

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE MEDICALE.

HÔPITAL NOTRE DAME—M. C. M. FILIATRAULT.

### De l'abcès périnéphrétique.

Joseph G..., tisserand, 20 ans, assez pléthorique et replet,—surnommé *punch* et *fat boy* par ses camarades,—étant en sueur, prit du froid en se couchant sur l'herbe humide. Quelques jours après, il ressentit une douleur lancinante mais non continue dans la région lombaire gauche. Depuis ce temps il perdit son embonpoint, et, il y a à peu près neuf mois, cette douleur s'exagéra, puis du sang apparut dans l'urine.

Admis à l'hôpital le 4 mars dernier, le patient est émacié, les muqueuses sont pâles, il se plaint surtout de troubles du côté de la vessie. M. le professeur Laramée constate une cystite et institue un traitement en conséquence. La maladie est subjuguée assez rapidement, et, le 24 du même mois, le patient, se disant rétabli, demande son congé. L'état général cependant n'est guère meilleur qu'à son entrée à l'hôpital.

Le 11 avril, G... se présente de nouveau et est admis immédiatement. Toujours émacié et anémié, il se plaint de douleur dans la région lombaire gauche. On fait l'examen microscopique du sang et l'on constate que les globules rouges sont en proportion normale.

Malgré l'administration des toniques sous toutes les formes, le patient amaigrit de plus en plus. Dans l'après midi, il éprouve des frissons suivis d'un mouvement fébrile, et a de plus des transpirations nocturnes.

Tel était l'état du patient quand je le vis vers le 12 mai.

Je constatai alors un empâtement de toute la fosse lombaire. L'hypochondre et le flanc gauche sont tendus, douloureux et œdématisés sans rougeur à la peau, la percussion donne une matité s'étendant d'une part vers le thorax jusqu'aux insertions du diaphragme, d'autre part jusque vers la région ombilicale. La fluctuation recherchée avec soin ne peut être perçue. Le patient se couche constamment sur le côté malade.

La persistance de la fièvre avec paroxysme, ( $103^{\circ}\frac{5}{10}$  et  $104^{\circ}$  le soir pour tomber à  $99^{\circ}$  et  $100^{\circ}$  le matin) les frissons répétés, la douleur de plus en plus vive éprouvée dans la région lombaire, ne permettaient guère de douter de la formation du pus en cet endroit.

Des applications émollientes pendant quelques jours rendirent

l'effacement de l'échancrure costo-iliaque encore plus prononcé, et enfin on perçut une fluctuation profonde mais encore obscure.

Le 3 juin, une ponction avec l'aspirateur Dieulafoy donna au delà de 2 pintes d'un pus horriblement fétide, jaune crémeux sans mélange de sang. Quelques jours après, l'échancrure costo-iliaque qui était revenue à son état normal, commença de nouveau à s'effacer, et je fis pratiquer par M. le Dr Brosseau une ouverture de plusieurs centimètres dans la région lombaire. Au delà d'une chopine de pus est évacué, lequel continue à couler avec abondance sur les cataplasmes pendant plusieurs jours. On met un drain et on injecte de l'acide carbolique au 40me. A l'intérieur, toniques sous toutes les formes et diète généreuse. Le lendemain il n'y avait presque plus de fièvre, le pouls, beaucoup moins vite, était régulier, la température presque normale, plus de brusques oscillations du thermomètre, plus de frisson. L'appétit revint promptement; 15 jours après, toute trace d'émaciation était disparue, le patient commençait à prendre de l'embonpoint. Cependant la guérison fut lente, l'écoulement persista jusqu'aux premiers jours d'août. C'est que 10 à 12 jours après l'ouverture de l'abcès, la cystite reparut, et fut longue à subjuger.

Voici les renseignements que je crois devoir tirer de cette observation ?

La difficulté de reconnaître les abcès périnéphrétiques est quelquefois très grande et ne cesse d'exister qu'au moment où les symptômes locaux sont si prononcés qu'il n'y a plus moyen de se tromper.

Nous avons eu sous les yeux la périnéphrite arrivée à la suppuration, mais au début il n'y a qu'imbibition du tissu cellulaire périrénal par de la sérosité fibrineuse, et fréquemment une extravasation de leucocytes, une hypergénèse. Ces lésions premières produisent une tuméfaction plus ou moins considérable de l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein. C'est à ce premier degré, à ce premier temps, qu'on peut avoir, soit une résorption, soit un simple arrêt de la maladie. C'est de cette dernière éventualité que nous avons été témoin chez notre malade. Le processus morbide a, ici, changé son champ d'opération, pour se transporter sur la vessie, et changé la cystite chronique existant préalablement en cystite aiguë.

Celle-ci est à peine subjuguée par un traitement approprié, que nous voyons les symptômes inflammatoires ré-apparaître dans la région rénale, et le phlegmon périnéphrétique se changer en un vaste abcès. Ce va et vient du processus morbide devient encore plus tangible quand, quelques jours après l'ouverture de l'abcès, la fièvre étant disparue, les parois du foyer revenues sur elles-mêmes, l'écoulement du pus réduit à peu de chose, nous voyons les douleurs de la vessie et le pissement de sang reparaitre. C'est la persistance de ces éléments morbides qui retarda la guérison.

Dans la longue énumération des causes des phlegmons périrénaux par Troussseau et Jaccoud, les affections de la vessie et les opérations pratiquées sur cet organe occupent une large place; aussi nous devons nous mettre en garde contre les cathétérismes et ces explorations de la vessie faites sans nécessité absolue, quelquefois même par simple curiosité ou pour d'autres raisons encore moins avouables.

Ces cas vous montrent aussi que le diagnostic est fréquemment très difficile à établir. Le début, qui ici remonte à deux ans, est souvent

insidieux ; une affection intercurrente détourne notre attention de la douleur lombaire pour la porter vers une douleur plus forte et des symptômes plus graves existant sur une autre partie du corps. La marche latente du phlegmon vers l'abcès, son développement lent, son temps d'arrêt et la formation du pus qui n'a lieu que tardivement et en deux périodes, sont autant de circonstances qui augmentent la difficulté du diagnostic.

Le travail inflammatoire avait gagné le tissu cellulaire des régions voisines et envahi tout le tissu cellulaire sous-diaphragmatique ; la quantité énorme de pus et la direction de la tumeur qui faisait saillie vers le poumon et la cavité abdominale rendaient la respiration douloureuse et gênaient les organes abdominaux, aussi le malade ne pouvait reposer que dans le décubitus latéral gauche absolument pour les mêmes raisons que le patient qui a un vaste épanchement pleurétique.

Le siège primitif du foyer purulent était, ici, en arrière du rein ; c'est d'ailleurs le lieu ordinaire de ces abcès. Mais il s'était étendu au loin, envahissant les tissus voisins, produisant des dégâts considérables, donnant lieu à une suppuration profuse, et menaçant de s'ouvrir une issue dans le poumon, l'estomac ou les intestins. Aussi le médecin, soupçonnant l'existence d'un semblable abcès, doit-il chercher avec soin et chaque jour les signes locaux et les symptômes généraux de la présence et de la formation du pus, saisir le moment opportun d'ouvrir ces abcès, donner rapidement issue au pus, s'il veut éviter, et ce doit être son but, les décollements étendus, les fusées purulentes et les menaces de perforations intestinales ou bronchiques.

L'incision, soit d'emblée le plus souvent, soit après une ponction aspiratrice, est la méthode générale de traitement de la périnéphrite suppurée. Cette incision de plusieurs centimètres doit être longitudinale, verticale ou légèrement oblique, allant à la dernière côte vers la crête iliaque. Elle doit (comme nous avons pu d'ailleurs l'observer) être faite lentement, couche par couche, avec un bistouri. Le seul danger qu'elle présente est la lésion des artères lombaires, dont on liera les deux bouts dans la plaie. On a ainsi l'avantage de donner au pus une issue large et facile qui pourra nous permettre d'explorer et le foyer et le rein, ce qui est utile et nécessaire même dans un certain nombre de cas.

Un tube à drainage empêche la cicatrisation trop rapide de la plaie et permet de continuer aussi longtemps qu'il est nécessaire les injections antiseptiques et détersives.

La suppuration est la terminante presque constante de la périnéphrite. La résolution, bien que fait exceptionnel, est néanmoins possible, aussi on devra, toutes les fois qu'on aura pu reconnaître de bonne heure cette maladie, diriger ses efforts pour amener cet heureux résultat, et pour cela, mettre en œuvre tous les moyens résolutifs : onctions mercurielles, vésicatoires, émissions sanguines locales (saignées ou ventouses scarifiées). Contre la douleur ordinairement très vive, les narcotiques, mais en premier lieu les injections sous-cutanées de morphine.

## Action physiologique et usages des acides minéraux ; (1)

Leçon professée à l'Université Laval, Montréal,

par H. E. DESROSIERS, M.D.,

Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Les acides minéraux, cela semble admis, circulent dans le sang en partie à l'état libre et en partie à l'état des sels solubles. Éliminés par les reins, on ne sait pas encore au juste quelle influence réelle ils exercent sur la réaction de l'urine. En augmentent-ils l'acidité, la peuvent-ils rendre acide une fois qu'elle est devenue alcaline par une cause ou par une autre? Les avis sont partagés. Les uns nient aux acides la propriété d'acidifier les urines. D'autres la leur concèdent. Bartholow ne se prononce pas sur la question non plus que Ringer. Ce dernier, cependant, mentionne comme possible le fait que, dans le sang, les acides minéraux se combinant avec les bases et décomposant certains sels, mettent en liberté quelques acides plus faibles qu'eux. Gubler croit que cette mise en liberté des acides plus faibles (lactique, urique) a lieu, non pas dans le sang, mais dans l'urine. "L'acide sulfurique dilué, dit-il, accroît l'acidité de l'urine. En effet, malgré sa puissante affinité pour l'alcali du sang, l'acide sulfurique, masqué, incarné par l'albumine du sérum, parcourt inaltéré le torrent circulatoire, ou du moins il ne se combine que difficilement avec la soude, et nous avons lieu de croire qu'il parvient en grande partie libre dans les sécrétions acides, urine et sueur. Là, délivré de son enveloppe albumineuse, il ne tarde pas à s'emparer des bases des composés salins que ces sécrétions renferment. Toujours est-il qu'en pareille circonstance l'urine a été trouvée excessivement acide, non assurément par le fait de l'acide sulfurique libre, mais par la mise à nu d'une proportion hypernormale des acides plus faibles que l'acide sulfurique a déplacés." (*Comment. therap. du Codex*.) Le même phénomène se produirait pour les acides nitrique et muriatique.

On voit de quelle importance peut être la solution définitive de cette question. Si les acides minéraux ont en réalité pour effet d'acidifier les urines, leur indication est toute trouvée dans les cas où l'urine est alcaline, la diathèse phosphatique, etc., mais nous y reviendrons.

Les usages des acides minéraux se déduisent naturellement de l'action physiologique telle que nous venons de l'étudier. Ils sont aussi nombreux qu'importants.

Localement, les acides minéraux sont moins fréquemment employés aujourd'hui qu'ils ne l'étaient autrefois. On s'en est beaucoup servi dans le traitement des diverses formes de *stomatite*, mercurielle, syphilitique, etc., des aphthes, de la diphthérie, de l'angine tonsillaire, etc. Dans ces cas, on oubliait trop que ces acides, même dilués, altèrent l'émail des dents. Suivant le conseil de Bartholow, il vaut peut-être mieux les employer à l'état concentré, à titre de caustiques, en ayant soin de ne toucher que la partie malade et de neutraliser ensuite le sécrétant d'acide au moyen d'un alcalin quelconque. Comme je l'ai dit

plus haut, nous étudierons dans une autre section le mode d'action et les usages de ces acides employés à l'état de concentration. Bartholow conseille l'usage de lotions à l'acide chlorhydrique largement dilué (1 once par gallon d'eau) chez les enfants faibles, cachectiques, dont la peau est sèche et ridée, le teint jaune, l'appétit capricieux ou perverti ; ces lotions, pratiquées sur toute la surface du corps, auraient pour effet de rétablir les fonctions cutanées en favorisant les phénomènes d'endosmo-exosmose. On peut aussi faire usage des acides minéraux dilués dans tous les cas où un astringent local est indiqué, *v. g.*, dans les cas de contusions, érythème, inflammations superficielles, etc.

Les usages internes des acides sont de beaucoup les plus importants. A titre d'eupeptiques ou d'agents favorisant la digestion, ils sont fréquemment prescrits dans les cas de *dyspepsie à forme atonique*, alors que le suc gastrique ne contient pas une quantité d'acide suffisante à la digestion des aliments. Il faut alors avoir soin d'administrer l'acide (généralement l'acide chlorhydrique) après le repas. Ces cas de dyspepsie atonique sont caractérisés, comme vous le savez, par la lenteur de la digestion, la sensation d'un poids au creux épigastrique, les éructations nauséabondes (odeur d'œufs pourris), ou à saveur alcaline, etc. Rien ne fait mieux alors que l'administration de deux ou trois gouttes d'acide muriatique prises après le repas, combinées ou non à la pepsine ou à un amer. M. le professeur Peter, dans ses remarquables leçons sur le traitement thérapeutique des tuberculeux, (*Bulletin général de thérap.*) préconise cette méthode chez les phthisiques dont la digestion lente et paresseuse et la "pesanteur de l'estomac" indiquent une insuffisante production des acides normaux.

Comme antacides, les médicaments de ce groupe trouvent leur indication toute naturelle dans la *dyspepsie acide*, le *pyrosis*, et ce qu'on est convenu d'appeler le *brûlement d'estomac*, troubles dûs à l'excès d'acide dans l'estomac. Les malades affectés de cette variété de dyspepsie sont parfois incommodés par des éructations dont la saveur acide est tellement prononcée que les dents en sont affectées. Dans ces cas, dit Ringer, l'administration de l'acide chlorhydrique ou de l'acide phosphorique fait disparaître presque instantanément ces régurgitations acides. Ici, l'acide doit être administré immédiatement avant les repas, afin que venant en contact avec les orifices des glandes gastriques, il en puisse diminuer la sécrétion morbide exagérée. Donnée après le repas, il augmenterait le malaise qu'il est destiné à combattre, comme nous l'avons dit plus haut.

Certaines formes de *diarrhée* s'améliorent sensiblement sous l'influence des acides minéraux, telles que la diarrhée d'été et la diarrhée colliquative. Leur usage, dit Bartholow, est indiqué par les symptômes suivants: selles aqueuses, peu colorées, à réaction alcaline et passées sans douleur. La mixture de Hoop convient bien à ces cas. En voici la formule:

R. Acid nitrosi.....	ʒi
Tr. opii .....	m xl
Aq. camph.....	ʒ viii

M.—Le quart de cette potion doit être administré toutes les trois ou quatre heures.

La combinaison de l'opium aux acides minéraux rend de bons ser-

vices et semble doubler les propriétés astringentes du médicament principal. Si l'on veut obtenir un effet astringent très marqué, on s'adressera de préférence à l'acide sulfurique simple ou à l'acide sulfurique aromatique. Cet acide ne devra pas être administré à doses trop élevées sous peine de voir s'aggraver la diarrhée contre laquelle on le prescrit; des doses fractionnées sont préférables, et il faut mettre sur le compte des doses exagérées que l'on administre souvent, les effets capricieux de l'acide sulfurique dans le traitement de la diarrhée. Nelligan et autres le recommandent dans les cas de diarrhée chronique ainsi que dans les *sueurs profuses* et la diarrhée des phthisiques. L'acide nitrique est employé aussi lui dans la diarrhée, surtout chez les enfants. Ringer dit qu'il agit parfois admirablement dans la diarrhée infantile accompagnée de beaucoup d'efforts et du passage de selles vertes, caillebotées, acides ou mélangées de mucus. Cependant, ajoute le même auteur, d'autres médicaments doivent être préférés aux acides. Dans le *choléra* et la *dysenterie*, les acides ont produit de bons effets. Si, sous leur influence, les symptômes ne s'améliorent pas promptement, il faut suspendre la médication.

