

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoire.

VOL. IV.

MONTRÉAL, MARS 1890.

No 3.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ASSOCIATION MÉDICALE DE ST. HYACINTHE.

Deuxième Conférence sur la diphthérie.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1890.

Revue et appréciation de la discussion faite par Messieurs les Docteurs J. C. S. Gauthier et Eugène Turcot membres de la Société Médicale de St. Hyacinthe, à la séance du 7 novembre 1889 sur le traitement de la Diphthérie.—Procès de la cautérisation.—Statistiques.—Quelques côtés ridicules de la profession.

Par M. J. PALARDY, M D St Hugues, P. Q.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT ET MESSIEURS,

Au mois d'octobre dernier 1889, j'avais l'honneur de faire l'inauguration de nos conférences, par une étude sur le traitement de la diphthérie. Elle a fait naître une discussion à la séance suivante. Mon estimable confrère, M. le Docteur Gauthier, d'Upton, étant absent à cette séance du 7 novembre dernier, M. le Président a fait pour lui et en son nom, la lecture d'un excellent travail sur la diphthérie et son traitement.

Notre savant collègue, Monsieur le Docteur Eugène Turcot, a soutenu la discussion sur le même sujet par des citations de publications récentes et des observations personnelles judicieuses. C'est ce travail de mes deux laborieux confrères que je veux examiner avec vous.

Mes deux jeunes amis voudront bien m'accorder cette permission, puisque je suis le premier qui ai fait naître cette discussion. J'ai pris les notes qui suivent le lendemain de l'assemblée du 7 novembre 1889, ayant à la mémoire la lecture qui a été faite ce jour là et les observations qui ont suivi. D'ailleurs j'ai vu avec plaisir sur la " Gazette Médicale de Montréal" (Décembre 1889) un compte rendu de cette discussion bien conforme à la vérité et fait avec impartialité par notre aimable secrétaire, M. le Docteur Mathieu. De sorte que ce rapport confirme que ma mémoire ne m'a pas fait défaut.

Messieurs. Je ne veux pas vous inonder de ma prose, en venant trop souvent devant vous, ou avoir l'air de monopoliser la discussion. Loin de moi cette pensée, puisque pleine liberté de rechercher et de raisonner vous appartient comme à moi.

Ayant commencé, je veux continuer ou finir cette dissertation sur ce sujet très important de pathologie interne, et défendre dans l'intérêt de la science ou d'une louable ambition, une opinion qui m'a fourni depuis longtemps en fait de traitement des succès plus nombreux et plus constants que tout autre parmi les médications connues.

Permettez-moi, messieurs, de faire encore quelques recherches avec vous.

Il est très facile de citer des opinions d'auteurs, ce n'est pas à dédaigner dans la défense d'une thèse. Le plus difficile dans cette multitude de traitements souvent contradictoires est de faire le meilleur choix des applications des divers moyens recommandés. La marge laissée à l'observation et au jugement du médecin est très grande. Le plus adroit et le plus heureux sera toujours celui qui se rapproche le plus de la vérité. Mais en médecine où est la vérité ?

* * *

Trois membres de notre association ont pris part à cette discussion du traitement de la diphthérie, trois opinions différentes ont surgi. Je vante l'excellence de la cautérisation pharyngée. M. le docteur Gauthier nie son efficacité, ou plutôt la considère comme pernicieuse. M. le docteur Turcot veut un traitement local mitigé, adouci. Il n'y a que le traitement général sur lequel nous sommes tous d'accord ; nous ferons une *croix*. M. le docteur Gauthier prétend que la maladie étant d'origine constitutionnelle, doit être traitée radicalement et exclusivement par une médication générale. A ce point de vue il est rationnel.

Mais les expériences chimiques les plus récentes dans l'année 1889, et un peu avant, par messieurs Roux et Yersan, Rosenthal, Jacobi, les docteurs Gaucher et Simon, le célèbre professeur Jaccoud, docteur Hutinel de Paris, et d'ailleurs, établissent que la maladie est d'abord locale, et que le poison doit être détruit sur place. Les statistiques que

ces médecins et professeurs distingués citent à l'appui, sont si importantes et si considérables, qu'on a peine à y croire, et les rejeter sans leur en donner crédit ou sans les remplacer par quelque chose de mieux, pas même les remarquer, serait outre cuidant.

La plus grande faiblesse dans les avancés de mon jeune ami, le docteur Gauthier, est qu'il n'apporte aucune statistique en faveur de son procédé. Il ne dit pas qu'il guérit plus tôt, ou qu'il guérit plus de sujets. Il ne fait mention d'aucune statistique ni pour lui, ni pour les auteurs cités par lui. C'est le point capital cependant de connaître le nombre des malades guéris, surtout pour ceux qui veulent prouver que leur méthode vaut mieux. C'est encore plus parfait, quand on mentionne même le temps qu'on a mis à les guérir. Il donne à entendre qu'il peut y avoir erreur de diagnostic, et que l'on classe dans la diphthérie des patients qui ne lui appartiennent pas. De là des succès faciles et des statistiques en conséquence.

C'est vrai, à propos de succès, il ne faut pas faire comme les rebouteurs, toujours voir un nerf de tressailli, un os fêlé, ou une jointure ouverte, c'est facile à raccommoquer cette affaire là. Mais à propos de maux de gorge, trop aimer à constater de la diphthérie, pour le plaisir de fabriquer tout exprès des statistiques mirobolantes, c'est par trop *cocasse*, il y a encore des juges à Lerlin.

Je rencontrais dernièrement un jeune confrère à qui j'annonçais, cette conférence sur la diphthérie. Il me dit. "Encore de la diphthérie". "Prenez donc un autre sujet plus neuf ou plus pratique". Quel amour de la nouveauté ! Avant de devenir à la mode, je veux vous donner ma dernière conférence sur la *couenne*, trouvant encore la chose bien pratique. Je brûlerai ma dernière cartouche, en faisant tous mes efforts pour frapper juste et convaincre mon jeune confrère de l'utilité de mon étude. Je réclame donc, messieurs, votre indulgence, si je suis un peu long, je tâcherai de faire du nouveau, et de vous intéresser en traitant la question avec des aperçus inédits. Une maladie comme la diphthérie est toujours d'actualité ; et dans l'occasion qui arrive encore assez souvent et qui est toujours de mode quand elle arrive, on est bien aise d'avoir à sa disposition le meilleur moyen de la combattre, surtout quand vous avez à défendre contre la mort des êtres chéris, qui vous tiennent par les liens du cœur et du sang. Mon ambition est là, si je sers à vous aider à obtenir un résultat heureux.

* * *

Dans la diphthérie, à part quelques cas insidieux au début, il n'y a pas de maladie dont le diagnostic soit plus facile parceque le siège est toujours à la légion tonsillaire, pharyngienne ou nasale, et le signe caractéristique et spécifique, la membrane couenneuse est visible et

définie. Lorsque vous traitez dix sujets de la diphthérie dans une même famille et en même temps, ou à la suite l'un de l'autre comme je l'ai observé l'automne dernier, on ne doit pas avoir de doute au moins sur la contagion ; et lorsque les fausses membranes sont formées sur les dix sujets dans une étendue très prononcée, hormis d'être aveugle, le diagnostic doit être parfaitement clair.

Monsieur le docteur Despars, un des membres distingués de cette société, dans le cour de la discussion nous faisait l'observation suivante : " Les statistiques, disait-il, sont faciles à faire." Sans doute ; mais pour les bien faire il faut les faire vraies. Et pour cela, elles coûtent du travail et vous devez supposer l'honnêteté chez ceux qui les font.

Le plaisir ou la prétention de guérir tous ses malades, ne doit pas, pour le médecin, primer l'obligation de dire la vérité, vu le but à atteindre et l'honorabilité de ceux à qui vous faites vos communications. Autrement ce serait vouloir se faire passer pour supérieur aux autres au dépens d'une réputation mal acquise ou d'une pernicieuse ostentation, qui finit par se connaître et rend méprisable celui qui la commet.

Je ne condamne pas la manière de voir de ceux qui ne veulent pas de cautérisation dans la diphthérie. Je suis pour la liberté d'opinion mais je leur demande, si vous voulez que votre traitement soit préféré, prouvez que vous faites mieux autrement. Monsieur le docteur Gauthier ne l'a pas fait. Ce que je condamne, c'est de dire que la cautérisation est préjudiciable et doit être rejetée comme pernicieuse. C'est être trop exclusif ; vos succès dans une autre voie, sont loin d'être suffisamment constatés pour trancher aussi carrément le débat.

Je connais des médecins qui ne veulent pas de cautérisation dans la diphthérie pour leurs patients, et en condamnent l'emploi par leur confrères ; d'autres qui, plus conciliants, la tolèrent sans l'approuver. Cependant j'ai vu ces mêmes médecins en user avec succès chez leurs propres enfants malades de la diphthérie ! Mais pour accorder la rigidité de leurs principes, avec l'inconséquence de leur conduite, ou pour ne pas paraître brûler la gorge, ne voulant pas se servir de l'éponge ou du pinceau, ils vaporisaient une solution caustique ou antiseptique quelconque dans la bouche de leurs chers patients. Il faut donc croire que l'esprit est prompt et que la chair est faible, et que blanc bonnet est la même chose que bonnet blanc.

Les statistiques même quand les adversaires de la cautérisation en font ne sont pas toujours en leur faveur ; on n'a qu'à voir les discussions qui ont eu lieu déjà dans ce pays, et qui ont été publiées depuis 1887 à ce jour, sur les Revues de Montréal : "Gazette et Union-Médicales".

Tandis que les statistiques les plus récentes (année 1889) fournies en faveur de la cautérisation, sont si remarquables par leur efficacité

et leur précision, (voir ma première conférence d'octobre 1889,) publiée sur la " Gazette Médicale de Montréal," (Décembre 1889).

Dans ces statistiques, plus des neuf dixièmes des malades sont sauvés. Où est la méthode qui fait mieux? Aujourd'hui il faut ajouter des chiffres aux opinions, notre siècle veut du positif. La méthode expérimentale appuyée sur la statistique doit seule guider le praticien dans la confusion des doctrines et des faits mal observés, et le force à faire le choix des moyens thérapeutiques qui donnent le nombre le plus grand des résultats heureux.

*
* *
*

Je suis contre l'exclusivisme en fait de médication, et dans la diphthérie surtout, les amis de la méthode caustique sont en trop bonne compagnie et comptent des succès trop nombreux et trop constants, constatés par des observations même contemporaines, pour ne pas rejeter de la part des adversaires de cette méthode, le discrédit qu'ils veulent imposer sur un moyen aussi puissant et aussi radical au débat.

Pas de doute que la cautérisation dans la diphthérie est nulle, désagréable au médecin et nuisible au patient si vous l'employez lorsque la maladie est rendu à son apogée constitutionnelle ou dans une attaque de diphthérie croupale, alors la force de résistance ou vitale est extrêmement affaiblie ou presque détruite: vous avez perdu votre chance.

La cautérisation est essentiellement bonne au début pour tuer le microbe sur place. Voilà son temps d'élection. Je tiens seulement au principe d'une application locale soit caustique ou antiseptique, qu'elle soit faite par le médecin ou que le malade l'exécute lui-même, soit par une application directe, ou une vaporisation ou lotion continue ou automatique. Mais qu'elle soit faite dans le temps favorable, tout le succès est là. Le mauvais effet peut aussi venir de l'abus dans la force ou la fréquence de l'application. Il faut savoir distinguer et avoir assez de perspicacité pour donner à chacun des remèdes employés, l'intensité et la place qui leur conviennent, et lorsque l'effet est mauvais, c'est manquer de charité que de passer du remède à la personne qui l'a prescrit, et les réunir tous deux dans une même condamnation. Il n'y a pas d'effet sans cause, et le plus coupable n'est pas le remède.

Sans le traitement constitutionnel, je n'ai aucun doute que les succès seraient peu nombreux et peu constants, car la localisation, en supposant que le point de départ soit à ce foyer, ne dure pas longtemps isolée. D'ailleurs il est impossible d'établir la ligne de démarcation entre l'état local et l'état constitutionnel, c'est-à-dire où commence l'action de l'un ou de l'autre effet morbide.

Quand le sang est-il infecté ? Quelques minutes ou quelques heures peuvent suffire pour précipiter le poison septique dans le torrent de la circulation. L'infection générale dès le début est facile à supposer, lorsque vous voyez l'action presque instantanée d'une injection hypodermique d'un remède actif à dose relativement petite. A l'origine de la maladie, les recherches microscopiques sur le sang pourraient seules éclairer la question.

De sorte que le traitement pour être certainement radical doit être simultané. Le traitement local en admettant qu'il soit secondaire comme le veut mon ami, le Docteur Gauthier, n'en est pas moins extrêmement utile au début, et assure la guérison en étant complété par le traitement constitutionnel ou complétant ce dernier. Il est toujours plus sûr de donner les deux traitements en même temps, vue notre ignorance de la précision du temps de l'infection septique localisée ou généralisée.

Dans les cas que j'ai traités, je n'ai jamais vu de diphthérie sans constater les symptômes d'une infection générale. De sorte que si l'infection locale origine, elle ne reste pas longtemps seule, même avec un traitement local actif au début. Ce qui doit nous prouver la nécessité des deux traitements conjoints pour assurer le succès.

* * *

Monsieur le docteur Gauthier recommande la glace à la place du caustique comme application locale. Il est possible que ce moyen soit plus agréable. Est-il plus efficace ?

Qu'est-ce que la glace fondue dans la gorge peut faire contre la pulvélation du microbe ? Une grande chaleur ou un grand froid ne tuent pas la bactérie.

Dans un pouce cube de liquide microgène on a compté plus d'un million de microbes ; on a mis des tubes du contenant de plus d'un million par pouce cube dans un bloc de glace ; au bout de cent jours de congélation continue, il en restait encore vingt mille. Vous connaissez toutes les précautions prises dans notre pays par les conseils d'hygiène pour couper la glace qui sert à l'alimentation en vue de l'existence du microbe. Les microbes ont été aussi soumis à une chaleur de quelques cents degrés sans leur ôter la vie ; ce sont les plus nuisibles qui ont la vie la plus dure, et qui résistent le plus longtemps soit à l'action de la chaleur ou du froid. C'est le microbe de la fièvre typhoïde qui se développe de la manière la plus effrayante.

Le célèbre biologiste Kock a trouvé que les bactéries avec des spores requièrent trois heures d'une chaleur de 484 degrés Fahrenheit pour les détruire. Il y en a d'autres espèces, qui en demandent moins. Une exposition de vingt à trente minutes de 127 à 130 degrés centigrade

dans l'air ou dans un liquide réchauffé, suffit au contraire pour enlever complètement la fécondité aux spores les moins impressionnables. Les spores sont de petites vésicules attachées au corps de la bactérie, qui contiennent le principe reproducteur.

