

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

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

SOMMAIRE

PAGES.
323 — **Programme**..... LA DIRECTION

MÉMOIRES.

- 325 — Œdème sur aigu du poumon..... *Le Sage*
343 — Eléphantiasis congénital..... *Dubé*
346 — L'urgence de l'intervention chirurgicale en matière d'ap-
pendicite..... *Parizau*
352 — Un cas de sarcome de l'orbite..... *Boulet*

REVUE GÉNÉRALE.

THÉRAPEUTIQUE.

- 356 — Le traitement de la pneumonie franche..... *Hervieux*

HYGIÈNE

- 362 — La peste bubonique..... *Benoit*

SOCIÉTÉS.

- 371 — Comité d'études médicales..... *Benoit*

ANALYSES.

MÉDECINE.

- 373 — Un cas d'hyperthermie hystérique. — Endocardite aiguë
végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pul-
monaire. — Compression du poumon droit par des
ganglions du médiastin de nature probablement
tuberculeuse. — Inoculation préventive contre la
fièvre typhoïde au moyen du vaccin typhoïdique.. *Dubé*
Un autre cas de fièvre typhoïde sans lésions intestinales
avec réaction de Widal. — Alimentation dans la
fièvre typhoïde..... *Le Sage*

CHIRURGIE.

- 378 — La pleuresie appendiculaire..... *Marien*

OPHTALMOLOGIE.

- 380 — Névrite rétrobulbaire rhumatismale. — Hydropisie en-
kystée de la bourse de Ténon..... *Boulet*

GYNÉCOLOGIE.

- 381 — Mort à la suite d'un injection intra-utérine de chlorure de zinc. — De la valeur des irrigations rectales en gynécologie. — Le Peroxide d'hydrogène contre les hémorragies utérines. — Prévention des maladies utérines avant et après la puberté. *Harwood*

OBSTÉTRIQUE.

- 383 — De la mort apparente du nouveau né. *Dubé*
 Quand est-il indiqué d'interrompre la grossesse chez une femme enceinte albuminurique? — Prophylaxie de l'hérédo syphilis. — Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par le chlorhydrate de cocaine *Le Sage*

PÉDIATRIE.

- 388 — Consultations de nourrissons *Dubé*
 Le tabes chez les enfants. *Le Sage*

THÉRAPEUTIQUE.

- 389 — Sur le traitement du rhumatisme à l'hôpital. *Dubé*
 Le cacodylate de soude dans la choree et la tuberculose pulmonaire. — Cure radicale de l'épithélioma par l'arsenic. — Traitement des pleurésies purulentes aiguës. *Le Sage*

PHARMACOLOGIE (formulaire).

- 394 — Aménorrhée. — Bronchorrhée fétide. — Eczéma du cuir chevelu chez les enfants. — Erythème des fesses chez les enfants. — La formaline dans la tuberculose pulmonaire.

VARIA.

- 395 — Un legs du professeur Tarnier. — Un accouchement post-mortem. — Un cas de superfœtation. — Une consultation chez l'empereur de Chine. — Fécondation artificielle. — Découverte d'un temple d'Esculape. — De la chirurgie sans le vouloir. — Le bill Tellier.

BIBLIOGRAPHIE.

- 399 — S. A. Knopf. — Les Senatoria. — Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire. *Dubé*
 Les Carabinades, par le Dr Choquette. *Benoît*
 Précis de toxicologie clinique et médico légale, par. . . . *Libert*

PROGRAMME

L'UNION MÉDICALE du Canada entre aujourd'hui dans une phase nouvelle de son existence.

Les nouveaux propriétaires de l'Union ont parfaitement conscience des sérieuses obligations morales qu'ils assument. Ils savent que cette Revue médicale a déjà fourni une carrière bien remplie de vingt neuf années de lutttes pour l'existence et de travail constant, pour la dissémination, au Canada, des idées scientifiques courantes et plus spécialement ces rapides progrès de la science médicale.

Fondée en 1871 par les docteurs Rottot, Dagenais, L. J. P. Desrosiers et un comité de 25 médecins, l'Union eut plus tard comme rédacteur le docteur George Grenier.

Après quelque temps le docteur E. P. Lachapelle assumait la direction du journal, messieurs S. Lachapelle et J. B. A. Lamarche s'attachant à la rédaction.

Le dernier propriétaire de l'UNION MÉDICALE fut le docteur J. B. A. Lamarche qui s'adjoignit successivement, comme rédacteurs MM. Hughes E. Desrosiers, M. Brennan et E. P. Benoit.

Ces Messieurs firent de l'UNION MÉDICALE du Canada une œuvre d'un mérite réel, sans en attendre de bénéfices matériels.

Inutile de dire que la nouvelle direction se propose de marcher sur les traces de ses devanciers. Tout le monde sait du reste, que la publication d'une revue scientifique n'est pas le moyen le plus sûr de parvenir rapidement à la fortune.

Mettant donc de côté tout intérêt personnel tout esprit de coïerie nous donnerons sans compter à l'UNION MÉDICALE notre bonne volonté, notre travail, pour en faire une publication qui continuera de répandre dans la profession médicale du Canada

les saines idées médicales qui ont cours de par le monde scientifique.

Dans ce but chaque numéro contiendra quelques travaux originaux sur des sujets médicaux ou simplement scientifiques.

La division du travail rendant ce dernier plus facile, nous nous chargeons aussi de publier chaque mois, une analyse aussi complète que possible de tout ce qui paraîtra de plus instructif et de plus intéressant dans les revues médicales étrangères ou canadiennes.

Pour donner plus de valeur à cette partie de notre journal, nous nous ferons un devoir de laisser à chacun, selon sa spécialité, le soin d'analyser les articles traitant de sujets spéciaux: la médecine aux médecins, le chirurgie aux chirurgiens. Nous espérons que les analyses auront de ce fait un cachet particulier d'intérêt qui les fera mieux goûter des lecteurs de l'Union.

Chaque numéro de l'UNION MÉDICALE apportera aussi la publication des différentes sociétés savantes du pays ou de l'étranger.

Nous invitons bien cordialement tous les confrères de bonne volonté et d'étude à collaborer à notre œuvre qui est, un peu, l'œuvre universelle au pays. Plusieurs déjà nous ont promis leur entier concours; nous tenons à les en remercier d'avance et nous disons à tous que nous ne marchanderons jamais l'hospitalité, à une publication de travail original, d'analyse ou d'observation personnelle.

Mais afin de ne pas nous laisser distraire, rédacteurs, collaborateurs et lecteurs, des travaux sérieux que nous entreprenons de concert, la direction s'interdit considérément toute polémique acrimonieuse.

Voilà, chers collaborateurs, la ligne de conduite que se trace la nouvelle direction.

Notre programme est simple et notre but, unique: Travailler à notre avancement scientifique en répandant par tout le pays les idées nouvelles qui germent dans les centres intellectuels du monde entier.

LA DIRECTION.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

MÉMOIRES

ŒDÈME SUR-AIGU DU POUMON (1)

Par J. A. LESAGE

Docteur en médecine de l'université de Paris, professeur agrégé à
l'Université Laval, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

MESSIEURS.

Depuis quelques mois j'ai eu l'occasion d'observer dans ma clientèle trois cas d'œdème aigu du poumon à la suite de néphrite chronique. La gravité exceptionnelle de cet accident m'avaient alors suggéré certaines réflexions que j'ai l'honneur de vous communiquer ce soir. Souvent, en effet, la néphrite se complique de congestion pulmonaire se révélant à l'auscultation par la présence de râles fins sous-crépitaux qui s'immobilisent durant des semaines et même des mois et qui sont un épiphénomène fréquent au cours des affections des reins. Le médecin généralement les néglige ou même, ce qui est plus grave, les ignore, pour ne penser qu'aux accidents cérébraux beaucoup plus fréquents dans son esprit et presque les seuls à appréhender, croit-il. Il est, cependant, à notre sens, un accident beaucoup plus redoutable que le coma urémique, c'est la crise de l'œdème aigu du poumon.

Le premier, le coma urémique, est prévu depuis longtemps par le médecin; c'est la phase ultime de l'impotence fonctionnelle des organes d'excrétion: tout le monde est averti dans l'entourage du malade, et ce dernier même est instruit des dangers qu'il court.

(1) Communication faite au Comité d'Études médicales, mai 1900.

Le second, au contraire, l'œdème aigu, arrive soudainement sans aucun signe précurseur, alors que la santé est apparemment bonne. Le médecin avait bien, il est vrai, constaté à différents intervalles la présence d'albumine dans les urines, mais une diète sévère avait empêché toute complication; les petits accidents avaient disparu laissant le malade et le médecin absolument rassurés; lorsque tout-à-coup, au milieu de la nuit, un malaise particulier se fait sentir accompagné d'une gêne respiratoire excessive; bientôt le malade peut à peine respirer, il expectore en vain des flots d'une écume rosée, spumeuse, la face devient congestionnée, les lèvres sont cyanosées, les extrémités se refroidissent, et trop souvent la mort arrive au milieu de l'étonnement des membres de la famille, à la grande surprise du médecin et avant même qu'on ait pu le secourir d'une manière efficace. Voilà un accident dramatique, néanmoins, une intervention prompte peut, dans un grand nombre de cas, empêcher un dénouement aussi fatal: il importe donc d'en être avertis afin de s'armer contre lui. Au reste, les quelques observations suivantes prouveront, mieux qu'une simple affirmation la nécessité et les bienfaits d'une thérapeutique énergique.

1ère Observation. — C'était en juin 1898, à 10 hrs p. m. je revenais tranquillement chez moi, lorsque, par hasard j'aperçus, à quelque distance, une femme qui se dirigeait de mon côté. Elle marchait péniblement et semblait être prise d'un violent accès de toux — je dirais volontiers de suffocation — qui me fit croire à la nécessité de la secourir sur le champ.

Je me hâte, et, à mon grand étonnement, je me trouve en présence d'une personne âgée d'environ soixante ans qui présentait tous les symptômes d'une lésion pulmonaire grave. Elle essaie de me faire comprendre, son nom, son adresse, qu'elle étouffe, qu'elle a une maladie de cœur, qu'elle se sent engourdie, en un mot qu'elle va mourir, au même instant elle tombe à la renverse. J'appelle au secours et, aidé de quelques personnes, nous la transportons dans l'appartement le plus rapproché: je fais de vains efforts pour la ranimer, malgré les trop faibles ressources dont je pouvais disposer à ce moment, l'attaque étant absolument foudroyante, tout fut inutile; cette femme était morte sous

le coup d'une asphyxie imminente, à l'endroit même où elle s'était évanouie. Ses yeux semblaient vouloir s'échapper de leurs orbites, la face était cyanosée et des flots d'une écume spumeuse et finement teintée en rose s'échappaient de son nez et de sa bouche.

Je pris des renseignements auprès des membres de sa famille. Je consultai son médecin habituel. Ce dernier me raconta l'histoire de deux attaques à peu près identiques, mais moins sévères, qu'il avait jugulées assez rapidement par un traitement énergique : purgatifs drastiques, ventouses scarifiées sur la poitrine, sinapismes aux jambes, régime lacté absolu durant un mois. Il mettait au compte des bronchites à répétition ces crises si singulières qui eussent certainement éveillé l'attention d'un médecin plus avisé. La présence d'albumine dans les urines n'avait pas incriminé d'autre organe que le rein. Il n'avait établi aucune relation de cause d'effet ; la mort subite, chez cette femme, était restée inexplicable si ce n'est par une attaque d'apoplexie, car me dit-il, cette personne n'a jamais souffert " de maladie de cœur." J'étais convaincu, à ce moment, que cette femme avait succombé à une troisième attaque d'œdème sur-aigu du poumon à la suite de sa néphrite malheureusement trop tôt guérie pour ne pas dire entièrement méconnue.

2e Observation. — En juillet 1899, j'étais appelé en toute hâte, durant la nuit, auprès d'une dame dangereusement malade. C'était une femme très obèse, âgée d'environ soixante-deux ans. On me raconta que, pour la troisième fois depuis cinq ou six mois, cette dame était prise d'une attaque de suffocation soudaine et sans signe précurseur immédiat. Elle s'était mise au lit, trois ou quatre heures auparavant, sa santé était apparemment très bonne. Tout-à-coup, vers 11½ hrs p.m. elle se sent mal à son aise et sa respiration est très embarrassée, la gêne augmente rapidement, elle craint d'étouffer. Elle se lève précipitamment, ouvre la fenêtre afin de respirer mieux et définitivement s'affaisse dans un fauteuil où nous la trouvons à notre arrivée : je vois la malade pour la première fois, et, au premier abord, je pense immédiatement à une attaque d'asthme. Sa figure est cyanosée, la cornée est presque insensible, les doigts

sont bleuâtres, la respiration est très-embarrassée, précipitée: le pouls est petit, mou, très rapide, 130 à 140 pulsations à la minute. A l'auscultation, les bruits du cœur sont imperceptibles et entièrement couverts par des râles sibilants et une véritable pluie de râles fins sous-crépitants qui envahissent les deux poumons: les jambes sont légèrement œdematiées aux malléoles, les paupières sont bouffies, la malade tousse et expectore de temps en temps un liquide spumeux, rosé. Cet examen rapide me fit poser le diagnostic d'œdème aigu du poumon. Nous verrons dans la suite qu'il y avait de la néphrite chez cette dame. Je formulai sur-le-champ un traitement énergique: saignée de 400 grammes environ, sinapismes aux jambes, ventouses sèches dans le dos, piqûres d'éther: je ne prescrivis ni morphine ni aucun narcotique. J'en donnerai les raisons plus loin. La nuit fut médiocre malgré un soulagement réel. Le lendemain matin, la malade respirait déjà mieux et, depuis plusieurs heures elle se sentait pour ainsi dire revenir à la vie. Je prescrivis 30 grammes d'eau de vie allemande et une égale quantité de sirop de nerpruns: régime lacté absolu. A cinq heures p.m. l'amélioration se continuait: la respiration se faisait librement et les râles avaient presque totalement disparu aux deux sommets pour se limiter aux bases, le pouls était à 90. Trois jours après cet accident, la malade était rétablie et au bout de la sixième journée, elle pouvait vaquer à ses occupations habituelles.

Un examen complet fait à ce moment ne révéla aucune lésion des orifices cardiaques, on percevait encore un très léger bruit de galop: les urines, plus abondantes, donnaient encore des traces d'albumine qu'une diète lactée sévère fit disparaître.

J'ajoute que cette dame a succombé 6 mois après, à une autre attaque probablement identique à celle-ci. Je n'ai pas eu l'occasion de la revoir à ce moment, c'est le médecin le plus rapproché qui fut appelé, elle demeurait en dehors des limites de la ville; mais je suis disposé à croire qu'elle mourut dans les mêmes conditions car ces malades sont prédisposés à des crises ultérieures.

3e Observation. — Il y a quelques semaines, j'étais appelé auprès d'un homme âgé d'environ cinquante ans, dangereusement malade depuis deux jours. Depuis une année ou plus on me dit qu'il avait eu de fréquents accès d'étouffement. Dès

ventouses scarifiées, des bains sinapisés, des purgatifs et une diète sévère avaient eu raison de ces attaques aussi subites qu'imprévues. Durant la dernière crise, avant celle-ci, la "néphrite aiguë" était entrée en scène et l'analyse des urines avait révélé la présence d'albumine. L'accès d'aujourd'hui menaçait de devenir plus sérieux; malgré l'énergie du traitement, le mal ne semblait pas vouloir rétrocéder; le cœur entraînait déjà en dilatation aiguë lorsque nous voyons le malade pour la première fois. La respiration était très pénible, très accélérée, les lèvres étaient bleuâtes et la face était congestionnée: le malade avait encore pleine connaissance de ce qui se passait autour de lui, mais, de temps en temps, il divaguait, le pouls, intermittent, était à 130, la température à 102. A l'auscultation, nous entendions dans toute l'étendue de la poitrine des râles fins, sous-crépitants; la toux semblait opiniâtre et chaque petit accès était suivi d'une expectoration de liquide mousseux, rosé, en petite quantité. Le médecin de la famille avait déjà fait une piqûre de strychnine et "deux piqûres de morphine". Nous conseillons sans hésiter une bonne saignée que nous pratiquons sur-le-champ; nous extrayons ainsi à peu près 450 grammes de sang. Le soulagement fut léger et de courte durée, le cœur était incapable d'un nouvel effort: nous faisons des piqûres d'éther, nous ordonnons un lavement, tout fut inutile: durant la nuit le malade s'endormait de son dernier sommeil, noyé pour ainsi dire dans des flots d'écume bronchique. La morphine avait-elle aidé l'urémie, ou bien cette dernière avait-elle accompli toute seule la tâche de tuer son homme?... La dernière hypothèse est la plus probable, mais laissez-moi vous dire ici "que tous les narcotiques, sans exception, sont absolument prohibés dans l'œdème suraigu du poumon."

M. Dieulafoy (1) rapporte, à ce sujet, le fait suivant. Un jour on amène à l'Hôtel-Dieu un homme de 45 ans, typographe, qui avait été pris subitement de suffocation dans la rue. "La face est congestionnée, les extrémités sont bleuâtes, la respiration est anxieuse et précipitée, le pouls misérable et accéléré. A l'auscultation la poitrine est remplie de râles sibilants accompagnés d'une véritable pluie de râles fins sous-crépitants répandus dans les deux poumons. Le malade tousse et expectore en abondan-

(1) Bulletin Médical, 3 nov. 1897.

ce un liquide mousseux, spumeux, rosé. Les paupières sont bouffies, les jambes sont légèrement œdématisées, la température est abaissée à $35^{\circ} 2$ et les quelques gouttes d'urines rendues par le malade sont fortement albuminuriques. L'étude raisonnée de tous ces symptômes et leur groupement fit poser le diagnostic d'œdème suraigu du poumon.

Le traitement fut institué immédiatement; ventouses scarifiées et saignée de 300 grammes. L'effet fut presque immédiat, tous les signes alarmants disparurent presque à vue d'œil.

Le malade est soumis au régime lacté, et on lui administre une dose journalière de 20 grammes de vin diurétique de Trouseau.

Le lendemain le malade était à son aise on entendait un léger bruit de galop, les râles de la veille étaient limités aux deux bases, les urines augmentaient en volume.

L'histoire antérieure de ce malade contenait des petits signes de brightisme qui étaient passés inaperçus et c'est dans le cours de ce petit brightisme que l'œdème pulmonaire avait éclaté avec menace d'asphyxie.

M. Giraudeau, médecin des hôpitaux de Paris, rapporte qu'un jour il fut appelé dans la nuit auprès d'une dame de soixante-dix-neuf ans qui avait été prise soudainement d'un accès d'étouffements alors que la veille encore elle était en parfaite santé.

La dyspnée était intense, la respiration très accélérée atteignait 100 par minute, les extrémités étaient refroidies, l'angoisse était extrême, la mort imminente. La toux, opiniâtre, était suivie d'une expectoration de liquide — un demi litre depuis une demi-heure — spumeux et rosé.

Dans toute l'étendue de la poitrine, on entendait une infinité de petits râles fins sous-crépitants. Le pouls était incomptable. C'était bien une crise d'œdème aigu du poumon. Un examen d'urine fait séance tenante révéla la présence d'une grande quantité d'albumine. Malgré l'âge, M. Giraudeau pratiqua immédiatement une bonne saignée de 350 grammes. Peu à peu les symptômes s'amendèrent. Le lendemain l'amélioration se continuait, la dyspnée avait disparu, l'expectoration était blanchâtre, bref de tous les signes alarmants de la veille il ne restait plus qu'une fatigue extrême. Il n'y avait ni lésion aortique, ni lésion mitrale, mais un bruit de galop des plus nets.

Le régime lacté fit disparaître tout trouble antérieur et cette dame reprit sa vie habituelle.

Bouveret (1) dans une monographie complète sur ce sujet, cite le fait suivant :

— Un homme de soixante-deux ans, bien portant est pris tout-à-coup d'une dyspnée extrême. Il tousse sans cesse et expectore en abondance — deux tiers de litre depuis deux heures — un liquide spumeux, rosé. La poitrine est pleine de râles sibilants et sous-crépitants, il y a de l'albumine dans les urines. La situation devient critique, l'asphyxie est imminente. On fait une large saignée de 400 grammes, on applique les ventouses sèches aux jambes, on administre 15 grammes d'eau de vie allemande, on fait une injection de caféine et d'éther, mais en dépit du traitement les symptômes s'aggravent et le malade meurt quatre jours après le début de la maladie.

— Cette observation se rapproche sensiblement de celle que nous avons publié au N^o 3 de ce travail.

— Une dernière observation de M. Huchard est intéressante à connaître. (2)

— Un homme de cinquante-deux ans entre à l'hôpital pour des troubles respiratoires datant de 54 jours. La face est pâle, les paupières sont bouffies, les urines fortement albumineuses. Après un mois de traitement à l'hôpital, le chiffre de l'albumine augmente tout-à-coup — 5 grammes par litre — une crise de vomissements, diarrhée, est bientôt suivie de dyspnée considérable coïncidant avec une véritable pluie de râles très nombreux dans presque toute l'étendue des deux poumons, sans aucune expectoration. Le cœur est très accéléré il y a un frottement peri-cardiaque à la base. L'asphyxie fait des progrès et le malade succombe pendant la nuit avec une température de 36° 6C.

— Je fais remarquer ici en passant que ces deux malades ont succombé, après un traitement tardif ou même négatif. Nous verrons plus loin qu'elle est l'importance de l'intervention rapide.

Je me suis permis, Messieurs, d'aller chercher ces faits un peu au hasard de la publication comme de l'observation afin

(1) Œdème pulmonaire brightique suraigu. Rev. de Méd. mars 1890.

(2) Bulletin de l'Acad. de Méd., 17 avril 1897.

de mieux démontrer la valeur incontestable de certains signes que nous considérons comme pathognomoniques, et surtout l'importance d'un traitement prompt et énergique. La lecture de ces publications instruit mieux qu'une simple dissertation théorique et comme telles nous nous y arrêterons quelques instants.