Il est d'usage de prescrire les acides minéraux, surtout l'acide muriatique et l'eau régale, dans un certain nombre de maladies affectant le foie et le duodénum, *vg.*, *fièvre bilieuse*, *ictère catarrhal*, *cirrhose*, *duodénite*, etc. On prétend que les acides agissent comme stimulants de la sécrétion et de l'excrétion hépatique, théorie qui semble être confirmée par les expériences de Rutherford. Dans ces cas, l'eau régale est donnée à dose de deux ou trois gouttes, dans une quantité suffisante d'eau froide, trois ou quatre fois par jour.

Avant de passer à d'autres usages des acides minéraux, j'aurai garde de ne pas mentionner *l'empoisonnement par les alcalis concentrés* dont les acides sont les antidotes chimiques naturels. Appelés auprès d'un cas d'empoisonnement par quelque alcali, notre premier soin doit être de diluer le poison en même temps que de le neutraliser chimiquement, et cela, au moyen de l'acide sulfurique dilué suffisamment, ou de l'un de ces congénères, si vous l'avez sous la main.

En général, il ne faut pas prolonger trop longtemps le traitement des troubles gastro-intestinaux par les acides dilués, car, à la longue, ces préparations finiraient par entraîner un catarrhe chronique de la muqueuse avec perte d'appétit, amaigrissement, etc., tel qu'on le remarque chez les individus replets qui, sous prétexte de combattre leur obésité, ingurgitent force vinaigre, limonade ou autre préparation acide. Cette pratique, soit dit en passant, doit être condamnée, car elle ne fait disparaître une certaine quantité de graisse qu'aux dépens des forces générales. L'obésité peut se traiter par des moyens beaucoup plus doux. (Ringer.)

Les acides minéraux rendent beaucoup de services dans le traitement des *fièvres*, savoir: fièvre typhoïde, intermittente, rémittente, scarlatine, rougeole, variole, etc. Ils ont pour effet de diminuer la soif souvent très intense, et, par leur sapidité particulière, de faire cesser la sécheresse de la gorge et de la bouche, si pénible dans ces cas. En vertu de leurs propriétés astringentes, ils combattent la diarrhée de la fièvre entérique: à titre d'adjavants du suc gastrique, ils favorisent la digestion et par suite deviennent très utiles dans ces maladies où les

fonctions gastro-intestinales sont le plus souvent en défaut. Enfin, leur action sur la composition du sang les rend utiles dans les maladies fébriles que je viens d'énumérer ; en augmentant la plasticité du sang, ils obviennent à l'un des plus pernicioeux effets des fièvres essentielles, qui est d'amener l'anémie globulaire et par suite l'asthénie générale. Si donc vous avez à prescrire une limonade à vos fébricitants, donnez autant que possible la préférence aux acides minéraux et surtout à l'acide muriatique ou à l'acide nitrique. Ces limonades aux acides minéraux se font généralement *ad gratam aciditatem* ; une ou deux drachmes d'acide pour un pot de tisane ou d'eau sucrée représentent une assez bonne proportion.

Contre les *sueurs profuses des phthisiques* l'acide sulfurique aromatisé se prescrit assez souvent, soit seul soit combiné au sulfate de zinc. On le recommande, et j'en ai parfois obtenu de bons services, dans les cas de leucorrhée profuse, à dose de vingt gouttes, trois ou quatre fois par jour.

L'acide sulfurique dilué est regardé par plusieurs (Gendrin, Bennett, etc.) comme un des meilleurs antidotes chimiques du plomb et on l'a proposé comme *prophylactique des accidents saturnins*. Tanquerel Grisolle, H. C. Wood, etc., ne croient guère à l'efficacité de cet antidotisme, et ils ont vraisemblablement raison. En effet, en administrant ici l'acide sulfurique, on veut favoriser la formation d'un sulfate de plomb insoluble ; or, ce sulfate de plomb, tout insoluble qu'il soit, est cependant toxique aussi lui, autant que le sont le carbonate et l'oxyde. Il est juste de dire cependant que d'autres observateurs ont obtenu d'excellents effets, dans ces cas, par l'administration de l'acide sulfurique.

C'est à titre de toniques généraux que les acides ont été conseillés et sont prescrits assez ordinairement, surtout l'acide nitro-muriatique, dans quelques *maladies diathésiques* et en particulier dans la syphilis constitutionnelle, la tuberculose, etc. Ici, ils n'ont pas d'action spéciale.

Plusieurs auteurs recommandent leur usage dans la *diathèse phosphatique*, les *calculs ammoniaco-magnésiens*, etc., et pour combattre la trop grande alcalinité de l'urine dans les cas de cystite, rétention d'urine par une cause quelconque, fermentation ammoniacale, etc. Nous avons vu comment Gubler et Ringer expliquent le mode d'action des acides sur la réaction de l'urine. L'explication est plausible, bien qu'elle ne soit pas admise par tous.

L'injection intra-vésicale des acides dilués agira plus directement et donnera peut-être de meilleurs résultats, surtout dans les cas où l'alcalinité de l'urine n'est que passagère. on encore quand elle n'est due qu'à un trouble purement vésical et non pas à une véritable diathèse phosphatique. On se trouvera bien des injections acides dans les cas de rétention d'urine par hypertrophie de la prostate, stricture, paralysie de la vessie, compression du col vésical ou de l'urèthre par une tumeur, dans la cystite chronique, etc. Bartholow recommande pour ces injections, une solution d'une goutte par once d'eau.

Enfin, chose qui peut paraître étonnante au premier abord, il arrive que l'on administre les acides minéraux dans le but de diminuer la *trop grande acidité des urines*. En effet, dans certains cas de dyspepsie, il y a, comme on le sait, excès d'acide urique et d'acide oxalique dans



l'urine par le seul fait du dérangement de la digestion, et par suite de l'assimilation. Si l'acide muriatique administré dans ces cas fait disparaître les troubles digestifs, il aura pour effet ultime et indirect de faire disparaître également l'excès d'acide dans la sécrétion urinaire.

Parmi les autres maladies contre lesquelles on a conseillé l'emploi des acides minéraux, mentionnons la *coqueluche*, la *bronchite chronique*, le *rhumatisme articulaire aigu*, et certaines affections cutanées : *lèpre*, *impétigo*, *acné*, etc.

A titre d'acide pur et simple l'acide phosphorique n'est guère employé. Comme composé de phosphore, il l'est bien davantage et nous l'étudierons plus tard.

Pour l'usage interne, les acides minéraux s'administrent toujours à l'état dilué. Les acides nitrique, sulfurique, muriatique et nitro-muriatique dilués sont officinaux ; leur dose varie alors de 5 à 30 minimes que l'on peut diluer encore si l'on veut. Ces dilutions officinales renferment à peu près une goutte d'acide pour 5 ou 6 gouttes d'eau.

Comme nous l'avons vu plus haut les acides minéraux s'administrent avant ou après les repas ou dans l'intervalle de ceux-ci, suivant le but qu'on se propose. Comme ils peuvent altérer l'émail des dents, il est prudent de les prendre au moyen d'un tube de verre ou d'une paille. Dans les cas de fièvre, je le répète, le meilleur mode d'administration des acides est une tisane édulcorée et acidifiée au goût du malade. Une drachme ou une drachme et demie d'acide pour un pot de véhicule suffit généralement.

---

## CHIMIE MÉDICALE.

---

### Des fermentations ; (1)

par N. FAFARD, M.D., professeur à l'Université Laval, Montréal.

---

#### FERMENTATIONS PATHOLOGIQUES.—CHARBON ET SEPTICÉMIE.

---

CHARBON.—Dans le numéro de juin dernier, je disais : Pasteur pose nettement la question : " Existe-t-il une maladie ayant les caractères du sang de rate ou du charbon, qui soit causée par le développement dans le sang des animaux des petits corps filiformes ou bactéries que M. Davaine a découverts le premier en 1850 ? Cette maladie doit-elle être attribuée en tout ou en partie à une substance de la nature des virus ? En un mot, est-il possible d'écarter, touchant la maladie charbonneuse, tout doute possible ?

" Voici, dit Pasteur, une goutte de sang charbonneux ; elle contient des globules rouges plus ou moins agglutinés, coulant comme une gelée un peu fluide, des globules blancs en nombre plus grand que dans le même sang normal et des filaments qui nagent dans le sérum liquide. On introduit la goutte sous la peau d'un cochon d'Inde, d'un lapin, d'un mouton, d'une vache ou d'un cheval, et l'animal meurt dans les 24 ou 48 heures, dans trois ou quatre jours au plus, et tout son sang

---

(1) Suite—Voir la livraison de juin.

offre les caractères physiques et virulents de la première goutte inoculée. Est-ce la bactériémie qui a agi, ou les autres éléments solides ou les liquides qui l'accompagnent et qui se reproduisent comme elle dans l'économie?"

Il a été démontré précédemment que le sang d'un animal sain, mis à l'abri des germes atmosphériques, ne peut donner naissance à aucun microbe et ne se putréfie pas. L'expérience prouve qu'il en est de même pour le sang charbonneux. Ce sang obtenu et conservé par les mêmes procédés que ceux que l'on emploie pour la conservation du sang des animaux sains, ne contient que des bactériémies, aucun autre microbe ne peut s'y développer. Alors Pasteur eut l'idée de cultiver cette bactériémie.

Il sème, avec les précautions voulues, une goutte de sang charbonneux dans de l'urine rendue neutre ou peu alcaline. Au bout de quelques heures, la bactériémie s'est reproduite à l'infini; il prélève de ce milieu une goutte qu'il sème dans de l'urine semblable; de celle-ci une autre goutte passe dans une urine nouvelle, et ainsi de suite pendant des mois. Il inocule la bactériémie de la dernière culture, et la maladie charbonneuse éclate avec toute l'intensité que produirait le sang charbonneux lui-même.

Dès lors, il devient évident que la virulence du sang charbonneux n'appartient ni aux globules rouges poisseux ni aux globules blancs, puisque dans ces cultures successives ces globules mis en si petite quantité, ont dû disparaître complètement.

Peut-être existe-t-il dans ce liquide un ferment soluble, produit par la bactériémie, qui serait la cause réelle du charbon? L'expérience suivante fait disparaître tout doute à cet égard.

Que l'on filtre, au travers du plâtre, de l'urine chargée de bactériémies, ou si l'on veut le sang charbonneux lui-même, nous pourrions de ce liquide filtré inoculer 10, 20, 30, 40 et même 80 gouttes sans produire aucun effet, tandis qu'une seule goutte du liquide inoculé avant la filtration amène rapidement la mort avec tous les terribles symptômes du charbon.

Il reste encore l'hypothèse, bien invraisemblable, que pendant les cultures successives un virus granuleux aurait pu se produire en même temps que la bactériémie, lequel virus serait arrêté par le filtre de la même manière que le sont les globules de sang et les bactériémies.

Cette hypothèse ne peut résister à l'examen attentif par le microscope. Nous avons vu que dans l'urine rendue neutre ou peu alcaline, les bactériémies se multiplient en filaments innombrables, enchevêtrés, cotonneux; or, dans les interstices laissés par ces filaments enchevêtrés, le liquide conserve une limpidité parfaite; le microscope est impuissant à y faire découvrir le moindre corpuscule, la plus petite granulation.

La bactériémie est donc la seule et unique cause du charbon. En résumé, comme dit Pasteur, le charbon doit être appelé aujourd'hui la maladie de la bactériémie, comme la trichinose est la maladie de trichine, comme la gale est la maladie de l'acarus qui lui est propre, avec cette circonstance toutefois que dans le charbon, le parasite, pour être aperçu, exige l'emploi de forts grossissements.

SEPTICÉMIE—Au prochain numéro.

N. B.—Le nom de Pasteur fait grand bruit actuellement dans l'uni-

vers ontier. Le lecteur lira avec plaisir l'article suivant, tiré du *Courrier des Etats-Unis*. Cet article se rapporte directement à l'étude des fermentations et est intitulé : M. PASTEUR.

On a présenté à la chambre des députés un rapport augmentant la pension faite à M. Pasteur pour les services rendus par lui à la science. A cette occasion, M. Paul Bert a tenu à rendre un hommage public et personnel au grand chimiste. Il a voulu rapporter lui-même tous les titres que M. Pasteur possède à la reconnaissance du pays. Cela est un bel exemple de confraternité scientifique.

M. Pasteur est une des personnalités les plus considérables et les plus originales de la science contemporaine. Son œuvre scientifique ne rentre dans aucune des catégories où se classent et spécialisent d'ordinaire les savants. Il a débuté par être chimiste, et il a failli—à une voix près—entrer dans la section de botanique de l'Académie des Sciences, où il siège dans la section de minéralogie. Il aurait tout aussi bien le droit d'entrée dans les sections de médecine et d'économie rurale.

C'est qu'il a poussé vigoureusement une pointe rectiligne là où le menait sa pensée, sans plus se soucier des classifications scientifiques que le sanglier de La Fontaine ne se souciait des sentiers tracés.

Il va droit devant lui, et tant pis pour qui lui fait obstacle, quand il soupçonne que cet obstacle est une ombûche traîtreusement dressée. Dans sa rude loyauté, il est implacable pour les adversaires chez qui il croit apercevoir ombre de mauvais vouloir, d'entêtement systématique, ou de charlatanisme rhétoricien. Mais le conflit un peu aigu que j'ai eu avec lui, et duquel il est sorti victorieux, est là pour montrer que M. Pasteur, sans jamais broncher d'une semelle, ni abaisser la science à faire risette à l'erreur, sait traiter avec courtoisie et affec-tion un adversaire de bonne foi.

Comment, avec son éducation de chimiste et étranger aux connaissances médicales, M. Pasteur est-il devenu Jenner, et a-t-il dévoilé à la pathogénie des horizons inconnus? L'histoire de cette évolution est bien simple.

Les premiers travaux chimiques de M. Pasteur, par lesquels, suivant l'expression de Biot, il " s'était ouvert une voie toute nouvelle ", ont porté sur le tartrate d'ammoniaque. Il découvrit que ce sel est composé de deux sels de composition identique, et que sépare l'un de l'autre la fermentation.

Tandis que cette fermentation s'opère, il voit se développer un être très petit, sorte de champignon microscopique qui, il s'en assure par des expériences précises, est la cause réelle de la fermentation. Ainsi ce phénomène si curieux est le résultat du développement et de la nutrition d'infiniment petits infiniment nombreux.

Frappé de l'importance de ce fait, M. Pasteur étudia successivement les fermentations alcoolique, acétique, lactique, butyrique etc., et il arriva à ce résultat que chacune d'elles est produite par un être (on a dit plus tard un *microbe*) spécial.

Mais d'où viennent ces êtres qui produisent si rapidement l'alcoolisation du moût de raisin, l'acidification du lait, la putréfaction des matières azotées?

D'où ils viennent? De la substance elle-même, affirmaient les partisans de la *génération spontanée*; elle leur donne naissance par sa propre altération. Des germes répandus dans l'air, répondaient d'autres philosophes.

Alors commence une lutte curieuse entre des savants remarquables par l'érudition, l'éloquence, la hauteur de vues, et l'implacable expérimentateur qui poursuit, la cornue en main, leurs vaines hypothèses. Il triomphe enfin sur toute la ligne, et montre que les corps les plus altérables, le sang, le lait, peuvent, sans avoir subi aucune coction ou modification préalable, être conservés indéfiniment au contact de l'air, lorsqu'on a évité l'arrivée des germes microscopiques flottant dans les poussières.

La thèse de la *génération spontanée* était complètement vaincue sur tous les points où l'expérience pouvait l'aborder. Pour les autres, elle ne présente aucun intérêt aux yeux de l'homme de science.

L'étude approfondie que M. Pasteur dut faire des différents ferments et de leur condition de vie, devait l'amener à d'importantes conséquences pratiques. Ainsi la bière et le vinaigre étaient avant lui fabriqués par des procédés empiriques, donnant des irrégularités dont on ne se rendait pas compte. M. Pasteur a régularisé ces fermentations, et ses procédés sont appliqués aujourd'hui par nombre d'industriels.

Une fois fabriqués, la bière et le vin sont souvent la proie de fermentations secondaires qui les rendent amers, aigres, filants, etc.

M. Pasteur montre qu'on peut détruire aisément et sans nul inconvénient, par une chaleur déterminée, tous les microbes producteurs de ces fermentations, et que le vin peut alors se conserver et se transporter sans encombre. La *Pasteurisation*, pour prendre un mot qui nous vient d'Allemagne, est maintenant pratiquée en grand.