Remplacer l'application toxique des acides minéraux ou autres agents thérapeutiques reconnus, par celle de la glace ou de la chaleur, c'est de laisser la proie pour l'ombre et traiter une maladie terrible par des placebo ou avec des riens. Généralement le grand nombre des praticiens anciens et modernes préfèrent les applications chaudes et émollientes.

L'eau chaude, la glace, ne sont que de faibles moyens adjuvants dont l'on peut toujours dire: "Si ça ne fait pas de bien, ça ne fera pas de mal." L'eau chaude et la glace, ou le chaud et le froid, comme moyen thérapeutique n'ont pas d'autre effet qu'une action mécanique, on peut dire, sur la capacité des vaisseaux de la circulation, soit en les dilatant ou en les resserrant. Ils diminuent, par deux procédés différents, la tension capillaire et facilitent l'écoulement de l'afflux sanguin dans ces canaux. Cela va bien au mode de la médecine expectante où à ceux qui ne veulent pas se donner le trouble d'une médication plus active et désagréable souvent.

D'autres condamnent le chaud et le froid. Ces derniers doivent être classés parmi les tempérés. L'esprit est donc comme les têtes aussi diversifié, mais la vérité est une. En médecine, que d'efforts pour la trouver !

La parole est à monsieur le docteur E. Turcot.

Je félicite M. le docteur Turcot sur les observations judicieuses qu'il nous a faites, et qu'il a puisées aux sources les plus récentes. Pour lui la maladie avec les nosologistes les plus modernes est d'abord locale. A ce point de vue il me paraît le plus près de la vérité. En définitive, on n'aboutit qu'à un résultat stérile dans l'application thérapeutique, si on ne détermine pas la nature réelle d'une maladie surtout à son origine. On s'expose à des confusions regrettables dans l'affirmation des effets de la médication.

Le vieux système de l'inflammation des humeurs est à céder le pas à la découverte de la bactérie. A l'esprit critique que donne l'expérience, il faut aussi ajouter le savoir de distinguer le véritable progrès de nouveautés quelquefois éphémères.

Le célèbre professeur Jacco. ? aurait dit l'an dernier dans une admirable clinique faite à l'hôpital de la Pitié, Paris, avec une grande franchise, les paroles suivantes. "On attribue à la période microbienne tous les progrès de notre époque. Ce dédain du passé qui est peut-être une ignorance est à coup sûr une injustice. L'oubli des vérités

“ antérieures acquises et de la génèse véritable des progrès accomplis.
 “ est l’abus qu’il est nécessaire de signaler.”

Sans doute les découvertes bactériologiques ont fait connaître d’autres causes aux maladies, mais qu’avons-nous ajouté au traitement curatif efficace ? Il est pénible de le dire, depuis trente ans en fait de résultat, peu de chose, malgré des nouveaux remèdes si nombreux, et un progrès incontestable dans l’étiologie et la thérapeutique des maladies.

* * *

Comme les autres hommes, les médecins aiment les nouveautés. Cependant, malgré les récentes découvertes, ils restent encore indécis dans leurs jugements et se contredisent souvent. Et où ils s’affichent quelquefois d’une manière ridicule, c’est lorsqu’ils témoignent devant une cour de justice. Dans certaines causes insidieuses et criminelles, où les passions politiques se mettent de la partie, avec d’autres intérêts personnels, on a vu l’ignorance se joindre à l’absurde, et, le juge guidé par nos incertitudes, rendre une sentence inique.

Quelle humiliation que de penser que nos tergiversations peuvent être la cause de pareilles erreurs judiciaires ! Et quand elles se rapportent à nos malades, cela paraît moins, mais ce sont nos pauvres patients qui doivent souffrir le plus directement de nos opinions contradictoires. Et lorsqu’un médecin est accusé d’avoir tué son malade, vous voyez des choses bien drôles se produire dans un procès criminel de cette nature. Il est presque impossible d’obtenir un verdict de coupable en supposant la chose vraie. Il y a tant de réticences ou de dubitatif dans les témoignages donnés par les médecins de la couronne et de la défense, que le juge les renvoie dos à dos souvent avec une bonne dose de ridicule pour chacun d’eux. Et messieurs les avocats comptent là-dessus pour intenter procès, car ils sont toujours sûrs de trouver des médecins qui abonderont dans leurs sens. D’où vient cette tendance à la contestation ? De l’incertitude ou de la fausseté de nos systèmes en médecine, en n’accordant rien, si vous le voulez, à la jalousie, ou à la malveillance entre confrères, hormis d’avoir comme le célèbre professeur Pajot de Paris, le génie de la contradiction.

Les médecins de notre temps sont trop parfaits ou trop bien élevés pour en venir à de tels moyens ; il ne peut y avoir que des exceptions, où la défense de leurs convictions ou de leurs droits pour les séparer. Voilà pourquoi notre profession fait envie et est si encombrée !

* * *

Monsieur le Dr Gauthier prétend que la diphthérie est constitutive d’emblée. M. le Dr Turcot paraît la considérer comme locale. Je partage cette dernière opinion. Cependant avec cette similitude d’a-

vis, mon ami et moi voulons encore une différence dans l'application des moyens thérapeutiques qui, tout de même, sont pris dans la même classe.

A ces divers points de vue, vous ne devez pas être surpris du désaccord ou des tiraillements dans les traitements recommandés. Dans nos incertitudes à qui ou à quoi donner la palme ? Il ne nous reste que le succès pour guider le jugement, ce qui fait que la statistique est absolument indispensable pour établir la supériorité d'une médication sur une autre.

En conséquence de la position prise par lui, M. le Dr Turcot recommande le traitement local par l'application vaporisée d'une solution de bichlorure de mercure, ou sublime corrosif au millième comme antiseptique ou microbicide. C'est tout de même une admission de la nécessité du traitement local et de la pullulation microbique sur place. D'où identité dans l'indication du traitement. J'ai entendu dire par un confrère à cette séance du 7 novembre dernier : " Mais la dose est si petite, disait-il, ce n'est plus du caustique." S'il tue le microbe, comme vous prétendez, dites donc en vertu de quel principe il agit ? Il ne corrode plus de la même manière, il est vrai, mais cesse-t-il d'être corrosif ? Ça reste à savoir. Pendant que vous l'appliquez, il serait bon d'examiner la bactérie au microscope, pour voir le geste qu'elle fait au contact de votre caustique adouci. Au reste quel est celui d'entre nous qui peut préciser l'action intime d'un remède sur les organes, ou sur ce petit animal qu'on appelle microbe. On voit l'effet physique c'est à peu près tout. Pouvez vous dire, que ce n'est plus comme caustique que votre bichlorure de mercure agit, pour devenir antiseptique, qui est un simple mot générique renfermant tous les remèdes d'une même classe ? C'est un choix d'expression qui ne prouve rien.

Si mon ami, M. le Dr Turcot, prouve qu'il obtient un succès plus accentué, ou aussi bon, avec sa médication astringente, stimulante, antiseptique ou légèrement caustique par le sublimé corrosif comme il voudra la nommer, et que l'application en soit plus facile et plus agréable au patient, je suis prêt à mettre de côté la cautérisation ou l'antiseptie plus active par les acides, qui est cause d'ennuis pour le médecin et pour le patient, surtout chez les jeunes enfants que vous êtes obligés de violenter. J'ai toujours compris que les acides minéraux ou autres étaient à la tête de l'antiseptie médicale ; au moins par leur nature, ils doivent appartenir à cette classe de remèdes.

Et si vous ne réussissez pas à faire votre application, ou que vous y parveniez au milieu des cris et des pleurs du tendre patient, quelle disgrâce pour vous ! Et si vous faites l'application ou vaporisation caustique ou semi caustique ou antiseptique, de misère et de chicane, et

que vous perdiez votre malade, quelle déception plus grande encore avec tout le monde ! Alors c'est le médecin qui ne vaut rien et le remède avec lui. Voilà l'expression de la reconnaissance publique souvent, surtout si un confrère bienveillant vient à la rescousse pour condamner votre traitement.

Pas besoin de compter nos misères, elles sont nombreuses, vous êtes arrêtés dans de nouveaux efforts, et quand vous venez régler vos honoraires à propos des soins donnés, on vous trouve cupides après vous avoir traités presque de meurtriers. Ah ! vous disent les parents. " Si nous avions su ça, on ne l'aurait pas fait tant souffrir ce cher petit." Ce n'est pas toujours beau comme vous voyez, c'est gagner son argent deux fois et voir le revers de la médaille. Chez les adultes, la cautérisation quoique désagréable finit toujours par être acceptée et exécutée facilement.

*
* * *

Bien des fois, chez les enfants très jeunes, je fus tenté de laisser la guérison à la nature et aux soins hygiéniques. Cet automne, chez deux enfants, un de quatre ans et l'autre de sept ans, dans la même famille, où dix avaient subi l'attaque, j'abandonnais la proposition de la cautérisation chez ces derniers, voyant leur résistance outrée manifestée par des cris, des pleurs et serremments de dents.

Je fus rappelé au devoir par le père, homme énergique qui avait eu le bon effet chez ses autres enfants plus âgés et qui me dit : " Il le faut." Avant mon arrivée, aussitôt qu'il apercevait la *couenne* d'un nouveau cas, il cautérisait lui-même. Pour ces deux derniers, trop récalcitrants, il les prit dans ses bras, les tint pressés sur sa poitrine et commanda. Hoh docteur ! J'ouvris de force la bouche de ces enfants et je fis la cautérisation malgré eux. Les dix membres de cette famille furent sauvés à ma grande satisfaction après quelques jours seulement de traitement local et général. La gorge de ces patients était examinée scrupuleusement plusieurs fois par jour.

Comme M. le Dr Gauthier, mon jeune confrère, le Dr Turcot, n'a donné aucune statistique en faveur de sa méthode. Ce n'est pas concluant. Les opinions de mes jeunes amis, avec celles qu'ils citent toutes respectables qu'elles soient, ne sont pas suffisantes, pour dire que la cautérisation locale dans la diphthérie doit être rejetée et qu'elle est inférieure en efficacité aux autres traitements préconisés. Je félicite tout de même mes deux confrères sur leurs belles recherches scientifiques, mais, au point de vue pratique, elles manquent de force et n'ont pu apporter la conviction dans l'esprit. Car leur absence de statistiques est une lacune importante.

La preuve de la supériorité d'un traitement est là. Observez Je nou-

veau. Constatez vos cas et dites ce que le cimetière reçoit. Pas de décision sans cela.

Au commencement de ma pratique, je traitais la diphthérie avec le système des douceurs, pas de cautérisation, des lavages émollients et stimulants ou anti-septiques, avec traitement général. J'ai perdu au-delà de 50 par 100 de mes malades avec ce traitement.

J'ajoutai la cautérisation locale, c'est-à-dire une action plus active des acides, et depuis trente ans, le succès a été constant, à peine cinq par cent ont succombé.

Voilà ma justification et la raison de ma persistance à reconnaître la supériorité de la médication stimulante ou antiseptique par les caustiques. D'autant plus que j'ai en ma faveur la médication la plus contemporaine. J'ai toujours compris d'ailleurs que les acides étaient à la tête de l'antisepsie médicale surtout l'acide phénique, salicylique, chlorhydrique et leurs composés. En employant les acides localement en solution plus ou moins concentrée, à l'exclusion d'autres remèdes, tels que le sublimé ou autres, il serait absurde de nous classer parmi ceux qui sont contre le traitement antiseptique. De sorte que pour moi, la cautérisation unie au reste du traitement antiseptique et tonique, est celui qui est le plus rationnel et qui offre le plus de garantie de succès et que je défends sur la presse médicale depuis 1837, et que je pratique depuis 30 ans avec un succès constant.

A l'appui de mes prétentions, je veux vous dire encore un mot de la clinique remarquable du Dr Jaccoud, publiée sur la *Gazette Médicale* de Montréal, No. d'octobre et de novembre 1889. C'est tout nouveau comme vous voyez.

Dans cette clinique si importante, écrite avec tant de franchise et d'expérience pratique, l'éminent professeur détermine la question de l'infection septique dans quatre maladies principales. "La tuberculose, la diphthérie, la blennorrhagie et la rage." Entre autres choses il dit : "Un des plus grands progrès dans la pathologie des maladies infectieuses est la connaissance des infections locales, d'où la distinction de ces maladies en deux classes. Dans l'une l'infection est générale d'emblée, dans l'autre l'infection est d'abord purement locale. Ce progrès est d'autant plus important qu'il renferme celui des applications pratiques immédiates. Dans la première édition, en 1871, de ma pathologie, j'ai nettement et sans réserve présenté l'angine diphthérique comme un *mal local* capable de donner lieu à une intoxication secondaire."

"Cette opinion, tellement nouvelle alors qu'elle choquait toutes les idées reçues, m'a valu du moins, en France, de nombreuses et acerbes critiques. Pourtant elle a fait son chemin. J'ai eu la satisfaction de

“ voir confirmée par toutes les recherches anatomiques et pathogé-
 “ ques récentes, cette doctrine de l'infection secondaire. Avec la même
 “ instance, j'ai signalé les modifications que cette doctrine impose à la
 “ thérapeutique de l'angine. *J'ai assigné la première place à la médi-*
 “ *cation topique.* “ Le traitement local, ai je dit dans l'édition de 1885,
 “ condamné par les uns comme nuisible, blâmé par d'autres comme
 “ inutile, doit prendre le *premier rang.*” Trousseau, autre célèbre pro-
 fesseur, avait écrit la même chose en 1882

Le professeur Jaccoud continue : “ Je n'ai pas manqué d'ailleurs de
 “ recommander l'ablation des membranes avant l'application topique
 “ et cela dans les termes que voici : “ Quelques soient les agents dont
 “ on fasse choix pour le traitement local, il faut en assurer l'action à
 “ travers toute l'épaisseur des exsudats sur le tissu muqueux
 “ lui-même, aussi est il toujours plus sûr de détacher les
 “ fausses membranes, soit au moyen de petites éponges, soit au moyen
 “ de petits linges imbibés d'une solution d'alun et enroulés autour de
 “ l'index ? Enfin je me suis efforcé à chaque occasion d'enrichir la
 “ liste des agents de ce traitement local, de toutes les acquisitions va-
 “ lables de la pratique et vous trouverez dans l'édition déjà citée une
 “ nomenclature que je crois complète, dans laquelle figurent à côté des
 “ fleurs de soufre et du perchlorure de fer, le permanganate de potas-
 “ se, l'acide phénique, l'acide salicylique, le chloral, la teinture d'iode,
 “ l'acide oxalique, l'acide borique, la soude pulvérisée, le benzoate de
 “ soude et le sublimé.

“ Telle est l'histoire véritable de la réforme pathologique et théra-
 “ peutique touchant l'angine diphthérique ; elle comprend la période
 “ qui va de 1865 à 1883,” on peut dire même jusqu'à nos jours.