SYMPTOMALOGIE: Au premier abord, ce qui frappe le plus l'esprit, c'est assurément la soudaineté de l'attaque et la rapidité de son évolution. Dans nos observations, la chose est prouvée à l'évidence; il en est de même dans les cas rapportés par MM. Dieulafoy et Huchard. En second lieu, c'est un embarras excessif de la respiration accompagné de toux avec expectoration, plus ou moins abondante suivant les cas, d'un liquide spumeux et légèrement teinté en rose. L'examen du malade nous fournit les signes suivants: à la percussion du poumon, il y a une sonorité exagérée due à l'emphysème qui est presque constant; à l'auscultation, on entend une infinité de petits râles fins et sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue des deux poumons, et la rapidité avec laquelle ils envahissent la place est telle que le malade sent, pour ainsi dire, monter le liquide dans sa poitrine, tandis que l'oreille en perçoit très nettement les signes intérieurs. Ce caractère particulier est évident dans l'observation suivante rapportée par M. Dieulafoy. (1)

— Il s'agissait, dit-il, d'un malade que je faisais examiner à l'amphithéâtre, un jour de cours, par un de mes élèves. Ce malade était un brightique, qui présentait, entre autres symptômes des troubles accentués d'intolérance gastrique. Pendant l'examen du malade, nous nous aperçûmes en même temps que cet homme devenait dyspnéique, sa respiration s'accélérait, il semblait étouffer. Je l'auscultai immédiatement; je constatai l'apparition d'une pluie de râles fins disséminés en abondance dans les deux poumons; ces râles expliquaient suffisamment l'angoisse dyspnéique rapide à laquelle nous assistions. En même temps, le malade fut pris de quinte de toux et il rendit devant nos yeux une quantité de liquide spumeux, mousseux, rosé qui vint confirmer le diagnostic. Il était évident que cet homme qui, les jours précédents, n'avait que quelques râles dans la

(1) Bulletin Médical, 3 novembre 1897.

poitrine et dont l'oppression était fort modérée, venait d'être pris brusquement d'un œdème suraigu du poumon qui menaçait de se terminer rapidement par la mort. J'avoue que j'eus un moment d'anxiété profonde, car le malade, couvert de sueurs et l'œil hagard prit rapidement une teinte asphyxique, et je me demandai un instant s'il n'allait pas succomber avant qu'on lui eut porté secours. Sans perdre un instant je fis pratiquer par mon interne une saignée de 400 grammes, et le résultat ne se fit pas attendre. A mesure que le sang s'écoulait de la veine, le malade revenait à lui, la respiration se faisait plus librement, l'angoisse diminuait progressivement comme s'il se fut agi d'une expérience de laboratoire, et un quart d'heure plus tard, le malade nous disait lui-même qu'il avait eu conscience de ces deux états bien opposés, qu'il s'était d'abord senti mourir, puis qu'il s'était senti renaître à mesure que le sang s'écoulait de la veine. A dater de ce moment l'œdème diminua rapidement dans les poumons, l'accident fut conjuré et le malade resta dans nos salles comme simple brightique; il nous quittait trois mois plus tard sans que l'œdème pulmonaire se fût reproduit." A tous les signes précédents, j'ajoute la rapidité excessive du pouls, quelquefois aussi une lésion cardiaque concomitante et toujours la " présence d'albumine dans les urines."

Je résume en quelques mots la symptomatologie de cette affection. Soudaineté de l'attaque, rapidité de son évolution, gêne excessive de la respiration accompagnée de toux opiniâtre avec expectoration plus ou moins abondante suivant les cas d'un liquide spumeux, rosé; sonorité exagérée dans toute l'étendue de la cage thoracique; présence de râles sous-crépitaux fins envahissant le plus souvent les deux poumons; rapidité excessive du pouls, teinte asphyxique du malade; présence d'albumine dans les urines. Tels sont, Messieurs, les signes spéciaux qui doivent nous guider dans le diagnostic rapide de cette affection.

J'ajoute, cependant, que la lecture des observations qui ont été publiées sur ce sujet sollicite l'attention sur un point important de l'étiologie. Est-il possible que des accidents aussi sévères arrivent sans au moins donner à l'avance quelques avertissements salutaires?... On ne le croit pas généralement. Il est vrai, d'un côté, que les malades sont très affirmatifs sur leur bon

état de santé antérieur, mais un examen judicieux fera vite constater qu'on a négligé certains signes qui ont une valeur incontestable pour le clinicien ou le pathologiste. Ainsi, on aura mis au compte d'une gastro-entérite simple une crise d'urémie intestinale; on aura qualifié de rhumatisantes ces petites douleurs dans les jambes, ces engourdissements passagers dans les doigts qui sont deux des petits signes du brightisme dont le groupement à une valeur qui a été si bien mise en lumière par le professeur Dieulafoy; on aura également négligé de faire l'analyse méthodique des urines; en un mot le malade aura jugé inutile de consulter son médecin à propos, et ce dernier aura passé trop vite sur des signes évidemment peu graves dans son esprit vu l'état de santé satisfaisant de son client.

La conclusion s'impose donc ici d'examiner chaque organe en particulier d'une façon systématique chez chaque malade et surtout chez les artérioscléreux prédisposés de tout âge aux manifestations de ce genre. C'est à vrai dire, le meilleur moyen d'enrayer un grand nombre de ces accidents si funestes dans une foule de cas.

ANATOMIE. PATHOLOGIE: Les lésions que l'on constate sont toujours les mêmes où à peu près. Les deux poumons sont le siège d'un œdème congestif énorme. A la coupe, des flots d'un liquide spumeux et rosé s'échappent de toute part, surtout si on presse un lobe entre ses doigts. Les reins sont petits, granuleux, dans la majorité des cas, kystiques quelquefois; ailleurs ils sont gros, violacés surtout dans les cas de néphrite aiguë. Le cœur est généralement hypertrophié; les orifices artériels sont sains dans un grand nombre de cas, ailleurs ils sont durs et retracts, l'athérôme se manifeste sous forme de plaques jaunâtres ou calcaires, etc. . . .

M. Renault (1) décrit de la façon suivante les lésions histologiques propres à ces cas.

— La lésion, dit-il, consiste en une énorme inondation séreuse des alvéoles pulmonaires; un coup de congestion diapédétique se produit de telle sorte, que les alvéoles sont remplis et distendus sous pression par un liquide albumineux dans le-

(1) Bulletin de l'Acad. de Méd. Mai 1897.

quel nagent des globules rouges, et surtout d'innombrables globules blancs. La preuve que l'irruption du liquide dans les alvéoles s'est faite sous une pression violente, c'est que, sur une multitude de points, les cloisons interalvéolaires se sont rompues. L'endothélium alvéolaire a partout disparu dans le territoire de l'œdème congestif; il a sans doute été enlevé par l'irruption subite du liquide et probablement balayé par lui, puis expulsé, car il n'y en a plus traces sur les parois des bronches. Toutes les cavités aériennes sont remplies par ce liquide comme les mailles du tissu congestif par une boule d'œdème. Les capillaires sanguins des parois alvéolaires sont tous imperméables, ils sont aplatis par contre-pression et ne renferment aucun globule rouge. En revanche, les petites veines pulmonaires et bronchiques sont gorgées d'hématies: çà et là une veinule pulmonaire a éclaté, distendant alors de sang un ou plusieurs alvéoles, ce qui explique la coloration rosée de l'œdème.

Ces lésions sont classiques aujourd'hui et nous les retrouvons bien décrites dans les observations très-complètes qu'un grand nombre d'auteurs ont livrées à la publicité.

PATHOGÉNIE: C'est ici que les hypothèses abondent et il est impossible à l'heure actuelle d'en donner une qui rallie tous les suffrages. Les uns affirment que cet accident doit être attribué à l'aortite et à la péri-aortite; les autres, au contraire, n'incriminent que le brightisme; les lésions cardio-vasculaires ne seraient que concomitantes dans les cas où elles ont été signalées.

Vraiment, il est difficile de prouver que l'une renferme toute la vérité à l'exclusion de l'autre.

Parmi les premiers, je vois le nom de M. Huchard qui a publié un ouvrage remarquable sur " les maladies du cœur et des vaisseaux ".

Il affirme (1) que dans les angines coronariennes, dans la néphrite artérielle, etc., il y a toujours entre ces diverses maladies et l'œdème pulmonaire aigu un intermédiaire obligé: c'est l'aortite, c'est surtout la péri-aortite avec son retentissement inflammatoire ou reflexe sur les plexus nerveux cardio-pulmonaires. De plus, il remarque que l'œdème aigu du poumon est

(1) Bulletin Médical, avril 1897.

précédé par l'abaissement considérable de la tension aortique et par l'énorme et subite augmentation de la tension pulmonaire. A ce moment le ventricule droit est forcé, il lutte en s'hypertrophiant, mais il vient un moment où il faiblit devant l'inondation œdémateuse qui envahit très rapidement le poumon. Il conclut à la filiation pathogénique suivante: troubles de l'innervation cardio-pulmonaire par péri-aortite: augmentation considérable de la tension vasculaire dans la petite circulation, insuffisance aiguë ou rapide du ventricule droit. M. Huchard insiste sur le fait qu'une altération rénale n'est pas suffisante pour expliquer la production si rapide de cet œdème aigu: "car, dit-il, si l'urémie était capable d'en rendre compte, on ne comprendrait pas pourquoi cet accident ne surviendrait pas dans tous les cas."

A ces deux éléments importants à savoir, aortite et péri-aortite il est juste d'ajouter l'élément "toxique," car il est sans contredit, le premier en cause. Comme l'a dit M. Renault (de Lyon) il est possible que ces toxines, par leur action sur les nerfs mettent le système vasculaire en "instance d'œdème", et, à ce propos, l'hypothèse pourrait bien en somme renfermer une grande part de la vérité si on se rappelle que le professeur Bouchard a signalé la présence d'une substance vaso-dilatatrice dans les urines de certains albuminuriques.

Parmi les auteurs qui attribuent aux lésions rénales une part prépondérante, nous verrons des noms connus de tous. M. Brouardel (1) affirme que la forme bronchique ou pulmonaire est une des formes de la mort subite par le rein.

— Le malade, dit-il, est pris subitement de dyspnée, d'œdème pulmonaire avec sécrétion abondante d'une spume bronchique qui, après la mort, forme autour de la bouche et des narines, un champignon comme chez les noyés. Il meurt asphyxié par l'écume bronchique. Quand on se trouve en présence de cette forme, les reins, la plupart du temps, ne sont pas retractés; ils sont le plus souvent le siège d'une néphrite épithéliale. Quelquefois une affection cardiaque concomitante a concouru à augmenter l'intensité de cet œdème. Dans les 75 cas que le docteur Lesser, de Breslau, attribue à ce genre de

(1) La mort et la mort subite p. 249.

mort subite, il ne met sur le compte du rein que les 17 cas dans lesquels il n'a pu trouver une affection du cœur. Je crois, continue M. Brouardel, que le rein joue un rôle bien plus considérable que ne le pense Lesser dans la production de la mort subite même quand il y a affection cardiaque. C'est lui qui règle la quantité des liquides qui sortent de l'économie, et qui, parfois, se refuse à laisser passer les produits toxiques. —

Le même auteur affirme, que, à la morgue, dans toutes les autopsies qu'il a pratiquées sur des gens morts à la suite d'un œdème aigu du poumon, les lésions aortiques sont loin d'être constantes, tandis que les lésions rénales ne font jamais défaut.

M. Girardeau n'a pas constaté d'aortite ou de péri-aortite chez les malades autopsiés. Il en est de même pour les malades de MM. Dieulafoy et autres.

Dans les observations que nous avons rapportées ici, nous n'avons pas trouvé de signes cliniques d'aortite. La malade qui fait le sujet de la première observation avait échappé à notre contrôle immédiat, mais son médecin habituel nous a affirmé qu'il avait trouvé des traces d'albumine dans ses urines quelque temps auparavant, nous sommes justifiables de penser à une maladie chronique du rein.

Nous avons soigneusement examiné la malade qui fait le sujet de la seconde observation; elle était brightique, elle n'avait pas d'aortite. Le troisième malade était un brightique, de l'avis de son médecin.

D'autre part, mon ami Dubé a rapporté, ici même, deux cas de mort subite par œdème aigu du poumon. L'autopsie a prouvé que l'aorte était athéromateuse et que les reins étaient malades. Nous ne voudrions pas juger la question mais, d'après les observations que nous avons sous les yeux, nous croyons que si les lésions aortiques, se rencontrent quelquefois chez les œdemateux, "les lésions rénales sont constantes," réservons donc pour ces derniers la question de préséance.

DIAGNOSTIC: Il serait long de passer en revue toutes les affections qui peuvent simuler de près ou de loin une attaque d'œdème aigu du poumon, je m'arrêterai aux plus communs.

"L'angine de poitrine" se distingue de l'œdème aigu par une douleur rétro-sternale et précordiale très violente. C'est une

douleur angoissante avec irradiation dans le bras gauche et sensation de mort imminente. Pas d'expectoration, pas de pluie de râles fins et nombreux comme dans l'œdème. L'angine s'accompagne de lésions cardio-vasculaires graves avec aortite et coronarite manifeste: la pâleur du visage est extrême.

"La crise d'asthme" se distingue également par plus d'un point, de l'œdème pulmonaire. L'asthmatique a des mouvements respiratoires pénibles, il est vrai, mais plutôt diminués en nombre. L'inspiration est difficile, l'expiration est sifflante et prolongée: l'auscultation révèle la présence de râles sibilants et ronflants associés à des signes d'emphysème. Il n'y a pas d'expectoration, si ce n'est quelques crachats filants et muqueux. Pas de râles fins, ni d'expectoration albumineuse et rosée comme dans l'œdème. Tout diffère ici, et le pronostic et le traitement.

La "dyspnée urémique", type de Cheyne-Stokes, diffère aussi de l'œdème au point de vue clinique.

Ce n'est plus ici un trouble respiratoire perçu par le malade, car il n'en a nulle conscience et c'est au médecin à en comprendre la valeur. Ce rythme spécial a été décrit d'abord par Cheyne en 1816, puis, plus tard par Stokes. Ces deux auteurs le rattachaient tous deux à une dégénérescence graisseuse du cœur. Il ne fut attribué à l'urémie que plus tard après les travaux de Traube 1871, de Potain et de Cuffer. Je donne ici la description qu'en a donnée Stokes lui-même. (1)

"On observe, dit-il, une série d'inspirations de plus en plus fortes, jusqu'à un maximum d'intensité, après lequel elles diminuent progressivement d'étendue et de force, et finissent par une suspension en apparence complète de la respiration. Le malade peut rester dans cet état pendant assez longtemps pour que les personnes qui l'entourent croient à sa mort, puis, une première inspiration faible, suivie d'une deuxième inspiration mieux marquée, commence une nouvelle série de mouvements inspiratoires analogues à celle que nous venons de décrire". La période d'apnée peut être extrêmement longue (40 sec. Frankel) M. Chauffard (2) dit que c'est là la vraie urémie dyspnéique pure, "sine materia", soit qu'elle revête l'apparence de

(1) Stokes, Traité des maladies du cœur et de l'aorte, 1864.

(2) Traité de Médecine et de Thérapeutique, p. 214.

l'asthme, soit quelle donne aux mouvements respiratoires le rythme spécial de Cheyne-Stokes. " Il n'en reste pas moins probable, ajoute le même auteur, que dans certains cas, l'imperméabilité rénale et l'imprégnation toxique sont la base de la pathogénie."

En somme, si j'insiste un peu plus longuement sur ce diagnostic spécial c'est plutôt au point de vue clinique pur, car la pathogénie du rythme de Cheyne-Stokes, comme celle de l'œdème aigu du poumon relève également, d'après les auteurs, de cause rénale: le traitement, serait le même dans les deux cas.

Le " catarrhe suffocant " ou bronchite capillaire est déjà plus difficile à différencier. Rappelons en passant que la bronchite capillaire est surtout fréquente chez les enfants durant les cinq premières années, alors que l'œdème est presque inconnu: que l'attaque, moins soudaine, a été précédée par un état de santé douteux — il y a de la rougeole, de la coqueluche dans l'histoire de petit malade, des bronchites à répétition chez les vieillards qui y sont généralement prédisposés — que la toux n'est pas suivie, comme dans l'œdème, d'une expectoration spumeuse abondante, mais plutôt d'un mucus épais, non aéré, visqueux, quelquefois strié de sang et non uniformément rosé comme dans l'œdème: que la température est élevée dans la bronchite, qu'elle est souvent normale ou abaissée dans l'œdème: qu'il y a de la matité franche dans la première, que la sonorité est souvent exagérée dans l'œdème aigu, enfin, caractère important qu'il y a de l'albumine dans l'urine de l'œdémateux, et qu'on en rencontre très rarement dans les urines des bronchitiques. Nous avons là des signes différentiels suffisants pour formuler un diagnostic ferme.

La phthisie aiguë à forme suffocante ou l'asphyxie tuberculeuse aiguë de Graves, dans laquelle le malade succombe rapidement peut prêter à la confusion.

L'histoire de famille, les antécédents personnels du malade peuvent être d'un grand secours. Mais les signes immédiats relevés à l'examen tels que, matité ou sub-matité dans les fosses sus-épineuses, ou dans les régions sous-claviculaires, rudesse de la respiration accompagnée, à ces mêmes endroits, de petits râles humides ou de petits craquements fins. Tous ces signes,

dis-je, éveilleront certainement l'attention du médecin: joignez à cela que l'expectoration est nulle ici et vous aurez un ensemble de symptômes qui diffèrent entièrement de ceux que nous avons décrits au chapitre de l'œdème aigu. De plus, dans la granulie, il y a disproportion entre les signes objectifs qui sont graves et les signes subjectifs qui sont pour ainsi dire réduits au minimum.

Le pronostic est décrit dans les observations que j'ai rapportées. Je ne m'y arrêterai pas plus longtemps.

TRAITEMENT: Le succès du traitement dépend beaucoup du mode d'intervention. Il faut prendre sans hésiter une décision rapide et énergique. En présence d'un malade atteint d'œdème aigu du poumon, voici en quelques mots la ligne de conduite à suivre:

- (a) Saignée au bras de 300 à 500 grammes;
- (b) Ventouses sèches dans le dos et sur la poitrine;
- (c) Sinapismes aux jambes;
- (d) Injections sous-cutanées d'éther à hautes doses, c'est un médicament sûr et qui agit promptement: de caféine dont les indications sont précises et connues de tous, d'huile camphrée au 1/10 dont l'emploi tend à se vulgariser tous les jours à cause de sa nocivité absolue et des bons effets qu'on en obtient.
- (e) Purgatifs drastiques, qui sont tout indiqués ici: je signale l'eau de vie allemande à la dose de 40 grammes; une infusion de sel et séné, etc. . . .
- (f) Le "régime lacté absolu" est de rigueur: les limonades alcalines et les eaux lactosées sont d'un usage courant.

Voilà les moyens d'action dont nous disposons et que la majorité des auteurs conseillent dans les cas qui les réclament.

Je crois à propos, cependant, avant de terminer ce travail, d'ouvrir une parenthèse pour parler d'un traitement qu'il faut absolument condamner.

Un grand nombre de médecins, convaincus de la nécessité de soulager promptement ces malades s'empressent de donner la morphine ou tout autre narcotique, soit à l'intérieur soit en injections sous-cutanées. Eh bien, je dois dire avec tous les auteurs les plus autorisés que cette habitude est dangereuse.

“ Il ne faut jamais faire usage de morphine ni d'aucun narcotique dans les cas d'œdème suraigu du poumon. ” parce que la morphine ne peut, en aucune façon, juguler l'attaque et que la répétition des doses entraînerait nécessairement l'asphyxie imminente à la suite de l'encombrement bronchique.

Le professeur Brouardel (1) s'élève fortement contre l'habitude que l'on a de faire des injections de morphine pour calmer les accès de suffocation. “ Souvent, dit-il, les accès survenant dans la nuit, c'est le médecin le plus voisin qu'on va chercher. Ce médecin ignore l'histoire du cas, et il n'a pas le temps de faire une enquête car il est dans les plus mauvaises conditions possibles pour ausculter un malade dont la respiration et la circulation sont tumultueuses. Il fait une injection de morphine pour calmer la dyspnée: le malade est un peu soulagé, l'entourage pense qu'il va s'endormir, mais comme il ne dort pas une demi-heure après, le médecin fait une seconde piqûre et s'en va. Le malade s'endort. Le lendemain on vient prier le médecin de ne plus se déranger, le malade est mort dans la nuit. Le médecin est-il responsable? . . . Dans presque tous les cas qu'il m'a été donné d'examiner, il y avait de l'albumine: le coma urémique se confond avec le sommeil morphinique; il n'est pas possible d'incriminer l'injection de morphine. ” L'autopsie démontre le plus souvent l'existence de lésions cardiaques ou rénales, et la morphine n'avait que faire dans ces cas.

A ce propos, je me rappelle un fait dont les détails sont restés profondément gravés dans mon esprit et qui prouve à l'évidence l'importance des conseils du professeur Brouardel.

Il y a plusieurs années, j'étais étudiant alors, un membre important de ma famille tombe malade d'une pneumonie. La maladie avait terminé son cycle habituel, lorsque, tout-à-coup, au septième jour, elle se complique d'une colique hépatique des plus vives avec retentissement cardio-pulmonaire — c'est-à-dire œdème pulmonaire et dilatation aiguë du cœur droit. — En quelques heures le malade était à la dernière extrémité: le visage exprimait l'angoisse la plus profonde et la douleur inexprimable des derniers instants lui faisait réclamer à grand cris un soulage-

(1) La mort et la mort subite p. 127.

ment prompt et immédiat. Le médecin qui était à son chevet — un ami personnel du malade et de la famille — avait essayé de calmer la crise par l'application de compresses d'eau bouillantes sur la région hépatique; rien n'y faisait; à la fin, affolé lui-même par les supplications du malade et par les instances des membres de la famille il se décida à administrer 60 grains de chloral (4 grammes) en une seule dose. — L'effet ne se fit pas attendre; peu à peu les cris diminuèrent pour cesser complètement au bout de quelques instants; la crise était passée, mais le malade s'endormait "pour toujours" d'un sommeil de pierre: c'était la mort. A ce moment, des flots d'une écume spumeuse et rosée s'échappaient de sa bouche et de son nez, sa figure était cyanosée, les vaisseaux du cou étaient gorgés de sang, en un mot l'asphyxie avait terminé l'œuvre de la colique hépatique.

Que faut-il penser après des dénouements aussi dramatiques? Le mal avait-il impitoyablement poursuivi son œuvre? le chloral l'avait-il aidé?...

Pour toute réponse Messieurs, je vous dirai: Ne donnez jamais de narcotiques dans ces cas spéciaux!...

CONCLUSIONS: 1° L'œdème aigu du poumon est une complication grave que l'on rencontre au cours des néphrites aiguës ou chroniques compliquées ou non de lésions cardio-vasculaires.

2° L'attaque arrive soudainement sans signe précurseur évident alors que l'individu jouit d'une bonne santé apparente.