L'habileté merveilleuse dont avait fait preuve M. Pasteur dans ces délicates recherches fit que le gouvernement le chargea d'étudier la *pébrine*, terrible maladie qui menaçait d'une destruction totale les vers à soie de France et d'Italie. Le chimiste "qui n'avait jamais vu de vers à soie" se montra digne de cette confiance. Il trouva la cause de la maladie dans un être microscopique qui se développe dans le ver. Puis il prouva que les œufs issus de papillons, ne contenant pas de "corpuscules," donnent toujours des vers sains.

Dès lors, le "grainage cellulaire par le procédé Pasteur" résolut complètement le problème. On n'alla plus acheter de graines au Japon, et l'industrie des vers à soie était sauvée, si des conditions fâcheuses, d'ordre purement économique, n'étaient intervenues.

Pendant ce temps, un médecin de grand talent, M. Davaine s'inspirant, il le dit lui-même, des anciens travaux de M. Pasteur, avait essayé de démontrer qu'une maladie redoutable qui tue par an pour 15 à 25 millions de moutons et de bœufs en France, le *charbon* est occasionné par le développement, dans le sang, d'un microbe spécial, qu'il appela *bactériémie*.

C'était, avec la *pébrine*, la première maladie épidémique dont on pouvait attribuer la cause à un parasite défini. La doctrine parasitaire tant de fois soutenue au moyen-âge, et que les récentes et bizarres hypothèses de Raspail et de Henle avaient en vain essayé de rajeunir allait enfin prendre un corps.

M. Pasteur intervint alors. La question laissée indécise par Davaine, il la résolut du premier coup. Il parvint à cultiver dans des liquides particuliers, la bactériidie microscopique, de manière à en obtenir en quelques heures "des kilogrammes, poids sec." Il montra comment elle se développe, comment elle se transmet, expliqua les épizooties de charbon dit spontané, et donna les plus précieuses et les plus efficaces indications pour les prévenir.

Mais tous ces beaux travaux ne sont rien à côté de la merveilleuse découverte qu'il allait faire en suivant cette voie.

En effet, voici qu'en cultivant la bactériidie dans des conditions particulières, il montra que ce microbe perd une partie—grande ou petite, à la volonté de l'opérateur—de ses propriétés redoutables. Elle tuait tout à l'heure un mouton; maintenant, à peine peut-elle tuer un cochon d'Inde. Mais, *res miranda*, ce mouton qui vient de résister à l'inoculation de la bactériidie affaiblie, on peut impunément insérer sous sa peau le sang charbonneux qui auparavant l'eût tué à coup sûr. Il est *vacciné!*

Des expériences en grand, exécutées devant un public nombreux sur des centaines d'animaux (O *Ligue contre les abus de la vivisection*, que n'étais-tu née!) démontrèrent à tous cette étonnante découverte. En voici les résultats en total, d'après les procès-verbaux officiels:

Sur les chevaux et les bœufs vaccinés, la mortalité par inoculation de virus charbonneux a été nulle; sur les chevaux non vaccinés, elle a été de 100 pour 100 et sur les bœufs de 30 pour 100.

Sur les moutons vaccinés, elle a été de 3 pour 100; sur les non vaccinés, de 94 pour 100.

Les résultats ont été presque aussi beaux vis-à-vis du charbon spontané. Ainsi, sur 2,867 moutons non vaccinés, 141 sont morts du charbon, tandis que dans les mêmes troupeaux, sur 3,663 vaccinés, pas un n'a succombé.

Il n'est donc pas étonnant que la pratique de la vaccination se répande avec une rapidité extraordinaire. En 1881, année de la découverte, on a vacciné en France 34,000 animaux: en 1882, 399,000, et dans les cinq premiers mois de 1883, 275,000.

On peut affirmer sans crainte d'exagération aucune, que la terrible maladie du charbon est vaincue.

Que de millions annuellement gagnés pour la France!

M. Pasteur a également découvert le vaccin de deux autres maladies épizootiques qui font des dégâts importants, le *choléra des poules* et le *rouget des porcs*. Enfin, on est en droit d'espérer qu'avant peu de temps il se sera rendu maître de la *rage*.

Cet incomparable ensemble de découvertes a suscité un grand mouvement scientifique. Des travaux de la plus haute importance, et dans lesquels M. Pasteur peut justement réclamer la part de l'initiateur, ont montré l'origine parasitaire de bien des maladies infectieuses. Mais la preuve n'est faite que pour celles qui sont transmissibles aux animaux, comme la morve, la phthisie, la septicémie, le charbon symptomatique, dont MM. Arloing, Cornevin et Thomas ont trouvé le moyen de vacciner les bœufs. Pour les maladies purement humaines, on est réduit à l'induction.

M. Pasteur s'est toujours défié de ce procédé scientifique. Sa hardiesse à affirmer quand, il a la preuve en mains, n'a d'égale que sa timi-

dité quand l'expérience n'est pas derrière lui. Aucune des critiques qui ont été dirigées contre la *microbiomanie* et ses applications thérapeutiques n'atteint ses travaux.

Son œuvre théorique est absolument intacte, et quant aux applications pratiques qui en découlent, l'illustre Huxley les a appréciées en ces termes : " Les découvertes de M. Pasteur suffisaient, à elles seules, pour couvrir la rançon de guerre des cinq milliards payés par la France à l'Allemagne en 1870."

---

## HOPITAUX.

---

### HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.

---

*Traitement de la chorée par le bromure de potassium et le chloral.—*  
*Epilepsie ; médication bromurée.—Myélie aiguë ; mort ; autopsie.*

*Traitement de la chorée par le bromure de potassium et le chloral.—*  
Emma D\*\*\*, 16 ans, est admise à l'hôpital, salle Ste. Marie, no. 29, souffrant de chorée limitée au côté gauche. Cette malade a déjà été traitée dans nos salles en 1881. L'histoire du cas, telle que relatée alors, se lit comme suit :

"Emma D\*\*\*, 14 ans, fut prise de mouvements choréiques vers janvier 1879. Ces mouvements étaient limités au côté gauche (bras et jambe), la face étant parfaitement calme. Un an après, le bras et la jambe du côté droit furent pris à leur tour des mêmes mouvements, pendant que ceux-ci cessaient dans le côté gauche. Au bout de neuf mois, les mouvements abandonnèrent le côté droit pour revenir à gauche où ils se maintinrent jusqu'en février 1881, époque à laquelle, sous l'influence d'un traitement, tout mouvement convulsif cessa. La malade fut bien portante pendant près de six mois, puis la chorée se montra de nouveau, encore au côté gauche. Elle dura depuis deux mois quand la patiente fut admise à l'hôpital. Les mouvements sont aujourd'hui assez limités ; la face est encore parfaitement calme ; l'état général bon. La malade n'a jamais eu de rhumatisme articulaire aigu. L'auscultation ne révèle aucun souffle anormal du côté du cœur. On prescrit deux minimes de liqueur de Fowler, trois fois par jour, que l'on augmente bientôt à cinq minimes. Au bout de quinze jours de traitement, l'état de la patiente s'est déjà sensiblement amélioré."

Cette malade laissait en effet l'hôpital après un mois de traitement (novembre 1881), semblant parfaitement guérie. La dose d'arsenic avait été progressivement réduite à deux minimes de la solution de Fowler. La guérison se maintint jusqu'en mai 1883. Durant cet intervalle, la malade fut atteinte (octobre 1882) de rhumatisme articulaire aigu qui persista durant six mois. Elle ne peut dire quel traitement on lui a fait suivre alors.

Vers le mois de mai 1883 les mouvements choréiques se manifestant de nouveau, toujours du côté gauche, Emma fut admise à l'hôpital le 25 juillet, comme il est dit plus haut.

La face est calme ; le bras et la jambe gauches sont seuls affectés.

On constate un bruit de souffle à la pointe du cœur et au premier temps. On prescrit 5 gouttes de liqueur de Fowler, à prendre trois fois par jours, après les repas; puis on augmente à 10 gouttes. Au bout de quinze jours, l'état de la malade est le même au point de vue des accidents nerveux; de la nausée et des efforts de vomissements empêchent de continuer plus longtemps la médication arsenicale. Quelques jours de repos sont accordés, puis on administre le sulfate de zinc en solution, à dose de 3 grains, trois fois par jour. Cette dose est élevée ensuite à 6, puis à 8 grains, alors que des symptômes d'irritation stomacale forcent de mettre cette médication de côté au bout de huit jours. On la remplace par une potion renfermant 20 grains de bromure de potassium et 15 grains de chloral, à prendre trois fois le jour. Dès le troisième jour il se produit un peu d'amélioration dans l'intensité des mouvements choréiques. Après quelques jours, on élève à 30 grains la dose de chacun de ces derniers médicaments, et, au bout de trois semaines, tout mouvement a cessé.

Cette amélioration se maintient durant trois semaines alors qu'on remplace le bromure et le chloral par le citrate de fer et de quinine.

La malade est encore sous observation. Des symptômes hystériques se sont montrés à intervalles irréguliers: rétention d'urine, douleurs erratiques, sensibilité à la région des ovaires, etc. Le bruit de souffle est toujours perceptible à la pointe du cœur et au premier temps. De temps à autre la malade se plaint de palpitations.

*Epilepsie; médication bromurée.*—Alexina L\*\*, 22 ans, couturière, souffre depuis sept années d'attaques de vertige épileptique. Elle dit n'avoir jamais eu de convulsions. C'est à une de ses compagnes qu'elle doit d'avoir constaté ses *absences*. Elle même et sa famille ne se doutaient pas qu'elle fut en proie au vertige. Les accès se répètent à intervalles assez irréguliers durant ces sept années; parfois la malade passe plusieurs jours sans éprouver de vertige; par contre il arrive souvent que les attaques vertigineuses se manifestent trois ou quatre fois de suite dans la même journée. La patiente a suivi un traitement assez régulier pendant ce laps de temps, mais sans amélioration notable. Suivant elle, il n'y a pas eu d'antécédents nerveux dans sa famille. Sa mère est morte d'hémorrhagie cérébrale.

Admise à l'hôpital le 14 août 1883 (salle Ste. Marie n° 26), Alexina souffre d'un peu d'œdème aux pieds et aux jambes, qui sont couverts de plaques erythémateuses. Il n'y a rien d'anormal au cœur. Les accès de vertige se montrent à peu près deux fois dans les vingt-quatre heures et s'accompagnent d'une grande pâleur de la face. On prescrit une goutte de la solution alcoolique de nitro-glycérine (au 100<sup>e</sup>) à prendre trois fois par jour, dose qu'on augmente à deux gouttes le lendemain, puis à trois gouttes. Au bout d'une dizaine de jours de ce traitement, aucune amélioration ne s'est encore manifestée dans la fréquence et la longueur des accès qui restent toujours les mêmes, malgré que les effets purement physiologiques de la nitro-glycérine, v.g. céphalalgie, rougeur de la face, etc., se soient montrés d'une manière bien caractéristique.

On remplace alors la glonoïne par le bromure de potassium dont on donne 60 grains trois fois par jour. Sous l'effet du bromure dont l'usage est continué durant quinze jours, le vertige disparaît tout-à-fait.

Ce médicament est à son tour remplacé par la belladone ( $\frac{1}{4}$  gr. d'extrait, quatre fois par jour) dont l'action ne semble pas soutenir l'effet du bromure, puisque les accès reviennent au bout de quatre jours de la médication belladonnée. Celle-ci est abandonnée et l'on revient au bromure alcalin administré aux doses déjà vues (180 grains par jour). Le vertige disparaît de nouveau et, à l'heure où ces notes sont prises, il ne s'est pas manifesté depuis onze jours.

Quelques boutons d'acné sur le nez et les joues sont les seuls accidents produits dans ce cas par le traitement au bromure.

*Myélite aiguë ; mort ; autopsie.*—Marie D\*, 40 ans, célibataire, blanchisseuse, est admise à l'hôpital (salle Ste-Marthe, n° 50) le 26 juillet. L'histoire de la famille et les antécédents de la malade elle-même ne révèlent aucun vice syphilitique, scrofuleux, tuberculeux, alcoolique, goutteux ou rhumatismal ; cette patiente n'a, du reste, jamais souffert de maladie grave. D'après elle, l'affection actuelle a débuté le 19 juillet, par une douleur siégeant au creux épigastrique et dans la région dorsale de la moëlle épinière ainsi qu'au niveau des omoplates ; en même temps il y avait sensation de constriction autour de la poitrine avec dyspnée. Des sinapismes furent alors appliqués aux endroits douloureux, mais sans effet. Un charlatan, appelé sur ces entrefaites, appliqua des empiâtres qui eurent pour effet de déterminer une vive irritation de la peau au niveau des omoplates, sur les parties médiane et latérales. Il n'y a pas de douleurs fulgurantes ou autres dans les membres. Les deux jambes conservent pleinement la faculté de se mouvoir ; elles sont si peu le siège de douleurs, engourdissement, etc., que la malade fait expressément la remarque que si "*l'estomac est en souffrance, les jambes au moins sont bonnes.*" Il y a un peu de fièvre ; soit plus ou moins vive.

Le 26, comme il vient d'être dit, la patiente entre à l'hôpital. Elle se plaint de plus en plus de douleurs au creux épigastrique et d'une singulière et pénible sensation de constriction autour de la taille qui lui semble être comprimée par une ceinture. Pas de douleurs aux jambes ; toujours le même point douloureux dans le dos. Température élevée ainsi que le pouls. On prescrit la quinine à dose de deux grains toutes les trois heures, limonade alcoolisée.

Le 27, même état, ; même traitement.

Le 28, il y a rétention d'urine ; on pratique le cathétérisme ; les membres inférieurs sont quelque peu engourdis. Un grand vésicatoire est appliquée sur la région dorsale au point de jonction de celle-ci avec la région lombaire, c'est-à-dire au point où la rachialgie est la plus intense. A l'intérieur on prescrit l'extrait fluide d'ergot, une goutte toutes les dix minutes. Le soir du 28, l'engourdissement des jambes a fait place à une paraplégie absolue. La rétention d'urine continue ; cette urine est alcaline et donne une forte odeur d'ammoniac. La sensibilité tactile, douloureuse et thermique est conservée dans les membres paralysés. Pouls 104 ; température 108° Fahr. Pas de vomissements ni de céphalalgie. Sueurs assez abondantes.

Le 29, aucun changement ; même traitement.

Le 30 A.M., pouls 112, température 102°5. Langue sèche. Même état que le 29, la rachialgie persiste ainsi que la paraplégie et la rétention d'urine ; les deux jambes sont oedématisées, mais conservent leur



sensibilité tactile et douloureuse. La transpiration continue toujours la même; constipation; un second vésicatoire est appliqué sur toute l'étendue de la colonne vertébrale; on continue l'ergot à la même dose; des frictions et lotions à l'alcool camphré sont pratiquées sur les régions sacrée et fessière, pour prévenir autant que possible la formation d'une eschare qui ne s'est pas encore montrée, mais qui ne peut tarder. Le soir, pouls 120, température 103°.

Le 31, pouls 108, température 101°5. Même état. La malade se plaint, de plus, d'engourdissement dans le bras gauche, la langue lui semble embarrassée et comme épaissie. On continue le même traitement. Le soir, pouls 116, température 102°.

Le 1er août, pouls 112 le matin et 120 le soir; température 101°5 le matin et 102°5 le soir. La constipation continue. Pas de symptômes du côté de la tête; douleurs en ceinture toujours les mêmes. La rétention d'urine persiste; l'on y obvie au moyen du cathétérisme pratiqué *p. r. n.* En sus de l'ergot, on donne le bromure de potassium à dose de 40 grains toutes les trois heures.

Le 2 A.M., pouls 116, température 101°. Un lavement ayant été donné hier, une abondante évacuation se produit ce matin; la rétention d'urine ne cède pas, urine toujours alcaline; sensibilité toujours conservée aux membres inférieurs. L'engourdissement et les douleurs du bras gauche ainsi que la difficulté dans l'articulation des mots disparaissent. Les douleurs rachialgiques sont moindres. Deux eschares se forment à la région fessière. On les panse antiseptiquement. On continue l'ergot et le bromure de potassium. Le soir, pouls 116, température 102°.