En 1828 et après, Bretonneau et bien d'autres cautérisaient sans même connaître l'étiologie parfaite de la maladie. Ils s'en tenaient aux effets satisfaisants qu'il voyaient. Mais quoi de plus précis et de plus concluant, que ces précieux observations pratiques du célèbre professeur Jaccoud qui écrit sous nos yeux dans les hôpitaux français. Je vous engage, messieurs, si vous ne l'avez déjà fait, à prendre connaissance de cette remarquable clinique de l'éminent professeur, publiée sur la *Gazette Médicale* de Montréal, novembre 1889. Je vois aussi sur l'*Union Médicale* de Montréal, décembre 1889, folio 650, une autre clinique aussi importante que celle de Jaccoud sur le traitement de la diphthérie, par M. le Dr Hutinel, à l'hôpital des Enfants Trouvés, Paris.

Entre autres chose remarquables il dit : “ La diphthérie n'est pas
 “ une maladie analogue à la variole, à la syphilis, ou la pustule ou

“ la roséole ne sont que la manifestation d'une infection générale. La diphthérie est une maladie *primitivement locale*.”

Quand au traitement, voici ce qu'il enseigne :

“ D'après les données de la bactériologie, il faut empêcher les fausses membranes de se développer. Le traitement doit donc viser les fausses membranes.” Il parle comment maintenir ouverte la bouche des enfants, au moyen de l'instrument de St Germain. Il cautérise ensuite de la même manière que celle que je donnais dans ma première conférence suivant la méthode de M. le Dr Gaucher ou de Jules Simon, par les acides phénique et salicylique : les attouchements sont renouvelés six fois le jour et trois fois la nuit, et si les fausses membranes sont très épaisses, il faut en outre les toucher deux à quatre fois par jour, avec le perchlorure de fer et glycérine, parties égales. “ Il n'y a pas de spécifique, dit-il, pour la diphthérie. En résumé, pour lui le traitement de la diphthérie, “ c'est le traitement des fausses membranes. Il faut par tous les moyens disponibles les empêcher de s'étendre, de sécréter leurs produits toxiques. Les lavages fréquents, la propreté constante, l'*antiseptie* continue de la gorge, constituent des éléments de succès auxquels on ne saurait donner une trop grande part.”

Pour le traitement général il insiste sur l'alimentation dans toutes ses formes, surtout le lait, il essaie de vaincre la répulsion du petit malade par tous les moyens. Tous les stimulants connus sont bons. Comme tonique il prescrit la teinture de fer muriaté, une goutte toutes les deux heures.

La dose me paraît faible, mais il faut se rappeler qu'il ne s'occupe particulièrement que du traitement des jeunes enfants. Enfin on doit voir par les citations que je viens de faire, que la vieille médecine reçoit de la part de ces célèbres professeurs contemporains, un air de jeunesse qui lui fait honneur, et que notre persistance à conserver l'ancienne façon est appuyée sur une expérience certaine sinon inattaquable dans le passé comme dans le présent. Il faut en prendre son parti, céder à l'évidence, et guérir ses malades par un traitement à peu près uniforme.

Qu'en dites-vous, messieurs? La lumière va-t-elle se faire dans nos esprits? Alors, il faut une fois se mettre d'accord à propos du traitement de cette maladie. Vous le voyez, vos dissensions sont à la veille de finir, on le constate de nos jours et de nos yeux par le ton de la presse médicale dans tout le monde savant. On veut tous un traitement local et général, le mode ou la force d'application des médicaments à peu près les mêmes divisent encore les esprits. Maintenant on a l'air de jouer sur les mots, au lieu de caustique, on dit antiseptique, mais on prend tous dans le même sac les mêmes remèdes que l'on ap-

plique dans le même sens, localement à la gorge, les uns sous une forme, les autres sous une autre. Dans le fond où est la division qui nous sépare? Il faut aimer la contradiction pour en trouver. Pour moi quoi qu'on dise, je n'en vois plus, un peu dans la forme voilà tout: Ce n'est pas suffisant pour dire que nous ne nous entendons pas. Notre divergence d'opinion réside dans le fait suivant: C'est qu'un caustique est toujours antiseptique, et un antiseptique n'est pas toujours caustique; mais l'effet obtenu est toujours antiseptique. Ce n'est donc plus qu'une affaire de dosage où de préférence.

Pour ne pas subir le reproche que je fais à mes amis, messieurs Gauthier et Turcot, je désire vous communiquer une statistique que j'ai prise de mes livres de pratique depuis trente ans. Sur 48 observations que j'ai constatées dans mes livres de référence, 41 cas ont été traités avec la cautérisation, la dessus 2 insuccès; et 7 cas sans cautérisation, sur ce nombre 4 insuccès.

Les statistiques sont loin d'être faciles à faire, comme l'a dit mon ami M. le Dr Despars, car celles-ci n'ont coûté un grand travail.

Dans la paroisse de St-Hugues depuis trente ans, il y a eu beaucoup plus de cas de diphthérie que ceux que je mentionne dans le rapport que je viens de donner. Presque tous ont succombé, ceux qui n'ont pas eu de traitement. Chez les enfants jeunes la mortalité a été à peu près universelle. A la campagne on ne fait pas soigner les enfants; à St-Hugues, je n'ai pas donné mes soins à la moitié des cas survenus pendant la période ci-dessus mentionnée.

Dans les cas cités par moi, ce sont en partie des enfants de quatre à dix-huit ans, et quelques adultes, près de dix cas. Tous les adultes ont été sauvés. Ces statistiques auraient pu être plus complètes-mais le fait du nombre est exact. La durée du traitement se continuait pendant 24 à 96 heures. La maladie se contrôlait toujours dans cet espace de temps.

D'après les statistiques que je fournis, il est facile de constater que le succès est constant et donne à peine cinq par cent de mortalité, (deux sur quarante-et-un.) Et les deux cas perdus étaient deux jeunes enfants de quatre ans, chez qui le traitement local était à peine possible et très désagréable, tandis que l'autre méthode sans cautérisation m'a donné au-delà de 50 pour 100 de mortalité.

* *

En terminant, messieurs, je vous prierai de ne voir dans la persistance à défendre mes opinions dans le traitement de la diphthérie, que le désir de donner de l'importance à nos discussions, et d'exciter l'émulation entre les membres de notre jeune association, sans vouloir épuiser le sujet du coup, ou avoir la prétention d'obtenir l'assenti-

ment unanime sur la question débattue. Je connais trop le caractère professionnel pour cela, j'espère que vous voudrez bien avoir égard au motif qui m'a guidé en m'accordant votre bienveillante considération.

Je suis bien aise de laisser à chacun la défense de ses opinions, en me tenant dans les limites de la courtoisie et d'une aimable réciprocité dans les procédés entre nous, désirant faire aux autres ce que je veux qu'il me soit fait.

Je vous invite, messieurs, surtout mes jeunes confrères, à venir nous faire part de vos études. Vous ne devez pas douter que vous serez accueillis avec plaisir et avec intérêt par tous les membres de cette société. Nous sommes ici pour s'instruire et s'entraider, nous ne nous réunissons pas sans faire des sacrifices pour l'amour de la science, de sorte que nos oppositions ou nos contradictions ne seront que de bon aloi.

Veillez accepter ce travail avec mes meilleurs souhaits pour vos succès professionnels quelque soit la méthode employée douce ou caustique. Nous sommes à l'ouverture d'une nouvelle année. C'est la première fois que nous avons le plaisir de nous rencontrer. Je vous présenterai donc cette conférence comme étrenne du nouvel an.

Je vous remercie, messieurs, pour l'attention que vous avez bien voulu m'accorder. Pardon, si je n'ai pas su vous intéresser. Mon grand tort probablement est d'avoir prolongé cette lecture par plusieurs digressions plus ou moins opportunes. Dans une conférence, j'ai cru avoir plus de latitude, que dans une étude limitée aux idées purement classiques.

DR. P.

St-Hugues, 1er janvier 1890.

HOTEL-DIEU.

Clinique chirurgicale du Dr Hingston

Rapportée par F. LEFILS.

1. POLYPE UTÉRIN. — 2. EPAISSISSEMENT DE LA SYNOVIALE DU GENOU.

La femme que vous voyez ici est âgée de 40 ans. Depuis quelques années, elle a tous les mois des pertes sanguines tellement considérables qu'elle tombe souvent en syncope; comme vous le voyez, elle est d'une pâleur extrême. Son état était tellement grave qu'un spécialiste du Haut Canada, portant le diagnostic de cancer, songeait à la curette ou à l'enlèvement de l'organe *per vaginam*. Cette femme est venue à

mon bureau ce matin ; en réponse aux questions que je lui fis, elle me dit qu'entre les périodes menstruelles, elle n'avait aucune perte, pas même de suintement sanguin ; cela éveilla mes doutes quant à la malignité de l'affection. A l'examen par la sonde utérine, je trouvai la cavité utérine agrandie ; sur les côtés et en arrière, la sonde pénétrait jusqu'à la profondeur de 5 pouces ; en avant au contraire, l'on ne pouvait pénétrer plus de 2½ pouces. Je fis alors la dilatation du col et j'examinai l'intérieur de l'utérus au moyen de l'index. A la partie antérieure, à l'endroit où la sonde ne pouvait passer, il y avait adhérence entre les parois de l'utérus et une tumeur. La forme et la consistance de celle-ci me firent porter le diagnostic de polype sous-muqueux.

C'est pour faire pratiquer l'ablation de ce polype que cette femme est ici devant vous aujourd'hui. Il y a plusieurs manières de faire cette opération : voici celle que nous allons employer : D'abord, je saisis le polype par l'extrémité libre, au moyen d'une pince à griffe et je l'attire légèrement en bas. Alors je ferai une incision sur la membrane qui le recouvre et par des tractions nous en ferons l'enlèvement par le procédé, dit de l'énucléation.

Un mot sur les incisions. Méfiez-vous de vos ciseaux et de votre couteau à l'intérieur de la matrice. N'oubliez pas que quand vous faites la traction vous tirez non seulement sur la tumeur et la membrane muqueuse qui la couvre, mais aussi sur la paroi même de l'utérus. Votre couteau, et plus encore vos ciseaux peuvent facilement faire une boutonnière à travers ces parois, avec toutes les graves conséquences qui en résulteraient.

[Le Dr Hingston alors de la manière indiquée, procéda à l'enlèvement, mais comme le col utérin continuait à offrir trop d'obstacles à la sortie de la tumeur, il fit une incision verticale sur toute l'épaisseur de l'os et du cervix, ce qui permit la sortie de cette tumeur qui pendant si longtemps avait tenu la malade dans une faiblesse extrême.]

* * *

Le second cas que nous avons est celui d'une jeune fille, atteinte de synovite chronique du genou. Au niveau de l'articulation, il y a un gonflement considérable, pas de fluctuation comme dans l'hydarthrose ; l'inflammation qui siège depuis quatre ans, a amené un épaissement de la membrane synoviale du genou. Cette jeune fille est venue ici, il y a une quinzaine de jours ; nous avons prescrit les toniques et nous avons appliqué des pointes de feu, au moyen du thermocautère, tout autour du gonflement. Vous voyez que l'articulation présente déjà une diminution de volume considérable et que la patiente boîte bien moins. Il n'y a rien de remarquable dans ce cas, mais j'en profite pour demander à cette malade si les brûlures causées par le thermo-

cautére lui ont causé beaucoup de douleur ; elle répond : non.—A ce propos, je vous ferai remarquer que, s'il y a un moyen d'appliquer le thermocautére en causant des douleurs atroces, il y aussi un moyen de l'appliquer en n'en causant presque pas du tout. Ce qui cause la douleur, c'est l'inflammation ou l'irritation des nerfs sensitifs ; ces nerfs, vous le savez, se terminent et se ramifient en spirales dans la partie la plus externe du derme, il s'agit donc lorsque l'on veut faire une cautérisation indolore, que le thermocautére soit assez chaud, (chauffé à blanc si possible) pour que les ramifications de ces nerfs sensitifs dont nous parlons soient carbonisés.

MEDECINE PRATIQUE

Revue clinique médicale.

HÔPITAL ST-ANTOINE, SERVICE DE M. LE D^r RAYMOND.

Pleurésie ancienne.—Tuberculose pleuro-pulmonaire et péritonéo-hépatique.—Hépatite tuberculeuse chronique.

(Observation recueillie par M. DEROCHE, interne du service.)

Le nommé Ren..., Jean-Baptiste, âgé de 44 ans, polisseur sur métaux, entre le 4 décembre 1889, salle Magendie, n° 26.

Antécédents héréditaires.—Le père de ce malade est mort à l'âge de 54 ans, d'une pleurésie tuberculeuse ; sa mère a succombé à des accidents puerpéraux ; il a un frère en bonne santé.

Antécédents personnels.—Il n'a pas eu dans son enfance de maladies dignes d'être signalées. Léger alcoolisme (deux litres—deux pintes—de vin par jour régulièrement et de l'absinthe assez fréquemment), faible tremblement des mains, mais pas de cauchemars, ni d'autres signes d'éthylisme.

En 1887 il a été atteint d'une pleurésie du côté droit, pour laquelle il a été soigné chez lui ; cette pleurésie aurait eu un début insidieux ; il a traîné en effet quinze jours avant de s'aliter ; il est resté un mois en traitement ; pendant ce temps il a eu des crachats en grande abondance et de grandes sueurs nocturnes ; la fièvre était modérée. Puis il se guérit et il peut reprendre son travail.

L'affection actuelle paraît avoir commencé il y a deux mois. Il s'est mis de nouveau à tousser, l'expectoration s'est établie ; à plusieurs reprises il a constaté la présence de sang dans ses crachats ; la faiblesse l'a bientôt forcé à abandonner son métier et, en même temps

qu'il voyait l'appétit disparaître, ses forces diminuer et la cachexie s'accroître, il remarquait que son ventre augmentait progressivement de volume.

A l'examen du malade (le 5 décembre), on constate une ascite assez considérable avec tous ses symptômes classiques, la palpation et la percussion du foie sont empêchées par l'abondance du liquide péritonéal, une pression même légère sur la région hépatique détermine des douleurs assez vives. Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, les bourses sont un peu infiltrées. La respiration est gênée; à l'auscultation des poumons on perçoit à droite au sommet une légère matité, une grande diminution du murmure vésiculaire et quelques petits râles secs; à la base de ce côté, submatité qui va en augmentant se confondre avec la matité hépatique; la respiration paraît lointaine; à gauche également des râles secs au sommet. Rien de particulier au cœur. Il existe un faible degré d'ictère, qui apparaît cependant nettement sur les conjonctives et qui existe depuis déjà dix jours. Le malade a les traits tirés, il paraît très cachexié, il accuse un profond dégoût pour certains aliments, surtout pour la viande. Température: soir 39°3 (102°5 F.), matin 38°3 (101° F.). Le pouls est à 120. Il n'a ni diarrhée, ni constipation, ni selles sanglantes. Pas d'albumine dans l'urine.