3° Cette affection est caractérisée par une gêne excessive de la respiration accompagnée de toux avec expectoration d'un liquide spumeux rosé. L'auscultation révèle une infinité de petits râles fins, sous-crépitants envahissant rapidement les deux poumons.

4° Le diagnostic est fait à l'aide du syndrome déjà connu. La présence d'albumine dans les urines est constante.

5° Le pronostic est grave; il dépend souvent du mode d'intervention au point de vue du traitement.

6° Le traitement consiste surtout dans les émissions sanguines abondantes, les stimulants cardiaques, les boissons alcalines et le régime lacté absolu.

7° "La morphine est absolument prohibée dans l'œdème suraigu du poumon."

ÉLÉPHANTIASIS CONGÉNITAL (1)

Par J. E. DUBÉ

Docteur en médecine de l'université de Paris, professeur agrégé à l'université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu.

MESSIEURS,

J'ai l'honneur de présenter aux membres du comité d'études l'observation avec photographie, d'une petite malade qui souffre d'une affection assez rare. C'est le premier cas qu'il m'a été donné d'observer aussi bien pendant mon séjour à Paris qu'ici à Montréal. J'ai vu ce bébé à la consultation externe du docteur Hingston à l'Hôtel Dieu, dans le cours du mois de juillet de l'année dernière, et je regrette d'être incapable de pouvoir vous dire ce soir comment la maladie a évolué depuis cette époque.

Observation. — Elore Lozeau, âgée de deux mois et demi, est née à terme après une grossesse qui a évolué sans accidents remarquables. Vers le troisième mois de la grossesse la mère eut une peur à la vue d'intestins de porc apportés à la maison après la boucherie. L'accouchement a duré deux heures avec fortes douleurs. Le médecin accoucheur, (M. le docteur Polydore Dansereau, de Verchères) fut obligé d'appliquer le forceps sur la tête de l'enfant qui n'avancait pas malgré les fortes tranchées et ce n'est qu'après une demi-heure de traction répétée que l'enfant fut mis au monde.

Antécédents héréditaires: La mère est âgée de 33 ans et bien portante. Dans sa famille on n'a jamais relevé de difformités chez les nouveaux-nés. Le père est âgé de 36 ans et bien portant. Rien de particulier dans la famille et surtout pas de difformités. Ce petit enfant est le 7ème de la famille. Les 3 premiers enfants du sexe féminin sont morts de diphtérie entre 8 et 15 mois. Le quatrième enfant, un garçon mort de diphtérie à 9 mois; le 5e un garçon âgé de 9 ans encore vivant; le 6e un garçon âgé de 2 ans et bien portant, à la naissance de cette petite malade, la jam-

(1) Travail lu devant le comité d'études. Séance du 15 mars 1900.

be droite était très grosse et a semblé grossir, depuis, graduellement. La jambe devient très-grosse au niveau des malléoles de façon à recouvrir la presque totalité du pied d'un gros bourrelet qui se continue comme ça jusqu'à l'union de la cuisse avec le



Fig. 1.

tronc. La jambe est molle et présente quelque dépression demi-circulaire surtout au niveau de la partie externe et des deux côtés de la cuisse. La pression avec le doigt quelque forte et prolongée qu'elle soit ne laisse pas d'empreintes. La malade

adressée à M. le docteur Hingston, fut soumise au traitement suivant :

Plusieurs séances de scarifications profondes sur la partie inférieure de la jambe avec application d'un bandage compressif après que les scarifications avaient cessé, ou à peu près, de laisser couler un liquide clair, jaune orange et visqueux qui se coagulait immédiatement dans le vase où il coulait goutte à goutte. Sauf cette difformité, ce bébé est bien nourri et bien portant.

Cette forme d'Elephantiasis dite congénitale est à peine mentionnée par les auteurs. Voici ce que Gaucher et Barbe en disent dans le "Traité de Médecine et de Thérapeutique" au cours de leur excellent article sur l'Eléphantiasis. On observe l'éléphantiasis à tous les âges, même chez les enfants (à quinze jours); mais on le rencontre plus fréquemment de vingt-cinq à cinquante ans. Quant à l'Eléphantiasis congénital, il paraît exister, mais certains des cas présentés sous ce nom sont discutables; peut-être s'agissait-il de nævi mollusciformes.

Voici maintenant ce que Ballantyne en dit dans l'encyclopédie des maladies de l'enfance de Keating. "Le nom Eléphantiasis congénital a été donné peut-être, sans preuve suffisante à toute une série de maladie de la peau caractérisées par plus ou moins d'épaississement dur ou mou de la peau et du tissu sous cutané. Cette affection peut parfois être accompagnée de fibromes multiples sous-cutanés ou d'une vascularisation exagérée à forme de nævus. Ce sont surtout les jambes qui en sont affectées et la ressemblance est grande avec l'éléphantiasis des Arabes rencontré chez les adultes." Ballantyne ajoute que certains auteurs tel que Moncorvo, croient qu'il s'agit d'une forme congénitale d'éléphantiasis des Arabes. Moncorvo en a observé un cas où la jambe droite était augmentée de volume au moment de la naissance de l'enfant.

Moncorvo crut pouvoir expliquer cette maladie congénitale en supposant que l'enfant avait été soumis dans l'utérus maternel à l'influence du streptocoque au moment où la mère souffrait d'érysipèle après un traumatisme. Mais dans d'autres cas rapportés, cette explication n'était pas possible, par exemple notre cas, où la mère fut très bien portante tout le temps de sa grossesse. Ballantyne croit alors qu'il s'agit de compression du

membre par des bandes amniotiques empêchant ou retardant la circulation dans les vaisseaux lymphatiques. Cette affection n'empêche nullement le développement de l'enfant après sa naissance.

TRAITEMENT: Le traitement de cette affection est à peu près nul. L'iode, le mercure et leurs dérivés, sont conseillés et peuvent être employés si la syphillis existe comme cause possible de la maladie. C'est surtout la compression élastique qui est conseillée par les auteurs. M. le docteur Hingston a, dans le cas rapporté ci-dessus, utilisé la compression élastique joint aux scarifications profondes. Il nous a été impossible de juger des bons effets de ce traitement que nous avons vu appliquer à trois ou quatre reprises consécutives sur cette jambe qui paraissait cependant diminuer de volume. Il s'écoulait à chaque séance 100 grammes environ d'un liquide qui se coagulait en partie immédiatement.

**L'URGENCE DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE
EN MATIÈRE D'APPENDICITE. (1)**

Par T. PARIZEAU

Docteur en médecine de l'université de Paris, professeur agrégé à l'université
Laval, chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

MESSIEURS.

J'eus l'occasion, au mois de décembre dernier, de présenter au Comité d'Études, l'observation de deux malades atteints d'appendicite, le premier ayant succombé rapidement, la seconde heureusement remise et débarrassée de son malencontreux appendice. L'histoire de ces deux cas, tout en ne présentant pas une physionomie clinique et une allure identiques, n'en offre pas moins un point commun, qui singulièrement les rapproche. En effet tous deux ont évolué avec une rapidité foudroyante. L'étude de cette évolution et la comparaison avec d'autres cas analogues vous permettront, je l'espère, de conclure que, en face

(1) Travail lu au Comité d'Études Médicales en mai 1900.

d'une appendicite même bénigne en apparence, il ne faut pas craindre l'intervention chirurgicale et que temporiser c'est courir trop souvent de risques énormes.

OBSERVATION I. — M. X... de Trois-Rivières, était un homme de trente-six ans, dont l'apparence n'avait jamais annoncé une robuste santé. Cependant jusqu'à ces derniers huit ou dix mois, il n'avait jamais été malade et pouvait vaquer sans inconvénients à ses multiples occupations. Au commencement de 1899, il fut pris, un beau jour, de troubles qualifiés par lui d'indigestion et qui se limitèrent à quelques vomissements, à des douleurs généralisées de l'abdomen, véritables coliques disait-il, à un peu de diarrhée, le tout ayant disparu en quarante-huit heures, sans laisser d'autres traces qu'un peu de fatigue.

Quelques mois après, la même scène se répéta avec la même simplicité de symptômes, et la même rapide terminaison. Enfin le 2 octobre dernier, il fut une troisième fois repris des mêmes troubles digestifs, mais un peu plus prononcés. Les douleurs abdominales cette fois persistèrent même après les évacuations intestinales. Sans localisation précise, elles semblaient tenir tout l'abdomen. Le troisième jour de la maladie, un peu de température se manifesta, température du reste assez modérée et variant de $100^{\circ} 7$. Le soir du quatrième jour, le thermomètre enrégistrait cependant, $103^{\circ} 7$, et le malade accusait une augmentation de la douleur. Monsieur le docteur Normand fit le diagnostic d'appendicite probable avec la pensée d'une intervention prochaine. Le malade se trouvant soulagé par la morphine, on remit au lendemain, une décision ferme à ce sujet. Malheureusement, durant la nuit, la scène changea brusquement et l'état devint rapidement très mauvais. La douleur jusqu'alors généralisée se localisa à droite et prit un caractère d'aigreur extraordinaire. En même temps la température tombait au-dessous de la normale, la peau se couvrait de sueurs froides et le cœur jusqu'alors intact se prit à faiblir très rapidement. Bref, il devint évident que le malade était perdu à moins d'une intervention. Je fus mandé, et malgré la diligence faite de part et d'autre, lorsque je vis le malade, il ne me parut plus en état de bénéficier d'une opération. Cependant, nous fîmes l'impossible pour ranimer l'appareil circulatoire afin de légitimer une

opération : stimulants de tous genres et de toute nature furent largement mis à contribution sans en obtenir le moindre résultat. Rien ne put balancer l'intoxication manifeste à laquelle succombait le parenchyme cardiaque.

Le patient mourut quelques heures après mon arrivée nous laissant avec le regret de n'avoir pu autrement intervenir.

L'autopsie, dont le résultat me fut gracieusement communiqué par monsieur le docteur Norman, démontra l'existence d'une perforation de l'appendice. Celui-ci plus développé que normalement, entouré de fausses membranes déjà anciennes, baignait dans un peu de pus. Un calcul fécaloïde gisait dans le voisinage et le péritoine environnant présentait l'aspect habituel, c'est-à-dire une agglutination légère des anses intestinales voisines avec dépôts membranoux de faible consistance sur les portions libres de la séreuse. Il n'y avait pas de péritonite généralisée.

Voici maintenant la seconde observation plus consolante, celle-là, au point de vue du résultat.

OBSERVATION. — Dans la nuit du 2 décembre dernier, je fus appelé auprès d'une malade souffrant depuis la veille au matin, de douleurs abdominales localisées d'abord dans la fosse iliaque droite, et bientôt irradiant un peu partout dans l'abdomen. Accouchée deux mois auparavant, elle était encore mal remise et ne paraissait pas devoir présenter une grande résistance. Je fus immédiatement inquiet par son facies grippé, la localisation franche et surtout le maximum de la douleur bien à droite. La défense musculaire sans être prononcée se sentait parfaitement et je ne songeai même pas en présence de ce symptôme à rechercher le boudin inflammatoire qu'on retrouve difficilement derrière le plan musculaire contracturé, excepté bien entendu dans les cas de développement considérable. Du reste à la percussion, je trouvai une sonorité plutôt prononcée : la température était à ce moment de 103° F, et le pouls sans être petit, battait 120 pulsations. Dans la journée, la malade avait eu plusieurs vomissements et l'intestin n'avait plus fonctionné depuis quelques jours. Les règles surprises en pleine évolution s'étaient arrêtées brusquement et contribuaient ainsi à augmenter les douleurs par suite de la congestion des organes du petit bassin. Je

pus du reste m'assurer par un examen vaginal de l'état de l'utérus que je trouvai sensible et dévié en arrière. Les ovaires également sensibles ne me parurent pas être en cause. Au niveau du cul de sac droit, il existait un peu de tension et une sensibilité exquise. Le toucher rectal n'ajoutait rien aux renseignements précédents. Je posai le diagnostic d'appendicite, probablement sans perforation et je me tins prêt à intervenir, après avoir exposé à la famille la gravité de la situation. Sous l'influence d'un centigramme de morphine en injection sous-cutanée répétée au bout d'une heure, les phénomènes douloureux s'atténuèrent pendant le reste de la nuit pour reparaitre avec la même violence au cours de la matinée du dimanche. A ce moment, la défense musculaire était considérablement augmentée et le pouls perdait de son ampleur. Bref, l'intervention fut décidée et acceptée avec beaucoup de crânerie de la part de la malade et voici ce que je trouvai, incision faite de la paroi abdominale. L'appendice de moyenne longueur, boursoufflé, rebondi, était placé tout à fait hors de la fosse iliaque, et dirigé vers la colonne vertébrale. Son extrémité libre flottait entre deux anses intestinales auxquelles ne la fixait aucune adhérence. Vers sa portion moyenne, je notai une plaque noirâtre entourée d'une zone de congestion intense. Je dus, pour l'attirer, le rouler dans une petite compresse et le saisir dans les anneaux d'une pince "ad hoc". La perforation était imminente. En effet l'opération terminée, je la produisis moi-même en saisissant le tronçon entre le pouce et l'index et en pressant légèrement au niveau de la plaque noirâtre. Je pus voir la paroi céder et sourdre une gouttelette de pus. Quelques heures plus tard, sans l'intervention, ce pus faisait irruption spontanément dans la cavité péritoniale avec les conséquences habituelles en pareil cas. Incisé, cet appendice laissa voir son intérieur dilaté sous forme de poche purulente à paroi tomentueuse ne contenant aucune trace de calcul mais seulement un pus grumeleux. Les suites opératoires furent très heureuses. La convalescence un peu longue par suite de la faiblesse naturelle du sujet fut, à la fin, remplacée par un état de santé et un embonpoint qui n'ont pas cédé depuis lors.

Nous voici en présence de deux cas cliniques à peu près iden-

tiques. Tous deux présentent ce point commun d'avoir évolué très rapidement. On peut les classer en quelque sorte parmi ces appendicites foudroyantes qui font de la maladie une véritable galopade vers la mort. Dans le premier cas le diagnostic reste nuageux et les doutes que l'on entretient pendant les premiers jours ont permis au processus morbide d'évoluer tout à l'aise. L'intervention décidée l'a été trop tard et se serait faite sans profit aucun. Cependant c'est au quatrième jour de la maladie, c'est-à-dire bien près du début que l'on y songea. Dans cette observation, il est bon de noter en plus, l'allure sournoise de l'affection, allure qu'on retrouve trop souvent en des cas analogues et dont l'opération nous a permis de saisir l'évolution, tout en confirmant le diagnostic. Voilà le plus grand danger de ces formes cliniques dont la période initiale se passe sans fracas, et laisse dans une inquiétude fâcheuse le médecin et même parfois le chirurgien. Combien de fois celui-ci n'a-t-il pas ouvert l'abdomen croyant trouver des lésions au début, alors qu'il mettait à nu de vastes dégâts. Quiconque a eu l'occasion de traiter chirurgicalement une suite d'appendicites, a vu se répéter le fait et a dû prendre son parti d'intervenir même dans les cas douteux. Ne vaut-il pas mieux, en effet, l'oparotomiser une malade en vain, que de courir le risque d'une intervention tardive plus chargée de dangers et trop souvent inutile. En effet quels sont les opérés que nous perdons. Tous les chirurgiens vous le diront, ceux-là surtout et je dirais même ceux-là seuls pour qui l'intervention ne s'est pas trop fait attendre.

En ce qui me concerne et si je consulte l'histoire des vingt et quelques cas opérés par moi, je suis forcé de convenir que mes deux seuls cas meilleurs ont mal tourné pour cette raison unique du retard apporté dans l'intervention. Le premier de ces malades me fut confié pour l'opération, le neuvième jour de la maladie alors que la péritonite généralisée l'avait envahi et terrassé. Toute résistance était chez lui éteinte et l'intervention réclamée par lui, comme une chance ultime ne put le sauver. Quant à l'autre malade l'opération tardive cette fois encore, nous mit également en présence d'une péritonite généralisée doublée d'occlusion intestinale causée par une bride inflammatoire dérivée du grand épiploon. Pour tous les autres la guéri-

son, même chez les plus rudement éprouvés, fut le fruit de l'intervention.

Je ne veux pas tirer des deux observations précédentes, des conclusions plus étendues qu'elles n'en comportent. Mais en face des détails fournis par cette double histoire d'appendicites évoluant si promptement et surtout avec si peu de symptômes dans le cas non opéré, à la pensée des complications péritoniales évitées par l'intervention qui fut le salut indubitable dans le second cas, il semble tout naturel de croire et de répéter que l'appendicite est justifiable la plupart du temps, d'une intervention d'urgence. Du reste ces deux faits sont des mailles de plus ajoutées à la longue chaîne d'observations du même genre, qui ont servi à étayer l'opinion que je viens d'émettre, à la suite des maîtres les plus autorisés de la chirurgie. Dans tous ces cas traités par l'opération, je veux bien l'admettre, il s'en trouve dont la guérison aurait pu se faire ou spontanément ou par les moyens médicaux. Mais il est impossible de ne pas admettre également que dans l'état actuel de vos connaissances nous ne savons pas distinguer, et nous serons certainement longtemps à l'ignorer, les cas vraiment bénins des cas périlleux, ceux qui évoluent vers la gangrène ou la perforation, de ceux qui ne sortiront jamais de la forme plastique, aux crises toujours renaissantes et jamais fatales. D'où, je conclus très volontiers, que, en face d'une pareille situation, et, mettant en ligne de compte, les risques peu considérables d'une intervention bien conduite, on ne doit pas hésiter, même dans le doute à l'oparotomiser un malade atteint d'appendicite et à le faire d'urgence, pour peu que les symptômes présentent une acuité quelconque. C'est l'impression que me laissent les deux histoires pathologiques que l'on vient de lire et c'est celle, je l'espère, qu'emporteront pour le plus grand bien de leurs malades, ceux qui liront ces lignes.

UN CAS DE SARCOME DE L'ORBITE. (1)

Par R. BOULET

Médecin de l'Institut Ophtalmique.

Ce qu'il importe de reconnaître dans le traitement de toute tumeur, c'est sa nature. S'agit-il d'une tumeur maligne ou d'une tumeur bénigne? . . . La réponse à cette question offre souvent de grandes difficultés et plus particulièrement pour les néoplasmes de l'orbite, parcequ'alors nous sommes privés de bien des signes que l'exploration de d'autres régions nous fournit, la dureté, la transparence, la vascularisation, etc. . . . Mais en revanche le diagnostic précis de bénignité ou de malignité d'une tumeur de l'orbite n'est pas toujours aussi vigoureusement requis pour justifier une intervention chirurgicale. Tel néoplasme qui, par sa nature histologique n'est pas malin et qui, situé dans une autre région, ne constituerait pas une affection grave, prendra dans l'orbite, à cause des dangers qu'il fait courir à l'œil et des difformités qu'il peut entraîner à sa suite, un caractère spécial de gravité qui ne pourra laisser au médecin le choix des moyens de traitement.

Par suite, en face d'une tumeur orbitaire nous pourrions en distinguer trois espèces cliniques. La première comprenant les tumeurs justifiables d'un traitement médical: certains anévrysmes, etc. La deuxième comporterait les tumeurs d'un caractère histologique bénin, mais qui, ayant tendance à s'accroître deviendraient menaçantes pour l'œil et ses annexes. fibromes, kystes, neurômes, angiôme, lipôme, périostose ostéome, puis une troisième qui tiendra son caractère de malignité de sa nature histologique même, de ses propriétés cachectisantes, les cancers, les diverses variétés sarcomateuses étant de beaucoup les plus fréquentes.

Ces deux dernières catégories de tumeurs de l'orbite appartiendront au traitement chirurgical, ablation simple ou exentération de tout le contenu de l'orbite. Seul, la certitude d'une

(1) Travail lu au Comité d'Etudes Médicales, séance avril 1900.



Fig. 2.

récidive à courte échéance forcera le chirurgien à s'abstenir pour les tumeurs essentiellements malignes.

Dans ce cas particulier de tumeur de l'orbite qui nous occupe, voici comment les choses se sont passées :

Aurore D. . . âgée de dix ans se présente à nous avec de l'exorbitisme de l'œil gauche. Le globe oculaire repoussé en haut et en dedans. Les mouvements inféro-externes seuls avec conservation de ceux vers les autres directions. Peu de gêne circulatoire, le fond de l'œil normal, l'acuité visuelle intacte, pas de tuméfaction de la conjonctive, pas de douleur, santé généralement bonne.

L'histoire de la famille n'offre rien de remarquable, pas de syphilis, ni de tuberculose. Notre patiente est la quatrième d'une famille de 7 enfants jouissant tous d'une bonne santé. Le père est mort à 37 ans de fièvres typhoïdes.

À l'exploration du fond de l'orbite au moyen du toucher, on constate une tumeur assez résistante, non réductible et reposant sur la paroi osseuse de la région inféro-externe de l'orbite.

À quelle espèce de tumeur avions-nous affaire ?

Après un traitement antisiphilitique nul dans ses effets une ponction avec une seringue de Pravaz munie d'une aiguille à gros calibre en platine iridée nous permit d'écarter toute idée de kystes, d'angiome, de periostose, d'ostéome. Nous pensâmes alors soit à un fibrome, soit à un sarcome. Le siège de la tumeur et son mode de développement, à l'âge de la malade, semblaient fortifier cette conclusion. L'intervention fut alors décidée et le 10 août 1899 par une incision faite dans le cul-de-sac conjonctival inféro-externe nous procédâmes à l'enlèvement de la tumeur qui fut, croyons-nous énuclée dans son entier. Un drain fut laissé en place, des lavements antiseptiques furent faits chaque jour. Malgré ce traitement approprié la récidive que nous avions tant redoutée, ne tarda pas à se produire, venant ainsi confirmer notre appréhension de sarcome, basée lors de l'opération sur le caractère microscopique du néoplasme et sur son origine périostique.

L'examen histologique de la pièce fait par M. le docteur Marrien est venu plus tard rassurer notre diagnostic.

La petite malade après être restée quelques mois en dehors

de notre observation nous est revenue dans l'état représenté par cette gravure.

Nous nous sommes contenté, depuis, d'enlever la partie de la tumeur qui avait fait hernie à travers les lèvres de la plaie demeurée perméable depuis notre première intervention. Cette partie herniée était devenue des plus douloureuse et saignante par suite des blessures auxquelles l'exposait sa situation avancée.