Le 3, il y a des selles involontaires; rétention d'urine toujours la même; douleurs en ceinture persistent; pouls 120; température normale: 78°5. On cesse ergot pour continuer bromure. Insensibilité conservée aux jambes; transpiration abondante depuis le 28 juillet; œdème continue; urine ammoniacale, bien qu'elle soit tirée quatre fois le jour. Les eschares fessières augmentent en dimension et en profondeur. Le pouls est plus faible.

Le 4, la malade avale avec difficulté; elle se plaint de douleurs dans les bras. Pour le reste, même état que ces deux derniers jours. Pouls 130, temp. 100°.

Le 5 A.M., a transpiré abondamment toute la nuit; les bras sont douloureux; rachialgie pas plus intense; l'incontinence des matières fécales marche de pair avec la rétention de l'urine (ammoniacale). Sécheresse de la bouche; dysphagie; un peu de dyspnée. La malade se plaint de pesanteur dans les deux bras. Le soir, temp. 101°; pouls 130. Même traitement que ci-haut.

Le 6, la malade a dormi un peu; elle se plaint que ses bras sont plus lourds qu'hier; la paraplégie, l'incontinence des matières fécales et la rétention d'urine continuent. Plus de dyspnée qu'hier. La sensibilité tactile est amoindrie dans les parties paralysées. Pas de symptômes du côté de la tête. Pouls 150, temp. 100°½. On prescrit l'extrait fluide d'ergot à dose de une demi-drachme toutes les trois heures, et la morphine en quantité suffisante pour calmer les douleurs. Le soir, les deux bras sont dans un état de demi-paralysie, plus douloureux aussi; la malade se sent incapable de les soulever. Pouls 148, temp. 103°.

Le 7 A.M., pouls 130, temp. 99°; même état qu'hier. De plus.

efforts de vomissements; dyspnée plus considérable. Même traitement. —P.M., pouls 128; temp. 101°. Les bras sont à peu près complètement paralysés à leur tour. Respiration accélérée; prostration; douleurs fortes dans les membres; difficulté dans l'articulation des mots; nausées, efforts de vomissements.

La malade mourut le 8, à 1.50 A.M. avec des symptômes d'apnée.

*Autopsie*, dix heures après la mort. En sectionnant la peau sur la ligne médiane du dos, au niveau des omoplates, on voit s'échapper une grande quantité de pus infiltré dans les muscles de cette région. Cet abcès diffus a-t-il été la conséquence des applications irritantes faites à cet endroit avant l'entrée de la malade à l'hôpital?

La moëlle épinière est mise à nu depuis la 9<sup>e</sup> vertèbre dorsale jusqu'à la 3<sup>e</sup> vertèbre lombaire. La région lombaire est intacte, les méninges seules sont congestionnées. Au niveau de la jonction entre la 12<sup>e</sup> dorsale et la 1<sup>re</sup> lombaire, il existe du ramollissement de la substance médullaire. Ce ramollissement se prononce de plus en plus à mesure que l'on examine les régions plus élevées de la moëlle; au niveau de la 9<sup>e</sup> dorsale, la moëlle n'est plus qu'une véritable bouillie, sans aucune consistance et d'une blancheur mate. A cet endroit les méninges sont fortement congestionnées. De petits foyers purulents sont découverts entre la dure-mère et la paroi vertébrale, au niveau des trous de conjugaison. Malheureusement, les circonstances ne permettent pas de pousser plus loin l'examen nécroscopique.

**Traitement de l'hydrocèle, de la grenouillette et des kystes sous-cutanés par les injections d'acide phénique.**—Le Dr SANDIDGE rapporte plusieurs cas remarquables d'hydrocèles, qui, traitées d'abord par l'injection iodée et ayant récidivé, ont disparu complètement à la suite d'une seule injection d'acide phénique. Une seule fois, il y eut quelques accidents inflammatoires de peu de durée.

Une grenouillette énorme fut d'abord traitée par l'injection iodée et restait après quatre mois, encore plus considérable; c'est alors qu'on eut recours à l'injection phéniquée, et longtemps après le liquide ne se réproduit. Deux autres cas furent suivis d'un pareil succès après l'emploi de cette méthode thérapeutique.—*American Practitioner*. —Médecin praticien.

**Traitement du varicocèle**, par M. KRANZFELD. M. Kranzfeld, médecin à Odessa, indique comme un mode de traitement très simple et d'une exécution facile, dans les cas de varicocèle, des injections d'alcool à 85 ou 90 degrés, pratiquées dans le tissu cellulaire interposé aux veines variqueuses. On injecte chaque fois le contenu d'une seringue de Pravaz et on recommence tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que les vaisseaux variqueux se soient effacés.

Ce traitement serait applicable également aux varices des membres inférieurs.—*Revue hebdomadaire de thérapeutique thermique*.—Médecin praticien.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

**De la tuberculose parasitaire (1).**—Clinique de M. DEBOVE à l'hôpital de la Pitié.—La virulence de la tuberculose et sa nature parasitaire étant admises, nous allons examiner les conséquences de cette doctrine au point de vue de l'étiologie de la maladie.

Un premier point, et il est capital, c'est qu'il n'y a pas de phthisie spontanée, et que tous les phthisiques doivent leur maladie à la contagion. Supposer le contraire, serait admettre la génération spontanée du parasite, origine première du mal, et vous savez que, aujourd'hui, la génération spontanée est universellement niée.

Ce fait de la contagion, qui s'impose avec la doctrine nouvelle, était tout au plus soupçonné il y a quinze ans à peine. La phthisie, disait-on alors, est toujours héréditaire, et le fait de vivre avec des phthisiques n'a aucune influence sur le développement de la maladie. L'observation des faits, à faut bien le dire, semblait donner raison à cette manière de voir. Un grand nombre de phthisiques ont des parents tuberculeux, cela est incontestable; et, d'autre part, il est souvent difficile, par l'étude attentive des antécédents de ces malades, qu'on puisse faire entrer en ligne de compte l'hypothèse d'une contagion.

A ces objections d'ordre clinique, je vais essayer de répondre par la clinique même.

Et tout d'abord, je vous ferai remarquer que si, dans un grand nombre de cas, la contagion est difficile à établir, ce n'est pas une raison pour la rejeter et ne l'admettre, comme quelques auteurs ont voulu le soutenir, qu'à l'état d'exception. Personne ne nie que la variole et la scarlatine soient contagieuses, et cependant il est souvent impossible de trouver l'origine de cette contagion sur les malades que nous avons l'occasion de soigner. Cela est surtout vrai pour les grandes villes comme Paris, où l'agglomération de la population, la fréquence des rapports des individus entre eux, compliquent singulièrement les recherches étiologiques. Cela n'est plus aussi vrai pour les petits centres, où tout le monde se connaît, et où il est facile de relever les antécédents des malades dans leurs détails les plus minutieux. Aussi est-ce surtout dans les petites localités qu'il faut aller chercher, pour la phthisie comme pour toutes les autres maladies contagieuses, les preuves d'une contagion qui nous échappent le plus souvent dans les grandes villes.

Il existe dans la science un grand nombre d'observations prises dans ces conditions: elles sont d'autant plus concluantes qu'au moment où elles ont été publiées, il n'était encore question ni de la virulence de la phthisie, ni de son parasite.

Parmi les plus remarquables de ces observations, je vous citerai les suivantes qui me paraissent typiques.

Viallette rapporte l'observation dont voici le résumé:

Un malade tuberculeux, Jean, épouse une jeune fille, Antoinette.

(1) Voir la livraison de septembre.

sans aucuns antécédents tuberculeux. Jean meurt et sa femme devient tuberculeuse. Elle se remarie à Louis, chez lequel on ne peut trouver non plus aucun antécédent tuberculeux ; Louis et Antoinette meurent phthisiques. Mais ce n'est pas tout, la mère de cette dernière, sans antécédents également, contracte la maladie en soignant sa tante, et, comme elle se marie, son mari est pris à son tour. Tous ces malades, je le répète, habitaient une localité où l'absence d'antécédents héréditaires était facile à vérifier.

Autre observation du même auteur :

Une jeune fille, sans antécédents héréditaires, soigne une phthisique et devient phthisique. Elle rentre dans sa famille et communique la maladie à six de ses sœurs, avec lesquelles elle vivait en commun. Une dernière sœur est épargnée, mais elle n'avait aucun rapport avec sa famille.

Bergeret (d'Arbois) rapporte le cas d'un soldat devenu phthisique au régiment, et renvoyé comme tel dans sa famille. Son père, sa mère, ses deux frères et un voisin qui les soignait deviennent phthisiques. Aucune de ces personnes n'était prédisposée à la phthisie par ses antécédents héréditaires.

M. Villemin rapporte l'histoire d'une jeune fille qui revient phthisique de sa pension, sans qu'il soit possible de dire quelle a été la cause première du mal, elle meurt et sa sœur hérite de sa chambre et de ses vêtements ; elle meurt phthisique également. Enfin, une troisième fille meurt dans les mêmes conditions.

La meilleure preuve que l'hérédité ne joue aucun rôle dans ce cas, c'est que les parents vivaient encore au moment où l'observation a été prise.

Les constatations de ce genre, je viens de vous le dire, sont difficiles dans les grandes villes, mais elles ne sont pas impossibles ; j'estime même qu'en multipliant les observations, en les prenant dans des conditions diverses, on peut obtenir des résultats qui, s'ils n'ont pas la netteté des précédents, n'en sont pas moins suffisants pour constituer de fortes présomptions.

C'est en me basant sur ces considérations que j'ai fait le travail suivant, qui me paraît suffisamment démonstratif, sinon pour vous prouver d'une manière incontestable la contagion de la phthisie, du moins pour battre en brèche l'influence prépondérante de l'hérédité dans le développement de cette maladie.

J'ai passé en revue toutes les malades phthisiques qui ont séjourné dans nos salles depuis ces derniers temps ; ils sont au nombre de vingt-quatre, pris absolument au hasard de la consultation ; leurs antécédents ont été étudiés avec le plus grand soin, à plusieurs reprises différentes, et d'ailleurs il vous sera loisible d'aller contrôler par vous-mêmes l'exactitude des renseignements que je vais vous donner.

Sur ces vingt-quatre malades, quatre seulement peuvent être rangés parmi les phthisiques soi-disant héréditaires ; vingt n'ont pas d'antécédents de cette nature. Par contre, tous peuvent être rangés parmi les phthisiques contagionnés. Voici, en quelques mots, l'histoire de ces malades. Je commencerai par la catégorie des non-héréditaires.

Parmi ces malades, un certain nombre ont été contagionnés en soignant d'autres malades.

1<sup>o</sup> Malade âgé de trente-sept ans ; ses père et mère vivent encore,

l'un a soixante-quinze ans, l'autre soixante-troize ans. Il a deux frères bien portants : l'un a trente, l'autre quarante-cinq ans. Ce malade a séjourné pendant cinq ans à l'hôpital comme infirmier.

2<sup>o</sup> Femme encore jeune ; ses père et mère bien portants : elle a une sœur morte en couches. Un de ses frères est peut-être mort phthisique ; elle était infirmière depuis plusieurs années.

Permettez-moi de vous rappeler, au sujet de ces malades, que la fréquence de la phthisie chez les infirmiers n'est pas chose rare, qu'elle a été constatée par tous les observateurs, et c'est un fait qui m'a toujours frappé depuis que je suis dans les hôpitaux.

Il est vrai que cette fréquence a été attribuée au genre de vie pénible, peu hygiénique de ces hommes, à l'alcoolisme qui fait de grands ravages parmi eux, etc. Pour mon compte, je trouve ces causes bien banales, et je trouve que cette fréquence s'explique bien mieux avec l'hypothèse d'une maladie virulente contagieuse.

3<sup>o</sup> Homme de trente neuf ans : son père est mort rapidement, et à soixante-cinq ans, d'une fluxion de poitrine ; sa mère a soixante-dix ans. Cet homme, qui est phthisique, a eu trois attaques de rhumatisme aigu (ce fait, soit dit en passant, vous montre une fois de plus qu'il n'y a pas, comme on l'a prétendu, incompatibilité entre la phthisie et la diathèse rhumatismale) ; les premiers signes de son affection pulmonaire se sont manifestés six mois après le séjour qu'il dut faire à l'hôpital pour se faire soigner de sa dernière attaque rhumatismale.

4<sup>o</sup> Homme de cinquante-trois ans ; père mort à soixante-troize ans, mère morte à soixante-quatorze ans. Il a eu dix-sept frères et sœurs, sept sont morts, et parmi ceux-ci, deux sont morts phthisiques. Cette proportion de deux phthisiques sur dix-sept personnes n'a rien d'extraordinaire ; cela rentre dans la proportion de la mortalité générale, et c'est pour cela que je n'hésite pas à classer cet homme parmi les non-héréditaires.

Il est devenu phthisique à la suite d'un séjour qu'il fit à l'hôpital pour se faire soigner d'une pleurésie gauche. Je sais bien qu'on peut objecter que sa pleurésie a été la première manifestation de sa diathèse, et que le séjour à l'hôpital n'est pour rien dans sa maladie actuelle. A cela, je réponds que la pleurésie de cet homme n'a présenté aucun des caractères des pleurésies des phthisiques. Il était d'une excellente santé lorsqu'il se refroidit, et la pleurésie qui en est résultée était une pleurésie franche, aiguë, à évolution rapide, bien différente, par conséquent, des pleurésies tuberculeuses.

5<sup>o</sup> Homme de quarante-six ans : son père a quatre-vingt-sept ans, sa mère soixante-dix-sept. Il a eu quinze frères et sœurs morts dans la même semaine, du choléra. Cet homme était très robuste, lorsqu'en 1881, il prit, en se refroidissant, une bronchite généralisée, accompagnée de dyspnée intense, et entra à l'hôpital. Il le quittait au bout de trois semaines, et c'est peu de temps après qu'il présentait les premiers signes de sa tuberculose.

Chez lui également j'admets la contagion. On pourra dire, sans doute, que sa bronchite a été la première manifestation de sa tuberculose, mais je ne le crois pas. La tuberculose ne débute pas par une bronchite subite, envahissant une étendue de poumon assez grande pour forcer le malade à s'aliter.

6<sup>o</sup> Malade de trente-trois ans. Son père a soixante-quatre ans, sa

mère est morte rapidement, à la suite d'une apoplexie. Une de ses sœurs serait morte de péritonite tuberculeuse.

Cet homme était depuis quelque temps à l'hôpital, convalescent d'une fièvre typhoïde, lorsque les premiers signes de tuberculose se sont manifestés.

7<sup>o</sup> Jeune fille de vingt-doux ans, sans antécédents, puisque son père vit et a cinquante deux ans, que sa mère est morte en couches et qu'elle a un frère bien portant âgé de dix ans.

A dix-sept ans, cette jeune fille devint enceinte et subit de ce chef tous les ennuis matériels et moraux qui sont considérés habituellement comme une cause puissante de tuberculisation. Sa santé cependant ne s'altéra pas.

Après son accouchement, elle nourrit son enfant, autre cause de phthisie, chez les personnes prédisposées. Elle continua à jouir de la meilleure santé.

Elle vient ensuite à Paris, et se place comme bonne, dans une famille où, un mois avant son entrée, une jeune fille était morte phthisique; le père et une autre jeune fille étaient phthisiques.

C'est trois mois après avoir quitté cette maison que notre jeune fille est devenue phthisique.

Cette observation me paraît typique, puisqu'elle nous montre une jeune fille qui, après avoir échappé aux causes habituelles de la phthisie, devient phthisique à la suite de son séjour dans un milieu habité par des phthisiques.

8<sup>o</sup> Femme de quarante-deux ans. Ses père et mère sont bien portants. Depuis un an, elle est en rapport journalier avec une phthisique.

Voici maintenant un certain nombre de cas où la phthisie paraît avoir été contractée dans les ateliers :

1<sup>o</sup> Femme dont le père et la mère, déjà âgés, sont bien portants; elle a deux sœurs, de dix-sept et de dix-neuf ans, bien portantes; un frère serait mort à dix-huit mois, elle ne sait de quoi; un autre à cinq ans et demi, à la suite d'une coxalgie.

Cette malade travaille dans un atelier où, nous dit-elle, un grand nombre d'ouvrières sont malades de la poitrine. Elles toussent et sont obligées d'interrompre leur travail de temps en temps.