Les jours suivants, la température reste toujours dans les environs de 39° (102° F.), malgré l'emploi de la quinine et de l'antipyrine. L'ascite va toujours en augmentant au point de compromettre les fonctions de la respiration. On lui fait une ponction le 13 décembre. On retire 5½ litres (5½ pintes) de liquide citrin. A la suite de la ponction la palpation de l'abdomen devenue facile permet de reconnaître que le foie n'est pas sensiblement augmenté de volume, on sent nettement le bord antérieur tranchant, il n'y a pas d'irrégularités, ni de granulations perceptibles, le foie est toujours douloureux à la pression.

La température monte depuis la ponction, elle se tient maintenant dans les environs de 40° (104° F.) avec des rémissions le matin d'un degré. L'état général devient de plus en plus mauvais, la teinte ictérique des conjonctives a disparu presque complètement. (Traitement tonique, lait et en plus 0.25 centigrammes (5 grains) de calomel).

Le malade prend deux jours de suite cette dose de 0.25 centigrammes (5 grains) de calomel quand survient une stomatite mercurielle intense (15 déc.) avec gonflement inflammatoire des lèvres et des joues, douleurs vives aux moindres mouvements des mâchoires, érosions multiples de la muqueuse buccale et pyalisme considérable. On supprime le calomel, on donne du chlorate de potasse sous toutes ses formes et des lavages fréquents de la bouche à l'acide borique. Au

bout de quatre jours tous ces accidents de salivation mercurielle sont arrêtés, mais le malade garde encore sur sa muqueuse buccale des ulcérations saignant au moindre mouvement et qui vont s'ajouter aux autres causes de cachexie.

A partir de ce moment (25 déc.) la maladie change d'aspect, jusqu'à présent c'était l'affection hépatique et péritonéale qui avait dominé la scène, maintenant c'est la tuberculose pulmonaire et pleurale qui va prendre le premier plan, s'étendre rapidement et emporter le malade.

En effet la température monte progressivement (40° 104° F.), la cachexie s'accroît de plus en plus; les hémoptysies se répètent coup sur coup et l'état pulmonaire va s'aggravant. L'amaigrissement est considérable, la teinte ictérique des conjonctives qui avait disparu, apparaît de nouveau. L'ascite ne s'est reproduite que légèrement depuis la ponction, il n'y a pas d'œdème des jambes, il existe un petit œdème du scrotum avec hydrocèle du côté droit.

Le 6 janvier 1890, à l'auscultation, les râles secs constatés il y a un mois au sommet droit ont fait place aux différents signes de la fonte pulmonaire tuberculeuse (gargouillements, craquements humides, souffles caverneux), la respiration reste toujours voilée à la base droite avec submatité; à gauche lésions tuberculeuses avancées au sommet, mais moins prononcées qu'à droite; à la base de ce côté on constate un épanchement assez considérable avec matité, souffle, absence de vibrations, égophonie, etc., qui ne s'est produit que depuis quelques jours. Le foie n'est pas très volumineux, sa surface est toujours lisse, il est devenu moins douloureux à la palpation. Température M. 39°,2 (102,4° F.).—S. 40°,4 (104° F.)

Le malade va expirant; un peu de subdélire continu apparaît le 10 janvier, tandis que la température tend à baisser et à osciller dans les environs de 39° (102° F.) et que la teinte ictérique se prononce de plus en plus et envahit maintenant la peau.

Le 12 janvier la diarrhée, avec sensibilité à la pression de la masse intestinale, s'établit.

Le malade meurt dans le coma le 16 janvier après avoir eu des hémoptysies de plus en plus abondantes et un peu d'œdème malléolaire dans les deux derniers jours.

Autopsie.—On trouve dans la plèvre gauche environ 200 grammes (6 onces) de liquide citrin, sans adhérences, sauf de légères au sommet. La plèvre droite est adhérente dans toute sa surface et à la base ces adhérences sont très fortes, très épaisses et très résistantes, il n'y a pas d'épanchement de ce côté. Les deux poumons dans leur moitié supérieure et principalement en avant sont farcis de tubercules, quelques cavernules existent au sommet gauche, mais à droite le lobe supérieur

est transformé en une masse aréolaire cavernuleuse adhérente à la paroi thoracique ; les deux bases sont simplement congestionnées ainsi que la partie postérieure du poumon droit.

Les reins pèsent 7 onces et $7\frac{1}{2}$ onces, ils ne paraissent pas profondément altérés à la coupe microscopique, on y remarque plusieurs granulations blanchâtres disséminées sous la capsule qui n'est pas adhérente.

La rate est normale (8 onces) ; le cœur également.

La surface péritonéale est parsemée de tubercules transparents, surtout abondants sur le mésentère qui a un aspect chagriné ; l'épiploon est épaissi et adhérent à la masse intestinale. En plusieurs endroits les anses de l'intestin sont agglutinées, il n'existe que peu de liquide citrin dans le péritoine. Les intestins qui offrent ainsi un semis tuberculeux paraissent sains à la surface interne ; il n'y a pas d'ulcérations ; plusieurs ganglions mésentériques volumineux.

Le foie pèsent 3 livres : il a presque ses dimensions normales, plutôt plus petit, il est lisse, recouvert surtout à sa face convexe de plaques de périhépatite. Il offre un aspect jaunâtre et légèrement granuleux. La vésicule biliaire est remplie de bile noir, épaisse, semblable à de la poix. A la coupe le foie est dur, craquant, comme scléreux, tout en étant très friable, on le déchire avec la plus grande facilité. La coupe offre une surface parsemée de granulations grosses à peu près comme un grain de millet, jaunâtres, entourées de tissu rougeâtre. Ces granulations n'ont pas partout le même volume, elles sont plus nombreuses et plus fines dans le lobe gauche.

Le cerveau n'offre à noter qu'un léger degré d'œdème cérébral.

Régime alimentaire dans l'insuffisance urinaire.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

Voici, à mon sens, quel est le programme alimentaire qui pourra être utilisé, non seulement par les albuminuriques, mais chaque fois que le rein est lésé et fonctionne mal.

Deux indications s'imposent : 1^o empêcher les toxines de se produire dans le tube digestif et ce but est atteint par l'antisepsie, telle que l'a préconisée le professeur Bouchard, soit par la voie stomacale, soit par la voie rectale ; inutile d'insister.

2^o Réduire au minimum les toxines qui peuvent exister dans les aliments, et pour cela n'autoriser que des aliments aussi irréprochables, que possible ; pas de viandes avancées, pas de gibier faisandé, ni de poissons suspects ; il y a lieu de les interdire, comme les mollusques, les crustacés, la morue qui sent l'ammoniaque—indice de putréfaction— a moule qui donne si souvent lieu à des accidents, etc.

Les fromages forts, odorants, doivent également être défendus. Pour les viandes, n'en ordonner que de très cuites, comme le bœuf à la mode, le poulet au riz, le veau à la gelée. La cuisson prolongée semble supprimer les dangers de la putréfaction.—C'est ainsi que peut s'expliquer la tolérance du porc rôti, qui doit rester longtemps au feu.

La salaison des jambons contribue relativement à leur innocuité, en retardant ou en empêchant la fermentation.

Le régime végétarien convient particulièrement aux sujets atteints d'insuffisance urinaire. Il faut les nourrir presque exclusivement d'œufs, de farineux, de légumes verts et de fruits.

A. Pour les œufs, il est nécessaire que l'albumine soit saisie par la chaleur, quoique je ne pense pas qu'elle puisse passer par le rein ; par conséquent, œufs cuits, omelettes, crèmes, etc.

B. Féculents, en purée de préférence ; haricots, pommes de terre, lentilles, mélanges artificiels, comme la farine lactée, chocolat.—Bouillies faites avec des gruaux différents, de blé, riz, orge, maïs, avoine. Riz sous toutes les formes, pâtes alimentaires, panades, nouilles, macaroni, fromentine et légumine.

C. Légumes frais : épinards, artichauts, qui sont censés avoir quelques propriétés contre l'albumine, salades cuites, etc. Fruits cuits et de saison.

Le tout sera arrosé avec du lait frais ou bouilli, ou bien avec une bière légère, plus exceptionnellement étendu d'eau. Pas d'alcool.

En ayant recours à quelques laxatifs, qui faciliteront l'élimination des produits nuisibles, en excitant les fonctions de la peau, on pourra, avec beaucoup de patience et une température favorable, lorsque le rein n'est pas totalement atteint, faire vivre et guérir même des malades considérés comme perdus.

CHIRURGIE.

Péritonite suppurée chez un enfant de sept ans.

Laparotomie, lavage, guérison en quatorze jours, par M. le Dr DANTZ.

Fort des opinions émises au Congrès de chirurgie de Paris, au sujet de l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les cas de péritonite suppurée, l'auteur, après avoir mis en usage tous les moyens rationnels applicables au cas qu'il avait en traitement, et n'en ayant rien obtenu, si ce n'est le dépérissement de la malheureuse petite fille l'épanchement étant constaté et sa nature purulente bien déterminée,

résolus de tenter la laparotomie. Tout bien préparé, il fit une ponction avec un trocart de 2 millimètres, (1 ligne) antiseptique, qui donna trois litres (3 pintes) de pus. Quatre jours après, assisté de M. le professeur Sacré, celui-ci fit l'incision classique sur la ligne blanche entre le pubis et l'ombilic. Il y avait du danger de percer l'intestin, tant il semblait développé par la tympanisation. Mais, le péritoine ouvert, il s'échappa avec bruit une quantité considérable de gaz infect. Le ventre s'affassa, puis le pus commença à s'écouler. Après cela, un large lavage à l'acide borique chaud, jusqu'à ce que le liquide revint clair. Puis un long drain fut placé dans la plaie, et celle-ci suturée avec un fil d'argent et recouverte avec un pansement au sublimé.

Une heure après, la petite opérée réclamait à grands cris de la nourriture. Ainsi voilà le résultat de l'opération, avant laquelle la petite fille ne mangeait plus et qui demande à manger. Les suites de l'opération furent des plus heureuses. Un sommeil réparateur se produisit dès la première nuit. La température tomba aussitôt et le teint devint plus naturel. L'enfant qui avait beaucoup souffert, dormait la plus grande partie du temps; elle reprit ses forces rapidement; la plaie de l'abdomen se cicatrisa bientôt, et la guérison fut complète au bout de 14 jours. C'est un succès encourageant qui ne doit pas laisser d'hésitation en pareil cas.—(*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Traitement de l'épididymite blennorrhagique par la compression ouatée.

Par le Dr L. DESNOS, ancien interne des hôpitaux., 1,

L'idée de traiter l'épididymite blennorrhagique par la compression n'est pas nouvelle. Je n'ai pas l'intention de faire ici un historique dont on trouvera les éléments dans la thèse inaugurale de Boule (Paris 1886). Je rappellerai seulement que Velpeau tenta le premier d'exercer une compression sur l'épididyme enflammé à l'aide de bandelettes de diachylum, que Decharge et Bonnafout se servirent du collodion pour atteindre le même but. Pour diverses raisons, en particulier à cause de la gêne douloureuse que ces topiques déterminaient sur la peau, ces modes de traitement étaient abandonnés, lorsque la ouate fut proposée par Tachard (1873) qui construisait un appareil dans lequel une bande de caoutchouc jouait le rôle principal. Langlebert et Forand (1877) exercent, les premiers, une véritable compression ouatée à l'aide d'un suspensoir de grandes dimensions, bourré d'ouate, mais par lequel il est difficile de maintenir cette compression à un degré suffisant.

Boullé modifia heureusement les dispositions précédentes et rendit pratique et efficace le traitement par la compression, grâce à l'appareil que l'on connaît et dont je me borne à rappeler les dispositions. Il se compose d'une grande compresse de 20 pouces de longueur sur 12 pouces de large, dont on fixe le bord supérieur au devant du pubis à l'aide d'un ruban entourant la taille. Au niveau de la verge et des bourses, est pratiquée une fente, et sur les bords de cette fente sont cousus deux rubans plus minces qui vont servir de sous-cuisses. On fait passer la verge et les bourses par la fente, on les entoure de plusieurs couches d'ouate, puis on ramène au devant de la masse de ouate la partie flottante de la compresse ; le bord inférieur se trouve ainsi au niveau du bord supérieur, et est fixé comme lui en ceinture au devant de l'abdomen au moyen d'un ruban préalablement cousu à plat. Les bords latéraux de la compresse sont alors rapprochés et réunis au moyen d'épingles, qui fixent la masse de ouate sur laquelle on peut ainsi exercer une certaine compression. On termine en pratiquant une fente sur la face antérieure de la compresse par laquelle on fait passer la verge.

Cet appareil présente de grands avantages, et aux cas de guérisons mentionnées par Boullé, il serait sans doute facile, aujourd'hui, d'en ajouter un très grand nombre. Néanmoins, il a aussi des imperfections ; une compression graduelle est difficile à exercer ; et, en fixant les épingles, on arrive d'un seul coup au degré nécessaire, d'où il résulte une douleur assez vive. Mes objections portent surtout sur la fente postérieure : ou elle est étroite, et un testicule volumineux passe difficilement par son ouverture sans douleur, ou elle est trop large, et l'appareil une fois en place a une tendance à fuir en avant pendant que le scrotum s'échappe par la fente ; pendant ce mouvement le testicule est contusionné. On pourrait peut-être remédier à cet inconvénient en retrécissant la fente au moyen de petites masses de ouate qu'on insinuerait entre le scrotum et l'appareil, quand celui-ci serait en place ; mais alors on risquerait de produire un œdème par compression exagérée, et c'est en effet un accident signalé par M. Boullé.

Il m'a paru qu'il était facile de remédier à ces imperfections. Je n'ai eu pour cela qu'à appliquer, avec quelques modifications de détail, l'appareil que M. Horteloup emploie pour comprimer la vaginale après la ponction de l'hydrocèle, et dont M. Wickham a donné la description dans la *Gazette hebdomadaire* (1886).

Voici comment je procède pour l'épididymite blennorrhagique : Les pièces nécessaires sont : 1^o 6 onces environ d'ouate des hôpitaux ; 2^o 4 à 5 bandes de grosse mousseline de 8 à 10 verges de longueur sur 6 pouces de largeur ; 3^o une pièce de même mousseline de 2 pieds sur 1

pied fendue au milieu de son bord supérieur ; 4^e une suspensoir ordinaire de grandes dimensions.—Un aide est utile, mais non indispensable.

On commence par entourer le scrotum par de petites bandes peu épaisses d'ouate, en ayant soin de circonscrire, autant que possible, le cordon au-dessus de la tumeur épидидymaire au moyen de petits rouleaux peu serrés. Comme il est nécessaire que ces premières couches soient exactement appliquées, et comme elles pourraient se déplacer pendant les manœuvres consécutives, il est bon de les maintenir à l'aide du suspensoir à large poche, dont l'emploi n'est d'ailleurs pas indispensable. On continue le pansement ouaté pardessus le suspensoir, en ayant soin de placer les couches d'ouate non seulement sur toute la périphérie du scrotum, mais aussi de chaque côté de la verge au devant du pubis.