Si nous avons cru qu'une exentération de tout le contenu de l'orbite aurait pu pallier à une nouvelle récurrence, nous n'aurions pas pu reculer devant le nécessité d'une telle mutilation, mais la conviction du contraire nous a fait nous abstenir.

Quand aurons-nous des armes sûres contre le cancer? Bientôt, espérons-le. Alors le chirurgien ne connaîtra plus le regret et l'humiliation de se sentir si souvent absolument désarmé devant un tel ennemi.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

Par H. HERVIEUX

Chargé du cours de thérapeutique et de pharmacologie à l'Université Laval.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

La découverte du germe de la pneumonie, le pneumocoque, en démontrant la nature infectieuse de l'inflammation de poumons a changé l'orientation thérapeutique dans le traitement de cette affection.

La Sérothérapie n'a pas encore donné de résultats pratiques; cependant le fait prouvé que la pneumonie n'est pas essentiellement une inflammation locale, mais bien une maladie infectieuse générale nous a ouvert de nouveaux horizons.

Les médications s'adressant à l'état local ont presque toutes été mises de côté comme inutiles et souvent nuisibles, pour faire place à des pratiques rigoureuses de prophylaxie et à une thérapeutique mieux raisonnée.

Nous n'étudierons pour cette fois que le traitement de la forme ordinaire de la pneumonie communément appelée pneumonie franche, nous réservant, dans un prochain numéro, de faire la thérapeutique des cas de pneumonie qui revêtent un caractère de gravité exceptionnelle à cause des tares organiques du malade ou des complications qui peuvent venir assombrir le pronostic.

PROPHYLAXIE: I. — Éviter les refroidissements surtout aux époques de l'année où les changements de la température sont brusques et considérables. Est-ce à dire que le coup de froid puisse être cause de pneumonie? Il faut distinguer: le froid ne

peut pas, il est vrai, engendrer le pneumocoque, mais il peut très bien être une cause occasionnelle de pneumonie, en ce sens qu'il peut exalter la virulence de ce germe jusque là relativement inoffensif. Le pneumocoque ainsi stimulé pullule d'une façon extraordinaire et l'invasion d'une partie considérable du poumon serait la suite naturelle de cette pullulation exagérée dépendant du coup de froid.

A plus forte raison faut-il éviter les refroidissements quand il existe déjà une infection des voies respiratoires (rhinite, laryngite, bronchite).

II. — Ne jamais considérer comme matière de peu d'importance une infection, si légère soit-elle, d'un point quelconque de l'arbre bronchique. Conséquemment il convient de traiter avec soin les bronchites aiguës ou chroniques non-seulement à seule fin de débarrasser le malade d'une indisposition ennuyeuse, mais de plus à titre de préventif contre la pneumonie.

Nous en dirons autant des infections de la gorge, de la bouche, du nez. Il faut les traiter à bonne heure et pratiquer une antiseptie rigoureuse de ces cavités, toujours à titre prophylactique. Si ces différentes infections surviennent au cours d'une épidémie de grippe, le traitement antiseptique local sera encore plus énergique si possible, afin de ne laisser aucune chance à l'infection pulmonaire toujours si grave au cours de l'influenza.

Règle générale ceux qui d'habitude prennent un soin hygiénique minutieux de leur bouche, de leur gorge, de leur nez, sont rarement atteints de pneumonie.

III. — Éviter les autres causes occasionnelles encore nombreuses: alcoolisme, surmenage, mauvaise alimentation, en un mot toutes les causes d'affaiblissement de nos moyens naturels de défense contre le pneumocoque et d'exaltation de virulence de ce germe infectieux.

IV. — La pneumonie est contagieuse pas au même titre que la variole, ou la scarlatine etc., mais enfin nous avons des exemples bien évidents de contagion de plusieurs membres d'une même famille.

L'isolement serait donc un excellent moyen prophylactique. Il est très difficile de faire accepter, de l'entourage, cette mesure préventive. Dans tous les cas, il faudra, au moins, et ceci

d'une manière absolue, obtenir la désinfection des crachats du pneumonique et des effets à son usage.

Les crachats doivent être reçus dans une solution fortement antiseptique, avec beaucoup de soin, car le contagé pneumonique résiste pendant assez longtemps à la dessiccation et les poussières chargées de germes peuvent engendrer de petites épidémies.

Si l'isolement du malade ne peut être convenablement obtenu, il faudra au moins en éloigner les personnes qui du fait d'un état spécial sont le plus exposées à la contagion v. g. vieillards, enfants, rougeoleux, etc., etc.

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE FRANCHE CHEZ LES SUJETS D'AILLEURS SAINS ET ADULTES. — Il n'y a pas encore de traitement spécifique de la pneumonie. La pneumonie franche aiguë est une maladie cyclique, à marche uniforme et rapide, qui évolue chez des sujets bien constitués sans faire courir de grands dangers aux malades. Sa marche rapide laisse l'organisme pas trop fatigué, la convalescence est courte.

Conséquemment, dans la pneumonie franche, chez un sujet sain, il vaudrait mieux ne rien faire du tout que d'intervenir intempestivement par des moyens thérapeutiques brutaux, risquant de contrecarrer l'action de défense naturelle.

Le traitement général dans ce cas devra viser à atteindre deux buts principaux :

1^o Mettre le malade dans les meilleures conditions hygiéniques pour lui permettre de résister à la maladie.

2^o Le traitement médical devra rencontrer les données pathogéniques de la pneumonie : Médication tonique et stimulante pour renforcer le pouvoir naturel de résistance et médication diurétique et quelquefois aussi purgative pour faciliter l'élimination des toxines et des déchets nombreux qui vont résulter de la lutte qui se fait dans l'économie.

Il nous faudra aussi traiter plus spécialement quelques symptômes qui pourraient être par trop bruyants ou fatiguants dans certains cas.

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE. — Chambre vaste, bien aérée, température convenable pas trop élevée. L'entourage bien souvent croit que parce que le malade tousse et fait de l'éleva-

tion anormale de température, il doit être tenu dans une chambre surchauffée, sans se découvrir, de crainte des refroidissements. car c'est toujours au coup de froid que l'on rapporte les frissons de la pneumonie. Il faudra réagir contre ce préjugé et veiller à ce qu'on ne prive pas d'air pur un malade dont la respiration est déjà pénible du fait de la diminution de son champ respiratoire.

Le malade devra être tenu demi couché pour faciliter la respiration. On le fera fréquemment changer de position pour éviter les stases sanguines trop prolongées dans une partie déclive (toujours la même) du poumon.

L'alimentation devra être légère: lait, bouillon, café, vin, alcools. Éviter les aliments qui prêteraient trop facilement aux fermentations. Calmer la soif par des boissons acidulées.

Il importe que le malade boive beaucoup et ceci en vue d'une action thérapeutique. L'eau bouillie, fouettée et refroidie doit être prise par le pneumonique, comme par tout fabricant en de très grandes quantités pour obtenir une espèce de lavage constant de l'économie infectée et favoriser par là une élimination très active.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Le traitement général moyen des stimulants: L'alcool à petites doses sous formes de cognac, rhum, etc. Chez les sujets forts, l'on se bornera à prescrire une limonade vineuse, 2 à 3 onces d'eau de vie dans les 24 heures; la médication alcoolique intensive étant réservée aux alcooliques atteints de pneumonie.

L'élimination sera favorisée par de légers purgatifs à tous les jours ou à tous les 2 jours selon indication: Seidlitz, légère dose d'eau minérale purgative.

L'action rénale sera poussée énergiquement il n'y a pas à coup sûr de meilleur moyen d'obtenir le summum d'élimination par cette voie que l'absorption d'une très grande quantité d'eau.

Il ne faut pas laisser le malade se servir selon ses goûts, mais lui imposer comme partie du traitement l'ingestion d'un grand verre à toutes les 2 ou 3 heures, de cette manière l'on peut se rendre compte de la quantité ingérée et voir si elle est suffisante.

L'administration des médicaments ne doit se faire que quand

il y a des indications précises. Nous rencontrons ces indications quand il existe des symptômes trop accentués.

Le point de côté par exemple sera calmé par des ventouses sèches ou scarifiées au niveau de la douleur; il est rare que cette douleur ne soit pas grandement atténuée à la suite de cette application.

Si cependant la douleur de côté persistait, l'on pourrait faire une légère injection hypodermique de morphine, celle-ci ne causera pas de tort à condition que la dose soit très faible: $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ de grain de chlorhydrate de morphine au plus.

A plus forte dose, la morphine pourrait donner raison au professeur Eichhorst qui l'accuse d'arrêter la toux et l'expectoration amenant une accumulation de mucosités dans les bronches.

L'on peut encore faire l'application sur le côté de compresses émollientes, cataplasmes chauds, etc.

Contre la dyspnée intense ou plutôt la menace d'asphyxie due à une hépatisation trop étendue du poumon, l'on peut faire faire des inhalations d'oxygène et suppléer par là au manque d'hématose, c'est-à-dire fournir en qualité, par ce moyen, au sang ce qui peut lui manquer en quantité.

Il est rare que le malade ne retire pas de ce procédé beaucoup de soulagement, l'anxiété disparaît, la cyanose diminue, la respiration devient moins laborieuse, enfin le mieux pour n'être que passager n'en est pas moins très agréable au malade et au médecin.

Le professeur Hayem a vanté le nitrite d'amyle comme un excellent moyen de diminuer la dyspnée et de rendre les crachats plus fluides; il en est arrivé à faire respirer 50 et même 100 gts en une seule séance à un homme atteint de pneumonie.

S'il est impossible d'administrer les inhalations d'oxygène ou de nitrite d'amyle dans un cas urgent, le moyen le plus rapide serait de pratiquer une large saignée générale. Cette dernière ne doit pas être une mesure ordinaire de traitement de la pneumonie mais elle ne doit être réservée qu'à ces cas spéciaux de menace d'asphyxie par hépatisation trop considérable ou encore lorsque l'on reconnaît qu'il existe avec la pneumonie un œdème du poumon. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

Quelquefois cette dyspnée intense hors de proportion avec les

signes locaux peut survenir chez des hystériques, les antispasmodiques, en particulier les bromures, sont dans ces cas les médicaments de choix.

La toux est rarement bien fatigante dans la pneumonie, quand ce symptôme est par trop fatigant l'on peut soulager en donnant $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain de codéine à toutes les 4 heures ou encore le sirop de codéine, 1 cuillerée à thé toutes les 2 ou 3 heures. L'expectoration, de même, est rare s'il n'y a pas de bronchite concomitante. Pour favoriser l'expectoration et en même temps diminuer l'intensité de la toux, l'on peut administrer la poudre de Dover à la dose de 4 à 8 grains.

Le tartre stibié est encore employé pour faciliter l'expectoration; sagement employé il peut aussi diminuer l'érythisme vasculaire et ramener le pouls à un état voisin de la normale. Ce sont les abus que l'on a faits de cette médication qui ont été cause de son discrédit. Chez les sujets pléthoriques l'on pourra donc donner le tartre stibié à dose de 2 ou 3 grains dans une potion de 4 onces, 1 cuillerée à toutes les 2 heures.

Les sels ammoniacaux peuvent rendre des services non-seulement comme expectorants mais en même temps comme stimulants du système nerveux. L'on pourra employer le carbonate d'ammoniaque à la dose de 3 à 5 grains, à toutes les 2 heures dans une potion gommeuse ou sirupeuse.

L'acétate d'ammoniaque est souvent employé dans une potion quelconque. L'on pourra par exemple ordonner :

Acétate d'ammoniaque.	1	drachme
Teinture de cannelle . . .	2	drachmes
Sirop de quinquina	1	once
Vin	5	onces

Une cuillerée à soupe à toutes les 2 ou 3 heures.

LA PESTE BUBONIQUE

Par E. P. BENOIT

Professeur suppléant de pathologie interne à l'Université Laval.

Qui n'a pas lu, au moins une fois dans sa vie, quelque récit émouvant des horribles ravages exercés par la peste, au moyen âge, et même beaucoup plus près de nous, au siècle dernier. Les populations des grandes villes livrées sans défense aux étreintes mortelles du fléau venu d'Asie, les habitants terrifiés fuyant le foyer de pestilence, les longues files de charrettes transportant les cadavres à la lueur des flambeaux, les processions, les prières publiques, tout cela forme un tableau qui nous est connu. La mortalité en ces temps-là atteignait des proportions qui nous étonnent aujourd'hui. Hecker calcule qu'au quatorzième siècle un quart de la population de l'Europe, soit 25.000.000 de personnes, fut emporté par les épidémies de diverse nature. La peste fit mourir :

En 1572, à Lyon, 50.000 personnes.	
En 1576, à Venise, 70.000	“
En 1656, à Naples (et les environs,) 300.000 per-	
En 1665, à Londres, 68.000 personnes.	[sonnes.
En 1720, à Marseilles, 60.000	“
En 1721, à Toulon, 87.000	“
En 1743, à Messines, 50.000	“
En 1771, à Moscou, 50.000	“

Ce fut la dernière grande épidémie de peste en Europe, à l'exception cependant de celle du Caire, en 1835, qui fut très sévère. Il est en effet à noter que, durant le présent siècle, la peste s'est confinée dans ses quartiers d'Asie, et n'a fait que de rares et

courtes apparitions en Italie (1815), en Grèce (1828), en Egypte et à Constantinople (1843).

C'est que le dix-neuvième siècle est le siècle de l'hygiène publique et des quarantaines. Les pays d'Europe, les grandes villes surtout, mettant à profit une expérience chèrement acquise, s'efforcent de protéger leurs habitants contre l'envahissement de semblables fléaux, et les mesures établies, perfectionnées à mesure que la science médicale progresse, deviennent une barrière difficile à franchir.

Mais la peste pour cela n'a pas renoncé à ses droits, elle a trouvé dans la race jaune d'Asie, en Chine surtout, un excellent terrain où les préjugés, l'ignorance, la malpropreté contribuent tout à la fois à la nourrir et à la développer. Nous aurions tort de nous endormir dans une sécurité mensongère. Endémique en Asie, la peste offre un danger constant; elle veille, attentive, prête à profiter de la multiplication des voies ferrées, des lignes de vapeurs, pour se mettre en marche et envahir les pays d'Occident. Ne vient-elle pas, tranquillement, sans bruit, sans éclat, de faire en six années son tour du monde?

ÉPIDÉMIE ACTUELLE. — ORIGINE ET MARCHE.

Jetez un coup d'œil sur l'itinéraire de l'épidémie actuelle, et vous serez frappé tout d'abord par ceci: qu'elle a respecté, ou à peu près, les vieux pays, les vieilles voies de propagation, et qu'elle a voyagé surtout sur les lignes neuves, récentes, pour envahir les pays nouveaux, l'Australie, l'Afrique du Sud, le Brésil: c'est l'hémisphère austral qui réclame sa place dans le concert européen. Et il serait difficile de le lui refuser, car l'épidémie actuelle a fait, jusqu'à aujourd'hui, en comptant le statistique des Indes, au-delà de 325,000 victimes. Seulement, si l'on veut suivre la marche de cette épidémie fin de siècle, il est bon d'avoir un atlas de géographie moderne.

Il y a sur les frontières nord de la Chine un pays qui s'appelle la Mantchourie, et dans ce pays une place qui est un foyer endémique de peste et qui a nom Yun Nan. Yun Nan fait un grand

commerce avec Longtcheu, situé en Chine, à 200 kilomètres dans le sud, et des caravanes de mulets, chargés de marchandises, voyagent constamment entre les deux villes; le trajet se fait en six jours. De Longtcheu, les marchandises sont transportées par eau, en jonques, jusqu'à la mer, c'est-à-dire jusqu'à Canton ou Hong Kong; ces jonques transportent aussi des passagers.

Or voici ce qui arriva en 1892. Malgré les soldats postés sur la frontière chinoise par le Fils du Ciel pour arrêter la maladie, si elle se présentait, des muletiers venus de Yun Nan tombèrent malades de la peste à Longtcheu, et le mal se répandit dans tout le territoire environnant. Ce fut le début de l'épidémie actuelle.

En 1893, des passagers et des hommes d'équipage, venus en jonques de Longtcheu, apportèrent la peste à Canton et à Hong-Kong, et de là, les gros navires se chargèrent de la transporter par mer à Bombay, dans les Indes Anglaises. Le commerce aux Indes est très actif; la maladie envahit bientôt tout le pays, et dans la présidence de Bombay seule, il y eut 164,000 morts sur 200,000 cas. En même temps, Hong-Kong contaminait l'île de Formose, où 1800 personnes succombèrent, et le Tonkin, colonie française où Yersin devait venir l'année suivante.

Mais la maladie, sauf quelques cas apparus à Alexandrie, Égypte, et à Kobe, Japon, resta confinée à l'Asie. Seulement, le foyer se développa dans des proportions alarmantes, aux Indes surtout, et l'on devait s'attendre tôt ou tard, à cause des nombreuses lignes de commerce reliant entre eux les divers continents, à voir la peste apparaître au loin.

C'est ce qui est arrivé l'année dernière. Ce fut d'abord Oporto, dans le Portugal, qui fut atteint en août 1899. Deux ouvriers du port, employés à décharger une cargaison de riz venu de Chine, tombèrent malades de la peste et déterminèrent une épidémie locale qui donna 298 cas et 115 morts. Deux mois plus tard, en octobre 1899, un vaisseau venu d'Oporto, le "Rey de Portugal", s'amarra dans le port de Santos, au Brésil. Quelque temps après son arrivée, on trouva partout des rats morts, et peu après la peste fut reconnue chez un malade traité à l'hôpital civique pour la fièvre jaune. Pour la première fois dans l'histoire de la médecine, la peste faisait son apparition en Amé-

rique. De Santos, la maladie suivit le chemin de fer jusqu'à Sao Paulo. Elle s'est, depuis, étendue à la République Argentine, aux îles d'Hawaï, et il s'en fallu de bien peu que les États-Unis ne fussent envahis à leur tour. Le 18 novembre 1899, un vaisseau anglais, le " J. M. Taylor ", arrivait de Santos, Brésil, à New-York avec deux cas de peste bubonique à bord, après avoir perdu un premier cas en mer. Heureusement que la maladie ne dépassa pas la quarantaine.

Depuis janvier 1900 des nouvelles venues d'un peu partout nous annoncent des débuts d'épidémies locales, apportées toujours par des vaisseaux marchands. L'Arabie, l'Australie (Adélaïde, Sydney), l'île de Madagascar, l'île Maurice, la Nouvelle Calédonie, le Paraguay, la Perse, les îles Philippines, ont été atteints tour à tour, et voilà que les dépêches nous signalent l'apparition du fléau à Cape Town et à Durban, aux bases mêmes des opérations de la guerre d'Afrique.

Vous le voyez, c'est dans des pays neufs, mal protégés peut-être, que la maladie s'implante. En certains endroits, la chose prend une tournure sérieuse; à l'île Maurice, on enrégistre à l'heure qu'il est 2,500 décès sur 3000 cas. Et le foyer des Indes, d'où l'épidémie est venue, n'est pas encore éteint. Où tout cela s'arrêtera-t-il?

LA PESTE BUBONIQUE. — NATURE, SYMPTOMES, CONTAGION.

Cette recrudescence inattendue de la peste bubonique, survenant à la fin du dix-neuvième siècle, aura du moins fourni l'occasion d'en bien saisir la nature; à ce point de vue, il est permis de dire qu'elle est venue à son heure. Pour s'être répandue en pays asiatique, elle n'a pas pour cela échappé aux recherches des élèves de Pasteur, et Kitasato à HongKong, Yersin au Tonkin eurent vite fait d'isoler la bacille pesteux et même de fabriquer le sérum curateur. Ce qui prouve l'énorme progrès accompli depuis le moyen âge, où l'on attribuait l'écllosion de la peste à l'influence des astres et des tremblements de terre.

La peste est une septicémie aiguë, caractérisée par l'inflammation des glandes lymphatiques, accompagné de symptômes cérébraux et de troubles vasculaires, et due à l'action d'une ba-

cille spécifique (Kitasato, Yersin, 1894) qui envahit la circulation et forme de nombreuses colonies dans la rate, quand la mort ne survient pas avant le deuxième jour.

L'incubation dure de 12 heures à 12 jours, habituellement 4 jours. Le malade se plaint d'une forte fièvre, de gonflement d'une ou plusieurs glandes lymphatiques, et tombe dans un délire précoce, rarement violent. La fièvre dure au moins huit jours, et la convalescence est longue. En cas de fatalité, ce qui est la règle, la mort survient du 2^e au 8^e jour; passé huit jours, le pronostic s'améliore. Les glandes communément affectées sont celles de la cuisse, de l'aîne, de l'aisselle, quelquefois du cou. Les glandes atteignent rapidement la grosseur d'un œuf de poule, et si la mort n'intervient pas, elles se ramollissent après 5 à 6 jours et se remplissent de pus. Dans les cas très sévères, les bubons n'ont pas le temps de se former, et il se produit alors des hémorragies aux membranes muqueuses et sous la peau (peste noire). La toxémie se porte de préférence sur les centres nerveux (hémorragies punctiformes). Il existe une forme pulmonaire, très grave, de la maladie. Enfin les pestiférés guéris peuvent suppurer pendant longtemps. La mortalité varie de 50 à 90 p. c.

Ce qui nous intéresse surtout, au point de vue hygiénique, c'est le mode de contagion de la peste, et c'est ici qu'apparaissent des données nouvelles. En effet, si la peste, comme toute septicémie, se communique de l'homme malade à l'homme sain par une plaie, par la bouche ou par le poumon, elle se communique aussi de l'homme aux animaux, et des animaux à l'homme, et généralement, pendant cette transition en partie double, le bacille acquiert une virulence nouvelle. De sorte que les meilleurs agents de propagation de la peste sont les animaux domestiques, le chien, le chat, la souris et surtout le rat, le plus susceptible de tous au bacille pesteux.

On peut se rendre compte, en regardant les curieux dessins reproduits dernièrement dans la *Presse Médicale* par Maurice Letuile, que cette association des rats et de la peste avait été remarquée par les anciens observateurs. Les rats vivent sous les planchers, dans les égouts, fouillent le sol, mangent les cadavres, gionnent facilement. Ils sont aussi très migrateurs, se trans-

portent d'une place à une autre, voyagent même à bord des navires, et il s'en suit tout naturellement que la contagion peut être transmise par eux à de grandes distances, d'Asie en Europe, d'Europe en Amérique. C'est là un résultat inattendu, dans notre siècle de lumière, du perfectionnement des voies de communications: il est évident que la vie et la mort ne perdent jamais leurs droits sur l'humanité.