2<sup>o</sup> Homme dont le père est bien portant et âgé de soixante ans; mère morte, à quarante-deux ans, d'une maladie aiguë; un frère et une sœur sont bien portants. Depuis huit ans, il est ouvrier boulanger, profession qui prédispose à la bronchite, mais qui, en outre, exige le travail en commun. Or, en l'interrogeant avec soin, on apprend qu'un certain nombre de ses camarades sont phthisiques.

3<sup>o</sup> Polisseuse, placée, par conséquent, dans les mêmes conditions que le précédent, devenue phthisique de la même manière, bien qu'elle n'y soit nullement prédisposée par ses antécédents héréditaires, puisque son père est bien portant et que sa mère est morte de la variole.

4<sup>o</sup> Ouvrier cartonnier dont le père et la mère sont morts d'accidents, qui a trois frères et une sœur bien portants. Depuis deux ans, il travaille dans un atelier de peu d'importance, et dans lequel les ouvriers ont de fréquents rapports entre eux. Or, deux de ses camarades sont morts phthisiques en octobre 1882 et janvier 1883.

5<sup>o</sup> Homme de trente ans, son père et sa mère sont bien portants; il

à sept frères et sœurs bien portants. Un autre frère est mort de la variole.

Cet homme est phthisique depuis trois ans et demi. A cette époque, il a eu une bronchite aiguë et est venu pour cela à l'hôpital. Il travaille, en outre, dans un atelier.

Un de nos malades est devenu phthisique par contagion matrimoniale.

Cette variété de contagion est notée depuis longtemps, en raison de sa fréquence même; seulement, jusqu'à ces derniers temps, on attribuait la maladie du second conjoint, non pas à la contagion, mais aux fatigues, aux tourments occasionnés par la maladie du premier. La contagion explique bien mieux les faits, car jamais on n'a vu les fatigues, fussent-elles excessives, déterminer à elles seules la tuberculose.

6<sup>o</sup> Homme de vingt-huit ans, dont le père est bien portant et la mère est morte en couches. Il a deux frères et deux sœurs bien portants. Un de ses frères est mort à quatre ans, il ne sait de quoi. Comme antécédents personnels, notons quatre attaques de rhumatisme.

Il est marié depuis deux ans à une femme poitrinaire, et les débuts de sa maladie remontent à dix huit mois.

7<sup>o</sup> Femme de quarante-huit ans, dont le père est mort à soixante et un ans du choléra, la mère à soixante elle a un frère de cinquante cinq ans, une sœur de soixante bien portante. Elle s'est trouvée pendant fort longtemps en rapport avec un ménage, vivant sur le même palier qu'elle, et dont la mère, poitrinaire depuis longtemps, est morte la semaine dernière.

Cette revue que je viens de faire devant vous me paraît très démonstrative; elle vous prouve tout au moins que l'influence de l'hérédité a été certainement exagérée, alors que l'on n'a pas tenu un compte suffisant de la contagion.

Comment se fait le contagion? Par quelle voie pénètre le virus vivant, dont je vous ai démontré précédemment l'existence, c'est ce qu'il nous faut maintenant examiner.—*Tribune médicale. (A suivre.)*

**Traitement médical des calculs rénaux et vésicaux.** — A une séance de la *Harverian Society* de Londres, le Dr Broadbent a rapporté deux cas, l'un de calcul rénal, l'autre de calcul vésical, ayant cédé à l'emploi des alcalis à hautes doses. Le premier cas était celui d'un homme âgé de cinquante-cinq ans qui, après une attaque de colique néphrétique, présenta les symptômes caractéristiques du calcul vésical. On prescrivit un mélange renfermant une once de citrate de potasse et une demi-once d'acétate de potasse, une drachme de ce mélange devant être prise trois fois par jour avec une cuillerée à dessert de *succus taraxaci* dans une pinte d'eau gazeuse. Après s'être soumis à ce mode de traitement pendant un mois, sans pour cela interrompre ses affaires, le malade rendit un petit calcul qui, malgré qu'il fut impossible de dire jusqu'à quel point il avait diminué de volume, portait des traces d'érosion due à l'action dissolvante de l'urine; il s'ensuivit un soulagement immédiat et le patient s'est toujours bien porté depuis. Un fait digne de remarque dans ce cas est que ce patient ne prenait, en règle générale, que très peu de liquide soit *durant* soit *entre* les repas, ce qui, fit observer M. Broadbent, doit possiblement être regardé comme une des

causes des calculs, soit rénaux, soit hépatiques. Avant que de souffrir de son calcul rénal, ce malade avait, à deux reprises, souffert de calculs biliaires, la première fois cinq ans, et la seconde fois six mois avant l'attaque de colique néphrétique. Pas d'antécédents goutteux ou calculeux. Les habitudes du malade étaient régulières; son mode de vie celui d'un homme destiné à vivre longtemps. La seule cause qui put être découverte comme pouvant amener la formation de calcul était l'abstinence à peu près totale de toute espèce de liquide. Le système avait besoin d'eau, non-seulement comme d'un véhicule pour les matières excrémentielles et pour laver les canaux, mais aussi comme un agent nécessaire à la métamorphose générale; un approvisionnement d'eau suffisant dans ce cas favorisait la formation de calculs, non seulement par la concentration des sécrétions et excrétions, mais aussi en rendant moins parfaits les phénomènes chimiques de la nutrition.

Le second cas fut celui d'un homme de 50 ans qui souffrait de calcul rénal. Le traitement adopté dans ce cas a consisté en de fortes doses de citrate de potasse granulé (effervescent) administré dans beaucoup d'eau; ceci fut suivi du passage d'un petit calcul rugueux qui ne produisit qu'un léger malaise à son passage dans l'uretère, et aucune douleur dans la vessie et l'urèthre, il serait même passé inaperçu si le malade, averti par une légère douleur dans l'uretère, ne s'était pas tenu sur ses gardes ainsi qu'on le lui avait recommandé.

Le traitement par les alcalis ne peut s'appliquer qu'aux cas où le calcul est très petit et formé d'acide urique ou d'urates qui, au reste, disparaîtraient dans une seule séance de lithotritie.

M. Cripps Lawrence fit observer que parfois les calculs se forment pendant la vie intra-utérine et disparaissent durant les premiers temps de la vie sous l'effet d'un traitement analogue, le lait de la mère agissant ici comme dissolvant.—*Lancet*.—*Physician and Surgeon*.

**Traitement de la cirrhose alcoolique.**—Voici ce qu'en dit le Dr Lancereaux, dans ses magistrales leçons de la Pitié :

Puisque l'alcool est l'agent producteur de la cirrhose du buveur, il est évident que, pour éviter cette grave affection, le mieux est de s'abstenir des boissons qui en contiennent. Il faut savoir que des abus quotidiens de vin, qui sont parfaitement supportés et ne semblent détériorer en rien la santé, finissent souvent, après un temps plus ou moins long par irriter l'élément conjonctivo-vasculaire du foie, et produire une cirrhose atrophique avec toutes ses conséquences. Il faut se rappeler aussi que moins l'alcool est dilué, plus il agit sûrement et vite; aussi le vin bu le matin, alors que l'estomac ne contient pas d'aliments, est-il particulièrement nuisible,

Quand la maladie est déclarée, il faut essayer d'arrêter la prolifération du tissu conjonctif et d'empêcher son organisation. Ici, nous n'avons pas le même pouvoir que sur les gommés syphilitiques dont la terminaison naturelle est la nécrose et dont la résorption est puissamment aidée par l'emploi de l'iode de potassium. Cet agent est à peu près inefficace contre l'hépatite interstitielle alcoolique, et j'ai beaucoup plus de confiance dans l'hydrothérapie, qui agit sur la congestion hépatique en même temps qu'elle modifie l'état général; lorsque les lésions sont plus avancées, il ne nous reste qu'à soutenir le malade par



des toniques et à parer aux complications, Dans le cas où l'ascite est considérable et entrave trop les fonctions respiratoires, il faut évacuer l'épanchement abdominal; mais la ponction doit être retardée le plus possible, car le liquide se reproduit rapidement aux dépens de l'organisme ce qui entraîne une déperdition de force qui augmente à chaque paracentèse.—*Rev. de thérap. médico-chirurg.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Drainage chirurgical. Quelques nouveaux instruments pour le pratiquer,** par le Dr Just Lucas-Championnière.—Le drainage joue dans la chirurgie la plus simple, comme dans les opérations les plus compliquées, un rôle considérable aujourd'hui, et cependant les ouvrages traitant de la médecine opératoire sont à peu près muets sur ce sujet. Sans doute Chassaignac, en fixant les règles du drainage et en dotant l'arsenal chirurgical du tube de caoutchouc perforé, a rendu de grands services; mais si on s'en tenait à ses indications et à ses instruments, on n'obtiendrait pas du drainage le quart de ce qu'il peut donner.

C'est un des grands mérites de Lister d'avoir bien fixé le rôle du drainage dans les plaies récentes, sa nécessité presque absolue, et d'avoir bien déterminé les règles pour son exécution.

Le rôle du drainage ne consiste pas seulement à enlever le pus formé dans une plaie ou reformé dans un abcès. Cette fonction ne devient nécessaire que lorsque la chirurgie a manqué à empêcher la production ou la reproduction du pus. Mais, dans l'immense majorité des cas, le pus ne doit pas se former, c'est de la sérosité ou de la sérosité un peu purulente qu'il faudra drainer.

C'est pour cette raison que les essais de substances très diverses et d'instruments très différents ont réussi. C'est là un point qui n'est pas à dédaigner pour ceux qui pratiquent la chirurgie dans des conditions difficiles avec pénurie d'instruments.

En effet, non-seulement on peut drainer avec des tubes de toutes sortes, mais toute substance pleine, de petit volume, draine en permettant au liquide peu épais de filtrer par capillarité le long de ses parois. Une meche de fil ou de coton, qui s'encrasse vite, est un médiocre drain, mais un faisceau de trins, des bandelettes d'un tissu imperméable comme le tuffetas gommé ou le protective, constituent des drains suffisants.

Des tubes de verre peuvent rendre des services et être utilisés, non seulement pour l'ovariotomie, mais pour d'autres opérations. En somme toute substance imperméable qui ne sera pas altérée par les liquides de la plaie peut servir au drainage.

Mais, dans l'immense majorité des cas, on peut choisir son drain entre beaucoup de drains différents. Il faut d'abord condamner les longs tubes en caoutchouc gris avec soufre en excès qui sentent mauvais dans les plaies. Les longues anses avec les contre-ouvertures nécessaires pour le passage au loin ne sont plus admises. Le drainage se fait très généralement aujourd'hui avec des tubes placés debout, déplacés et livés à chaque pansement.

On a pu espérer qu'un grand progrès serait fait par l'emploi de drains qui se résorberaient dans la plaie et par conséquent ne nécessiteraient aucun déplacement. C'est ainsi que le professeur Chiene d'Edimbourg a proposé des faïsseaux de catgut. Malheureusement ceux-ci se gonflent, obtèrent les orifices. Leur emploi demande une telle surveillance qu'il n'est pas très pratique.

Neuber a proposé des tubes en os décalcifié, débarrassé de la matière calcaire à l'aide d'un acide. Mais ces tubes sont souvent insuffisants, de plus, il arrive qu'ils ne se résorbent pas et sont éliminés par des abcès secondaires.

En somme, le problème est celui-ci : après une opération, ouvrir une voie large, facile à tout écoulement de sérosité, voie qu'on laissera se refermer le plus rapidement possible.

Déjà M. Lister a montré qu'on drainait mieux avec des tubes à paroi résistante, que l'on place debout, que l'on nettoie à chaque pansement, et il recommande le caoutchouc noir ou rouge, qui ne contient pas de soufre en excès et ne contracte pas de mauvaise odeur au contact des matières organiques.

M. Championnière a vu aussi, dans le cours d'un voyage à Vienne, Billroth employer des drains beaucoup plus volumineux que les nôtres, et avait constaté combien ce drainage jouait un rôle important dans la réunion, malgré un système antiseptique un peu insuffisant.

Depuis qu'il fait de la chirurgie antiseptique, M. Championnière a d'abord proscrit les tubes gris, puis tous ceux dont la paroi était mince. Il a choisi pour les amputations et pour les opérations qui forment une large plaie saignante, d'énormes drains rouges de  $1\frac{1}{2}$  centimètre de diamètre, à parois épaisses et incompressibles; puis il a cherché des moyens nouveaux de drainage.

Il fallait trouver des drains incompressibles pour résister à la compression exercée d'habitude sur les pansements, et qui permet d'éviter, dans beaucoup de cas, les sutures profondes si difficiles à manier.

Il fallait aussi une paroi de drain plus lisse au dedans et au dehors parce que le drain draine autant au moins par sa face externe que par sa face interne. Il fallait encore une paroi moins épaisse pour avoir un canal considérable, et cependant une substance assez résistante pour permettre de multiplier les trous de drainage.

Il était indiqué de revenir à la canule métallique des anciens, et M. Championnière fit faire des tubes métalliques. Mais au lieu de choisir l'argent, peu maniable, il fit choix de l'aluminium; et pendant une année il a beaucoup employé les tubes d'aluminium.

Il avait fait faire des tubes de plusieurs calibres. Les tubes se taillent au couteau comme on taille un crayon. On en polit l'extrémité avec une râpe et on les place comme toujours debout dans la plaie.

Le drainage est excellent. Le métal est si léger qu'on ne le sent pas dans la plaie. Il n'est pas altérable comme l'argent. Le drain ne coûte pas sensiblement plus cher que les beaux drains de caoutchouc. À calibre égal il est peu volumineux. On peut le purifier même par le flambage et toujours par la chaleur.

Il n'y a qu'un inconvénient, il est d'une rigidité trop grande, son extrémité est un peu coupante; on risquerait, la compression aidant de blesser des vaisseaux, s'il était placé dans leur voisinage. Lorsqu'a

près avoir enlevé le tube pour le laver on le remet en place, on détermine quelquefois une petite douleur inutile. M. Championnière a réduit son emploi à certains cas particuliers.

Il a cherché ensuite à utiliser une substance très répandue dans le commerce : la cellulose, douce au toucher, très lisse, très propre en apparence à faire de bon drainage.

Il fait faire des tubes finétrés légèrement coniques, ayant, en petit, la forme du spéculum de Ferguson.

Ces tubes sont transparents, très jolis d'aspect ; le drainage est excellent, le tube bien supporté. Malheureusement la cellulose est une substance altérable. Un séjour prolongé dans une solution phéniquée forte ramollit ces tubes, les dépolit légèrement. Ils perdent leur transparence. La cellulose décomposée abandonne un peu de camphre qui donne au tube une odeur caractéristique.

Le tube revenant à un prix relativement élevé, il n'a fait faire qu'un certain nombre de ces tubes qu'il utilise de temps à autre, pour faire un emploi plus général d'une autre substance qui a donné d'excellents résultats : le caoutchouc durci.

M. Collin, qui avait fait construire les tubes en cellulose, a fait construire sur le même modèle des tubes en caoutchouc durci, de volume et de longueur différents qui sont beaucoup employés maintenant.

Ces tubes ont une paroi lisse, très douce au toucher. Leur forme légèrement conique rend leur pénétration dans l'interstice des tissus plus facile que pour les tubes seulement cylindriques. Aux pansements successifs on remplace le gros tube par le moyen, et plus tard le moyen par le petit.

Un petit rebord les maintient hors de la plaie. On les fixe si on veut avec un fil, comme tous les tubes à drainage.

Ils sont rigides, partout, quelle que soit la compression exercée sur la région, ils continuent à drainer. Cependant, ils sont assez mous et doux pour ne pas blesser la plaie ni même déterminer aucune douleur. Leur séjour dans l'acide phénique ne les altère ni ne les dépolit. On peut même les passer à l'eau bouillante. Par conséquent on est sûr de les purifier, et on peut, en quelque sorte, s'en servir indéfiniment. Avec quelques séries de ces tubes on subviendrait pendant longtemps aux besoins d'un grand service.

Le drainage, par ces tubes, paraît un grand progrès ; leur forme conique et l'état lisse de leur parois jouent un grand rôle dans cette amélioration.

Ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille abandonner les tubes de caoutchouc mou. M. Galante a préparé pour M. Championnière des tubes de différentes longueurs et de différents calibres de même nature que les belles sondes rouges qu'il est arrivé à produire. La paroi de ces tubes est très résistante ; on peut, sans l'affaiblir, y pratiquer des ouvertures plus larges et plus nombreuses que sur les drains ordinaires ; même, pour les gros drains, les ouvertures sont polies avec soin pour permettre un meilleur écoulement. M. Championnière a été très satisfait de ces drains, en particulier de ceux de petits calibres qu'il est si rare d'obtenir satisfaisants.

Il croit qu'avec cet arsenal on peut répondre à toutes les indications du traitement des plaies. Ces indications paraissent pouvoir être ainsi résumées :

Dès le début, drainer par une voie large ;  
 Diminuer très rapidement le calibre et la longueur du drain ;  
 Exercer une compression suffisante pour accoler les parties qui  
 étaient soulevées d'abord par le gros drain ;  
 Assurer le fonctionnement du drain par le nettoyage.

M. Championnière a présenté les drains à la Société de chirurgie avec les quelques considérations qui précèdent. Il faut ajouter que, quelque perfectionné que soit le drain qu'on emploie, la surveillance du drainage joue un rôle capital dans la perfection de la réparation des plaies ; il faut changer de drain, s'il fonctionne mal, exprimer la plaie lors du pansement, augmenter le drainage s'il n'est pas parfait, le supprimer aussitôt que l'écoulement est devenu insignifiant. Ce n'est que par l'ensemble de ces soins que l'on aura des réunions rapides et parfaites.—*Journ. de méd. et de chirurg. pratiques.*

**Le péritoine.—Ses propriétés au point de vue chirurgical.—**  
 Leçon clinique de M. TERRILLON, à la Salpêtrière.—La connaissance très exacte des réactions inflammatoires du péritoine dans toutes les opérations intéressant l'abdomen est indispensable au chirurgien. Grâce à elle il se mettra à l'abri des accidents si terribles qui ont, jusqu'à ces dernières années, gêné le développement de la chirurgie abdominale, et il tirera un parti très utile des propriétés si curieuses du péritoine.

Aussi je crois que, avant de commencer mes leçons sur l'étude des tumeurs de l'abdomen et des opérations qui permettent de les extirper, il sera utile pour vous d'avoir des notions sur les propriétés du péritoine.

Vous savez tous que le péritoine présente des propriétés spéciales qui sont : l'irritabilité—l'absorption—l'inflammation, et enfin la facilité avec laquelle ses altérations retentissent sur les organes sous-jacents.

Nous allons étudier l'une après l'autre ces diverses propriétés :

Le péritoine n'est pas sensible aux atouchements ni aux piqûres, mais le contact d'un corps étranger provoque des phénomènes d'irritabilité qui s'expliquent par la présence de corpuscules nerveux situés sous l'épithélium, corpuscules qui ont été étudiés surtout, en Allemagne par Auerbach, et en France par M. Julien (de Lyon).

Cette susceptibilité si exquise nous explique le " shock " qui succède aux grandes opérations de la chirurgie abdominale, c'est-à-dire l'accablement, le collapsus, la tendance au refroidissement et la dépression générale qui résultent d'un tel ébranlement nerveux.

MM. Reynier et Richet ont institué quelques expériences relatives au shock péritonéal. Ils injectent dans le péritoine d'un lapin de l'eau bouillante et du perchlorure de fer ; l'animal meurt en 24 heures dans un état d'adynamie et de refroidissement des plus prononcés, et l'autopsie ne permet pas de découvrir la moindre trace d'inflammation ; c'est donc la mort par ébranlement nerveux car, si d'autre part on engourdit l'animal avec de la morphine ou du chloral, le shock est beaucoup moindre et la mort plus tardive.

En clinique, il est bien établi que les sujets dont le péritoine se trouve pendant le cours d'une opération au contact de l'air et de corps étrangers, présente une tendance des plus marquées au refroidissement général.

C'est encore à l'irritabilité du péritoine qu'on a rapporté le tétanos qui, quelquefois, apparaît du 8<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour après l'ouverture de la paroi abdominale, et M. Gubler, en particulier, a soutenu cette opinion. Il me resterait, pour en finir avec cette propriété de la séreuse abdominale, à vous parler du péritonisme décrit par Gubler, mais ce sujet viendra plus à propos lorsque nous étudierons la péritonite.

Occupons-nous maintenant de la propriété d'absorption du péritoine. On sait, depuis longtemps, que les liquides introduits dans la cavité péritoneale peuvent être absorbés avec la plus grande rapidité. Dans certains cas, cette absorption est pour ainsi dire providentielle, car elle débarrasse le péritoine de liquides qui se produisent à la surface de la cavité séreuse. Bichat prétendait déjà que le péritoine était en communication avec le sympathique. Recklinghausen et Ranvier ont découvert des bouches absorbantes, des stomates au niveau du centre phrénique; ce sont des ouvertures microscopiques limitées par une couronne de cellules épithéliales; elles communiquent avec les radicules lymphatiques.

Ainsi, lorsqu'on injecte du carmin en solution dans le péritoine; on le retrouve dans les lymphatiques.

Il est probable même que cette absorption se fait sur toute la surface du péritoine et non pas exclusivement au niveau des stomates. En tout cas, son lieu d'élection paraît être le centre phrénique et les replis de Douglas.

Vous comprendrez que l'air peut être, tout comme les liquides, resorbé par la séreuse péritonéale et de fait, il est habituel qu'après les opérations, il reste de l'air dans la cavité abdominale; cet air s'absorbe sans inconvénient.

Lorsque le sang séjourne dans le péritoine un caillot se forme, la partie liquide est absorbée, mais la fibrine reste et n'est absorbée à son tour qu'après avoir subi diverses transformations. Des expériences faites dans ce sens ont mis en lumière les faits que je viens de vous avancer; c'est ainsi qu'on peut, par une transfusion péritonéale de sang défibriné, relever les forces d'un malade. Bizzozero et Golgi ont pratiqué cette transfusion sur des animaux et Ponfick l'a tentée trois fois chez l'homme; l'absorption se fit dans ces cas sans grande douleur et sans fièvre bien marquée.

Les liquides albumineux sont très facilement absorbés par le péritoine. et la meilleure preuve clinique de ce fait c'est que les kystes de l'ovaire se rompant dans le péritoine n'occasionnent, le plus souvent, aucun accident sérieux. Cette rupture spontanée de la poche kystique est même, pour vous le dire en passant, un mode de guérison des kystes para-ovariens; c'est une question du reste sur laquelle nous insisterons plus longuement dans le cours de ces leçons. Les expériences de M. M. Dubar et Remy ont montré que les liquides albumineux injectés dans le péritoine du lapin sont, dans l'espace de 36 heures environ, complètement absorbés par la voie des lymphatiques et des vaisseaux sanguins.

Ainsi donc, le péritoine absorbe rapidement les liquides injectés ou spontanément déversés dans sa cavité et, comme je vous le disais tout à l'heure, lorsque ces liquides sont inoffensifs, cette absorption ne donne lieu à aucun accident; mais il est tout autrement lorsque ces liquides sont irritants ou septiques. Dans le premier cas, la séreuse

s'enflamme, dans le deuxième, à l'inflammation s'ajoute la septicémie. Au nombre des liquides irritants je vous citerai les matières fécales, l'urine, la bile, les contenus de kystes qui, par divers mécanismes, peuvent pénétrer dans le péritoine.

Le pus, le sang putréfié, appartiennent à la catégorie des liquides septiques, et leur présence dans la cavité péritonéale peut amener la mort en quelques heures.

En résumé, vous voyez que seules les substances irritantes ou septiques sont à redouter pour le péritoine; aussi le point capital, dans une opération abdominale, sera d'empêcher la pénétration de ces liquides nuisibles ou de ceux qui peuvent devenir tels.

Pour empêcher l'introduction des liquides, vous avez à votre disposition les pinces hémostatiques et les éponges, la flanelle ou de simples serviettes; toutes ces substances ont été employées. Si malgré toutes vos précautions ces liquides ont pénétré, ce qui d'ailleurs est, pour ainsi dire, inévitable dans un grand nombre de cas, vous ferez soigneusement la toilette du péritoine; enfin vous emploierez rigoureusement toutes les précautions antiseptiques pour éviter la putréfaction ultérieure des liquides que vous n'auriez pu enlever malgré tous vos soins. Cependant il est une notion que vous ne devez jamais oublier, c'est que vous avez à vous préoccuper plutôt des qualités de ce liquide que de sa quantité, laquelle pourra n'avoir aucune importance si le liquide est exempt de cause de fermentation. Ce n'est pas tout encore; l'opération terminée, il peut se produire, et il se produit en effet par diverses sources et d'une manière secondaire, une certaine quantité de liquide susceptible de subir les phénomènes de la putréfaction. Vous pourrez, pour obvier à cet inconvénient, établir un drainage. Cette question du drainage de la cavité abdominale, après l'ablation d'une tumeur, a beaucoup préoccupé les chirurgiens et donné lieu aux opinions les plus diverses. Elle s'est surtout présentée à la suite des opérations difficiles ou pénibles qui ont occasionné la chute de liquide nocif dans le péritoine ou qui ont laissé après elles une surface saignante, capable de verser dans le péritoine une certaine quantité de liquide pouvant subir des altérations putrides.

Dans ces conditions, plusieurs chirurgiens ont conseillé de pratiquer ces drainages soit par la paroi abdominale seule, le tube à drainage plongeant simplement dans la cavité péritonéale, soit par la plaie abdominale et le cul de sac vaginal, c'est-à-dire un drainage complet. Quelques opérateurs ont même proposé, à l'exemple de Bardenheuer, de pratiquer toujours le drainage, même à titre prophylactique, pendant quelques heures ou quelques jours, dans le but de donner issue aux liquides laissés dans le péritoine ou à ceux qui se forment peu après l'opération.

Ce drainage est souvent utile, quelquefois indispensable, mais il présente un grand danger qui consiste à laisser les substances étrangères pénétrer par ce canal ouvert dans le péritoine, et aller ainsi à l'encontre des désirs du chirurgien. Le drainage vaginal est surtout passible de ce reproche général.

Ajoutons qu'il est souvent difficile de mettre ces tubes à drainage à l'abri du contact de l'air, malgré les pansements disposés sur leur orifice. Pour pratiquer le drainage on se sert de tubes en caoutchouc (tubes de Chassaignac) ou de tubes en verre (tubes de Kœberlé). Afin

de rendre l'entrée de l'air plus difficile et permottré, malgré cela, la sortie des liquides, Hegar et Kehler ont employé, l'un des tubes en verre, l'autre des tubes de caoutchouc, qu'ils remplissent de ouate hydrophile désinfectée, laquelle est changée chaque fois qu'elle est imbibée de liquide, ou bien qu'elle amène par capillarité les liquides dans le pansement intérieur.

Enfin nous pourrions citer, comme exemple de hardiesse chirurgicale, ayant pour but de parer aux accidents qui peuvent survenir par l'accumulation de liquide septique dans le péritoine, alors que le drainage préventif n'a pas été pratiqué, le cas de Kœberlé. Ce chirurgien, dans un cas où les phénomènes septiques s'étaient montrés après une ovariotomie, ouvrit l'abdomen, enleva 230 grammes de liquide putride dont il avait reconnu la présence par le toucher vaginal, fit soigneusement la toilette du péritoine et sa malade échappa ainsi à une mort qui paraissait inévitable.

Un autre chirurgien, Netter, conseille, lorsqu'on soupçonne la septicité, de rouvrir franchement le péritoine et de pratiquer des lavages à l'eau tiède ?

Je crois vous avoir, par ces exemples, montré quelle était la préoccupation des chirurgiens à propos de ces liquides septiques primitifs ou secondaires et de leurs dangers pour le péritoine et l'état général du malade. Aussi nous allons examiner s'il y a quelques moyens d'éviter la production de ces liquides.—*Progrès médical.*—(A suivre).

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Thérapeutique générale des affections utérines.** DR CHÉRON.— Dans les affections utérines, la moëlle épinière, la moëlle lombaire surtout est en souffrance. Son irritation, modifiée ou non par un état morbide général, entretient, favorise et tient sous son empire, le développement de ces affections. Aussi, loin de me borner à un traitement local comme les anatomo-pathologistes, loin de m'en tenir à la modification de l'état diathésique ou de l'état constitutionnel souvent difficile à préciser, comme les partisans de l'état général, je pose en principe que le traitement de l'irritation de la moëlle doit marcher de pair avec le traitement local, et précéder l'emploi des moyens qui visent l'état général; car sans le traitement qui s'adresse à la moëlle, il n'est pas possible d'obtenir un succès rapide et durable, satisfaisant pour la malade et pour le médecin.

La moëlle irritée laisse l'appareil utéro-ovarien frappé de congestion; sa souffrance se traduit le plus ordinairement par l'apparition d'une névralgie lombo-abdominale; les diathèses et les maladies constitutionnelles impriment aux affections utérines une forme particulière par l'intermédiaire de la moëlle; il ne reste plus qu'à conclure à l'emploi de trois groupes de moyens thérapeutiques, les indications étant en même nombre. A savoir :

1<sup>o</sup> Faire cesser la congestion en amenant la déplétion du système vasculaire de l'utérus, et l'empêcher de se reproduire en rendant aux centres d'innervation vaso-motrice leur tonicité première;

2<sup>o</sup> Éteindre l'irritation spinale dont la névralgie lombo-abdominale est le plus ordinairement la caractéristique ou mieux le symptôme pathognomonique;

3<sup>o</sup> Modifier l'état diathésique qui permet à l'irritation spinale d'imprimer à l'affection utérine une modification trophique profonde que l'on ne retrouve pas dans l'organisme indemne de diathèse ou de maladie constitutionnelle.

Pour remplir la première de ces indications, je proposerai surtout, en dehors des saignées du col et des applications de sangsues, une série de pansements osmotiques.

Par des expériences de plusieurs ordres, j'ai démontré le pouvoir osmotique de la glycérine, associée ou non à des substances médicamenteuses. J'ai fait ressortir ce fait, que la glycérine, dans des conditions physiques et chimiques qu'il n'est point ici le lieu d'énumérer, emprunte aux tissus, à travers les membranes vaginales, à peu près dix fois son poids de liquide, c'est-à-dire qu'un pansement qui renferme 30 grammes de glycérine amène l'excrétion de 300 grammes d'un liquide aqueux que j'ai pu recueillir et analyser. (Ce liquide contient quelques substances salines et très peu d'albumine.)

Sous l'influence de cette déplétion, le retour de la contractilité des parois vasculaires devient plus facile, si les moyens employés concurrentement sont susceptibles de rendre aux centres d'innervation vasomotrice leur tonicité perdue.

Les moyens qui seront employés à éteindre les points douloureux de la névralgie lombo-abdominale, en parant à la seconde indication, auront aussi une certaine action sur les centres d'innervation vasomotrice. Ces moyens seront les révulsifs (vésicatoires, liniments rubéfiants, teinture d'iode, cautères, pointes de feu, etc.), les applications narcotiques ou sédatives, les applications stimulantes. Mais que la névralgie lombaire ait cédé aux moyens que nous venons de mentionner, ou que les centres d'innervation vasomotrice soient atteints, sans qu'aucune réaction se soit produite sur la région médullaire de la sensibilité, alors des applications d'eau chaude ou de glace, d'après la méthode de Chappmann, limitées le plus ordinairement à la région dorso-lombaire, seront pratiquées dans le but de modifier la circulation de l'appareil utéro-ovarien.

Voici les principes de cette intéressante méthode que l'auteur a appliquée à un grand nombre de maladies et à laquelle il a donné le nom de méthode névro-dynamique :

“ La tension des muscles involontaires en général, et spécialement la tension de la couche musculaire des artères, peut être atténuée, ou, en d'autres termes, la circulation périphérique dans toutes les parties du corps peut être augmentée par l'application de glace le long de la colonne vertébrale.

“ Les sécrétions peuvent être diminuées par l'application du froid sur le trajet de l'épine.

“ La nutrition de l'utérus peut être diminuée par l'application du froid sur le trajet de l'épine.

“ La tension des muscles involontaires peut s'accroître sous l'action de la chaleur appliquée sur l'épine.

“ La sensibilité peut être augmentée par l'application de la chaleur le long de l'épine.”