On maintient toute la masse à l'aide de la pièce quadrangulaire de mousseline, préalablement mouillée, en faisant passer la verge par la fente, ou plutôt en la disposant vis-à-vis de la fente, car à ce moment la verge est profondément enfoncée entre les masses latérales de l'ouate.

On commence alors la fixation et la compression à l'aide des bandes de mousseline mouillées et essorées. Une première bande est placée comme un spica double ordinaire et sert surtout de moyen de contention. La compression s'exerce facilement de la manière suivante : deux bandes sont roulées autour de la ceinture, en sens inverse ; au moment où elles se rencontrent vers le milieu de l'abdomen, on les croise et on fait avec l'une d'elles un renversé ; elle se dirige alors verticalement en bas, le long d'un des côtés de la verge, elle passe sous la cuisse du même côté et est conduite en arrière pour décrire un nouveau circuit autour de la ceinture ; puis la même manœuvre est faite avec l'autre bande et on la renouvelle ainsi jusqu'à épuisement des deux bandes. Enfin, on peut terminer et consolider l'appareil en faisant un spica double avec une 4^e bande. Avant de laisser sécher l'appareil, il est bon de rapprocher avec les doigts le faisceau des bandes qui passent entre les cuisses pour en faciliter le rapprochement. Enfin, soit avant l'application, soit après dessiccation, on insinue sur tout le parcours une couche mince d'ouate entre la peau et les bords de mousseline dont la dureté pourrait être gênante.

L'appareil une fois sec présente une solidité et une fixité remarquables ; les bourses sont emprisonnées étroitement et il m'a toujours paru inutile de les consolider, ainsi que le recommande M. Horteloup pour l'hydrocèle en le recouvrant d'une couche de silicate. Au bout de quelques jours, on observe quelquefois un peu de relâchement ; quelques tours de bande permettent d'en rétablir la fixité.

(Journal de Médecine de Paris.)

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

De l'action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité.—Par le prof. PINARD.

L'action de l'eau chaude sur l'utérus doit être envisagée 1^o pendant la grossesse, 2^o pendant le travail, 3^o pendant la délivrance, 4^o pendant l'involution utérine.

1^o *Pendant la grossesse.*—Les anciens redoutant l'avortement ou l'accouchement prématuré défendaient les bains pendant la grossesse. La méthode de Kivisch semble venir étayer cette crainte traditionnelle. Les recherches faites dans ces dernières années ont démontré que l'eau à 45° ou 50°, tout en étant un stimulant énergique de la fibre musculaire lisse, ne peut produire des contractions suffisantes pour interrompre le cours de la grossesse. La douche de Kivisch ne peut agir que par son jet, par traumatisme. Si on emploie l'eau chaude sans traumatisme on n'a aucun succès au point de vue de la provocation du travail. Il en résulte que les vaginites peuvent et doivent être traitées par les irrigations chaudes médicamenteuses pendant la grossesse.

2^o *Pendant le travail.*—Les injections chaudes soit vaginales, soit intra-utérines exercent une action manifeste sur la contractilité de l'utérus pendant le travail. Les injections intra-utérines exercent une action plus évidente et plus intense que les injections vaginales. L'eau chaude en tant qu'agent ocytocique ne modifie point les caractères physiologiques des contractions utérines. Les contractions qui suivent l'emploi des irrigations intra-utérines ont une amplitude plus marquée, une durée plus longue, mais ne sont pas plus fréquentes, au moins dans la pluralité des cas. Ces contractions sont alors plus efficaces et rendent le travail plus rapide. On les emploiera donc lorsque la période de dilatation dépassera la durée moyenne. On les emploiera surtout quand la mort du fœtus et la rupture de l'œuf exigent une expulsion rapide et cela aussi bien dans l'avortement que dans l'accouchement.

3^o *Pendant la délivrance.*—Les irrigations chaudes exercent pendant la période de délivrance la même action que pendant le travail. A l'action ocytocique se joint la propriété hémostatique. Si chez une femme atteinte d'hémorrhagie utérine on fait une injection intra-utérine avec de l'eau à 46° ou 50°, on sent l'utérus se contracter énergiquement; l'eau sort de moins en moins colorée, puis tout à fait claire, l'hémorrhagie est arrêtée. Inutile de dire qu'on a commencé par vider l'utérus des caillots qu'il contient.

4^o *Pendant la période d'involution.*—L'eau chaude exerce encore

une action évidente sur l'utérus ; l'involution se fait plus vite chez les femmes auxquelles on fait ces irrigations chaudes. Les métrorrhagies qui se produisent à cette période ne résistent pas aux irrigations à 45°. (*La médecine moderne*, janvier 1890.)

Des irrigations chaudes après l'accouchement.

Par le DR DEIPSER.

Il est des accoucheurs qui pensent que lorsque l'accouchement n'exige ni examens répétés, ni intervention opératoire, il n'est pas nécessaire de pratiquer l'antisepsie des voies génitales, et que ce n'est que lorsqu'on suppose qu'il y a infection qu'il faut faire des irrigations. Immédiatement après l'accouchement il n'existe aucun signe objectif démontrant qu'il y a eu infection. Il est préférable que l'accoucheur agisse comme s'il devait se produire des accidents pendant les suites de couches et prenne ses mesures en conséquence ; s'il attend trois ou quatre jours et que les accidents se produisent, il sera passible de reproches. Une question se pose : quel agent faut-il préférer ? Le sublimé corrosif a donné lieu à des accidents en de certaines mains, dans d'autres il a fourni d'excellents résultats ; l'acide phénique, pour une raison ou pour une autre, n'est pas populaire auprès des médecins et des sages-femmes ; l'avenir semble être à la créoline, Deipser conseille de faire immédiatement après la délivrance et pendant les six jours suivants des irrigations avec de l'eau à 50°.

La température de l'eau s'oppose à la multiplication des germes ; le courant de l'eau nettoie la muqueuse des caillots sanguins et autres substances étrangères de la façon la plus simple. En employant les substances antiseptiques ordinaires, le liquide est généralement à la température du sang ; or, cela peut être dangereux en produisant le relâchement de l'utérus. Lorsque l'eau est à la température de 50°, elle agit par irritation et produit la contraction utérine. On peut encore l'employer pour arrêter les hémorrhagies post-partum ou augmenter l'intensité des contractions. Une partie de l'eau chaude pénètre dans l'utérus ; cela ne fait pas de mal, au contraire, car on peut de la sorte fermer les vaisseaux ouverts par irritation directe et en produisant des contractions utérines, cette eau entraîne en même temps les débris de tissu placentaire qui sont restés. (*Centralbl. f. Gyn.* 22.)

DR AD. OLIVIER.

PÆDIATRIE.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.—M. JULES SIMON.

I.—Du diagnostic différentiel des diverses paralysies de l'enfance.—II.—Traitement de l'insomnie des enfants.

Messieurs

1. Je vous présente d'abord un garçon de 12 ans, qui nous a raconté à son entrée dans le service qu'au mois de septembre dernier il avait eu une fièvre continue à la suite de laquelle il serait tombé paralysé ; il nous dit que depuis il n'a jamais pu marcher. Me rapportant exclusivement à ce qu'il affirmait, j'avais tout d'abord songé à une paralysie amyotrophique.

Mais en interrogeant cet enfant avec plus de soin, j'appris que déjà avant sa fièvre typhoïde il marchait péniblement et que pour monter jusqu'au logement qu'il habite à un cinquième étage, ou pour en descendre sa mère était obligée de le prendre sur son dos, vu qu'il était dans l'impossibilité absolue de se servir de ses jambes. Cette faiblesse, ajoute-t-il, n'était pas localisée aux membres inférieurs, il ne pouvait faire aucun exercice de gymnastique avec ses bras.—Cet enfant est intelligent, éveillé et répond très bien à toutes les questions qu'on lui pose.

En explorant avec soin le système musculaire de ce petit malade, je ne tardai pas à constater qu'à la main droite l'éminence thénar avait disparu et qu'il y avait à peine d'hypothénar ; cette main droite est donc aplatie. A la main gauche, les saillies sont un peu conservées. Aux bras, les muscles sont à peine marqués il n'y a presque pas de biceps ; les pectoraux sont introuvables et en arrière il y a également peu de muscles, aussi l'enfant se tient-il difficilement droit. A la face, il n'y a rien d'apparent et il semble que de ce côté l'atrophie soit beaucoup moins sensible ; il n'y a pas d'aplatissement de la face, le malade ferme facilement les yeux et la bouche. Les jambes sont très amaigrées, mais à ce niveau l'atrophie n'est pas très profonde. Nous nous trouvons donc en présence d'un état de faiblesse, pour ne pas dire de paralysie, s'accompagnant d'atrophie ; c'est un cas d'atrophie musculaire progressive. La sensibilité cutanée est conservée, mais les muscles sont insensibles à l'action faradique et l'action galvanique.

Vous savez que Duchenne (de Boulogne), qui a le premier décrit cette maladie, en faisait une affection purement musculaire. Après lui, Cruveilhier émit l'opinion qu'il s'agissait d'une lésion des racines antérieures de la moelle. Les recherches anatomo pathologiques de Luys, Charcot et Geoffroy, Vulpian et Hayem ont démontré qu'en réalité l'a-

trophie musculaire progressive est due à une myélite chronique systématique des cornes antérieures, caractérisée principalement par l'atrophie des grandes cellules nerveuses dites cellules motrices.

En résumé donc, les altérations de la moelle constituent la lésion primitive, fondamentale de l'atrophie musculaire progressive et les lésions des racines antérieures, des nerfs et des muscles sont secondaires.

Voici maintenant un autre enfant, âgé de 10 ans, qui parle avec une grande difficulté, qui ne lit qu'en épelant, et qui ne peut écrire, tant il tremble. Il marche en traînant les jambes. Quand il est couché, il peut soulever ses jambes du lit ; il n'est donc pas paralytique, mais seulement parésique. C'est un cérébral, car son intelligence est très peu développée, sa mémoire est incomplète et infidèle, il répond mal aux questions qu'on lui adresse. Il n'a pas d'atrophie musculaire, mais il est atteint d'un tremblement qui le fait ressembler à un ataxique.

Je vous ai montré ces deux malades, pour différencier devant vous la paralysie avec atrophie musculaire progressive de la paralysie d'origine cérébrale. Mais il est d'autres paralysies dont je veux maintenant vous indiquer les caractères principaux, qui vous permettront de faire le diagnostic différentiel.

Je vous ai parlé au début de la paralysie amyotrophique. Celle-ci frappe un grand nombre de muscles, qui deviennent gras. Mais cet état n'est que passager et il cède sous l'influence des toniques et de l'électricité ; le malade revient au bout de trois mois au plus à son état normal.

De plus, vous n'avez pas cet aplatissement des mains, vous n'avez pas enfin cette atrophie disséminée.

Dans la paralysie diphthéritique, la maladie commence par le pharynx et le voile du palais, puis s'étend aux muscles de l'œil, du cou, du tronc et quelquefois des membres ; la paralysie des sphincters est rare ; il en est de même de la parésie cardiaque et de la paralysie des muscles respiratoires. Cette marche est progressive.

Je n'ai pas à insister sur ces atrophies qui apparaissent autour d'une articulation et qui surviennent à la suite d'une arthrite. Les renseignements fournis par l'examen de la jointure, la localisation aux environs de celle-ci mettent la plupart du temps sur la voie du diagnostic.

Je n'insisterai pas davantage sur la paralysie consécutive à un mal de Pott ; l'examen attentif de la colonne vertébrale lèvera tous les doutes.

Je ne ferai que vous citer la paralysie infantile dont le tableau clinique est si caractéristique : le début brusque avec fièvre, l'âge du petit malade (de 2 à 5 ans), la paralysie de tous les muscles et seulement

après, l'apparition de l'atrophie sont autant de symptômes qui font facilement reconnaître cette affection.

Vous voyez donc, messieurs, que dans les diverses paralysies que je viens de vous citer il y a possibilité d'asseoir les bases d'un diagnostic différentiel certain.

II. TRAITEMENT DE L'INSOMNIE DES ENFANTS.—Il arrive fréquemment qu'on vous amènera dans votre cabinet des enfants, tout jeunes ou d'un certain âge déjà, qui ne dorment pas la nuit, sont agités et souvent crient. Les parents vous prieront instamment de faire dormir ces enfants et je vais vous citer à cet égard les divers moyens que vous pourrez employer.

Il vous faudra tout d'abord rechercher avec soin la cause de cette insomnie et vous serez souvent très embarrassés pour la découvrir. N'oubliez pas que la plupart du temps l'insomnie reconnaît pour origine la dyspepsie. Il faut donc questionner à ce sujet les parents ; si c'est un enfant à la mamelle que l'on vous amène, il faut vous enquerir de la façon dont on le nourrit, examiner le lait de la nourrice et rechercher si l'enfant est réglé, c'est-à-dire si on ne lui donne pas le sein trop fréquemment. Vous découvrirez alors souvent qu'il s'agit d'un enfant que l'on a sevré prématurément et auquel on fait prendre des aliments féculents, de l'alcool et du café ou du thé.

Souvent aussi l'insomnie dépend du repas du soir qui est trop copieux ; un enfant doit toujours, même quand il a déjà 3 et 4 ans, manger modérément le soir et surtout ne prendre que des aliments légers, comme des œufs, de la cervelle, du poulet, etc.

Une fois que vous connaissez l'étiologie, votre premier soin doit être de combattre la cause en prescrivant une hygiène sévère. Dans quelques cas cela ne suffit pas ou bien vous n'avez pu découvrir la cause, il vous faut agir quand même ; vous devez alors avoir recours aux hypnotiques. Quels sont donc les hypnotiques que vous pouvez ordonner à un enfant ?

Le premier des hypnotiques est encore l'opium " parce qu'il a des propriétés dormitives ", comme dit Molière ; on a voulu le proscrire de la thérapeutique infantile et pourtant c'est le roi des hypnotiques. Mais vous ne devez pas donner l'opium à un enfant qui est constipé, qui a de l'anurie ou qui a des démangeaisons ; voilà les principales contre-indications. Vous pouvez prescrire le laudanum à raison d'une demi-goutte au-dessous d'un an, et ensuite d'une goutte par année, dans une potion. Si vous ne voulez faire prendre qu'une demi-goutte, vous ordonnez de prendre seulement la moitié d'une potion dans laquelle vous mettez une goutte. Vous pourrez encore donner l'élixir parégoque en vous rappelant que cinq gouttes de ce médicament correspon-

dent à une goutte de laudanum ; vous donnerez donc deux à trois gouttes au-dessous d'un an et ainsi de suite.

Le sirop de codéine est un bon hypnotique, admirablement supporté par les petits enfants. A un an vous donnez une cuillerée à café de ce sirop dans une potion ; au-dessous d'un an, une demi-cuillerée à café.

