit plus haut, mais tout simplement pour démontrer au public les petits moyens dont s'est servi le petit Pasteur pour m'enlever une institution que j'ai fondée au prix des plus grands sacrifices.

En terminant je dois aussi déclarer que je n'ai jamais pensé un seul instant que le gouvernement pourrait accorder même une partie de la subvention à une institution inutile et mettre en péril par le fait même l'Institut Vaccinogène du gouvernement de la province de Québec, institution qui a fait ses preuves, qui donne au public toutes les garanties désirables étant sous la direction immédiate du gouvernement.

Au public de juger.

DR. ED. GAUVREAU

Directeur de l'Inst. Vacc. de la Province de Québec

BIBLIOGRAPHIES

Le 15 février dernier a paru, dans les bureaux de l'Institut de Bibliographie à Paris, le No 1, pour l'année 1900, de la *Bibliographia Medica*, publication consacrée à la *Bibliographie Internationale des Sciences Médicales*, sur le modèle de l'*Index Medicus* américain dont elle continuera les traditions scientifiques, si appréciés de tous les bibliographes contemporains. Grâce aux directeurs de ce recueil, MM. C. Potain, membre de l'Institut, et, Charles Richet, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris, de notables perfectionnements seront apportés à la rédaction; et la classification sera absolument méthodique.

Le recueil nouveau, mensuel comme l'*Index Medicus*, contiendra environ quatre mille indications bibliographiques par numéro de 80 pages, c'est-à-dire cinquante mille par an, au minimum.

Le prix d'abonnement, malgré cela, ne sera que de cinquante francs pour la France, et soixante francs pour l'étranger, au lieu de 125 francs. Nous ne pouvons souhaiter trop de succès à une œuvre aussi utile, mais aussi si difficile.

Les Aliénés devant la loi.

Par le Dr GEO. VILLENEUVE, Montréal.

M. le Dr Villeneuve a eu l'excellente idée de réunir sous forme de brochure sa magnifique étude médico-légale sur "Les Aliénés devant la loi", déjà publiée dans l'*Union Médicale*.

Inutile de recommander ce travail très utile au praticien qui depuis longtemps attendait un guide sûr et complet, tel que celui du Dr Villeneuve qui a voulu faire bénéficier ses confrères de son expérience et de ses labeurs.

Nous voyons avec une joie bien sincère l'un des nôtres rompre le silence par trop profond qui étouffe notre petite littérature médicale canadienne-française, et nous espérons que son succès sera un puissant encouragement à tous nos confrères et surtout à son auteur qui le mérite à coup sûr.—P. V. F.

CONFÉRENCES POUR L'EXTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS, *Anatomie, Pathologie et Petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8 de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er Janvier. Chaque fascicule: 1 fr. Librairie J.-B. Ballière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du *concours de l'externat* et dont il juge par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débiter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique: par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils ont donné la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

Note au Praticien.

On vante beaucoup le **Sanmetto** comme remède interne dans les affections des organes génito-urinaires, surtout dans les maladies de la vessie et de l'urèthre, cystites, orchites, uréthrites, etc.