Tels sont les principes de Chappmann, par l'application desquels il traite la plupart des maladies chroniques de tous les organes.

Sans discuter ici la valeur de ces principes, je rappellerai que des



applications en ont été faites un certain nombre de fois au traitement de quelques affections utérines (congestion, hémorrhagies, névralgies), par des praticiens qui en ont publié les bons résultats.

Pour mon compte, en ne demandant à cette méthode que ce qu'elle peut donner, c'est-à-dire la modification temporaire des centres d'innervation de la moëlle ou des ganglions de la chaîne du grand sympathique, je n'ai eu qu'à me louer du moyen qu'elle prescrit.

Un seul exemple donnera une idée de la puissance de ce moyen.

Je fus appelé, il y a six ans à peu près, dans le quartier de Grenelle, en consultation auprès d'une malade atteinte d'hématocèle rétro-utérine; une masse enorme refoulait l'utérus en haut et en avant, un écoulement sanguin permanent augmentait de quantité, toutes les fois que des douleurs expultrices violentes se produisaient par crises, trois ou quatre fois par vingt-quatre heures. Chacune de ces crises durait, en moyenne, une heure à une heure et demie, aussi la malade demandait-elle du soulagement par tous les moyens possibles.

Les narcotiques pris à l'intérieur n'ayant pas donné de résultats, le médecin de la malade avait employé les injections sous-cutanées de morphine, ce qui avait diminué l'intensité des douleurs, sans arrêter l'hémorrhagie.

Je conseillai de continuer à faire les injections de morphine, de supprimer les cataplasmes qu'on maintenait sur l'abdomen, et de placer sur la région lombaire de l'épine dorsale, une petite boîte plate de chauffelette à eau chaude que la malade avait à sa disposition, et de la remplir d'eau à 70 degrés.

Je ne revis la malade que quelques semaines plus tard, lorsqu'elle se presenta à ma consultation, et je m'empressai de m'enquérir du résultat de l'application de l'eau chaude. J'appris par elle qu'à partir de ce moment, il n'y avait plus eu de crises et que le sang s'était arrêté complètement en moins de quarante huit heures.

Depuis lors, j'ai employé bien souvent ce moyen, toutes les fois qu'il s'est agi de modifier les centres d'innervation de la moëlle ou du sympathique, tantôt en l'employant seul, tantôt en le combinant avec le traitement local déplétif que je viens de vous signaler.

Les gynécologues, à notre époque, se divisent en trois groupes ou, si vous aimez mieux, se rallient à trois doctrines différentes.

Les premiers, comme les anatomo-pathologistes, ne voient que la lésion et ne tiennent compte que de celle-ci. Ce sont les partisans de l'état local.

Les seconds conçoivent l'affection utérine dérivant d'une diathèse ou d'une maladie constitutionnelle dont elle n'est que la manifestation. On les a distingués sous le nom de partisans de l'état général.

Enfin, un troisième groupe, tenant compte de la lésion locale et de l'état général qui est susceptible de l'engendrer, porte remède à la-fois à la lésion utérine et à la diathèse dominatrice de l'affection.

Pour moi, il existe deux ordres d'affections utérines nettement séparés. Le premier ne se rencontre que dans les organismes indemnes de maladie constitutionnelle ou de diathèse, et les affections utérines qui les caractérisent sont plutôt d'ordre fonctionnel, car elles ne comportent l'existence d'aucune lésion trophique: la congestion, l'engorgement, ainsi que l'aménorrhée, la dysménorrhée et les hémorrhagies dites idiopathiques.

Les affections utérines du deuxième ordre se développent au contraire dans les organismes en puissance de maladies constitutionnelles ou de diathèses, et sous cette influence l'appareil utéro-ovarien subit des modifications de texture à forme chronique qu'une affection humorale seule peut engendrer : les ulcérations du col, les kystes, les polypes muqueux, les polypes utéro-folliculaires, la métrite parenchymateuse, l'endométrite, etc.

A la notion philosophiquement vraie de la diathèse étiologique, qu'il importe d'ailleurs de restreindre, doit s'ajouter la notion de la lésion centrale, qui est toujours la cause directe du trouble trophique dont l'utérus est l'objet.

En effet, toute lésion fonctionnelle ou anatomique de l'utérus a pour cause directe un trouble circulatoire, amené par une excitation périphérique qui frappe d'inertie fonctionnelle les centres d'innervation vasomotrice de cet organe, d'où la congestion comme point de départ des affections utérines des deux ordres mentionnés plus haut. Les excitations dont les nerfs du sympathique qui se distribuent à l'appareil utéro-ovarien sont l'objet sont transmises à la moëlle, qui traduit sa souffrance par l'apparition d'une névralgie lombo-abdominale.

La lésion utérine ne peut être modifiée sûrement et promptement, et les chances de récurrence ne peuvent être éloignées qu'à la condition de calmer cette irritation spinale. Le traitement des points douloureux apophysaires et des points névralgiques de la région dorso-lombo-sacrée est le seul moyen de faire cesser cette irritation médullaire, seule cause directe de la lésion.

Les indications principales qui résultent de cette doctrine se réduisent à trois.

A.—Amener la déplétion du système vasculaire de l'appareil utéro-ovarien congestionné.

B.—Rendre aux centres d'innervation vasomotrice leur tonicité perdue et calmer l'irritation spinale qui se traduit par une névralgie lombo-abdominale.

C.—Enfin, modifier l'état constitutionnel ou diathésique, qui, dans un grand nombre de cas, favorise le développement de l'affection utérine et imprime à l'organe une modification trophique spéciale.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Accouchement sans douleur, à l'aide d'inhalations d'éther bromhydrique.**—L'éther bromhydrique ou bromure d'éthyle, respiré pendant le travail de l'accouchement, supprime la sensibilité de l'utérus, tout en lui laissant sa contractibilité et sa rétractibilité. Il n'enlève pas à la femme toute intelligence ni toute conscience ; elle continue à entendre et à parler. Il ne provoque ni bourdonnements d'oreilles ni vomissements ; si l'on pousse l'anesthésie plus loin (ce qui est inutile pendant l'accouchement naturel), la femme s'endort et son réveil se fait assez rapidement et sans malaise.

Voici le *modus faciendi* : on prend un mouchoir de poche non déplié, on y verse largement du bromure d'éthyle et on le place à 2 ou 3 centimètres de la figure. On engage la femme à ouvrir la bouche et à respirer à pleins poumons ; à chaque deux respirations, on éloigne un peu le mouchoir pour laisser entrer de l'air pur. On l'approche surtout pendant les douleurs, et de temps en temps on verse dessus quelques gouttes de liquide.

Ces inhalations de bromure d'éthyle peuvent avoir lieu pendant plusieurs heures sans inconvénient, surtout si l'on se contente de diminuer ou de supprimer les douleurs seules de l'utérus, sans amener le sommeil. Cependant, on peut également produire l'anesthésie complète, chirurgicale, si on la croit nécessaire pour pratiquer une opération.

Tel est le résumé du travail de M. Lebert. On voit qu'il préconise en général dans l'accouchement naturel une demi-anesthésie amenant une analgésie de l'utérus, au moyen de l'inhalation du bromure d'éthyle. Ce procédé ressemble à l'administration du chloroforme à la reine, telle qu'elle était vantée dans le même cas par Campbell.—*Gazette médicale de Bordeaux*.—*Paris médical*.

**De l'emploi de la teinture d'iode dans les hémorrhagies post partum.**—Le Dr W. E. Forest donne la relation de trois cas d'hémorrhagie après la délivrance dans lesquels le sang a été arrêté promptement par des injections intra-utérines de teinture d'iode. (*Journal de médecine de Bordeaux*.) Dans deux de ces cas, tous les moyens répressifs employés ordinairement dans ces circonstances avaient été mis en usage sans succès.

L'iode agit, non pas en coagulant le sang, comme font les persels de fer, mais en excitant la contraction de la matrice. On évite de cette façon l'accumulation des caillots, qui, lorsqu'ils séjournent dans la matrice, se décomposent si facilement et exposent ainsi la femme à la septicémie puerpérale. Alors même qu'il l'a injectée à son plus haut degré de concentration, le Dr Forest n'a jamais vu l'injection de teinture d'iode suivie de mauvais résultats. Les injections dans l'utérus n'ont jamais manqué d'arrêter de suite l'hémorrhagie; il faut toujours débiter par parties égales d'eau chaude et de teinture d'iode. Si l'hémorrhagie n'était pas enrayée, il faudrait essayer des injections de teinture d'iode pure.—*Gazette médicale de Nantes*.

## DERMATOLOGIE.

**De la leucoplasie buccale** (*psoriasis buccal, plaques blanches, plaques opalines de la langue*).—Leçon faite à l'hôpital Saint-Louis, par M. le Dr E. VIDAL (1).—Le chapitre étiologie laisse beaucoup à désirer. C'est exclusivement chez les adultes et les vieillards que vous observerez cette affection. Elle est très rare chez les femmes qui m'en ont cependant fourni au moins trois exemples. Le tabac agit comme cause occasionnelle, ainsi que les divers irritants locaux, les aliments épicés, les boissons alcooliques. Le mercure et l'iodure de potassium aggravent cette affection d'autant plus que le mal est avancé. A l'état papillomateux, ces agents médicamenteux ont une influence désastreuse; ils donnent un coup de fouet au processus et précipitent l'évolution épithéliomateuse. Cette influence nocive des préparations hydrargyriques est encore plus néfaste sur l'épithélioma confirmé.

Quelle est la cause prédisposante de la leucoplasie buccale? Peut-on invoquer un état constitutionnel? Certainement, on peut la rattacher à l'arthritisme. Presque tous les malades ont des antécédents person-

(1) Suite et fin.—Voir la livraison d'avril.

nels ou héréditaires de rhumatisme, de goutte ou de gravelle. Et les relations de la leucoplasie avec cette diathèse viennent corroborer l'opinion du professeur Verneuil pour lequel l'épithélioma n'est qu'une modalité, qu'un produit de l'arthritisme.

L'hérédité directe semble n'avoir aucune influence sur le développement de cette affection. Il n'en est pas tout-à-fait de même de la consanguinité. Bazin a vu, en effet, le psoriasis buccal chez plusieurs membres d'une même famille.

Quel est le pronostic? Quand vous serez interrogés sur la durée possible et les conséquences de l'affection, vous devrez être très réservés. En effet, vous avez affaire à une affection qui n'offre que peu de prise au traitement et qui se termine souvent par l'épithélioma. Simple au début, le pronostic devient sérieux quand se développe le papillome corné, deuxième degré de la leucoplasie, premier degré de l'épithélioma; il est d'autant plus sérieux que le sujet est plus avancé en âge. Passé 50 ans, la marche de la maladie sera plus rapide.

La question la plus difficile à résoudre est celle du diagnostic différentiel. Quand vous voyez ces plaques blanches, épaisses, disséminées sur une langue lisse, rose, vernissée, si vous avez affaire à un individu qui ne fume pas, qui n'a pas eu la syphilis, votre diagnostic est relativement facile. Mais si l'individu est un fumeur ou un syphilitique, la difficulté est grande.

Voici les principaux caractères différentiels: Dans la syphilis, je ne parle que de la syphilis déterminant la sclérose linguale, car il n'y a pas de confusion possible avec la syphilis secondaire, avec les plaques muqueuses, ni avec les syphilides circinées, pas plus qu'avec les gommages; dans la syphilis, dis-je, dans le syphilome en nappe superficielle, la langue se trouve toujours divisée à sa surface par des sillons plus ou moins profonds, circonscrivant des îlots et donnant à l'organe l'aspect mamelonné lobulé si bien décrit par Fairlie Clarke et par mon savant collègue le prof. Fournier, apparence que vous ne trouvez pas dans la leucoplasie buccale. Dans le syphilome, la desquamation est mince et adhérente; vous ne pourriez pas enlever l'épithélium par lambeaux, comme dans la leucoplasie dans laquelle la langue n'est ni déformée ni mamelonnée, bien qu'un peu amincie, dans laquelle la desquamation est abondante, lamelleuse à un certain degré de son évolution. Celle-ci affecte presque exclusivement la langue et surtout la face dorsale; la syphilis, au contraire, atteint avec prédilection la pointe de la langue, ses bords auxquels elle donne un aspect découpé, dentelé, et même la face inférieure. Entre la syphilis et la leucoplasie, le diagnostic est très possible et même assez facile pour les médecins expérimentés.

Le diagnostic paraît plus difficile à établir avec les plaques blanches des fumeurs. Chez certains individus, individus susceptibles, prédisposés, vous le savez, l'usage des tabacs forts, du tabac à chiquer, et surtout l'abus de la pipe, détermine une irritation de la muqueuse buccale, lente, chronique, qui s'accuse par l'apparition de plaques blanches à la face interne des joues, des commissures et sur la langue. Dans ces cas, il y a une certaine mobilité, une certaine irrégularité dans le siège des plaques; la desquamation est mince, très adhérente: c'est, pour ainsi dire, un pityriasis buccal. Vous trouverez assez souvent sur la bouche des phlyctènes mettant à nu de petites surfaces

ulcérées. Le point différentiel, le critérium est fourni par la suppression de la cause d'irritation. Si vous obtenez la cessation de l'usage du tabac, si vous pouvez soustraire le sujet aux agents irritants, alcools, épices, etc., après plusieurs semaines et, *a fortiori*, après quelques mois vous verrez l'affection s'amender et guérir. De même pour les formes syphilitiques, si vous instituez le traitement spécifique, et surtout si vous pratiquez de préférence les injections hypodermiques de peptone ammonique mercurique, dont l'action est plus efficace contre les syphilides tardives de la langue, ordinairement si rebelles, vous verrez une amélioration se produire assez rapidement. Dans la leucoplasie, au contraire, le traitement mercuriel, comme je vous l'ai dit, détermine l'aggravation de la maladie et la cessation de l'usage du tabac n'amène aucune modification notable. Ainsi donc, la notion du siège, les caractères de la desquamation, la suppression des causes occasionnelles, l'influence du traitement, tels sont les principaux éléments de diagnostic différentiel.

Mais il y a des cas où le jugement est encore plus difficile à porter, c'est lorsqu'il y a association de syphilis et d'irritation par le tabac. Le problème sera plus complexe et il vous faudra procéder par élimination successive. Vous interdirez d'abord le tabac, vous essaieriez la médication mercurique, mais si la lésion est arrivée à l'état papillomateux, ne tentez pas l'épreuve par les préparations hydrargyriques. Elle ne peut être que défavorable, sinon désastreuse, en stimulant la prolifération épithéliale. Parmi maints exemples, je puis vous citer celui d'un général russe, qui vint me consulter il y a quelques années. Il était atteint de leucoplasie linguale avec transformation papillomateuse. Langenbeck, consulté par le malade quelques mois auparavant, avait administré le traitement mercuriel; puis le mal ayant empiré, il avait eu recours à une ablation partielle de la langue. Lorsque le patient se présenta à moi, l'épithélioma était nettement caractérisé et l'intervention chirurgicale déjà difficile. Une observation presque absolument semblable m'a été fournie par un des membres de ma famille.

Le traitement de la leucoplasie doit être général et local. C'est chez des arthritiques, vous ai-je dit, que vous rencontrerez surtout l'affection, c'est au traitement anti-arthritique que vous soumettrez vos malades. Les préparations alcalines, les eaux de Vichy ou les eaux de Vals sont indiquées.

Supprimez d'abord les causes d'irritation locale, proscrivez le tabac, rejetez le mercure ou l'iodure de potassium; à moins que vous n'ayez de fortes présomptions en faveur de l'origine syphilitique, prescrivez le traitement mercuriel sous forme d'injections hypodermiques.

Localement, on a essayé bien des topiques. Ce sont les lotions émollientes qui réussissent le mieux. Le malade aura soin d'empêcher les parcelles alimentaires de stagner dans les exalérations et les fissures. Les lotions avec l'eau de Vichy, les attouchements avec la poudre de borate de soude trouvent ici utilement leur emploi. Les différentes préparations de chlorate de potasse en gargarismes, en potions ou en pastilles ne m'ont jamais paru bien efficaces. Un moyen qui m'a bien réussi pour calmer la sensation de cuisson, c'est de faire baigner la bouche, cinq ou six fois par jour, avec un gargarisme à l'acide salicylique (40 gouttes d'une solution alcoolique d'acide salicylique au 1/5 dans un verre d'eau). Les lotions avec l'eau d'orge, l'eau de guimauve sont préférables aux gargarismes astringents.