Les bromures sont souvent utiles ; vous donnerez alors 30 centigrammes (6 grains) à six mois, cinquante (11 grains) à 1 an, un gramme (15 grains) ensuite par jour dans le potage du soir. Je vous engage à prescrire le bromure de potassium en ayant soin d'interrompre la médication après cinq à six jours pour le reprendre ensuite.

Le chloral est un hypnotique excellent, sans danger ; vous pouvez le donner aux mêmes doses que le bromure et la meilleure manière de l'administrer est un lavement. Vous faites d'abord donner un lavement simple pour nettoyer l'intestin, puis vous donnez le chloral associé au camphre ou au musc dans un jaune d'œuf délayé dans une petite quantité d'eau.

Le chloral convient surtout quand l'enfant est menacé de convulsions, qu'il a le hoquet ou des soubresauts ; l'insomnie n'est souvent en effet que le prélude des convulsions.

Dans quelques cas vous pouvez aussi donner l'antipyrine en lavement et aux mêmes doses que le chloral ou le bromure.

Il est enfin d'autres hypnotiques que vous ne devez pas négliger, tels que l'eau de laurier-cerise, le musc, l'éther, la valériane ; vous en tirerez souvent d'excellents résultats.

Des fumigations, vaporisations, inhalations, etc., dans la thérapeutique des maladies pulmonaires des enfants.

Par le docteur H. PIERRON.

L'étude que j'ai entreprise de la thérapeutique des affections broncho-pulmonaires chez les enfants a débuté par des révulsifs externes. Je ne les ai pas spécialisés pour tel ou tel cas ou pour des maladies parfaitement définies. Si l'utilité d'une action révulsive est imminente, on doit trouver celle qui convient le mieux à la maladie et au petit malade.

Les agents thérapeutiques externes, au moyen desquels, à l'aide de la fumigation, des inhalations, des pulvérisations, du lavage, on fait absorber des médicaments volatils ou odorants, méritent d'être très connus et répandus. Ils conviennent à toutes les maladies des poumons en les classant en maladies aiguës ou chroniques.

L'idée de faire absorber des médicaments mélangés à l'air contenu dans la chambre du malade remonte à la plus haute antiquité. Tous les agents à employer sont des corps qui, placés dans des conditions

physiques ou chimiques, doivent émettre des atomes odorants. Chercher dans l'arsenal thérapeutique quels sont ceux qui émettent ces atomes utiles au traitement des maladies de l'enfance est une étude particulièrement instructive, nécessaire et surtout très pratique.

Si un médicament nécessaire à la guérison ne peut être administré en potion étant donné la répulsion naturelle d'un enfant pour les drogues ; si, de plus, le sujet est un enfant gâté, le devoir du praticien est de s'ingénier à le lui faire prendre quand même, mais sous une autre forme moins répugnante.

La solution de ce problème consiste à charger l'air que respire le malade, des principes odorant de ce corps. L'Eucalyptus dont la saveur était mal supportée par mes petits malades et dont l'action est si souveraine dans les bronchites en favorisant l'expectoration, est le médicament par excellence que j'emploie en fumigations.

J'ai fait mettre dans un récipient sur un feu doux ou sur une lampe à alcool, le mélange suivant :

Feuilles d'Eucalyptus.....	} à à 1½ once
Bourgeons de sapin.....	
Essence de térébenthine rectifiée	1 once
Eau.....	1 pinte.

Soutenir le feu modérément, ajouter de l'eau au fur et à mesure de l'évaporation et toutes les deux heures une cuillerée à bouche d'essence de térébenthine jusqu'à saturation de l'air qui devient très aromatisé. Cette fumigation est très agréable pour tout le monde et réussit très bien.

On peut modifier la formule en changeant plus ou moins les quantités de substances mises en action. Renouvelez tous les deux ou trois jours.

Les fumigations employées agissent par la vapeur d'eau seule ou chargée de principes aromatiques simples, ou résineux, ou organiques. Les premières n'ont d'action que par l'air saturé d'humidité, les autres ont en plus une action spéciale due au médicament.

Les fumigations de goudron se font avec :

Goudron de bois de sapin.....	6 onces
Carbonate de potasse.....	2½ drachmes
Eau.....	1 pinte

Mettre sur un feu doux et laisser évaporer le goudron qui est souvent renouvelé, ainsi que l'eau. Les baumes, les oléo-résines traités de la même façon produisent d'excellents résultats.

On fait agir aussi les fumigations d'une façon plus restreinte par le humage.

Baies de genièvre..... 3 onces

On verse dans un vase contenant la baies de genièvre 1 pinte d'eau bouillante. On porte le tout près du lit ou sur le lit du petit malade, on ferme les rideaux du lit ou on lui jette sur la tête une serviette qui recouvre l'enfant et le récipient, et on le laisse humer le plus longtemps possible les vapeurs aromatiques.

On fera aussi des fumigations avec le pavot, la camomille, les essences aromatiques, béchiques, les fleurs pectorales, les espèces émoullientes, en prenant les mêmes doses que pour les baies du genièvre.

D'autres fumigations sèches se font dans la chambre de l'enfant soit en mettant sur des charbons ardents ou sur une tôle chaude ou rougie, la substance active, soit en la faisant brûler en l'incorporant dans des trochisques combustibles. Les substances les plus employées sont le soufre et ses composés, les sels de potassium, le benjoin, la myrrhe, le succin, les baumes et les résines.

Le soufre dans des maladies aiguës s'emploie très rarement. Dans les maladies chroniques, ce sont surtout les eaux minérales sulfureuses dont on fait usage soit en inhalations ou pulvérisations. Si on voulait se servir du soufre, on recourrait au soufre sublimé et lavé à la dose de 15 grains par 75 pieds cubes d'air qu'on brûlerait humide sur une tôle chaude.

Le chlorate de potasse répandu sur une tôle chaude produit un dégagement d'oxygène très utile dans les cas où un air plus oxygéné serait nécessaire.

Si nous avons recours aux fumigations sèches, des trochisques combustibles renfermant un élément balsamique, aromatique, seront brûlés de temps en temps.

Myrrhe au benjoin.....	45 grains
Charbon du peuplier pulvérisé.....	2 onces
Azotate de potasse.....	5 drachmes
Gomme adragante.....	45 grains
Eau.....	2 drachmes

Pour 16 trochisques.

L'élément aromatique pourra être remplacé par n'importe quels corps organique ou inorganique.

Les narcotiques, les narcotico-acres peuvent y être incorporés; mais pour les feuilles de belladone, datura, stramoine, etc., il est préférable de les tremper dans une solution au 1/10 d'azotate de potasse t après les avoir laissé sécher, les allumer sur un petit réchaud.

Le camphre et les différents camphres laissés à l'air donnent aussi des vapeurs, on accélère leur émission par une chaleur douce. Je ne parlerai pas du humage du camphre qui aujourd'hui n'a plus guère de crédit.

Les cartons médicinaux de Fruneau, de Banot, de tant d'autres spécialistes, les cartons fumigatoires du Codex sauront aussi trouver leur emploi.

L'iode émet des vapeurs à la température ordinaire ; on peut se servir de la teinture d'iode dont on verse quelques gouttes sur une compresse et dont on fait aspirer les vapeurs en l'approchant de la bouche.

Les gaz employés sont l'oxygène, l'hydrogène sulfureux, l'azote, le chlore mis dans des appareils spéciaux. C'est trop dangereux surtout pour les trois derniers, et le meilleur est de ne même pas y songer. Je les ai cités pour mémoire, afin qu'on évite de les employer. On a conduit les enfants atteints de coqueluche dans les usines à gaz, dans la salle de purification du gaz d'éclairage ; ce gaz n'agit que par l'ammoniaque et il n'est pas prouvé qu'il soit bien efficace pour en guérir les spasmes.

Les pulvérisations sont toujours humides et se font au moyen d'appareils très ingénieux sur lesquels je n'ai pas à m'arrêter.

Elles se font soit avec la solution :

Acide phénique.....	30 grains
Alcool.....	4 drachmes
Eau chaude.....	8 onces

Soit :

Camphre pulvérisé.....	30 grains
Alcool.....	10 drachmes
Créosote de hêtre.....	1½ drachmes
Eau.....	10 onces

Soit encore la formule :

Acide salicylique.....	30 grains
Thymol.....	30 grains
Alcool.....	2½ drachmes
Eau chaude (122° Fahr.).....	1 chopine

Ou encore le mélange :

Eucalyptol.....	1 drachme
Alcool.....	2½ drachmes
Eau chaude.....	13 onces

On peut mélanger à l'eau toutes les essences volatiles, les oléo-résines et s'en servir au moyen du pulvérisateur.

On pratiquera autour du malade ou dans la chambre plusieurs séances par jour de façon à entretenir dans la chambre un mélange d'air et de médicaments très saturé. Les pulvérisations ne doivent pas se faire directement dans la gorge de l'enfant.

(*Journal de Médecine de Paris.*)

Emploi du sulfate de chaux contre les convulsions infantiles.

Par H. Valentine KNAGGES. (*Ther. Gaz. et Courrier médical*, 1889).

L'auteur emploie ce remède contre les convulsions si fréquentes chez les enfants pendant la dentition, après une chute sur la tête, dans la méningite et assez souvent dans la tuberculose aiguë. Les enfants au-dessous de six mois reçoivent toutes les heures une cuillerée à café de la solution suivante :

Sulfate de chaux.....	1 grain.
Eau distillée.....	8 onces.

On peut élever un peu cette dose. Chez les enfants au-dessous d'un an, on peut employer des doses variant entre 6 et 12 grains par heure ; du reste, la fréquence de l'administration dépend de la plus ou moins grande gravité des cas à traiter. Il faut se servir toujours d'un médicament fraîchement préparé, celui-ci devenant rapidement inactif. On peut le mélanger au sucre de lait. Il est bon d'alterner l'emploi de l'antipyrine avec celui du sulfate de chaux, quoique, d'après l'observation, l'antipyrine, dans ces cas, soit antagoniste du sulfate de chaux. C'est ainsi que l'administration de $\frac{1}{2}$ à 2 grains d'antipyrine semble exaspérer et aggraver les convulsions. Mais toutes les fois où le sulfate de chaux produit une action trop dépressive sur le système nerveux, il faudra l'alterner avec l'antipyrine qui agit alors comme stimulant.

—*L'Union med.* de Paris.

HYGIENE.

Conseils pratiques à donner aux jeunes mères.

La Société de médecine pratique avait soumis à sa commission spéciale la discussion des *Conseils pratiques à donner aux jeunes mères*. Voici le résumé de ces conseils.

1^o Lorsqu'une mère est reconnue apte à allaiter son enfant, on doit la laisser reposer quatre ou cinq heures, avant de présenter le sein à ce dernier.

2^o Il est indispensable de régler le plus tôt possible les heures de repas de l'enfant.

3^o Pendant le jour il convient de mettre, entre chaque tétée, un intervalle qui ne soit pas moindre de deux heures, ni supérieur à trois.

4^o On doit autant que possible accoutumer de bonne heure l'enfant à ne pas prendre le sein pendant la nuit ; six ou huit heures d'un sommeil non interrompu et véritablement réparateur étant nécessaires à la mère.

5^o On doit dans un même repas, offrir les deux seins à l'enfant, et si l'on observe qu'il ait une préférence marquée pour l'un des deux, il faut lui présenter l'autre en premier lieu.

6^o Dans les cas d'insuffisance de lait de la mère, on est forcé d'avoir recours à l'allaitement mixte, c'est-à-dire aux allaitements maternel et artificiel combinés ensemble.

7^o Le lait fraîchement trait est toujours préférable au lait bouilli, et on ne doit y ajouter aucune substance étrangère.

8^o Pendant les huit premiers jours, le lait doit être coupé, par moitié d'eau pure ; par tiers, pendant le restant du premier mois ; par quart, pendant le deuxième mois, et on essaiera de le donner pur à partir du troisième.

9^o Quelle que soit la proportion du mélange, il est important de ne le sucrer que légèrement et de ne le préparer qu'au moment de le donner à l'enfant. Il doit être chauffé au bain-marie à la température de 37^o centig. (98^o F)

10^o L'immixtion de toutes préparations narcotique (eau de pavot, sirop calmant, etc., etc.) est essentiellement dangereuse.

11^o Jusqu'à la sortie des vingt premières dents, le lait doit rester le principal aliment des enfants.

12^o A partir du septième mois, si le lait de la mère est insuffisant, on peut, concurremment avec le sein, donner à l'enfant des bouillies claires faites avec des substances féculentes que le médecin ordonnera. Ces préparations ne devront avoir pour base que le lait et seront toujours peu salées ou peu sucrées.

13^o Cependant, si le septième mois tombait à l'époque d'une évolution dentaire, ou dans les mois de chaleur (du milieu de juin au milieu de septembre) il faudrait attendre.

14^o Les suçons, sortes de sachets contenant le plus souvent de la mie de pain et du sucre, parfois même des substances narcotiques, qu'on a la coutume de placer dans la bouche des enfants, pour apaiser

leurs cris, constituent un moyen dangereux, qui doit être absolument proscrit.

15° Si, contrairement au conseil ci-dessus, l'enfant était élevé au moyen de l'allaitement artificiel, il faudra suivre les mêmes règles que pour l'allaitement maternel.

16° En outre, aussitôt après chaque repas, les instruments qui viennent de servir, seront soigneusement nettoyés et lavés d'abord à l'eau chaude, puis à l'eau froide.

17° La quantité de lait, à chaque tétée, doit être de $2\frac{1}{2}$ onces environ.

18° La pesée constitue le moyen le plus certain de s'assurer des bonnes conditions de l'allaitement.

19° Le sevrage ne doit être opéré que du 12^e au 18^e mois et jamais sans l'ordre du médecin. Il faut choisir une des époques de repos dans l'évolution des dents, et éviter, autant que possible, le moment des grandes chaleurs (du milieu de juin au milieu de septembre).

20° Lorsqu'une mère est obligée de placer son enfant en nourrice loin d'elle, elle doit, pour faire surveiller la nourrice, s'adresser aux sociétés protectrices de l'Enfance, et le recommander directement au médecin inspecteur.

21° Le médecin devra rester seul juge des cas où l'on pourra déroger à l'une des prescriptions ci-dessus.

A ces conseils nous devons en ajouter quelques autres qui ont été formulés par l'Académie de médecine.

Chaque matin la toilette de l'enfant doit être faite avant la mise au sein ou le repas.

Cette toilette doit se composer : 1° du lavage du corps et surtout des organes génitaux, qui doivent être tenus propres ; du lavage de la tête, sur laquelle il ne faut pas laisser accumuler la crasse ou les croûtes ; 2° du changement du linge. La bande du ventre doit être maintenue pendant le premier mois.