Nous avons dit plus haut que l'apparition de la peste au Brésil, après la venue du "Rey de Portugal", fut précédée d'une mortalité remarquable parmi les rats. Le fait a été observé à maintes reprises aux Indes, où l'on a vu, à Bombay, à Calcutta, à Hyderabad, les rats mourir en grand nombre de la peste, et fuir les quartiers de la ville envahis par le fléau. A Mokundpur, dans une maison infectée par la peste, on trouva les cadavres de 200 rats. Le docteur Clemow rapporte, dans le *British Medical Journal* (12 mai 1900), le fait suivant, qu'il a observé personnellement:

Le 31 mai 1898, à Calcutta, un homme mourut de la peste dans une boutique du bazar. Ce bazar indien consistait en une série de passages étroits bordés de stalles. Sur des étagères en bois, placés à un pied du sol, on exposait en vente de la viande, des poissons, des fruits, des légumes, etc. . . Les allées n'étaient pas pavées, et l'on voyait le sol criblé de trous de rats. Le gardien du bazar avait remarqué que, depuis quelque temps, les rats mouraient en grand nombre ce qui n'était jamais arrivé auparavant. Le docteur Clemow fit fermer la nuit les portes du bazar, et le matin, lorsqu'on les ouvrait, on trouvait des rats morts dans les allées et sur les étagères. On en trouva un jour jusqu'à 25. Le bazar fut désinfecté, il n'y eut plus d'autres cas de peste, et les rats cessèrent de mourir.

La relation de cause à effet semble être ici bien établie: sans les précautions prises, ce bazar serait devenu un foyer de contagion. Car, en ces pays lointains, les rats sont légions. A Canton, on apporta 20,000 cadavres de rats à la suite d'une récompense offerte pour leur destruction.

L'observation suivante, que nous citons d'après le docteur Clemow, nous fait soupçonner le rôle des rats à bord d'un navire: Le steamer "Shannon" partit de Bombay pour Aden en

mars 1898: on trouva, dans la chambre du commis du bord, plusieurs cadavres de rats, et deux jours après un employé de la poste tomba malade de la peste. Les germes avaient dû être apportés par les rats malades. Les rats sont parfois très nombreux dans la cale d'un navire: dans un cas où l'on fit la désinfection du navire contaminé avec le soufre, on en retira 16 seaux pleins. Ces rats peuvent-ils, par leurs sécrétions pathologiques (bubons, mucus nasal) contaminer le grain ou les marchandises? La chose est probable, mais elle n'a pas encore été démontrée.

Les rats n'en demeurent pas moins, à bord des navires venant d'un port infecté, un élément de grand danger, qui nécessite l'intervention des autorités sanitaires. Un autre danger provient de la présence, parmi l'équipage ou les passagers, de cas de peste ambulants. Car on a observé des cas où les malades, porteurs de bubons en suppuration, pouvaient cependant accomplir leur besogne journalière. C'est pour parer à ce danger que l'on procède, dans les quarantaines, à l'examen de l'aîne et de l'aisselle des passagers et de l'équipage: le navire et sa cargaison sont désinfectés au soufre. La durée de la quarantaine est de quinze jours. Le navire est tenu au large afin que les rats ne puissent nager jusqu'à terre.

LA SÉROTHÉRAPIE DE LA PESTE.

Si l'épidémie de peste actuelle tend à prendre des proportions alarmantes, elle ne nous en aura pas moins valu, à part le bacille pesteux, l'une des plus belles découvertes médicales de cette fin de siècle, pourtant si féconde en progrès de toute sorte. On connaît l'histoire de la mission de Yersin en Indo-Chine. Le jeune et brillant élève de l'Institut Pasteur, le cœur souffrant et décidé à fuir Paris, demanda lui-même à aller au loin en mission scientifique. Débarqué en Asie au moment où Kitasato mettait les pieds à Hong-Kong, il installa son laboratoire dans une hutte et se mit au travail avec acharnement, cherchant l'oubli dans le microscope. En 1894, en même temps que Kitasato, il trouvait le bacille de la peste, et, plus heureux que son rival japonais, il pouvait deux ans plus tard compléter sa découverte en suivant les conseils de Roux, et fournir pour la première fois un remède

efficace à une maladie dont la mortalité atteignait 90 p. c. : des 23 malades traités à Amoy, deux seulement moururent, et encore c'était deux cas désespérés.

Le sérum antipesteux de Yersin, obtenu par des inoculations successives aux chevaux, agit pour la peste comme le sérum antidiphthérique de Roux agit pour la diphthérie, c'est-à-dire qu'il est à la fois curatif et prophylactique. Il s'administre aussi de la même manière. La dose varie suivant l'action qu'on veut obtenir. Pour protéger les personnes exposées à la contagion, on injecte 10 c. c. qu'on répète au bout de dix jours. Dans les centres très infectés, il est bon de répéter plusieurs fois l'injection, afin de prolonger l'immunité chez les personnes très exposées. Pour guérir un cas de peste, il vaut mieux injecter en une fois une forte dose, 30 à 50 c. c., que de répéter des doses faibles. On répète la dose quand il n'y a pas une diminution rapide et de la fièvre et de l'hypertrophie des ganglions.

Quant à l'efficacité curative et prophylactique du sérum antipesteux, voici ce que rapportait Roux en 1897 à l'Institut Pasteur : " A Bombay, le gérant d'un comptoir du Crédit Lyonnais habitait avec sa femme, ses enfants, et une nombreuse suite de serviteurs indigènes une maison située dans la partie infestée de la ville. Sa petite fille, atteinte d'une forme virulente de la peste, fut traitée par le sérum, elle guérit rapidement et sans accident. Par précaution, toute la famille fut inoculée, et l'on offrit aux domestiques indigènes de les traiter de la même manière. Quelques-uns acceptèrent et échappèrent à l'infection, tandis que six d'entre eux, ayant refusé le traitement par scrupules religieux, furent tous atteints, et cinq moururent. On ne pouvait trouver une épreuve plus sévère, et qui donnait un plus triomphant résultat." A Oporto, la commission française chargée d'étudier l'épidémie rapporta que la mortalité des cas traités par le sérum ne fut que de 14 p. c., alors qu'elle s'éleva à 70 p. c. chez les cas non traités.

Le sérum expérimenté par Haffkine aux Indes n'est pas à proprement parler un sérum ; c'est un bouillon de culture. Il a l'avantage d'être un meilleur prophylactique que le sérum de Yersin, son action étant plus prolongée, mais par contre il ne saurait en aucune manière guérir un cas de peste. Bien au con-

traire, si vous ajoutez à la septicémie pesteuse une dose supplémentaire de toxines en injectant au malade le bouillon du médecin anglais, vous verrez immédiatement les symptômes augmenter d'intensité. Aussi ne l'emploie-t-on que comme prophylactique chez les personnes saines, à la dose de 1 c. c., qu'il suffit de répéter tous les 30 ou 40 jours. Il est bon de répéter au moins la première dose dès que les symptômes de réaction ont disparu. Aux Indes, on a constaté que la vaccination est efficace, chez ceux vaccinés une fois, dans 85 p. c., des cas, et dans 95 p. c., chez ceux vaccinés deux fois. Mais il faut se rappeler que la culture de Haffkine ne doit pas être employée chez les pestiférés, ni même chez les personnes ayant été exposées à la contagion, où la maladie est en incubation, car l'effet serait très défavorable.

Pour les personnes saines, non encore exposées à la contagion, c'est un excellent vaccin. A Bombay, sur 8,200 personnes inoculées, 18 contractèrent la peste, et deux seulement moururent.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL

DENTISTES

En réponse à des demandes nombreuses qui lui ont été adressées, le Comité Exécutif du XIIIe Congrès International de Médecine à Paris a décidé que les dentistes non docteurs en médecine, mais pourvus d'un "diplôme d'État" français ou étranger, pourront se faire inscrire comme Membre du Congrès dans la Section de Stomatologie.

Envoyer les adhésions aux Bureaux du Congrès, 21, rue de l'École de Médecine, Paris.

SOCIÉTÉS

COMITÉ D'ÉTUDES MÉDICALES

SEANCE DU 1er MAI 1900.

Présidence de M. LEFILS.

M. Dubé communique quelques notes à propos du travail sur l'hémorragie cérébrale lu à la dernière séance par le Dr Benoit. L'état de la pupille peut servir à diagnostiquer la localisation de l'hémorragie. La dilatation unilatérale, pupille de Hutchison, due à la compression de la 3e paire, est un bon symptôme d'une hémorragie sus-duremérienne siégeant du même côté que la pupille dilatée. L'inégalité pupillaire est encore signe d'un épanchement considérable comprimant l'oculo-moteur du même côté. Dans les cas d'apoplexie très grave, le plus souvent les pupilles sont contractées, mais même dans ces cas la dilatation des pupilles se fait graduellement avec le temps.

A propos du traitement, M. Dubé cite l'opinion de Miller: "Autrefois la majorité des cas étaient saignés; maintenant c'est tout le contraire. Cependant la saignée peut être faite dans quelques cas lorsqu'il y a une congestion très marquée de la face avec un pouls plein et dur." Pendant l'attaque, la tête du malade ne doit pas être placée trop basse, contrairement à ce que l'on fait dans les cas d'anémie du cerveau, syncope par chloroforme, etc. : il faut mettre le malade dans une position demi-assise, avec tous les muscles en état de relâchement complet. Quand il y a des vomissements, on peut les diminuer en tournant le malade sur son côté droit. Dans les cas où la respiration stertoreuse est très pénible, il suffit de tourner le malade sur son côté paralysé pour voir la respiration s'améliorer.

M. Dubé, en terminant, donne de l'apoplexie et de l'hémorragie cérébrale des définitions qui concordent pleinement avec ce qui a été dit déjà.

M. Benoit témoigne sa satisfaction de ce que les notes de M. Dubé concordent avec les siennes propres. Il rappelle que lorsque la contraction pupillaire existe dans l'hémorragie cérébrale, ce ne peut être qu'au début, et cette contraction est remplacée rapidement par la dilatation.

ŒDÈME AIGU DU POUMON.

M. Lesage rapporte à ce propos plusieurs observations personnelles (voir plus haut).

M. Dubé a constaté que l'œdème aigu du poumon est fréquent. Il se demande quelle en est la cause. Un cardiaque de l'Hôtel-Dieu, ayant eu un œdème pulmonaire subit, fut guéri par une saignée suivie de l'administration de la digitaline.

M. Benoit se rappelle un cas traité à l'hôpital Notre-Dame, dans le service du Dr Rottot. Il s'agissait d'une femme très grasse amenée par l'ambulance. Elle fut guérie par l'application du vin ipécaë, une cuillerée à thé toutes les 10 minutes. L'état nauséux qui se produit aide à décongestionner le poumon. Il n'y eut jamais de crachats chez cette malade.

M. Lesage insiste sur les effets désastreux que produit une injection de morphine dans les cas semblables.

LES TOPHUS DANS LA GOUTTE.

M. Dubé présente la photographie d'un malade atteint de goutte et ayant des tophus nombreux. Il cite les définitions des auteurs à propos de ces tophus.

E. P. BENOIT.

ANALYSES

MÉDECINE

Hyperthermie hystérique. — (*Lyon Médical*, 11 mars 1900).

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune femme de 21 ans très bien développée qui, au cours d'une légère diarrhée accompagnée de vomissements qui dura deux jours, présenta à plusieurs reprises une température rectale de 43° C. (109.4° F.). Le quatrième jour le thermomètre marqua 99.5° F. le matin et 109.4° le soir du même jour. Deux jours plus tard le thermomètre marquait 110° F. puis 108° F. et enfin 98.4° F. trois jours plus tard. Jamais la peau ne présenta cette chaleur marquée qui accompagne la pneumonie ou les fièvres éruptives et la jeune femme ne présenta à aucun moment du symptômes typhoïdiques ou tuberculeux.

J. E. DURÉ.

Endocardite aigue végétante des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. — (SOUQUES ET BALTHAZAR, *Bulletin et Mém. Soc. Méc. des Hôpitaux*, 3 mai 1900)

Les auteurs rapportent une observation d'endocardite à localisation rare, puisqu'il s'agit d'une lésion des sigmoïdes pulmonaires comme le permet de voir les pièces d'autopsie. Il s'agissait d'un cas d'endocardite infectieuse aiguë, limitée à l'orifice pulmonaire et caractérisée par la présence de végétations. Les signes stéthoscopiques avaient fait penser à une insuffisance tricuspidiennne, en raison du siège du souffle entendu très fortement à la base de l'appendice xiphoïde, mais l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une lésion des valvules sigmoïdes. L'origine infectieuse de cette endocardite est restée inconnue.

Compression du poumon droit par des ganglions du médiastin de nature probablement tuberculeuse. — (Dr NORMAN DALTON, "*Clinical Society*," de Londres, *British Med. Journal*, 5 mai 1900).

L'auteur présenta un garçon âgé de 12 ans qui est malade depuis 5 mois seulement. Il présenta alors une fièvre rémittante et l'aspect du jeune malade indiquait de la tuberculose. La moitié supérieure du sternum et la partie du poumon droit avoisinant le sternum présentaient de la matité. L'auscultation dans cette même région laissait entendre les bruits du cœur exagérés et une respiration rude. L'autre portion du poumon droit présentait une légère ma-

tité sous la clavicule avec une respiration affaiblie et une diminution très marquée des vibrations.

Il y avait une dilatation marquée des veines sur la poitrine des deux côtés. Un ganglion gros et dur fut trouvé dans le creux axillaire gauche. L'auteur croit que la matité dans la région du médiastin ainsi que les troubles dans la respiration et la circulation sont causés par une tumeur solide siégeant dans le médiastin se prolongeant à droite en comprimant la bronche du lobe pulmonaire supérieur droit. La nature de cette tumeur est discutable. En effet ce peut être des ganglions tuberculeux ou un lymphadénome.

J. E. DURÉ.

Inoculation préventive contre la fièvre typhoïde au moyen du vaccin typhoïdique. — (R. W. MARSDEN, de Manchester, Angl., *British Medical Journal*, 28 avril 1900.)

L'auteur, en sa qualité de surintendant médical du Munsall Hospital de Manchester, a eu l'occasion de constater, que parfois les personnes préposées aux soins des typhiques soignés en grand nombre dans cette institution, contractaient la fièvre typhoïde malgré toutes les précautions prises. De 1895 à 1899, il y eut une moyenne de 225 cas de dothiènéntérie par année, traités au Munsall Hospital: en 1897 et 1898 le nombre a été de 302 et 426 malades. Pendant ces quelques années il y eut de 3 à 8 membres du personnel hospitalier qui furent contagionnés par les malades placés sous leurs soins. L'auteur dans le but de diminuer cette morbidité chez les garde-malades, leur proposa de se laisser vacciner contre la fièvre typhoïde, au moyen du vaccin antityphoïdique, préparé par le professeur A. E. Wright de "Army Medical School" de Netley. Sur les 22 garde-malades, 14 furent vaccinées. Le vaccin fut refusé par 4 garde-malades, et les autres ne furent pas vaccinées parce qu'elles avaient déjà eu la fièvre typhoïde. De septembre 1899 au mois de mars 1900, l'hôpital reçut 146 typhiques et pas une des garde-malades ne fut contagionnée. L'auteur ne veut pas tirer de conclusions de ce premier essai, parce que le temps écoulé a été trop court pour pouvoir juger sérieusement des effets du vaccin antityphoïdique. Cependant il dit: "Je sais très bien que le temps écoulé depuis que ce moyen prophylactique a été adopté est trop court pour tirer des conclusions décisives, cependant les résultats obtenus jusqu'à aujourd'hui sont je crois, suffisants pour m'autoriser à rapporter le fait, et même, pour laisser entrevoir que la vaccination antityphoïdique, donne, au moins pour un temps limité, soit une immunité contre la fièvre typhoïde, soit une plus grande force de résistance contre le bacille typhique.

J. E. DURÉ.

Un autre cas de fièvre typhoïde sans lésions intestinales avec réaction de Widal. — (OPHULS, dans *New-York Medical Journal*, 12 mai 1900.)

Un homme de 24 ans fut admis en septembre dernier au County hospital San Francisco. A cause de son état semi-comateux on ne put obtenir aucun renseignement. L'urine, obtenue par la sonde, donna la diazo-réaction. La "sero-réaction" de Widal fut positive à 1 p. 40. La température était à 105

F.; la langue était fendillée, il y avait du tympanisme avec léger gargouillement dans la fosse iliaque droite. On entendait quelques râles sous-crépitants aux deux bases pulmonaires. La rate était augmentée de volume, le foie normal.

Comme traitement, on donna le calomel, les stimulants et les bains froids. Malgré tous les efforts, le malade mourait sept jours après son admission. La température avait atteint 106 F. avec rémissions journalières à 100 F. L'autopsie corrobora le diagnostic clinique. La rate était énorme, les poumons congestionnés, mais l'intestin était intact.

Desensemencements furent faits sur les milieux ordinaires. Tous les organes donnèrent des colonies plus ou moins nombreuses de bacilles typhiques avec tous ses caractères propres.

La fermentation de la lactose est nulle. La réaction de l'indol est négative, la gélatine n'est pas liquéfiée après ensemencement: les bacilles sont agglutinés par le sérum sanguin d'un typhique dans les proportions de 1 p. 40. après trois heures.

La pathogénie est obscure et pleine d'hypothèses. Quelques auteurs ont écrit que la localisation, dans ces cas exceptionnels, se fait ailleurs que dans l'intestin. Sans doute les voies respiratoires, les canaux biliaires, le canal vésical, où on a decélé à maintes reprises, la présence du bacille d'Eberth, peuvent favoriser le passage de l'agent infectieux, mais il est probable que, le plus souvent, il pénètre dans l'économie par la voie ordinaire, c'est-à-dire par la muqueuse intestinale. En effet, la dilatation des glandes mésentériques nous permet de le supposer, elle existait dans plusieurs cas et dans celui-ci en particulier, et malgré l'absence de lésions intestinales, à l'autopsie — ce qui prouve nullement qu'elles n'aient pas existé à un moment donné — il est permis de croire que la plaque de Payer ait été assez légèrement touchée pour que toute trace d'ulcération ait disparu avant la mort. Il est de fait que des observations ont été publiées où la fièvre typhoïde avait été tellement bénigne que la cause de mort résidait plutôt dans les complications, pneumonie et granulie, etc. On peut alors penser que les lésions intestinales guérissent avant que le bacille ait disparu de l'économie, car il est acquis aujourd'hui par des observations autorisées que desensemencements de rates typhoïdiques sont restés stériles alors que le col de la vessie poussait très bien.

Evidemment, ces hypothèses n'expliquent pas tous les cas: il arrive, en effet, comme il est dit plus haut que l'infection suive une voie anormale. Bref ces faits prouvent la valeur de la séro-réaction à côté des incertitudes du diagnostic clinique.

J. A. LESAGE.

Alimentation dans la fièvre typhoïde.—(VAQUEZ, Paris, dans la *Presse Médicale*, avril 1900).

La question de l'alimentation des typhiques mérite d'attirer notre attention. A l'époque funeste de Broussais, les typhiques étaient soumis à une diète absolue et néfaste. En 1857 on commença à discuter sur le régime alimentaire. Peu à peu on introduisit les bouillons, les potages, le lait, mais après beaucoup d'hésitation et au grand détriment des malades.

Aujourd'hui, l'alimentation journalière consiste en un ou trois litres de lait, peu ou pas de bouillon, très rarement du jus de viande et quelques jaunes d'œufs, et c'est tout. On estime généralement que les boissons doivent être abondantes.

Dans ces dernières années des tentatives hardies ont été faites, et les résultats méritent une mention spéciale.

I. Les typhiques sont-ils convenablement et suffisamment alimentés par les méthodes actuelles? Le physiologiste Longet a dit que la faim produisait des accidents semblables à ceux de la fièvre typhoïde. D'après les observations faites, il résulte que l'inanition prend une part encore trop grande à la symptomatologie de la fièvre typhoïde et que nous ne nourrissons pas les typhiques comme ils ont le droit et le pouvoir de l'être.

En effet, la ration d'entretien nécessaire à l'homme sain exige une quantité de trois à quatre litres de lait de vache, et, à ce taux, si les albuminoïdes sont en proportions suffisantes, les graisses en excès, les hydrates de carbone sont en déficit.

Or, chez le fébricitant, les pertes en albumine, graisse et hydrate de carbone sont énormes: de plus l'assimilation du lait pendant la fièvre est diminuée dans de notables proportions.

Logiquement, on conclut donc que la ration d'entretien suffisante pour un homme sain est insuffisante pour un fébricitant. Les pertes en azote par les fecès, chez l'adulte normal varient entre 3. 9. 8%: chez le fébricitant au contraire elles atteignent quelquefois 24%, la moyenne est de 15%.

La conclusion de ce chapitre, s'impose à savoir, que la quantité habituellement donnée de deux litres de lait est tout à fait insuffisante pour permettre au typhique de lutter avec succès contre les pertes organiques; c'est une véritable ration d'inanition.

II. Y aurait-il intérêt ou danger à alimenter les typhiques d'une façon plus substantielle que nous ne le faisons aujourd'hui!

" Il y aurait un intérêt majeur à alimenter mieux les typhiques." En effet, la perte de poids, le délire, la petitesse du poulx, la sécheresse de la langue, les congestions passives du poulmon, la tendance aux escarres et aux troubles trophiques sont des symptômes observés chez les animaux expérimentalement inanitiés et que l'on ne rencontre pas chez les typhiques alimentés. Les complications hépatiques, pulmonaires, sont d'autant plus graves et plus fréquentes que le sujet est plus inanitié. D'autre part, une alimentation progressive, régulière, bien appropriée à l'état des organes produit ni exaspération de l'état fébrile, ni perforation intestinale, ni rechutes, malgré les affirmations de certains auteurs, anciens ou contemporains. C'est le résultat d'observations très précises.

Si des perforations intestinales se sont produites après un écart de régime, les mêmes accidents ont été observés en dépit de la plus extrême prudence. Au reste, le régime lacté ne met pas à l'abri de pareils accidents, car il est prouvé que le résidu de la digestion du lait constitue les fecès, les plus considérables; tandis que le résidu de la viande ne donnerait que 17 grammes d'excréments solides pour 120 grammes de viande fraîche. Bref, tous les observateurs qui ont alimenté convenablement leurs typhiques n'ont pas observé, ou que très

rarement, de complications intestinales; et la tendance aux rechutes est écartée dans des proportions considérables.

Done, il n'y a que des avantages à augmenter l'alimentation des malades atteints de fièvre typhoïde.

III. Quel doit être le meilleur mode de suralimentation, quels sont les effets de celle-ci ?...

Augmenter la quantité de lait ?... La chose est impraticable pour deux raisons principales: 1° à cause de l'indigestibilité du lait pris à haute dose chez un grand nombre de malades, 2° à cause des rations trop copieuses et trop fréquentes. La méthode alimentaire suivante a été modifiée de façon à ne point gêner la médication par les bains froids et à compenser autant que possible les pertes subies par les malades.

1° Régime alimentaire:—La base de l'alimentation est le lait prescrit par tasses de deux heures en deux heures.

2° Le matin:—Une grande tasse de thé ou de café au lait, ou bien, une assiettée de soupe à la farine—racahout, farine d'avoine lorsqu'elle n'est pas laxative pour le malade, farine de riz en cas de diarrhée trop abondante.

3° Le midi:—Potage au lait avec un jaune d'œuf et une cuillerée à café de somatose, un verre à Bordeaux de gelée de viande, ou bien de jus de viande frais.

4° A six heures:—Repas identique, le potage au lait peut être remplacé par un bouillon avec jaune d'œuf.

5° Dans la nuit:—Une cuillerée à café de somatose ou de peptone lorsque les malades la supportent bien avec du lait.

6° Lorsque la température commence à décroître, on peut remplacer le jus de viande par de la viande crue râpée, de préférence la viande de mouton ou la partie centrale du jambon à cause de leur pauvreté en graisse.

7° Après l'apyrexie complète—deux ou trois jours—on peut donner des crèmes légères, des soupes plus variées, des pommes de terre au lait, du riz au lait bien passé et en petite quantité.

8° A la convalescence:—Vers le septième ou huitième jour—on augmente progressivement l'alimentation avec des œufs à la coque peu cuits, de la compote de fruits, etc.

Les bains froids sont donnés toutes les quatre heures, nuit et jour.

Résultats généraux:—Ils ont été remarquables. Aucune complication n'est survenue chez les 15 ou 20 malades observés: ni perforation, ni hémorragies, certains cas ont évolué sans catarrhe pulmonaire. La lucidité d'esprit s'est toujours maintenue, même avec des températures élevées; des diarrhées, presque incoercibles avec le régime lacté exclusif, ont été supprimées sous l'influence du régime mixte. Dans deux cas d'une gravité exceptionnelle, la guérison s'est faite rapidement à partir du début de la défervescence. Chez tous la convalescence a été courte et le retour à la santé a été remarquablement rapide.

Une méthode de suralimentation judicieuse doit être le complément de la méthode Récamier-Brand, car la première aura raison des formes dites adynamiques qui sont le plus souvent des formes d'inanition, comme la dernière a fait disparaître du cadre nosologique l'ancienne fièvre putride.

CHIRURGIE.

La pleurésie appendiculaire. — (Prof. DIEULAFOY, *Presse médicale*, avril 1900, page 185).

Je n'ai pas l'intention de revenir sur les accidents immédiats de l'appendicite: je voudrais insister sur quelques accidents éloignés, redoutables et trop souvent mortels. Je veux parler de l'infection pleurale que je propose de dénommer "pleurésie appendiculaire."

Le 29 novembre dernier, un homme de 26 ans est amené à l'hôpital dans un état grave: la respiration est courte, le teint blafard, le visage angoissé, les yeux éteints, le pouls misérable: on dirait un moribond. On constate à droite un vaste épanchement pleural. On pratique une ponction exploratrice et la seringue ramène un liquide louche d'une odeur fétide. Une seule indication se présentait: recourir à l'intervention chirurgicale. Mais quant on fut prêt, on trouva le malade agonisant, le pouls filiforme, les extrémités froides et cyanosées. La mort survint bientôt après.

Grâce aux renseignements détaillés fournis par l'observation instructive du malade, l'on constate deux étapes dans l'évolution de cette maladie qui a duré dix-neuf jours: une première étape, abdominale, caractérisée par le tableau clinique d'une appendicite aiguë classique, traitée par les moyens médicaux les plus variés, et une deuxième étape, thoracique, terminée par des symptômes de pneumothorax et la mort.

À l'autopsie on trouve dans la cavité pleurale trois litres et demi de liquide grisâtre, très fétide. Le poumon droit refoulé contre la colonne vertébrale, est réduit au cinquième de son volume normal. Aucune trace de gangrène, la pleurésie est putride.

Du côté gauche de la cavité abdominale, rien à signaler. Du côté droit, de nombreuses adhérences existent entre la paroi; les organes abdominaux, en déchirant ou incisant les adhérences et les clapiers, il s'écoule 150 grammes de pus jaunâtre et aussi fétide que le liquide pleural.

On découvre des traînées de pus et de membranes, les unes étalées au devant de l'intestin et du foie, les autres remontant derrière le cæcum et le colon à la face postérieure du cæcum est une couche purulente et membraneuse; dans cette masse d'adhérences est "englobé l'appendice" qui est très long et à type remontant: son extrémité est baignée dans une couche de pus; ses parois sont doublées de volume, violacées en voie de mortification. C'est dans cette partie de l'appendice, transformée en cavité close par la tuméfaction des parois, que s'est élaborée la terrible toxi-infection appendiculaire.

Le lobe droit du foie est masqué par de la périhépatite. On recherche s'il existe au diaphragme une perforation qui aurait mis en communication le foyer péritonéal et le foyer pleural. Le diaphragme n'est perforé en aucun point; l'injection péritonéo-pleurale a été transportée par les vaisseaux lymphatiques à travers le diaphragme. Tous les autres organes sont sains.

Grâce aux documents cliniques et anatomo-pathologiques, il est possible de reconstituer dans tous ces détails l'histoire du malade. Cet homme a été pris

en pleine santé, d'une appendicite à forme classique et d'assez vive intensité. Les douleurs localisées d'abord à la fosse iliaque droite, sont amendées pendant 24 heures (accalmie passagère) et ont repris très violemment dans la nuit du deuxième au troisième jour; elles ont été accompagnées de fièvre, de vomissements, de constipation: Je ne sais quel a été le diagnostic du médecin qui, à ce moment, a vu le malade, mais je sais que le traitement a été purement médical (lavements, onctions calmantes, cataplasmes laudanisés, sulfate de quinine, etc.) alors qu'il aurait dû être chirurgical. Si cette appendicite avait été opérée dès les premiers jours, cet homme eut été sauvé, "comme sont sauvés tous les malades qui sont opérés en temps voulu et chez lesquels on ne perd pas un temps précieux à administrer des lavements, des purgatifs et de l'opium." Oh! ce traitement médical, traitement illusoire, traitement basé sur des conceptions pathogéniques erronées; je répète sans me lasser, "avec plus de conviction que jamais," que c'est là un traitement néfaste, car il a l'air de faire quelque chose, alors qu'il ne fait rien, et il laisse à la terrible toxi-infection appendiculaire, le temps de préparer ses coups mortels! Donc chez ce pauvre homme on se contenta de prescrire des lavements purgatifs, des onctions et des potions calmantes. Et pendant ce temps-là, dans le canal appendiculaire transformé en cavité close, s'élaborait un foyer toxi-infectieux, d'une virulence inouïe.

En quelques jours des traînées purulentes se propagent de bas en haut, remontant derrière le caecum et gagnent la face supérieure du foie; le diaphragme n'est pas perforé, mais, à la forme de puits lymphatiques, il est traversé par les microbes dont la virulence est loin de s'affaiblir. L'injection est si intense que l'épanchement atteint en quelques jours trois litres et demi de liquide fétide et putride. Avec pareilles lésions abdominales et thoraciques, les événements se précipitent, le malade infecté et intoxiqué, arrive mourant dans notre service, sans qu'on ait même le temps de l'opérer, et il succombe dix-neuf jours après le début de son appendicite.

Voilà les méfaits de l'appendicite et ce n'en est qu'une bien minime partie. Et dire que pareilles catastrophes seraient évitées, si on coupait le mal à sa racine, si on supprimait le foyer appendiculaire alors que la toxine-infection est encore localisée.

La complication pleurale ainsi que le "foie appendiculaire" sont loin d'être des raretés. On a pu en réunir les observations par douzaines, sans compter celles qui ne sont pas publiées. L'auteur cite plusieurs faits recueillis en France et en Allemagne.

Après ce travail d'analyse il passe à la synthèse et édifie dans son ensemble l'histoire de la pleurésie appendiculaire. Il précise la façon dont l'injection appendiculaire atteint la cavité pleurale. A la faveur de l'injection dont la virulence a été exaltée en cavité close appendiculaire, les microbes pathogènes passent du foyer appendiculaire dans le péritoine.

L'injection devenue péritonéale se comporte de différentes manières; elle peut susciter des abcès à distance. C'est ainsi que la propagation se fait dans la plèvre et peut déterminer à quelques jours des pleurésies terribles, putrides de 2 et 3 litres de liquide.

Il aborde ensuite le côté clinique de la question. La complication pleurale apparaît du huitième au quinzième jour après le début de l'appendicite; la

chirurgie a donc tout le temps d'intervenir, car en supprimant au moment voulu le foyer infectant, elle supprime du même coup toute cause d'injection secondaire. Toute appendicite aiguë, légère ou intense peut être suivie de pleurésie appendiculaire. La pleurésie appendiculaire est habituellement précédée de symptômes hépato-pleurétiques: douleurs à l'hypocondre droit, irradiations à l'épaule, anxiété dyspnéique, augmentation apparente du volume du foie. Les symptômes pleuraux, le point de côté, la toux, apparaissent à leur tour. La fièvre est variable, tantôt forte, tantôt peu élevée.

Conclusions: — 1e. La pleurésie appendiculaire est l'infection de la plèvre consécutive à l'appendicite. Il y a une pleurésie appendiculaire, comme il y a un foie appendiculaire.

2e. La pleurésie appendiculaire se voit surtout dans les appendicites à types remontant.

3. L'apparition de la pleurésie appendiculaire survient quelques jours après le début de l'appendicite. C'est même quand les symptômes appendiculaires semblent se calmer, que la complication pleurale apparaît.

5e. La pleurésie appendiculaire est toujours une pleurésie droite, sauf des exceptions extrêmement rares.

6e. Le pronostic de la pleurésie appendiculaire est des plus sérieux.

7e. En face d'une pleurésie droite fétide et putride, il faut toujours penser à l'appendicite.

8e. L'intervention chirurgicale doit être hâtive parfois, même elle doit être double: il faut attaquer l'infection pleurale par l'opération de l'empyème et l'infection péritonéale par la laparotomie.

9e. Malgré cette double intervention, il est à craindre que le malade succombe, car il est déjà injecté et intoxiqué. Le vrai traitement est donc celui qui consiste à enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l'appendicite: c'est là la seule thérapeutique sage et rationnelle, celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite.

A. MARIEN.

OPHTALMOLOGIE

Névrite rétrobulbinaire rhumatismale.

Dans les annales d'oculistique monsieur le docteur Valude rapporte un cas de névrite rétrobulbinaire rhumatismale dans lequel les signes ophtalmoscopiques, œdème papillaire et ischémie de la rétine au niveau de la macula, ne se sont manifestés qu'une quinzaine de jours après l'accès de cécité.

De plus la sensibilité de l'œil à la pression, la gêne douloureuse, les mouvements se sont faites attendre également plus longtemps qu'il n'est ordinaire. Fait encore plus anormal dans la névrite rétrobulbinaire rhumatismale, celle-ci est restée absolument monoculaire.

M. de Wecker, dans son traité, considère la bilatéralité de l'affection comme un signe constant et pathognomonique de cette forme de névrite rétrobulbinaire. Ce cas, comme fait remarquer M. Valude ferait donc exception à la règle.

Enfin, il est assez rare que la névrite rétrobulbinaire rhumatismale aiguë se termine par un retour complet à la vision et ce malade cependant a recouvré l'intégrité de la puissance visuelle.

R. BOULET.

Hydropisie enkystée de la bourse de Tenon.

Monsieur Lutzrange, de la " Société d'Ophthalmologie de Paris " communique l'observation d'un cas d'hydropisie enkystée de la bourse du tenon chez un homme de 60 ans.

Une exophtalmie axiale, non réductible, de la névrite optique et une tuméfaction emboitant le globe oculaire sans fluctuation manifeste lui avaient fait croire à une tumeur du nerf optique.

Comme il se préparait à en faire l'extirpation, à peine avait-il sectionné le droit externe, qu'un jet de liquide se produisit et que la tuméfaction disparut avec lui.

Ce liquide ne comprenait pas de vésicules et les parois de la poche qui le renfermait étaient si peu épaissies qu'il ne put en être prélevé pour l'examen histologique. La suture du droit externe fut faite. Depuis lors la guérison s'est maintenue avec un relèvement très appréciable de l'acuité visuelle.

R. BOULET.

GYNECOLOGIE

Mort à la suite d'une injection intra-utérine de chlorure de zinc.

The " American Journal of Obstetrics " rapporte un cas observé par Schmid dans lequel le chlorure de zinc en injections intra-utérines fut manifestement la cause de la mort.

Trois premières injections ne causèrent aucun symptôme alarmant.

La quatrième application, cependant fut suivie de violentes douleurs et d'une poussée de péritonite qui se termina par la mort.

A l'examen " post mortem " on trouva sur une trompe et le péritoine environnant des érosions de la séreuse. Ces lésions étaient dues à l'action de la solution de zinc, tombée dans la cavité péritonale par la voie des trompes.

De la valeur des irrigations rectales en Gynécologie.

C. R. Hyde, dans le numéro d'août du *Am. Gyn. and Obst. Journal* signale la valeur thérapeutique des irrigations rectales. Leur action serait particulièrement recommandable dans: 1° la leucorrhée, 2° comme substitut aux injections vaginales chez les jeunes filles, 3° dans les affections tubo-ovariennes, 4° pour combattre les douleurs abdominales et le tympanisme que l'on rencontre à la suite des interventions sur les organes pelviens.

Puis Hyde recommande la technique suivante: " L'on choisira de préférence pour ces irrigations un tube en verre, d'un bon calibre. La position de Sims, ou le decubitus dorsal sont les positions de choix. Le tube sera introduit assez profondément, mais sans force.

L'irrigation pour être efficace, doit être abondante et franchement chaude (2 à 6 gallons d'eau à une température de 110° à 115° F).

Le peroxide d'hydrogène contre les hémorragies utérines.

Dans le numéro de janvier des "Annales de Gyn. et d'Obst." Platon recommande l'emploi du peroxide d'hydrogène contre les hémorragies utérines. Il rapporte, à l'appui de son avancé, deux cas où l'action de ce nouvel agent, fut prompte et efficace.

Chez sa première malade il s'agissait d'un cas de métrite hémorragique; tous les autres moyens de traitement ne donnèrent qu'un résultat peu satisfaisant. La guérison ne se fit pas attendre, sous l'influence des applications de peroxide d'Hydrogène dilué. Dans le second cas, une femme à l'approche de sa ménopause faisait des métrorragies graves. Ni l'ergot, ni les douches chaudes, pas plus que le tamponnement au perchlorure de fer n'avaient pu avoir raison de ses pertes sanguines, trois applications de peroxide amenèrent la guérison.

Prévention des maladies utérines avant et après la puberté.

Sous ce titre Gill-Wylie dans le "Br. Med. Journal" en date du 3 février, nous fournit sur cet intéressant sujet les indications suivantes.

Le médecin de famille en surveillant les jeunes femmes enceintes peut considérablement favoriser le développement d'un fœtus vigoureux.

On accordera aux petites filles une grande liberté, on les engagera aux exercices physiques jusqu'à l'âge de dix ans, on les élèvera comme on élève les petits garçons.

Le surmenage intellectuel doit être évité. Cette tendance des parents à pousser de bonne heure les jeunes filles aux études, à la culture des arts, à s'attendre d'elles à une tenue de grande dame est blâmable, car elle entrave le développement physique.

La culture intellectuelle se fera mieux et avec moins d'inconvénients après la puberté.

Les organes générateurs mal développés deviennent facilement le siège de lésions pathologiques, qui se manifestent par ces nombreux troubles si souvent observés chez les jeunes filles et les jeunes femmes: leucorrhée, règles douloureuses, polypes utérins, hyperesthésie de la muqueuse utérine. Chez ces personnes encore, au moment des couches, se produisent des lacérations profondes du col, dont nous connaissons bien les graves conséquences.

Souvent aussi l'ovaire insuffisamment développé n'accomplira que péniblement son importante fonction. L'ovulation est entravée et l'ovaire devient kystique.

L'auteur croit à la possibilité d'arrêter cette dégénérescence kystique de l'ovaire et de rétablir l'ovulation normale, par un traitement général et local bien désigné. Il s'élève contre l'ablation des ovaires et des trompes comme moyen de traitement dans ces cas de désordres fonctionnels.

Chez les jeunes filles l'examen local doit être évité, mais s'il était jugé nécessaire il faut savoir l'exiger. L'examen alors se fera sous chloroforme et le chirurgien sera prêt à exécuter les petites interventions qu'il pourrait croire utiles: curettage, dilatation du col, drainage de la cavité utérine.

Le bon fonctionnement des intestins fera l'objet d'une attention toute particulière. Le nombre des constipées habituelles chez les jeunes femmes est consi-

dérable. Cela tient chez elles à des erreurs de diète, où à de la simple négligence à se présenter au cabinet en temps opportun.

Les efforts que nécessitent les défécations difficiles déterminent souvent des déplacements utérins qui constituent de véritables infirmités.

Le corset, porté assez lâche pour ne pas comprimer la base de la cage thoracique, peut être tolérée après l'âge de 18 ans.

L'exercice en plein-air, une nourriture abondante et saine, le repos, la tranquillité d'esprit suffisent chez presque toutes les jeunes filles, pour régulariser le fonctionnement normal des organes pelviens.

DE L. HARWOOD.

OBSTETRIQUE

De la mort apparente du nouveau-né.—(Ch. MAUGRIER, *Formulaire mensuel de Thérapeutique et de Pharmacie*, 20 avril 1900.)

Que faut-il entendre par mort apparente du nouveau-né? L'auteur donne la définition formulée par Demelin dans un mémoire sur cette question publié en 1895. "La mort apparente du nouveau-né, dit Demelin, comprend plusieurs états pathologiques distincts dans lesquels les fonctions et propriétés de la vie sont suspendues ou affaiblies au point de faire croire à la mort, et présentent comme symptômes communs, l'absence de cri, des troubles respiratoires et circulatoires et la résolution musculaire."

L'enfant né en état de mort apparente, est tantôt bleu, violacé, cyanosé, tantôt au contraire il est blanc, pâle, exsangue. Les anciens avaient donné à ces deux états les noms d'asphyxie bleue et d'asphyxie blanche. Le premier terme d'asphyxie bleue peut être conservé, mais le second a été remplacé avec raison par celui de syncope. Demelin a adopté les dénominations de forme bleue et de forme blanche qui sont exactes au point de vue clinique. La forme bleue la plus commune est l'asphyxie. L'enfant naît cyanosé. Le corps est bleu, surtout la face et les extrémités. Les membres sont flaccides, le sphincter anal est relâché et du méconium s'écoule. Les reflexes cornéen, palpébral, guttural, patellaire sont affaiblis et dans certains cas abolis. Le cœur ne cesse pas de battre; mais ses mouvements sont faibles et amoindris.

Du côté des poumons il y a de l'apnée, puis survient de temps en temps une inspiration saccadée. Si l'enfant revient à la vie les inspirations se rapprochent, se régularisent et le cœur bat plus énergiquement. Si l'enfant succombe les mouvements respiratoires s'espacent de plus en plus, les battements du cœur se ralentissent puis cessent. On trouve à l'autopsie les poumons plus ou moins atelectasiés et des ecchymoses sous-pleurales et sous-péricardiques. Demelin décrit à côté de cette forme asphyxique deux autres qui se caractérisent par la coloration bleue des téguments: la "congestion méningée" et l'"apoplexie méningée", celle-ci très grave. Dans ces deux formes le reflexe patellaire est conservé et même exagéré tandis que la torpeur du nouveau-né est plus profonde.

Dans la congestion méningée, le rappel à la vie est assez facile, dans l'apoplexie, au contraire, des convulsions compliquent habituellement la scène et déterminent la mort.

La "forme blanche" de la mort apparente, forme syncopale, est toute différente de la précédente. Le nouveau-né est d'une pâleur cireuse, il est comme dans la forme bleue, flasque, inerte. La circulation est très affaiblie, les bruits du cœur sont à peine perceptibles. Les mouvements respiratoires sont très rares; l'apnée peut même être complète. Deux alternatives peuvent se produire; ou bien la respiration se rétablit peu à peu, le cœur bat plus rapidement, les téguments se colorent et l'enfant revient à la vie. Ou bien, le nouveau-né reste pâle, ne respire pas; son cœur bat moins vite et finit par s'arrêter: la mort a lieu. Les formes bleue et blanche s'observent d'ordinaire bien tranchées et isolées: il existe quelquefois une forme mixte qui est un mélange des précédentes. Un enfant né blanc, en état syncopal, peut avoir la trachée et les bronches obstruées par des mucosités; on essaie de le ranimer et il fait des efforts d'inspiration qui restent infructueux: il se cyanose alors et devient bleu. La forme blanche s'est transformée en forme asphyxique.

L'auteur cite alors six observations où les enfants sont nés en état de syncope (forme blanche). Le premier enfant vint au monde avec les forceps à la suite d'une expulsion prolongée, et parce que les bruits du cœur faiblissent. Il présentait en outre deux circulaires autour du cou. Il fut frictionné avec de l'alcool et plongé dans un bain chaud. Au bout de cinq minutes il criait et était tout à fait ranimé. Dans le second cas, le cordon formait plusieurs circulaires autour du cou et de la poitrine. Les frictions et la flagellation ne le ranimèrent pas; il fallut aspirer avec l'insufflateur les mucosités dans le larynx et faire même l'insufflation; l'enfant fut rappelé à la vie. Le troisième ne put être ranimé qu'après quinze minutes au moyen de frictions alcoolisées, de l'extraction des mucosités dans l'arrière gorge, et de l'insufflation. Le quatrième fut ranimé après vingt minutes et le lendemain seulement il prit sa coloration normale.

Le cinquième cas fut fatal. L'enfant né en syncope après l'accouchement provoqué à 8½ mois avec le ballon Tarnier pour rétrécissement du bassin ne put être ranimé bien que soigné pendant 1½ heure. Sa respiration se faisait mal, par saccades, et l'enfant ne criait pas. Trois heures après la naissance, il succombait. Le dernier enfant extrait au moyen de l'accouchement méthodiquement rapide au cours d'une hémorragie placentaire naquit en état de syncope. Après une heure de tentatives infructueuses il succombait.