Il faut rejeter absolument l'usage du maillot complet, qui enveloppe et serre ensemble les membres et le corps ; car plus l'enfant a de liberté dans les mouvements, plus il devient robuste et bien conformé.

L'enfant doit être vêtu plus ou moins chaudement, selon les pays qu'il habite et selon les saisons ; mais il faut toujours le préserver avec soin du froid et des excès de chaleur, soit au dehors, soit dans l'intérieur des habitations, dans lesquelles cependant l'air doit être suffisamment renouvelé.

Il n'est pas prudent de sortir l'enfant avant le quinzième jour, à moins que la température ne soit très douce.

Il est très dangereux de coucher l'enfant dans le même lit que sa mère ou sa nourrice.

Il ne faut pas trop se hâter de faire marcher l'enfant ; on doit le laisser traîner à terre et se relever seul ; il faut donc rejeter l'usage des chariots, paniers, etc.

On ne doit jamais laisser sans soins, chez l'enfant, les moindres indispositions (coliques, diarrhées, vomissements fréquents, toux, etc.) ; il faut appeler un médecin dès le début d'une maladie, si elle se prolonge au-delà de vingt-quatre heures.

En cas de grossesse présumée, toute mère ou nourrice doit cesser immédiatement de donner le sein, sous peine de compromettre la vie ou la santé de l'enfant.

Il est indispensable de faire vacciner l'enfant dans les trois premiers mois qui suivent sa naissance, ou même dans les premières semaines, s'il règne une épidémie de petite vérole : le vaccin est le seul préservatif de cette maladie.—*Journal de Méd.* de Paris.

ÉLECTRICITÉ.

Les applications métalliques dans les manifestations rhumatismales.

DYSPEPSIE RHUMATISMALE (février 1889).

Monsieur H., rue de Miroménil, 26, rhumatisant et dyspeptique, est courbaturé depuis une dizaine de jours ; il a perdu complètement l'appétit et a de la fièvre. Sa poitrine est comme comprimée et par suite sa respiration se fait mal. Plusieurs pargatifs, l'usage des eaux de Vichy, du salicylate de soude, du vin de colombo, n'ont amené que des changements insuffisants : il mange sans plaisir, digère très mal, a des renvois acides pendant la digestion ; il reste brisé et sans force.

En désespoir de cause il demande à essayer des *plaques électroïdes*, qui ont débarrassé sa belle-fille d'accès de migraine et de gastralgie et en dernier lieu des vomissements de la grossesse.

Deux plaques sont mises sur la région épigastrique (pl. + à droite, pl. — à gauche), deux autres sur la poitrine et seront gardées toute la journée. Tout autre traitement est suspendu.

Dès le premier jour M. H. se sent transformé. Sa fatigue semble s'en aller, ses mouvements sont plus libres ; il peut sortir et faire aisément à pied plusieurs longues courses dont il n'eût pas été capable auparavant. L'appétit lui revient et les digestions sont faciles ; il n'a plus de renvois, et les *aliments* dit-il, *semblent fondre* dans son estomac.

M. H. ne veut plus quitter ses plaques, car depuis qu'il les a prises, il ne s'est jamais si bien porté.

Comment expliquer cette action des *plaques électroïdes* sur la dyspepsie.—Je crois pouvoir en donner l'explication ci-après : dans les dyspepsies rhumatismales et nerveuses, l'inaptitude de l'estomac à digérer lui vient d'un état voisin de la contracture, qui entraîne l'anesthésie de la muqueuse stomacale et la paralysie momentanée des glandes présidant à la sécrétion du suc gastrique. Or l'application des plaques électroïdes en hétéronome étant anti spasmodique et congestionnante, cette position entraîne, et cela plus ou moins rapidement suivant le degré de sensibilité des malades, une circulation plus active des tissus sous-jacents, et si l'application a lieu sur la région épigastrique, celle de l'estomac, d'où résulte une plus grande sécrétion du suc gastrique et par suite la transformation rapide des aliments ingérés, alors qu'auparavant ils ne pouvaient subir qu'une élaboration insuffisante.

RHUMATISME GOUTTEUX.

M^{me} H., âgée de 65 ans, est atteinte depuis six mois dans les petites articulations du pied gauche de douleurs qui s'exaspèrent à l'approche des changements de temps, et gênent la marche ; souvent la malade est obligée de garder le repos absolu.

Depuis plusieurs jours elle souffre violemment. Le pied n'est cependant pas tuméfié, mais les mouvements qu'on lui imprime sont très douloureux.

Je fais appliquer une plaque sur le bord externe du pied et une autre sur le bord interne (en hétéronome) et je les y maintiens à l'aide d'une bande toute la nuit. En douze heures toute trace de douleur avait disparu.

Le lendemain la malade me déclara que depuis six mois elle n'avait pas été aussi à l'aise.—Cette guérison s'est maintenue complète et définitive.—(*La Médecine Hypodermique*).

L'Electrolyse et ses applications.—Par M. le Docteur LARAT.

Lorsqu'un courant galvanique passe au travers d'un milieu salin, il décompose les sels dissous. Les acides se séparent des éléments basiques. Les premiers s'accablent au pôle positif, les seconds au pôle négatif.

C'est cette action spéciale du courant de pile que l'on nomme *Electrolyse*. Il suffit de rappeler ici la galvanoplastie qui repose sur ce principe, pour montrer quelle est son importance industrielle. Quoique moins connus et moins appliqués, ses usages médicaux ne sont point à dédaigner et nous allons, dans cette étude, faire connaître ceux que

l'expérience a suffisamment consacré pour que la porte leur soit grande ouverte dans le domaine thérapeutique.

Il n'est pas besoin de longues explications pour faire comprendre que les tissus animaux représentent un milieu salin par excellence. L'organisme, au point de vue clinique, peut-être comparé à une éponge imprégnée d'un mélange de solutions chlorurées sodiques, phosphatiques, etc.

A proprement parler, il y a donc effet électrolytique toutes les fois que nous faisons traverser un segment du corps d'un animal par un courant de pile, aussi faible soit-il, mais cet effet demeure physiologiquement inappréciable.

C'est en se basant sur la constance des effets précités que quelques auteurs désireux d'une absolue précision ont proposé le terme de galvano-caustique chimique, pour désigner les effets que nous allons analyser.

Toutefois, le terme d'électrolyse a l'avantage d'être généralement adopté et, cliniquement, nous le réservons aux cas où, de partis pris, au moyen d'un dispositif approprié, nous cherchons à obtenir les effets de cautérisation qu'entraîne l'accumulation des acides au positif, des alcalis au négatif.

Le dispositif consiste essentiellement à employer des courants suffisamment intenses et à localiser leur point d'entrée ou de sortie sur une très petite surface.

On obtient ce résultat au moyen d'aiguilles, dites à électropuncture.

Ces aiguilles peuvent être en acier si elles sont destinées à agir au pôle négatif. Mais si elles doivent être positives, il les faut en or ou en platine ; tout autre métal s'oxydant rapidement les rend cassantes.

Elles seront dénudées, si on désire faire porter l'action caustique sur la peau. Elles seront, au contraire, recouvertes d'un enduit laqué isolant, si elles doivent agir dans la profondeur en respectant la superficie, comme dans la cure des anévrysmes, par exemple.

Il est facile, en grattant une partie de l'enduit isolant, de préciser très exactement dans quelles limites agira le pôle électrolyseur.

Dans certains cas, les deux pôles, positif et négatif, sont représentés par des aiguilles ; parfois, au contraire, on use d'un seul pôle électrolyseur. Dans ce cas, l'autre électrode, dite alors *indifférente*, est choisie aussi large que possible, de façon à éviter toute action cutanée désagréable, et, quand on le peut, il est avantageux de lui donner une force concentrique.

Les aiguilles, pour être maniées facilement, et solidement tenues en

main, sont montées sur un porte-aiguilles. Elles sont enfoncées dans les tissus résistants au moyen de l'enfonce aiguilles imaginé par M. Dujardin-Beaumetz et retirées par le tire-aiguilles.

Une batterie galvanique de 36 éléments, modèle Gaiffe, suffit pour l'immense majorité des cas.

Ces principes généraux d'application étant posés, il est temps d'indiquer succinctement quels sont les faits expérimentaux sur lesquels repose l'électrolyse médicale.

Si nous prenons deux aiguilles d'or non isolées, et que nous les enfonçons dans les tissus d'un animal à quelques centimètres de distance l'une de l'autre, ces aiguilles étant, bien entendu, reliées chacune à un pôle d'une batterie galvanique, nous observons, avec une intensité moyenne de quinze à vingt milliampères, que la peau du sujet en expérience pâlit autour de chaque point d'implantation. Cette pâleur est plus accentuée au pôle N qu'au pôle P. Si nous prolongeons l'application durant quelques minutes, il se forme une petite escharre circulaire autour de chaque aiguille. L'escharre positive est brune, sèche et très longue à se détacher ; l'escharre négative est blanche, molle et se cicatrise deux fois plus vite. Cette dernière représente le type des cautérisations obtenues par les alcalis, la première est identique à une cautérisation produite par les acides concentrés.

Prenons maintenant un verre rempli de sang ou, plus simplement, d'une solution d'albumine, et plongeons-y les deux aiguilles. Au bout de quelques minutes, un caillot est formé autour de chacune d'elles. Le caillot positif est résistant et reste sous forme de coagulum élastique, l'aiguille une fois retirée ; le négatif, au contraire, est diffus, et, en retirant l'aiguille, il se dissipe sous forme floconneuse.

Cette dernière expérience a été le point de départ des premières applications électrolytiques qui ont été faites, en vue de la *cure des anévrysmes*. Pravaz, Guérard, de Lyon, Ciniselli, de Crémone ; Dujardin-Beaumetz, Laurent Robin, sont les principaux auteurs qui se soient occupés de la question.

Se basant sur les faits historiques, Dujardin-Beaumetz a établi que le pôle positif seul méritait d'être employé dans l'électro-puncture des anévrysmes.

Théoriquement et pratiquement, cette conclusion est digne d'être adoptée. Cependant, je tiens à redresser une affirmation émise par nombre d'auteurs sans preuves suffisantes : celle qui consiste à considérer le caillot négatif diffus comme entraînant les plus grands dangers. Cette conception, entièrement théorique, ne répond pas à la réalité des faits. L'embolie est un des accidents les plus rares de la cure des anévrysmes par l'électrolyse et le pôle positif en a donné tou-

comme le négatif. En Italie, le pôle négatif a été employé constamment par Ciniselli, et Onimus, par inadvertance, ayant usé d'une aiguille négative, a obtenu, à sa grande surprise, un résultat satisfaisant.

La complication surtout à redouter est l'escharification de la paroi. Mais une telle erreur constitue une faute opératoire grave, et il appartient à l'opérateur de l'éviter en employant des aiguilles très exactement recouvertes de leur enduit laqué aux points en contact avec la peau.

Il est infiniment probable que la formation d'un caillot, toujours très petit, en somme, n'est pas la seule cause de l'amélioration que procure aux malades la galvano-puncture. On doit, en outre, développer une endartérite du sac qui, limitée, a les plus heureux effets pour le renforcement de la poche et la production d'un volumineux caillot fibrineux.

Il ne m'est pas possible de tracer les règles opératoires dans ces quelques lignes. Qu'il me suffise de dire que les résultats en sont presque toujours avantageux. Les douleurs sont le plus souvent supprimées ou améliorées. Dans les cas tout à fait favorables, le volume et les battements de la tumeur diminuent notablement, et l'oblitération de la poche est la règle dans les anévrysmes des membres. En ce qui concerne ceux de l'aorte, elle est, bien entendu, très exceptionnelle. Mais, même dans ces cas-là, les douleurs sont devenues plus supportables.

Il suffit, pour se rendre compte que l'électricité, comme tout autre procédé, ne peut être qu'un palliatif pour les anévrysmes de l'aorte, il suffit de réfléchir, dis-je, que ces derniers présentent une paroi antérieure facilement accessible à nos aiguilles, mais aussi une paroi postérieure qui, dans bien des cas, est tout à fait soustraite à nos applications. Presque toujours une opération bien faite renforcera, améliorera la paroi antérieure ; mais si la paroi postérieure continue à s'amincir, qu'y pouvons-nous ? Rien, et c'est pourquoi l'électrolyse restera un palliatif de premier ordre pour les anévrysmes aortiques mais rien de plus.

S'il est possible de coaguler le sang dans les énormes poches aortiques, à plus forte raison cela devient-il simple et facile dans les dilatactions ampullaires qui constituent *les tumeurs érectiles et les nævima-terni*.

Ici la galvano-puncture triomphe absolument. A tel point que j'ose affirmer que la tumeur érectile — je parle de celle qui entraîne un danger ou une difformité — ne devrait plus exister.

Toute tumeur de cet ordre peut et doit être guérie par l'électropuncture. Boudet de Paris a traité et guéri, en collaboration avec M. Schwartz, une malade atteinte d'une énorme tumeur de la face, faisant

saillie de 4 pouces et entraînant des hémorragies tellement graves, que la vie était immédiatement menacée, sans compter l'horreur d'une difformité épouvantable.

Pour quiconque a pu voir ce cas, il est évident que toute tumeur érectile guérira par l'électrolyse.

Pour notre part, nous avons traité plusieurs malades, cinq en particulier, sous la direction de notre excellent maître, le docteur Périer et tous, sans exception, ont guéri.

Il en est de même pour les *navi-materni*. Pas plus que les tumeurs érectiles, ces *taches de vin* énormes, couvrant une partie de la face ne devraient plus être supportées, et il est fâcheux qu'un procédé aussi simple et aussi facile à appliquer soit passé sous silence par tous ou presque tous les auteurs qui ont traité de la question.

Elle n'est point nouvelle cependant. Et c'est à l'illustre chirurgien Nélaton que nous devons les premières observations de guérison. Malheureusement, à cette époque, les appareils étaient d'un énorme volume et d'une incommodité flagrante. C'est à que nous devons certainement l'oubli immérité où a si longtemps dormi l'électrolyse.

Dans les *tumeurs érectiles* et les *navi-materni*, le mode de guérison est tout à fait analogue à celui que l'on peut obtenir par diverses injections coagulantes, et, en particulier, par le perchlorure de fer.

L'électrolyse présente cependant sur ces divers procédés des avantages évidents. D'abord, il est facile de doser mathématiquement l'intensité employée, et conséquemment le volume du caillot et l'étendue de la zone escharifiée qui l'entoure.

Le procédé est dépourvu de tout danger de suppuration, les courants de haute intensité étant des antiseptiques de premier ordre. Enfin, l'opération faite, il se produit au niveau des piquûres électrolytiques un travail remarquable de condensation de tissu, si je puis m'exprimer ainsi, et la prolifération des éléments conjonctifs vient apporter le remède naturel à la difformité qui nous occupe.

En fin de compte, après un temps plus ou moins long, et qui varie avec l'étendue de la tache à détruire, le résultat obtenu peut, quand la méthode est bien appliquée, être considéré comme parfait. La coloration de la peau devient normale, peut-être un peu plus pâle que les parties voisines, et elle est dépourvue de toute cicatrice appréciable.

La douleur, provoquée par la galvano-puncture, est le plus souvent tolérée. Il est du reste, bien simple de l'atténuer par des injections de chlorhydrate de cocaïne.

Il faut bien savoir que le traitement par la galvano-puncture demande une certaine patience. Pour détruire une tâche de la dimension d'une pièce de cinq francs, huit ou dix séances sont nécessaires

Il est inutile d'opérer jusqu'à disparition absolue, loin de là. Il arrive un moment que l'expérience apprend vite à déterminer, où le *nœvus*, abandonné à lui-même, va continuer sa régression, et c'est au bout de plusieurs mois qu'il faut revoir le malade pour se rendre compte exactement de la perfection du résultat.

Les *rétrécissements de l'urèthre* ont été traités avec succès par l'électrolyse. MM. Tripier, Mallez, Jardin, et dernièrement Fort, ont publié des observations intéressantes à cet égard. Il semble que cette méthode soit appelée à remplacer l'uréthrotomie interne. Elle paraît, en effet, bien moins dangereuse. On se sert de l'uréthrotome de Jardin, qui ne diffère de l'instrument ordinaire qu'en ce que le couteau mousse est mis en communication avec le pôle négatif d'une batterie galvanique.

La *régression des amygdales hypertrophiées* est de même très facile à obtenir sans aucun danger. On emploie, pour la faire, l'instrument imaginé par Boudet de Paris, par lequel la glande est embrochée par une aiguille positive, pendant qu'elle est embrassée d'autre part par un anneau métallique négatif.

Une seule opération suffit parfois à amener un retrait suffisant de l'amygdale en même temps que des modifications dans son tissu de nature à éviter de nouvelles inflammations.

Le *goître* a été l'objet de tentatives qui, si elles n'ont pas été toutes suivies de succès, sont néanmoins très encourageantes. En ce qui me concerne, j'en ai traité un certain nombre, et je dois dire que j'ai toujours obtenu la régression de l'organe—parfois, cependant, d'une façon un peu incomplète.

L'aiguille doit être enfoncée au travers du goître à une profondeur suffisante pour atteindre le parenchyme glandulaire. J'attribuerais volontiers les échecs que quelques auteurs ont signalés, à ce que la glande a été à peine effleurée, ce qui s'explique facilement par suite du développement du tissu cellulaire de la région.

Contrairement à la théorie, le pôle qui m'a donné les meilleurs résultats est le négatif.

L'effet immédiat est un gonflement appréciable. Ce n'est qu'au bout de quelques jours que l'affaissement se produit.

Enfin, je signalerai, en passant une application tout à fait secondaire de l'électrolyse et qui a un intérêt plus esthétique que médical. Je veux parler de *l'épilation*.

Cette petite opération est des plus simples et réussit constamment, à condition que le bulbe pileux soit bien détruit, ce qu'on reconnaît à ce que le poil se détache de lui-même pour ainsi dire, et cède à la moindre traction.

Les quelques applications de l'électrolyse que je viens d'énumérer sont à peu près les seules entrées, actuellement, dans la pratique. Plusieurs autres, telles que le traitement de *l'hydrocèle des ganglions strumoux*, etc., sont encore à l'état débauche. Je passe sous silence l'application du galvanisme au traitement des maladies des femmes, parce que là il y a autre chose que de l'électrolyse pure et que le sujet est plus complexe.

Enfin, si je crois que l'électrolyse est appelée à une brillante destinée thérapeutique, mon enthousiasme ne va pas jusqu'à en faire une panacée, et je ne puis que regretter que des affirmations peut-être un peu légères parfois (par exemple celles qui ont trait à la guérison du cancer), soient émises devant les sociétés savantes. Un tel procédé, loin de servir une cause juste, est de nature, à lui porter le plus grand préjudice.

RÉCENTE APPLICATION DE L'ÉLECTROLYSE.

M. Fort a fait une lecture à l'Académie de médecine sur le traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire, et il conclut ainsi :

Notre électrolyseur est un instrument nouveau.

On ne saurait imputer à notre procédé les récidives survenues après l'opération pratiquée par d'autre procédés.

Nos deux malades connus et publiquement opérés à la clinique de M. le Professeur Richet, à l'Hôtel-dieu, il y a bientôt un an, sont en bonne santé et sans menace de récurrence, quoiqu'ils n'aient pas subi de dilatation consécutive.

L'opération de l'électrolyse doit être préférée à l'uréthrotomie, à la dilatation et à la divulsion, même s'il était démontré que la récurrence est la règle, au lieu d'être l'exception.

Nous sommes en possession pour le traitement des rétrécissements d'un procédé rapide, indolore et absolument inoffensif, l'électrolyse linéaire, procédé qui substitue à l'incision une destruction linéaire non sanglante.—(*Annales d'Orthopédie.*)

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Remède simple contre le hoquet.

Josef M. Loibl (Allg. Wien. med. Ztg. 1889, n° 52, p. 369) rapporte un cas de hoquet rebelle qui a persisté pendant cinq jours consécutifs malgré les traitements les plus variés et qui fut guéri par l'administration d'une cuillerée à café de sucre mélangé avec une cuillerée à café de vinaigre. Le hoquet cessa en présence même du médecin dès que

le malade eut pris ce mélange. Le lendemain, vers midi, le hoquet réapparut : le traitement fut répété avec le même succès.

(*Les Nouveaux Remèdes.*)

Nouveau traitement de la variole confluyente.

Le docteur *Leventaner* (*Ther. Mntsh.* juin 1889) a réussi à guérir 6 enfants (de 10 à 18 mois) de la variole confluyente par le traitement suivant: après avoir enduit la face et le cou d'une pâte constituée d'amidon et d'huile d'amandes douces, additionnée de 3 0/10 d'acide phénique (dans un cas ; dans les cinq autres l'acide phénique fut remplacé par l'acide salicylique), il recouvrit ces parties d'un masque en toile dans lequel on avait pratiqué des orifices pour les yeux, la bouche et le nez. En même temps, il badigeonna souvent le corps et les membres avec le mélange suivant :

Glycérine neutre.....	2 onces
Amidon pur.....	1 once
Acide salicylique.....	45 grains

Grâce à ce traitement, les vésicules n'ont pas éclaté, et leur dessiccation a eu lieu malgré l'imbibition de tout le corps par le mélange sus-indiqué. Pas de cicatrices à la face ni sur le reste du corps. Diminution de la durée de la maladie, les croûtes sont tombées 12 à 13 jours après le début de l'éruption, presque pas de fièvre ; pas de fièvre de suppuration. Outre ce traitement externe, l'auteur instilla encore aux malades, à l'aide du compte-gouttes, toutes les 15 à 30 minutes l'émulsion suivante :

Huile d'amandes douces.....	4 drachmes
Sirop d'oranger.....	1 once
Eau de laurier-cerise.....	2½ drachmes
Chlorhydrate de quinine.....	6 grains
Acide chlorhydrique.....	q. s. p. dissoudre.

(*Vratch*, 1889, n° 30, p. 668.)

Les nouveaux Remèdes.

Traitement de l'empoisonnement par la morphine en injections sous-cutanées.

All (*Berl. klin. Wchschr.*) vient de démontrer, par des expériences nombreuses et bien conduites, qu'à peu près la moitié de la morphine injectée sous la peau se dirige immédiatement vers l'estomac, où elle reste pendant un certain temps. Il est vrai qu'elle n'y séjourne pas longtemps, mais en tout cas pendant un intervalle assez long pour permettre d'espérer que, par des lavages de l'estomac rapidement exécutés, on puisse en éliminer au moins une partie. (*Id.*)

BULLETIN

L'Influenza.— Différents projets de loi concernant la Médecine.

L'épidémie qui a sévi sur notre pays pendant les trois derniers mois, est enfin disparue; il n'en reste plus que les suites. D'après ce que nous apprennent les journaux médicaux, la grippe se dirige vers le Sud; elle sévit aujourd'hui dans l'Amérique Centrale.

Bien des theories ont été émises sur l'origine et le mode de propagation de la grippe. Une chose paraît certaine, c'est que cette maladie est de nature infectieuse, microbienne.—Quelles sont les causes qui ont amené une si grande multiplication du microbe de l'influenza?—Il est hors de doute que les conditions atmosphériques exceptionnelles que nous avons eues depuis l'été dernier, ont été un des plus puissants facteurs qui aient contribué à l'éclosion de cette maladie.

Cette température humide, ces brouillards dont nous avons été gratifiés pendant toute l'automne, ont fait de l'air, un milieu des plus favorable au developpement de ces germes morbifiques.

Ces miasmes ou ferments, une fois importés, se multiplient dans le corps des malades; ceux ci par leur haleine les répandent autour d'eux et il y a bientôt à la fois, infection épidémique et infection contagieuse.

Au début, le type de l'épidémie était surtout fébrile et nerveux, mais vers la fin, l'élément catarrhal avait acquis une part tout-à-fait prédominante.

Les symptômes les plus généralement observés dès le commencement de la maladie étaient une prostration extrême, une céphalalgie intense, surtout à la région frontale, une assez grande élévation de température—102° à 103° F—ordinairement sans accélération correspondante du pouls.

Quant à la durée de la maladie, il est peu de malades, à moins qu'ils n'aient eu des complications—qui aient été forcés de garder le lit plus de trois ou quatre jours.

Le traitement a nécessairement varié selon les indications et selon les médecins: l'antipyrine, le bromhydrate de quinine et en général tous nos nouveaux médicaments synthétiques ont donné d'excellents résultats. Un grand nombre de médecins ont employé avec succès la médication antiseptique.

Si l'on compare cette épidémie avec les épidémies de maladies différentes qui nous visitent de temps à autre, la mortalité n'a certainement pas été considérable. La grippe n'est pas fatale par elle-même.

Toutefois, la mortalité eût été encore moindre si le public eût été prévenu de la gravité des complications qui peuvent survenir; il est

regrettable que certains journaux, animés de bonnes intentions d'ailleurs, aient au début entretenu le public dans une fausse sécurité à cet égard : " Il est certain, dit le Dr Lesour, qu'un grand nombre de complications, rapidement mortelles, ont été causées par la négligence de ceux qui se sentant atteints du frisson initial, de courbature et de mal de tête, ont cependant continué à vaquer à leurs travaux ordinaires et se sont exposés à de funestes refroidissements.

" Des bronchites, des pneumonies et des congestions nombreuses sont ainsi survenues qui auraient pu être facilement évitées. Il est remarquable que la plus grande masse des décès a frappé les hommes et les adultes, parce que ceux ci ont continué à travailler au dehors, tandis que les femmes et les enfants, retenus à la maison, ont été préservés de ces complications. Et c'est en cela que l'épidémie a eu et aura des conséquences déplorables pour les trop nombreuses familles privées de celui qui les faisait vivre de son travail."

Chez les personnes qui ont été atteintes de l'influenza, l'on remarque qu'il reste un grand affaiblissement et chez un bon nombre une apathie plus ou moins marquée.

Cet affaiblissement physique et moral, ainsi que l'action nocive de la maladie sur les bronches et les poumons, a été la cause de l'aggravation des symptômes chez un grand nombre de personnes débilitées et surtout chez les phthisiques.

* * *

Pendant le mois de février, notre parlement provincial a eu à s'occuper de différents projets de loi, regardant plus ou moins la profession médicale : l'Acte amendant la loi de pharmacie ; le Bill de M. Hall, concernant l'admission des porteurs de diplôme de Bachelier ès arts, à l'étude des professions ; le Bill de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, demandant à amender sa charte ; le Bill au sujet de l'incorporation d'une nouvelle école de Médecine Vétérinaire à Montréal, se sont tour à tour partagé l'attention de nos législateurs.

* * *

Dans les amendements à la Loi de Pharmacie, voici les clauses qui ont rapport spécialement aux médecins :

4035a. Nonobstant les dispositions de l'article 4035, dans les villes de Montréal et de Québec, aucun médecin ne peut exercer le commerce de pharmacie, s'il n'abandonne la pratique de la Médecine et de la Chirurgie ; mais la présente disposition ne s'applique pas aux médecins tenant actuellement une pharmacie.

4035b. Tout médecin dûment inscrit comme membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec peut ouvrir un

magasin de drogues, pourvu qu'il paie l'honoraire requis par l'article 4029, sans préjudice des privilèges qu'il a comme médecin.

Le Bill de M. Hall, qui a soulevé ^{**} de vives discussions à l'Assemblée Législative, comporte que tout élève muni d'un certificat de bachelier ès arts pourra être admis à l'étude de la profession qu'il aura choisie, sans aucun autre examen préliminaire.

Cette loi reconnaît la valeur des diplômes décernés par nos institutions classiques, tant anglaises que françaises ; mais pour qu'elle fut réellement efficace pour rehausser le niveau des études et prévenir l'encombrement des professions, il eut fallu y ajouter quelques mots dans ce sens : "Aucun élève, s'il n'est porteur d'un diplôme de bachelier, ne pourra être admis à l'étude des professions libérales." C'est, croyons nous, ce qui se fait dans les pays d'Europe. Aussi les professions y sont en honneur et les sciences y font de grands progrès. Ce serait un excellent moyen de n'admettre à l'étude de la médecine que ceux-là seulement qui auraient fait de fortes études classiques. Dans les collèges et les universités, peut-être n'apprend-t-on pas un grand nombre de faits ; mais l'*entraînement* intellectuel que l'on y acquiert, permet à ceux qui ont passé par cette série d'études d'apprécier les faits à leur juste valeur lorsqu'ils leur sont présentés plus tard.

Avec le système que nous avons actuellement, le succès dans les examens dépend un peu trop de la bonne ou de la mauvaise étoile du candidat. A notre connaissance, des élèves ont été rejetés qui avaient fait de fortes études, tandis que d'autres ayant à peine ébauché leur syntaxe ont été admis.

Nous espérons que la loi de M. Hall—qui est loin d'être parfaite—aura pour résultat de faire peu à peu, cesser ces anomalies.

Une nouvelle école de Médecine ^{**} Vétérinaire vient d'être incorporée à Montréal. Il y a cinq ans, nous n'avions pas d'école vétérinaire française ; maintenant nous en avons deux qui sont reconnues par le gouvernement. Nous ne sommes pas opposés au grand nombre d'institutions de ce genre, mais dans l'intérêt du pays, nous souhaitons une chose : c'est que l'émulation entre ces deux écoles, aie pour mobile la science et non le nombre des élèves. Qu'il y ait rivalité, mais non pas compétition.

Dans notre prochain numéro, nous donnerons tout ce qui concerne les efforts de l'École de Médecine pour obtenir des amendements à sa charte. A tout homme calme ces amendements semblent nécessaires.

Nous parlerons des démarches qui ont été faites dans cette direction, et des obstacles qui ont été soulevés.