Maygrier signale comme possible puisque la chose est arrivée, la confusion avec la macération du fœtus. Demelin rapporte qu'une sage-femme insuffla pendant une heure et demie un enfant mort et macéré le croyant simplement en état de mort apparente. La confusion est plus facile entre la mort apparente et la mort réelle. En face d'un enfant pâle, inerte, sans mouvements respiratoires ni battements cardiaques, on peut croire à une mort définitive alors que la vie n'est pas éteinte. Le cœur peut battre si faiblement, que ses contractions fibrillaires sont à peine perceptibles, même à l'auscultation. Il ne faut pas croire, trop vite à la mort réelle d'un nouveau-né et dans les cas douteux il faut prodiguer à l'enfant tous les soins qu'on donne en cas de mort apparente.

En ce qui concerne "l'anatomie pathologique", les principales lésions rencontrées à l'autopsie des enfants qui n'ont pu être ranimés consistent en des lésions d'asphyxie, des ecchymoses sous-pleurales, sous-péricardiques, des œdè-

mes, des congestions et même des hémorrhagies dans les poumons, le foie, les méninges. Voilà pour la forme bleue. Tout autres sont les altérations nécroscopiques de la forme blanche. Si la syncope a été traumatique, c'est-à-dire consécutive à une opération telle qu'une application de forceps pénible, etc., on trouve parfois des lésions graves des centres nerveux, compression, contusion, hémorrhagies dues à des enfoncements, à des fêlures, à des fractures du crâne. On trouve parfois des foyers hémorrhagiques dans les poumons, le foie, dans les séreuses, le péricarde, la plèvre, le péritoine, des déchirures des veines du cou. Si la syncope a été hémorrhagique consécutive à une hémorrhagie fœtale, à une rupture du cordon, par exemple, les lésions sont nulles et consistent simplement en une anémie profonde de tous les organes, comme de l'enveloppe cutanée. L'auteur passe en revue la pathogénie de la mort apparente du nouveau-né: liquide amniotique qui pénètre dans les voies aériennes, etc.

Quant à la pathogénie des différentes formes, bleue et blanche, les anciens croyaient que l'asphyxie bleue et l'asphyxie blanche n'étaient que des degrés différents d'un même état.

Actuellement il est admis que l'asphyxie bleue est le plus souvent le fait de l'obstruction des voies aériennes. La syncope, au contraire, dans laquelle on peut trouver aussi les voies aériennes plus ou moins encombrées de mucosités, se produirait surtout par suite de commotion ou de compression des centres nerveux et de paralysie bulbaire, dans le cas d'accouchements laborieux ou de traumatismes obstétricaux.

D'après Damelin la mort frapperait 3 p. c. des enfants nés en état de mort apparente. Comme étiologie la forme bleue reconnaît pour causes les décollements prématurés du placenta, les hémorrhagies maternelles, la compression du cordon.

La forme blanche ou syncopale est, d'après Demelin hémorrhagique ou traumatique. Dans le premier cas elle fait suite aux hémorrhagies fœtales succédant à une déchirure du placenta ou, du cordon, à une rupture d'un vaisseau ombilical dans le cas d'insertion vélamenteuse. Dans le second cas, elle est amenée par des applications pénibles de forceps, une extraction de siège, ou une version difficile; dans ces deux derniers cas surtout, le séjour prolongé de la tête dernière dans les parties génitales est une cause fréquente de syncope. Le pronostic est grave dans la forme blanche. Le nouveau-né est plus facile à ramener dans la forme bleue.

Maygrier s'étend longuement sur le traitement de l'asphyxie des nouveau-nés.

Quand l'enfant vient bleu il vaut mieux attendre pour lier le cordon afin de ne pas priver l'enfant de 92 grammes de sang qui lui viennent du placenta tant que le cordon continue à battre. Dans la forme blanche (syncopale) on peut attendre si le cordon bat encore, et faire des frictions, etc. Mais le plus souvent il vaut mieux lier le cordon qui ne bat plus et transporter l'enfant sur une table pour lui donner des soins énergiques. On l'enveloppera de linges chauds, on le plongera dans un bain chaud et faire s'il le faut la respiration artificielle soit par l'insufflation blanche à bouche, ou au moyen d'insufflateurs, ou bien par des tractions rythmées de la langue suivant la méthode enseignée par Laborde. Ces tractions exercées sur la langue doivent être suivies de relâchement chaque fois et répétée. 15 fois par minute. Les accoucheurs, Pinard, Budin et

l'auteur sont cependant plus partisans de l'insufflateur et ne considèrent les tractions rythmées de la langue comme un excellent moyen à ajouter aux autres et non pas destiné à les remplacer.

J. E. DUBÉ.

Quand est-il indiqué d'interrompre la grossesse chez une femme enceinte albuminurique? — Dr COUDRAY, *Thèse de Paris*, 1900.

Partant de l'idée que l'éclampsie est une menace continuelle pour l'albuminurique et qu'elle cause la mort d'un quart des femmes éclamptiques, l'auteur étudie la ligne de conduite à suivre dans ces cas. Et d'abord, il est généralement admis que l'albuminurie reconnue de bonne heure et traitée convenablement n'entraîne que très rarement de complications. Au contraire, une albuminurie reconnue trop tard, souvent, n'est pas améliorée par le régime lacté; l'état général devient inquiétant, on craint de voir apparaître des accès éclamptiques: il "y a lieu d'intervenir," car en agissant ainsi, on sauvera la mère d'une position critique et l'enfant sera extrait vivant ou au moins viable. On sait en effet que l'enfant est viable au bout de 180 jours, or l'albuminurie apparaît surtout durant le dernier trimestre de la grossesse.

Il faut cependant envisager l'albuminurie à un autre point de vue. Les formes anormales (gastro-intestinale, comateuse, dyspnéique, visuelle, placentaire) exigent quelquefois une intervention, mais il faut être prudent et s'enquérir avant tout du régime suivi antérieurement par la malade. Étudions les cas suivants.

I. Une femme enceinte albuminurique présente des troubles graves: elle n'a suivi aucun régime spécial, que faut-il faire?... .

1° Instituer de rigueur le régime lacté absolu, 2° prévenir l'influence fâcheuse du froid en portant des chemises de flanelle, 3° conseiller le repos complet au lit, 4° donner des purgatifs drastiques, suivant les conseils du professeur Pinard, 5° favoriser les fonctions de la peau pour suppléer à l'insuffisance de l'émonctoire rénal. Telles sont les médications qu'il faut remplir "avant toute intervention."

II. Une femme enceinte albuminurique présente des troubles graves: elle a été soumise au régime lacté partiel, l'amélioration ne s'est pas produite, que faut-il faire?... .

1° Instituer, au lieu du régime lacté partiel, le régime lacté "absolu", 2° s'entourer de toutes les précautions hygiéniques mentionnées plus haut. Ne pas intervenir avant d'avoir appliqué ce traitement dans toute sa rigueur.

III. Une femme enceinte albuminurique présentant des troubles graves a suivi un traitement rigoureux pendant huit à dix jours. L'albumine, après avoir diminué, reste stationnaire ou même augmente, que faut-il faire?... .

1° Le médecin devra se régler (a) d'après l'état d'intoxication de la mère, (b) et d'après le développement de l'enfant.

(a) L'état de la mère réclame quelquefois une intervention plus prompte: ce sont des cas tout à fait spéciaux, entraînant des complications graves et immédiates. Ailleurs, la femme est profondément intoxiquée mais cependant son état n'a rien d'alarmant. Il faut ici régler sa conduite sur l'état de l'enfant.

(b) L'état de l'enfant trace la ligne de conduite à suivre d'une façon plus certaine.

L'enfant est-il vivant ou au moins viable?... le fond de l'utérus atteint-il 32, 34 ou 35 cent. c. de hauteur? l'albumine a-t-elle augmenté malgré un traitement sévère de 8 à 10 jours?... Si oui, intervenez, car dans ce cas, l'enfant court tous les risques en restant "in utero" et la mère n'a rien à gagner. C'est ici l'indication la plus impérieuse.

IV. Une femme enceinte et albuminurique, a eu des accidents graves, l'enfant est mort: que faut-il faire?... Rien. En effet, le fœtus mort, les symptômes alarmants s'amendent graduellement pour disparaître avec l'albuminurie.

Les antiseptiques puissants sont dangereux chez les femmes albuminuriques.

Prophylaxie de l'hérédo-syphilis.

Le traitement péventif iodo-mercuriel est la meilleure prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Deux cas, entre autres peuvent se présenter.

1° Le père est syphilitique, la mère est syphilitique, elle le sait: c'est le cas facile, le médecin prescrit en toute franchise le traitement mixte indiqué ci-dessous.

2° Le père est syphilitique, la mère est syphilitique, mais chose plus grave, elle ignore qu'elle est gravement malade du fait de son mari: c'est le cas difficile, le médecin doit être d'une prudence sans cesse en éveil afin de ne pas provoquer les soupçons de la femme et de son entourage.

Voici comment le prof. Pinard a procédé dans sa clientèle privée.

"Pour préparer la femme aux fatigues de l'accouchement et de l'allaitement, dit-il, je déclare qu'il est utile de faire prendre à la malade un sirop au proto-iodure de fer. Comme c'est une préparation assez difficile à exécuter, j'ajoute que j'ai certaines recommandations à faire au pharmacien de la famille dont je demande l'adresse. Dans la journée, je passe chez le pharmacien à qui je donne la formule d'un sirop d'iodhydrargyrate de potasse en le priant de mettre sur la bouteille une étiquette portant ces mots: "Sirop toxique à l'iodure de fer."

Voici la formule du mélange que je conseille:

Iodure de potassium..... 10 grammes.

(français, ou chimiquement pur)

Biodure de mercure.. . . . 0g. 10 centig.

Eau distillée.... 250 grammes.

Eau de menthe.... 50 grammes.

Dose.—"Une cuillerée à soupe le midi et le soir au milieu du repas." Ce traitement devra être continué durant six mois, avec intervalles de repos durant 8 ou 10 jours par mois. "Lors des grossesses ultérieures, il faudra recommencer, sans compter sur l'action du temps."

J. A. LESAGE.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse par le chlorhydrate de cocaïne. — (Dr SWONNIKOW, mars 1900).

L'auteur part de l'idée que le vomissement des femmes enceintes est dû à une excitation de l'estomac, d'origine utérine par irritation du sympathique. Depuis le troisième mois de sa grossesse, une primipare âgée de vingt et un ans, ayant toujours joui d'une santé parfaite, est prise de vomissements qui augmentent graduellement au point de se répéter toutes les dix ou quinze minutes. Au moment où le docteur Swonnikow intervint la malade était épuisée, comme du reste, la thérapeutique. Il procéda de la façon suivante: il introduisit dans le vagin un spéculum, fixa le col, et, à l'aide d'une sonde y introduisit un tampon d'ouate imprégnée d'une solution de cocaïne à 20 p. 100 qu'il laissa en place durant trois minutes. A son grand étonnement, le même jour, à part trois légers malaises, la malade put garder une tasse de bouillon, un œuf et du lait. Seconde séance le lendemain, et tout trouble disparut. Le docteur Swonnikow a obtenu le même résultat consolant dans 77 cas. Dans certains cas deux ou trois séances étaient nécessaires pour assurer la guérison, tandis, que, ailleurs, une seule séance suffisait pour faire disparaître tout trouble.

J. A. LESAGE.

PÉDIATRIE

Consultations de nourrissons, par Mlle ENTZ (*Thèse de Paris*, 11 janvier 1900).

L'auteur, élève de Budin, montre les avantages des consultations de nourrissons qui sont des écoles pour les mères et qui permettent de les aider, en cas d'insuffisance ou d'absence de lactation, par la distribution de lait stérilisé. Le fonctionnement de la consultation de la clinique Tarnier, créée par M. Budin, est exposé en détail. Après avoir vanté l'allaitement au sein, et en avoir tracé les règles jusqu'au sevrage exclusivement, Mlle Entz expose les complications et contre-indications de l'allaitement maternel (ombilicite du mamelon, crevasses, galactophorite, retour des règles, grossesse, albuminurie, épilepsie, etc.). Puis elle étudie l'allaitement artificiel et mixte, l'allaitement avec le lait pur stérilisé, qui doit être préféré dans la généralité des cas, les coupages ne convenant que pour certains cas déterminés. Dans ses conclusions, l'auteur émet le vœu que chaque ville ait sa consultation de nourrissons. (Cela permettra d'abaisser la mortalité infantile et d'avoir des enfants sains et vigoureux (Reproduit des Archives de Méd. des Enfants, mai 1900.)

J. A. DURÉ.

Le tabes chez les enfants.—(Dr DIDINSKY *Revue russe de Psychiatrie*, 1899).

Le tabes est rare chez les enfants. Nous n'en connaissons actuellement que sept cas authentiques: trois rapportés par Remak, un par Stumpell, deux par Mendel, et un par Blachi; le cas rapporté par Didinsky vient en troisième lieu.

Il s'agit d'un enfant de huit ans, qui souffre depuis trois ans d'une incontinence d'urine nocturne et diurne: depuis quelques mois il ressent une faiblesse inaccoutumée dans les membres inférieurs, accompagnée de douleur. A l'examen, on constate les symptômes suivants: hypotonie des muscles et légère ane-

thésie tactile et douloureuse aux membres inférieurs, abolition complète des reflexes rotuliens, pas de phénomène du pied, ni du reflexe du tendon d'Achille. Signe de Romberg. Signe d'Argyll Robertson, surtout prononcé à droite, inégalité pupillaire. Pas de nystagmus, pas de troubles de la parole, pas d'ataxie des membres.

Les troubles vésicaux sont variables: tantôt ils disparaissent complètement durant des semaines pour reparaitre ensuite; tantôt il y a incontinence, tantôt il y a difficulté d'uriner.

Il y a des pare-thésies, aux membres, des vomissements.

Comme antécédent héréditaire, il y a un père syphilitique. Il y a lieu d'invoquer la syphilis comme cause de tabes ici. L'absence d'ataxie, de nystagmus et de troubles de la parole permettent d'écarter la maladie de Friederich. Il y avait atrophie du nerf optique. Les deux symptômes: atrophie du nerf optique et troubles vésicaux, prédominent dans les huit observations qui ont été publiées sur ce sujet.

J. A. LESAGE.

THERAPEUTIQUE

SUR LE TRAITEMENT DU RHUMATISME A L'HOPITAL.

(HUGH DAYTON, *Med. News*, 14 avril 1900).

Au cours d'une discussion sur le traitement du rhumatisme, à l'Académie de médecine de New York, Hughes Dayton, dit que le premier soin apporté aux malades souffrant de rhumatisme aigu consistait à l'hôpital "New-York" à les mettre au repos absolu dans un lit et à leur prescrire une diète entièrement liquide. En fait de médicaments, il les purgeait avec des salins et les soumettait ensuite à l'influence du salicylate de soude donné à la dose de 15 grains (un gramme) toutes les trois heures jusqu'à cessation de la douleur et de la fièvre.

Dans le cas où le salicylate de soude était mal supporté, il était remplacé par le salol ou bien administré en lavement. Le salicylate de méthyle en application locale a souvent produit un grand soulagement contre le symptôme douleur. Le salicylate de méthyle doit être versé sur une compresse que l'on recouvre ensuite d'un tissu imperméable et d'un bandage. L'acide salicylique s'absorbe à travers la peau et est retrouvé dans les urines trente minutes après.

L'auteur conseille l'emploi du vésicatoire à la cantharide chaque fois qu'il y a persistance d'épanchement articulaire après la disparition des symptômes aigus. Dans les cas d'hyperpyrexie le salicylate de soude était donné à hautes doses et au besoin on donnait un bain froid. On a fait usage de l'air chaud contre les raideurs articulaires consécutives au rhumatisme aigu. Dans le cas de rhumatisme sub-aigu, on n'employa pas le salicylate de soude donné à hautes doses comme dans le rhumatisme aigu. Le traitement par les alcalins, les applications par le salicylate de méthyle et les bains d'air chaud a donné le plus de satisfaction. Contre le rhumatisme chronique, les applications locales d'air chaud, une diète généreuse, les eaux alcalines et, les iodures furent employés avec le plus de succès. Contre le rhumatisme musculaire on utilisa le

salol et la phénacétine à l'intérieur; le salicylate de méthyle et l'onguent à la Belladone en applications locales donnèrent des résultats favorables.

L. A. S. Bødine, au cours de cette discussion dit qu'à l'hôpital "Mount Sinai" de New-York, le rhumatisme aigu était d'abord traité par une purgation au calomel et salins, puis le salicylate de soude était administré à la dose de 15 à 20 grains toutes les 4 heures jusqu'à disparition des symptômes aigus. Le bicarbonate de soude était donné en doses suffisantes pour alcaliniser les urines: au besoin on faisait usage du bain de 75° à 90° F. pour soulager les douleurs, etc. Dans le cas où le salicylate de soude était mal supporté et donnait lieu à des éruptions ou à des bourdonnements d'oreilles on le remplaçait par des applications externes d'essence de Gaultherie (Wintergreen) ou bien par des doses massives d'Iodure de Potasse, à l'intérieur. Il emploie la phénacétine ou l'antipyrine dans le cas où la douleur est très forte. Le trional et les bromures sont donnés contre l'insomnie. Le malade peut prendre du lait, des bouillons et de l'eau en quantité. Contre l'épanchement articulaire on emploie la teinture d'iode, une compression, l'immobilisation et l'élévation du membre ont été employés avec succès. Dans le cas de rhumatisme chronique l'auteur a employé les bains d'air chaud et l'iodure de Potasse. Les mouvements passifs et le massage ont contribué à ramener les mouvements dans les articulations raidies. Dans l'anémie consécutive au rhumatisme aigu il a fait usage du fer et de la strychnine.

J. E. DURÉ.

Le cacodylate de soude. — Dans la chorée et la tuberculose pulmonaire.

Nous lisons dans l'*Union Pharmaceutique* que MM. Imbert et Pagel ont fait des expériences sur l'absorption de ce médicament. Après injection du 0. gr. 20. de cacodylate de soude ils ont retrouvé de l'arsenic dans la première émission d'urine qui a suivi, et cette élimination s'est continuée pendant près d'un mois. Ils ont conclu que ce sel s'élimine en grande partie par les urines.

D'autre part, M. Pagel, après injections à des lapins pendant 10 à 18 jours d'une solution de cacodylate de soude à 2% a pu retrouver ce sel presque en totalité dans les urines et sans altération. Le foie et le rein n'en contenaient que des traces. Il conclut que ce médicament n'est pas absorbé et qu'il n'agit qu'en excitant l'assimilation et l'hématose.

Au point de vue thérapeutique, nous lisons dans la "*Loire Médicale*" que M. Garand, médecin des hôpitaux a obtenu des succès avec ce médicament.

Chez trois fillettes atteintes de chorée à la suite de peur, l'une depuis deux ans, les deux autres depuis trois mois, le cacodylate de soude en injections rectales a amené la guérison.

L'auteur fait préparer une solution du cacodylate de soude à 0. gr. 50 cent. p. 200 grammes. Il donne cinq centimètres cubes durant cinq jours: dix cent. e durant les cinq jours suivants à deux injections par jour: enfin quinze cent. e en trois injections du onzième au quinzième jour inclusivement. Repos de cinq jours après ces quinze jours de traitement, puis reprise de la série comme ci-dessus s'il y a lieu de le faire.

Des trois fillettes, observées par l'auteur, deux ont pris au total 0 gr. 75 cent. de cacodylate de soude; les accidents choréiques ont complètement cessé après trois semaines de traitement et la guérison s'est maintenue.

La troisième a vu tous les accidents disparaître définitivement au bout de quinze jours d'injections à doses progressives.

L'auteur affirme que les petites malades n'ont présenté à aucun moment de phénomène d'intolérance. Pas d'albumine dans les urines.

M. Letulle de Paris ("Presse Médicale", 28 avril 1900) donne le résultat de ses observations chez les tuberculeux de l'hôpital Boucicaut.

Le cacodylate de soude constitue une médication anti-tuberculeuse nouvelle dont l'étude mérite d'être poursuivie avec méthode et discernement. C'est un adjuvant admirable de la cure hygiénique. Ce médicament, bien préparé, n'a aucun inconvénient, le fait qu'un nombre considérable de tuberculeux de toutes sortes a pu suivre ce traitement sans le moindre accident le prouve à l'évidence.

Tout d'abord il faut préférer à toute autre la voie hypodermique à cause de la susceptibilité du tube gastro-intestinal chez certains individus. En second lieu, les injections doivent être suspendues durant une semaine après un traitement de six jours consécutifs. Enfin, il faut suspendre les injections durant la période des règles.

M. Armand Gautier conseille de préparer, de la façon suivante, la solution de cacodylate de soude :

Cacodylate de soude...	6 grams 40 centi.
Eau bouillie....	100 c. cubes.
Cacodylate de soude.....	6 gr. 40 centigr.

Porter à l'ébullition, filtrer sur un filtre stérilisé, compléter le volume des 100 centigr. c. avec q. s. d'eau bouillie.

Un cent. cube de cette solution renferme 0gr. 05 cent. de cacodylate. On injecte suivant le besoin 5 ou 10 centigrammes chaque fois.

Il faut prendre le soin de bien aseptiser le point d'injection (flanc—hypogastre—région fessière).

Résultats—les phthisiques avancés, fébricitants, obtiennent peu ou point de résultats.

Les tuberculoses fermées, et certains cas de tuberculose avec craquements humides, même, souffle cavitaires et fièvre hectique sont remarquablement influencés. Trois exemples, entr'autres, prouvent l'influence bienfaisante de ce médicament.

I. Une jeune fille de seize ans entre à l'hôpital portant une caverne sous la clavicule droite. Durant 40 jours les symptômes graves s'affirment davantage: toux abondante, nombreux bacilles dans les crachats, température rectale atteignant 39° et 40°. Après quarante jours de repos à l'hôpital, elle est soumise aux injections sous-cutanées de cacodylate de soude. Elle reçoit en tout 38 piqûres, soit un total de 3 grams. 15 de cacodylate; en 21 semaines elle gagne à peu près 18 à 20 livres dont 10 lbs à partir du jour où elle fut soumise aux injections. Une seule fois la température atteint 39° et 22 fois 38° sur un total de 115 jours de traitement. L'enfant quitta le service extraordinairement améliorée.

II. Le second cas, une femme de 30 ans, entre à l'hôpital dans les mêmes conditions que la précédente. Après 11 semaines de traitement, elle a reçu 12

injections et son poids s'est accru de près de 15 livres. Ses forces s'accroissent rapidement.

III. Le troisième fait se passe chez une jeune fille de 20 ans, avec des râles humides aux deux sommets, fièvre, etc. Le simple traitement hygiénique ne produit que très peu d'amélioration. Elle est alors soumise aux injections, et en 12 semaines elle gagne à peu près 18 livres (7 kil. 300.). Après 14 semaines elle gagne un poids total de (9 kil. 250) 20 à 22 livres. Elle a pris en tout 22 injections. Son état continue à s'améliorer.

Ces exemples sont encourageants. Il est juste d'attribuer ces changements rapides à l'action du cacodylate de soude, même à doses minimales, car à aucun moment, chez les tuberculeux indigents et épuisés, soumis simplement à un traitement hygiéno-diététique puissant, nous n'avons obtenu de résultats aussi prompts et aussi durables.

— L'action du cacodylate de soude, suivant M. Renault, de Lyon, est due à l'arsenic qu'il contient et dont il dérive. Sur ce point il se confond donc avec l'arsenic proprement dit et agit comme lui.

Cure radicale de l'épithélioma par l'arsenic, par C. TRUNECEK, *Medical Record*, juin 1900.

Après quelques considérations sur l'action de l'arsenic dans les tumeurs malignes et les résultats variés obtenus dans la pratique journalière l'auteur rapporte deux observations de guérison complète.

Dans la première, il s'agit d'une femme de 77 ans, n'ayant jamais eu la syphilis. Il y a environ onze ans un petit bouton s'est développé sur l'aile droite du nez: il a acquis des proportions assez considérables et l'examen microscopique a démontré que la tumeur était de nature cancéreuse. En mars 1898, l'auteur commence le traitement par un nettoyage de la plaie avec une solution d'acide borique et le raclage d'une petite portion de l'ulcère, sur laquelle il applique une certaine quantité de la solution arsénicale suivante:

R	Acide arsénieux pulvér.....	1 gramme.
	Alcool. Ethyl. absol	} à 75 —
	Eau distillée.....	

Le jour suivant, la plaie était recouverte d'une croûte noirâtre. On fait une nouvelle application. Après trois jours un œdème des parties environnantes obligea de suspendre le traitement durant trois jours. Après 14 jours de traitement cette croûte se détachait complètement laissant à nu une plaie saignante que l'on nettoie et sur laquelle on fait une nouvelle application. Trois semaines après une nouvelle escarre se détachait ne laissant que quelques parcelles de tissu cancéreux qui disparut également sous l'influence du traitement. La plaie granuleuse fut alors traitée comme une plaie ordinaire.

La guérison était parfaite au bout de trois mois et elle s'est maintenue depuis 18 mois.

L'auteur rapporte une seconde observation d'épithélioma de la lèvre supérieure chez un homme de quarante cinq ans. La récidive était faite malgré une

opération en V. Le 18 décembre 1898, il était soumis au traitement arsenical, avec cette différence que le titre de la solution varia de 1/150 à 1/80. En mars 1899, la cicatrisation était parfaite et la guérison semblait assurée.

L'auteur fait suivre ces deux observations de remarques importantes :

1° Il vaut mieux laisser l'escarre se détacher d'elle-même, 2° Une simple solution, sans alcool, est aussi utile et moins douloureuse, mais dans les cas graves il vaudra mieux employer l'alcool. 3° Les premières applications sont suivies d'un suintement tellement irritant pour les parties environnantes qu'il est nécessaire de les protéger par l'application de vaseline boriquée. 4° Il est difficile d'expliquer le *modus operandi* de l'arsenic dans ces cas. 5° Il semble que les cellules cancéreuses soient déshydratées par l'alcool et que leur protoplasma se coagule en présence de l'arsenic. 6° Les cellules cancéreuses dégénérées sont rejetées au dehors sous la forme d'un liquide sanieux très irritant. 7° Les tissus sains environnants s'enflamment et la phagocytose complète l'œuvre de réparation.

Traitement des pleurésies purulentes aiguës. — DESPLATS, *Journal des Sciences médicales de Lille*.

Depuis quelques années on a modifié sa manière de voir dans le traitement des pleurésies purulentes. Au début, aussitôt que l'on constatait un épanchement purulent, on s'empressait de faire des ponctions répétées—tous les 2 ou 3 jours durant quinze jours—le malade avait bien des chances de ne pas guérir à cause de la précipitation apportée dans le traitement.

Aujourd'hui la ligne de conduite est changée, on attend que l'abcès soit mûr, c'est-à-dire que toutes les fausses membranes se soient détachées; autrement, la pleurotomie serait une opération incomplète. Les fausses membranes adhérentes ne se détachant qu'au fur et à mesure, exposant ainsi le malade aux infections secondaires.

A quels signes reconnaît-on que l'abcès est mûr? aux signes suivants:

Au début, la partie supérieure du poumon hépatisé est recouverte de fausses membranes, la respiration est considérablement affaiblie; plus tard, la partie inférieure devient mate, la respiration inférieure est disparue complètement: cette zone de matité monte peu à peu; en même temps la partie supérieure devient perméable, la respiration est plus nette. Cette série d'observations indique clairement que les fausses membranes qui masquaient la respiration à la partie supérieure du poumon se sont détachées peu à peu pour aller former une collection purulente à la partie inférieure. C'est le moment de pratiquer la pleurotomie.

L'endroit indiqué est le Se espace intercostal.

Asepsie du champ opératoire, section de la peau, des muscles, perforation et agrandissement de la plèvre avec la sonde canelée; le pus s'écoule, on introduit deux gros drains, on fait le pansement. Après 4 à 5 jours une sérosité rougeâtre a remplacé l'écoulement purulent: 15 jours plus tard la plaie se cicatrise et la guérison est parfaite. Voilà les règles que l'auteur a observées et qu'il recommande à l'attention des cliniciens dans les pleurésies post-pneumoniques, staphylococciques ou streptococciques.

J. A. LESAGE.

FORMULAIRE

AMÉNORRHÉE :

Sulfate de strychnine.....	0 gr. 12 centigr.
Acide oxalique.....	0 gr. 60 "
Peptonate de fer.....	} aa 8 grammes.
Lactate de Manganèse.....	
Extr. de coloquinte composé.....	2 grammes.

Mélez et divisez en soixante poudres ou cachets. A prendre un cachet ou une poudre une heure environ après chacun des principaux repas. (*Bloom.*)

BRONCHORRÉE FÉTIDE :

Terpinol.....	} aa 0 gr. 10 centigr.
Benzoate de soude.....	
Sucre g. s.	

Pour une capsule ou poudre.

Dix à douze par jour.

ECZÉMA DU CUIR CHEVELU CHEZ LES ENFANTS :

Résorcine.....	0 gr. 50 centigr.	à 1 gramme.
Soufre lavé.....	2 grammes	à 4 "
Lanoline.....	5 "	à 10 "
Axonge.....	100.	

Usage quotidien.

ERYTHÈME DES FESSES CHEZ LES ENFANTS :

N° 1.	Talc.....	} aa 50 grammes.
	Oxide de zinc.....	
N° 2.	Acide borique.....	1 à 2 grammes.
	Poudre d'amidon.....	10 grammes.

TUBERCULOSE PULMONAIRE :

Formaline (sol. à 1 p. 100).....	3 parties.
Glycérine neutre.....	—
Eau.....	—

En vaporisations.

VARIA

Polyclinique de l'hôpital Notre-Dame

Session de 1900 (juillet et août)

L'Hôpital Notre-Dame inaugure cette année une polyclinique à laquelle tous les médecins exclusivement seront admis moyennant la somme de dix dollars qui devront être versés au docteur Ethier, médecin-interne en chef. Les cours commenceront le jeudi, 5 juillet à neuf heures a. m. et se continueront les lundi, et jeudi dans l'ordre indiqué ci-dessous.

Heures des Cours

LUNDI

9 heures a. m....	Ophthalmologie
10 heures a. m..	Médecine
11 heures a. m...	Chirurgie
12 heures a. m...	Gynécologie
2 heures p. m..	Pharmacologie
3 heures p. m..	Dermatologie
4 heures p. m..	Pédiatrie

JEUDE

9 heures a.m...	Gynécologie
10 heures a. m. .	Médecine
11 heures a. m...	Chirurgie
2 heures p. m..	Petite Chirurgie
3 heures p. m...	Gynécologie
4 heures p. m...	Laboratoire

Les divers conférenciers sont: Médecine, MM. les docteurs Rottot, Demers, Gauthier, Benoit, Hébert et Lesage; Chirurgie: MM. les docteurs Brosseau, Mercier et Parizeau; Petite Chirurgie, M. le docteur A. Ethier; Maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge: MM. les docteurs Foucher et Duhamel; Gynécologie: MM. les docteurs Brennan et Harwood; Pédiatrie, MM. les docteurs Séverin Lachapelle et Cormier; Maladies de la peau, le docteur Valin; Travaux au laboratoire, MM. les docteurs Valin et Bernier.

Le professeur Tarnier en mourant a constitué un revenu annuel de 5000 frs. (\$1000) en faveur de l'Académie de médecine dont 3000 francs devront être donnés comme prix annuel au meilleur travail manuscrit ou imprimé relatif à l'obstétrique ou à la gynécologie.

* * *

Accouchement post-mortem.—On rapporte une observation intéressante d'accouchement. Une femme venait de mourir en travail. Un quart d'heure après sa mort il fut possible d'extraire par le forceps un enfant vivant. Vingt ans plus tard, l'enfant, devenue mère était à son tour délivrée par le forceps... question d'hérédité!...

* * *

Un cas remarquable de superfétation.—Le docteur Nicholson, dans le *Medical Brief*, rapporte qu'au mois de février dernier il fut appelé auprès d'une dame de quarante-un ans, multipare, en travail depuis quelques heures. Les douleurs expulsives indiquaient que le travail serait bientôt terminé.

A l'examen, on constata que le col était peu dilaté et que la poche des eaux était rompue. Le médecin se crut en face d'une présentation vicieuse. Après quelques heures de travail, il réussit, non sans difficulté, à extraire un fœtus apparemment âgé de trois mois et bien développé. Huit heures après cet événement, la même femme, après un travail normal, accouchait d'un enfant âgé de neuf mois et pesant onze livres.

Il y avait deux placentas dont un petit, et un autre gros, normal. Voici un cas de superfétation indéniable où une femme a pu être fécondée alors qu'elle était enceinte de six mois.

qu'elle était enceinte de six mois.

* * *

Une consultation chez l'empereur de Chine.—Le *Medical Times and Register* rapporte qu'un médecin chinois célèbre, le docteur Chen, fut appelé, un jour auprès de son auguste souverain, malade depuis quelques jours. On lui versa, à l'avance une somme de \$4,500 pour ses dépenses de voyage.

On lui raconta que l'empereur souffrait d'une maladie des voies respiratoires avec état fébrile et débilité générale.

Lorsqu'il fut en présence du malade, on lui commanda de traverser deux fois la chambre à genoux et les yeux baissés. L'impératrice décrivit les symptômes de la maladie, mais on lui refusa le droit de poser une seule question et même de prendre le pouls.

Le docteur Chen fit remarquer que, dans ces conditions, n'importe quel médecin pourrait le remplacer, et il demanda l'autorisation de retourner auprès de sa mère qui était très-âgée et malade.

Cette excuse parut futile. On fit une enquête et le docteur Chen fut obligé de dépenser la somme de \$13,800 pour prouver ses avancées, avant qu'on lui accordât la permission de retourner chez lui.

Son excuse lui avait sauvé la vie mais il avait payé la forte somme.

C'est beau la civilisation orientale! ! ! !

* * *

Fécondation artificielle.—Le docteur Elliot dans le *Medical World*, avril 1900, rapporte le cas d'une femme qu'il avait opérée pour déchirure du col et du péri-
née compliquée de métrite à la suite de rétroversion. La conception étant de-
venue impossible, même après un traitement de plusieurs mois, le docteur intro-
duisit dans l'utérus au moyen d'une seringue, deux jours après la cessation des
règles, une certaine quantité de sperme provenant du mari. C'était le 24 mai
1899. Le 24 février 1900, cette femme accouchait d'un enfant de onze livres,
après un travail facile. Ce serait le cinquième cas rapporté.

* * *

Découverte d'un temple d'Esculape.—Une découverte récente faite à San-
keny dans l'île de Cos, aura probablement pour effet de faire voir enfin le fa-
meux temple d'Esculape. Pendant qu'il plantait une vigne un laboureur musul-
man frappa de sa pioche une coupole en pierre. Les autorités prévenues par cet
homme commencèrent immédiatement des fouilles qui ont exposé un mausolé
de 30 à 40 mètres carrés de superficie dans lequel on trouva des os et des frag-
ments de poterie.

Ce monument est construit en briques et semble dater des Romains; une
échelle longue de 2 à 3 mètres permet de descendre à l'intérieur qui a toute l'ap-
parence d'une chapelle. Vis-à-vis l'entrée on voit trois niches pouvant contenir
chacune un cercueil. Au-dessus existe une ouverture avec porte basse et de
chaque côté deux autres niches. Aucune inscription n'a été découverte. Mais
les archéologues croient qu'il s'agit du temple d'Esculape.

* * *

De la chirurgie sans le vouloir. — Le *Philadelphia Medical Journal* rapporte
le fait suivant qui n'est pas sans intérêt. Un individu souffrant d'une attaque
aiguë d'appendicite avait refusé l'intervention du chirurgien malgré la gravité
de son cas. Au cours d'une rixe où le malade fut mêlé (le journal ne dit pas
comment) il reçut un coup de couteau dans le ventre. Transporté à l'hôpital, le
malade fut de suite examiné par le chirurgien qui constata que le couteau avait
ouvert l'abcès périappendiculaire et qu'il ne restait plus qu'à enlever l'appen-
dice malade.

* * *

Le bill Teller.—Monsieur Teller, député de Joliette, pense qu'il n'est pas be-
soin d'étudier la médecine pour la pratiquer!... Un trait de génie... électoral
quoi!...

Il serait plus juste de dire qu'il n'est pas besoin d'être avocat pour avoir le
jugement sain... Mais enfin!...

M. le docteur A. de Martigny adresse à monsieur le député une mercuriale bien méritée.

“ Rendons, en passant hommage au Conseil Législatif, dit-il, pour avoir refusé de sanctionner une telle mesure. Par ce vote, il a bien mérité de la profession et de la province toute entière. Ce seul vote mériterait qu'on conserve à jamais une chambre qu'on voulait abolir.

Ainsi donc, voilà où nous en sommes rendus. Lorsque, dans tous les pays, on acclame la “ science ”, il était réservé à notre pauvre province de posséder des députés assez peu soucieux de leur dignité pour donner leur vote en faveur d'un tel bill. Et dire qu'une pareille honte était réservée à notre province.”

Bravo, de Martigny, voilà qui est bien dit.

CONGRÈS INTERNATIONAL

D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES

La Commission d'organisation a l'honneur d'informer les adhérents au *Congrès International d'Électrologie et de Radiologie Médicales*, qu'il leur est accordé une réduction de 50 % sur les réseaux français suivants : Ouest, Nord, Est, Paris-Lyon-Méditerranée, Orléans et État, et une réduction variant, suivant le trajet parcouru, de 30 à 50 % sur tout le réseau italien.

Les adhérents qui désirent profiter de ces mesures de faveur doivent en informer le Secrétaire général, M. DOUMER, 50, rue Nicolas-Libline, à Lille, avant le 1^{er} juillet 1900.

Elle les informe également que les cartes de membre adhérent leur donneront droit à l'entrée gratuite à l'Exposition pendant toute la durée de la session.

Le Secrétaire-général,

E. DOUMER.

BIBLIOGRAPHIE

S. A. KNOPF. — **Les Sanatoria. — Traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire.** *

Cette deuxième édition d'un livre que tous nos confrères liront avec profit fait honneur à son auteur, notre ami le docteur Knopf qui a consacré tous ses moments à l'étude de la plus cruelle des maladies que nous ayons à soigner, la tuberculose. Les années qu'il a passées avec "les tuberculeux de toutes conditions sociales, chez eux ou dans les sanatoria et les hôpitaux généraux" lui ont permis de grouper dans ce volume une foule de renseignements utiles aux praticiens. Celui qui veut se rendre compte du progrès réalisé depuis quelques années, dans le traitement du tuberculeux chez lui, à l'hôpital ou dans un sanatorium n'aura qu'à parcourir ces différents chapitres dans le traité du docteur Knopf. Nous conseillons de lire le chapitre relatif au traitement du tuberculeux chez lui. Il est, dit Knopf, un assez grand nombre de tuberculeux arrivés à divers degrés de la maladie et dont les moyens sont modérés, qui ne peuvent aller ni dans un sanatorium, ni dans un hôpital spécial, ni dans une station hivernale. Ils ne peuvent même pas suivre le traitement ambulatoire, et sont obligés de rester chez eux. Ce qu'il y a de mieux à faire avec ces malades est de leur faire suivre, simplement, à domicile, le traitement tel que nous l'avons décrit pour les établissements fermés." Nous prenons plaisir à citer les paroles suivantes de l'auteur phtisio-thérapeute, au moment où quelques confrères, pour des raisons que nous ne qualifierons pas ici, s'opposent formellement à la création à Montréal d'un sanatorium urbain pour phtisiques. "J'ose dire, dit Knopf, que si l'on transformait dans chaque grande ville, un ou deux des hôpitaux les plus vastes et les mieux situés en sanatoria pour phtisiques, en y ajoutant des verandas pour la cure de repos et en y instituant le traitement hygiénique et diététique; que si l'on créait en province, dans les lieux où l'atmosphère a une pureté relative, quelques sanatoria pour y envoyer des malades choisis dans les sanatoria urbains parmi ceux qui ont le plus besoin de changement d'air, la mortalité par la tuberculose, dans les grandes villes, diminuerait d'une façon inespérée."

À propos du climat, le docteur Knopf dit: "Il y a un fait, qui, à mon avis, n'a pas encore été mis suffisamment en évidence, et sur lequel on ne saurait trop insister si l'on envisage la tuberculose comme un problème social. Je répète que j'ai souvent observé que les guérisons obtenues dans les climats habituels (home climate), c'est-à-dire les climats, ordinairement considérés comme peu favorables à la guérison de la phtisie, ont été d'une durée plus longue que les guérisons obtenues dans des climats plus doux et ayant la réputation d'être plus ou moins "spécifiques" dans le traitement de la tuberculose pulmonaire." Cette remarque est très importante et venant de la part du docteur Knopf, ne peut que nous encourager à garder et à guérir nos tuberculeux dans notre propre pays.

J. E. DURÉ.

* 1 vol. grand in-8° Jésus, de 496 pages, avec 92 figures cartonnées à l'anglaise. Pri - fr.

Carabinades, par le Dr CHOQUET, de Saint-Hilaire, 1 vol. in-32 de 226 pages avec couverture illustrée par Leduc. Prix : 50 centims.

Carabinades est bien le mot. Ah! les bonnes histoires, tantôt gaies, émues, et bien faites pour distraire, "pour lire, la nuit, en attendant le vages." Lisez-les: vous verrez le bon moment qu'elles vous feront passer le docteur Santa Claus"; "Une erreur de diagnostic", "Premiers cas", "Les confrères", "C'est l'anglais", "La médecine au XXe siècle", etc., etc. cela vous intéressera, nous en sommes sûrs. Et c'est canadien, vous savez d'imité là-dedans. De plus, le livre ne coûte pas cher, et il est commode à mettre en poche: tout ce qu'il faut pour la route. Il y a une dédicace du Dr Drummond intitulée "The Country Doctor", et à la fin du volume, de vers, à rimes choisies, comme le docteur Nérée Beauchemin sait en faire. Bons, un bon mouvement: encourageons des confrères.--E. P. BENOIT.

Précis de Toxicologie clinique et médico-légale, par le Dr Ch. VIBERT, ancien conseiller près le Tribunal de la Seine, chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de médecine légale de la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 916 pages, avec une planche coloriée et 74 figures. Librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le *Précis de Toxicologie* de M. Vibert a été écrit surtout pour les médecins légistes et les cliniciens. Mais il ne se limite pas étroitement aux questions pratiques et c'est ainsi que l'histoire de certains poisons qui présentent un intérêt au seul point de vue scientifique, s'y trouve aussi traitée.

La partie chimique de la toxicologie a été laissée de côté. Elle ne peut être étudiée sérieusement et utilement que par des chimistes de profession, et a été déjà excellemment traitée dans le *Précis de Toxicologie chimique et biologique* du professeur Chapuis, arrivé aujourd'hui à sa 3e édition. Sur ce point M. Vibert s'est borné à quelques notions sommaires que le médecin doit connaître, même quand il entend n'empiéter aucunement sur le rôle du chimiste. C'est la "symptomatologie" qui forme la partie fondamentale de ce livre.

Pour ne pas fatiguer l'attention du lecteur, M. Vibert a cherché à la rendre en intercalant dans le texte des observations typiques propres à donner une idée nette des principaux traits cliniques d'une intoxication. Parmi ces observations, il en est de récentes, de personnelles et d'inédites; il en est d'autres qui ont été empruntées aux maîtres de la médecine légale: Orfila, Tardieu, etc.

Si la symptomatologie relève avant tout de l'observation clinique, elle peut souvent aussi tirer parti de l'"expérimentation sur les animaux". Celle-ci d'ailleurs est devenue entre les mains des physiologistes une des branches les plus importantes de la toxicologie. Déjà elle a permis d'analyser les effets de beaucoup de poisons, de saisir le mécanisme par lequel ils se produisent, et de fournir par suite les indications rationnelles d'une partie du traitement; elle a apporté aussi au médecin légiste un moyen de diagnostic parfois fort important.

M. Vibert a donc fait entrer dans l'histoire de chaque poison un paragraphe consacré aux données expérimentales, sans dissimuler, le cas échéant, les incertitudes, les contradictions même que laissent encore subsister les études des physiologistes sur le mode d'action des substances toxiques.

Pour les médecins légistes, le "diagnostic" est le point capital de la toxicologie, celui en vue duquel sont étudiées toutes les autres parties de l'histoire des poisons. M. Vibert s'est efforcé d'indiquer tous les éléments utilisables pour ce diagnostic médico-légal en citant autant que possible des exemples de leur application.

Le "traitement" n'a point été négligé et le praticien est assuré de trouver sur ce point le dernier état de la science.