On a préconisé les cautérisations avec divers topiques. Le nitrate d'argent est infidèle et trop souvent nuisible. L'acide chromique à doses concentrées depuis 1 pour 8, comme l'employait mon regretté collègue Hillairet, jusqu'aux solutions à parties égales, est un bon caustique. Voici les proportions de ma formule habituelle.

Acide chromique chimiquement pur..... 1 partie.  
Eau distillée..... 5 parties.

Voici comment vous devez procéder. Vous maintenez la langue hors de la bouche, vous touchez avec un pinceau humecté de la solution, puis après une ou deux minutes d'attente, vous lavez à grande eau. Les cautérisations sont répétées tous les trois ou quatre jours et ensuite graduellement éloignées suivant les résultats obtenus. Par ce moyen, vous arrivez assez facilement à guérir les fissures de la langue, et souvent vous parviendrez à améliorer la leucoplasie, parfois même à l'enrayer :

Devergie recommandait le nitrate acide de mercure qu'il faisait préparer ainsi :

Eau distillée..... 8 parties.  
Proto-azotate de mercure cristallisé ..... 4 parties.

Réduire en poudre le proto-azotate de mercure, faire dissoudre dans l'eau portée graduellement à ébullition ; retirer du feu et ajouter goutte à goutte, en remuant le mélange :

Acide azotique..... 2 parties.

(Formule publiée *in* UNION MÉDICALE, 30 décembre 1876.)

S'il y a une desquamation abondante, il faut enlever les squames. Vous procédez avec cet agent, comme je vous l'ai indiqué précédemment à propos des cautérisations à l'acide chromique, et vous revenez aux attouchements tous les quatre ou cinq jours. Après avoir lavé en injectant de l'eau, vous faites gargariser le malade.

Quelque favorable que soit le résultat de ces cautérisations, alors même que l'exfoliation épidermique de la langue ne se produirait plus, que la muqueuse aurait repris sa couleur et une apparence à peu près normale, sauf l'affaissement des papilles et l'éclat lisse et luisant de la surface des points autrefois envahis ; malgré ces indications de bon pronostic, ne vous hâtez pas d'affirmer la guérison définitive. Elle sera exceptionnelle et vous ne pouvez guère compter que sur des rémissions plus ou moins prolongées. Après quelques mois, trop souvent même après quelques semaines, la leucoplasie tendra à reparaitre. Cette tendance aux récidives sera, en général, d'autant plus marquée que la maladie sera plus invétérée.

Lorsqu'un malade se présentera à vous avec une leucoplasie ancienne compliquée de végétations papillomateuses, ou lorsque chez un individu déjà en traitement vous verrez survenir cette complication, cette aggravation menaçante, l'indication est la même que si vous constatiez un nodule d'épithélioma commençant. Les cautérisations sont contre-indiquées ; elles accéléreraient l'envahissement. Vous devez alors recourir promptement à l'intervention du chirurgien. Celui-ci, dans le cas de complication papillomateuse, pourra faire la décortication de toute la région de la langue atteinte par la leucoplasie, et s'il sent un ou plusieurs noyaux d'induration épithéliomateux, quelque minimes qu'ils soient, il devra faire l'ablation d'une partie plus ou moins étendue.

due de l'organe, en dépassant largement les limites apparentes de la lésion.—*Union médicale.*

**Traitement de la teigne.**—La grande fréquence de cette triste maladie nous engage à exposer à nos lecteurs quelques uns des procédés thérapeutiques mis en usage pour la combattre.

Alder Smith (*Brit. Med. Journal et Scalpel*), emploie l'oléate de mercure. "Je vois constamment, dit-il, des cas de teigne, ayant résisté à tout traitement pendant des mois, des années même, céder à l'usage prolongé de l'oléate de mercure; tandis que je n'ai jamais vu un seul cas guérir par les autres agents (sauf l'huile de croton) après avoir résisté à l'oléate de mercure. Ce produit entre profondément dans les follicules, ce qui est essentiel. Le seul obstacle est la formation constante de croûtes jaunes sur les parties infectées et même les autres. Il faut les enlever; elles arrachent des cheveux malades, il est vrai, mais sont un nouveau danger de contagion pour le malade et pour l'entourage. C'est pour éviter ceci que j'ai remplacé l'huile par une huile lourde de pétrole, et les résultats obtenus m'ont poussé à répandre la notoriété de ce produit stable et puissant. En outre, cette préparation semble moins irritante pour le cuir chevelu. Les enfants, même au-dessous de 7 ans, paraissent aptes à supporter la solution au dixième. Si le patient est au dessous de cet âge, on fera soi-même une dilution avec de l'huile de pétrole ordinaire qu'on ajoutera."

Le traitement à l'huile de croton est préconisé par M. le Dr. Massey (*Thèse de Paris, in Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*), qui en vient aux conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Le groupe de maladies (*Herpès tonsurans, porrigo favosa et porrigo decalvans*), compris sous le nom collectif de *tinea capilis*, étant aujourd'hui universellement regardé comme étant de nature parasitaire, leur traitement doit rationnellement être dirigé contre les parasites. Deux procédés opératoires, remplissant ce but, ont obtenu la préférence. (a) L'épilation qui tue les parasites en détruisant la structure organique qui leur sert de demeure. (b) L'application locale de l'huile de croton qui accomplit le même objet en enflammant, sans les détruire toutefois, le derme et les follicules pileux, et en enlevant ainsi les poils et cheveux infectés.

2<sup>o</sup> Dans les cas non invétérés, on obtient généralement la guérison ou une amélioration incontestable au bout de trois à huit mois et après trois ou quatre applications du médicament.

3<sup>o</sup> L'expérimentation clinique a démontré que ce mode de traitement n'est pas suivi d'une tendance spéciale à la rechute.

4<sup>o</sup> Quant aux autres accidents que l'on a mis sur le compte de cette médication, viz: folliculite intense, inflammation du cuir chevelu et même de l'aponévrose occipito-frontale, érysipèle, etc, ce sont précisément ces complications que le pansement à l'huile de croton est destiné à prévenir. Ni les accidents énumérés plus haut, ni l'alopecie que l'on a prétendu en être la conséquence ne se sont montrés dans les cas observés par nous.

5<sup>o</sup> Les seuls inconvénients que nous ayons remarqués ont été la conséquence du transport de l'huile de croton sur des surfaces voisines, r. g. la conjonctive; mais on obvie facilement à ces ennuis en protégeant le cuir chevelu au moyen d'un bonnet approprié. Au reste, le seul

accident qu'il nous soit arrivé de constater a été une légère hyperémie de la conjonctive.

6° Pour ce qui est de l'érysipèle, les statistiques démontrent qu'il n'est la conséquence du traitement à l'huile de croton que quatre fois seulement sur mille cas et qu'il s'est toujours terminé par la guérison.

Ces dangers sont absolument insignifiants si on les compare aux vives douleurs que l'épilation cause aux enfants, et surtout si l'on considère l'inefficacité de cette dernière méthode qui a pour résultat de faire casser presque tous les cheveux.

7° En résumé, les résultats du traitement à l'huile de croton sont très satisfaisants dans l'*herpès tonsurans*, et encourageants dans le *porrigo favosa* et dans certains cas de *porrigo decalvans*.

Le Dr R. M. Simon (*Birmingham Med. Review* et *New-York Med. Abstract*) propose trois divisions pour les cas de teigne: 1° cas récents; 2° cas où la lésion est disséminée, la tête en étant pour ainsi dire toute couverte; 3° cas où il ne reste plus que quelques plaques isolées ayant résisté à tout traitement. Pour lui, le point capital qu'il importe de bien établir avant le traitement est la tendance qu'à le *fungus* à pénétrer profondément dans le follicule pileux, d'où l'inutilité des applications superficielles. Il recommande également de ne pas trop laver la tête, car si le cuir chevelu est ramolli par l'eau, les onguents pénétreront difficilement dans les follicules.

Quand les plaques sont de date récente, M. Simon emploie l'acide acétique glacial, bien que qu'il ne le croie pas plus efficace que le collodion cantharidien. "Je ne fais jamais raser toute la tête dans ces cas, dit-il, mais me contente de couper les cheveux sur les endroits affectés et environ à un demi pouce tout autour des plaques isolées. Quelquefois ce moyen, répété une ou deux fois, suffit à produire la guérison. Il faudra, en s'aidant d'une bonne lentille, extraire chaque jour, quelques-uns des cheveux malades, puis appliquer, en frictions, un onguent sur les plaques elles-mêmes, tandis que le reste du cuir chevelu est enduit chaque matin d'un mélange d'acide carbolique et de glycérine. ou d'huile (1 pour 12). Quant aux plaques, on leur appliquera un onguent composé d'acide carbolique et de glycérine à parties égales, si le malade a atteint l'âge de dix ans et si la peau n'est pas très délicate. Pour les enfants plus jeunes on augmentera la portion de glycérine. La glycérine pénètre bien dans les follicules et fait que les poils sont ensuite plus faciles à arracher. Cette préparation doit être appliquée au moyen d'une éponge (ayant soin de faire de bonnes frictions), matin et soir. Cependant, on se trouvera mieux encore d'une pommade à base d'onguent de soufre, renfermant des proportions variables d'onguent citrin et d'acide carbolique. Pour un enfant de dix ans, on peut employer parties égales de ces trois préparations; pour un enfant de deux ans, 1 partie d'acide carbolique et d'onguent citrin pour 5 d'onguent de soufre; on augmentera ainsi la proportion des deux agents les plus actifs suivant l'âge de l'enfant."

Dans les cas chroniques, M. Simon emploie l'oléate de mercure et l'huile de croton suivant que la maladie est plus ou moins rebelle. L'oléate de mercure réussit, d'après lui, dans la majorité des cas. Il le mêle à l'éther acétique dans la proportion de 1 partie d'éther pour 7 d'oléate, celui-ci étant titré de 5 à 10½ suivant l'âge de l'enfant. On commence par couper les cheveux à environ un pouce du cuir chevelu



et on lave ensuite au moyen du *spiritus saponis alkalinii* de Hébra. (Savon mou, 2 parties, alcool rectifié, 1 partie. Laissez reposer pendant 24 heures puis filtrez.) Une éponge trempée d'abord dans l'eau chaude, puis dans cette solution alcoolique de savon doit être frottée sur la tête jusqu'à production d'une mousse abondante. Cette mousse est laissée en place pendant un quart d'heure, puis on lave à grande eau. On doit répéter l'application tous les soirs, ayant soin de frictionner de manière à faire pénétrer le sel mercuriel dans les plaques de favus. Chaque fois que l'épithélium s'accumule de nouveau, il faut avoir recours à la solution alcoolique de savon.

Enfin, contre les cas ayant résisté à ce dernier traitement, alors qu'il reste quelques plaques rebelles à toute thérapeutique, on peut avoir recours à l'huile de croton. Cette huile s'applique en petites quantités chaque jour sur les plaques de teigne jusqu'à ce que celles-ci se soient ramollies et tuméfiées. On remplace alors le médicament par les cataplasmes chauds appliqués constamment. Au bout de quelques jours, il s'est formé une croûte jaunâtre qui s'enlève facilement, laissant une surface rouge et sensible : le follicule pileux est alors le siège d'une suppuration qui rend facile l'ablation des cheveux. Il ne faut pas qu'il se produise de la gangrène de la peau, car alors le follicule serait totalement détruit. De même ne faut-il pas appliquer l'huile de croton sur une trop grande étendue à la fois.

Le Dr Simon termine en disant qu'il faut bien se garder de déclarer guéri un cas de favus chez lequel on remarquerait encore de petits points noirs indiquant l'existence de follicules malades. Dans ce cas, il faudrait introduire dans chacun de ces follicules une aiguille fine trempée préalablement dans l'huile de croton. Cette application sera suivie de symptômes inflammatoires et de l'exfoliation du cheveu.

La teigne est à coup sûr une des maladies cutanées qui donnent le plus de trouble au médecin. Les succès que l'on rencontre si souvent sont peut-être dûs au peu d'énergie des moyens généralement employés. Il y a là un parasite très vivace. Il faut le détruire à tout prix sous peine de voir la maladie récidiver fatalement. C'est ce que l'on a voulu obtenir au moyen de l'acide carbolique, de l'huile de croton, de l'onguent sulfureux ou des lotions au bichlorure de mercure telles que les recommande Liveing et Fox (de New-York). Celui-ci (*Illustrations of Skin Diseases*) appliquent sur le cuir chevelu, plusieurs fois par jour, une lotion au sublimé corrosif à 1 p. 100 ou une pommade à l'acide chrysophanique à 3 p. 100 ; on continue ce traitement jusqu'à ce que les cheveux recommencent à pousser d'une manière normale. Il recommande au préalable l'épilation des parties malades, cette opération devant même, dans les cas rebelles, être répétée plusieurs fois par jour.

Notre maître regretté, feu le Prof. Larue (de Québec) préférerait à tout autre le traitement par le sublimé. Sa méthode se résumait ainsi : 1<sup>o</sup> Application de cataplasmes pour faire tomber les croûtes. 2<sup>o</sup> Couper les cheveux à un pouce de la surface afin de faciliter l'épilation. 3<sup>o</sup> Épilation parfaite de la région affectée, portion par portion, puis immédiatement après, lotion avec la solution suivante : sublimé gr xviii, alcool q.s., eau ℥xvi. Il faut faire en sorte que le liquide pénètre dans les follicules pileux. Ces lotions seront répétées matin et soir pendant huit jours. 4<sup>o</sup> Dans les intervalles des lotions, appliquer la pommade suivante : Soufre, gr xxxvi, Axonge ℥i.

## FORMULAIRE.

Eczéma.—*Dr Lassar.*

R.—Acid. salicylic.....	1 p.
Tinct. benzoini.....	2 p.
Ung. petrolei.....	50 p.

M.—En onctions, deux ou trois fois par jour.

Quand l'eczéma affecte une partie non recouverte de poils, l'auteur emploie la formule suivante :

R.—Acid. salicylic .....	2 p.
Ung. petrolei.....	50 p.
Zinci oxid.....	} ââ 25 p.
Amyli .....	

M.—Même modo d'emploi que pour la pommade précédente.—*Philadelphia Med. Times.*

Eczéma de la face.—*Galezowski.*

R.—Huile de cade.....	} ââ gr. v
Camphre .....	
Précipité rouge.....	gr. ii
Vaseline .....	ʒiii—M.

En onctions.

Acné.—*Bulkley.—Jackson.*

Dans l'acné de nature inflammatoire, Bulkley emploie la lotion suivante :

R.—Pulv. calaminæ præp.....	ʒss—i
Zinci oxid.....	ʒi—ii
Glycerini .....	ʒi—iiij
Aq. rosæ .....	ʒiv—M.

Dans l'acné indurata, Jackson préfère un onguent ainsi composé :

R.—Hydrarg. ammon .....	ʒi—ii
Hydrarg. chlorid. mit.....	ʒii—iv
Petrolati.....	ʒi—M.

—*N.-Y. Medical Journal.*

Hystérie.—*Dujardin-Beaumez.*

R.—Pot. bromid.....	} ââ ʒii ss
Sod. bromid .....	
Ammon. bromid.....	
Aquæ .....	ʒ

M. Sig.—De une cuillerée à thé à une cuillerée à soupe matin et soir.  
—*Therapeutic Gazette.*

**Traitement de l'herpès vulvaire avec prurit.**—*Dr B. de Bournonville.*

Plusieurs fois par jour, passer l'éponge légèrement imbibée dans la solution suivante :

Tannin .....	15 parties
Glycérine neutre.....	100 —
Essence de menthe .....	5 gouttes
Eau distillée.....	200 parties

Laisser sécher sans essuyer et poudrer abondamment les parties génitales avec la fécule de pomme de terre.

Dans les cas où l'herpès formera une véritable plaie, on la saupoudrera finement avec du tannin en poudre

Les formes les plus tenaces céderont au bout de deux ou trois jours de traitement.—*Le Médecin praticien.*

**Constipation chez les enfants.**—*Dr. G. R. Young.*

R.—Ol. ricini.....	} ââ ʒi
Glycerini .....	
Tr. aurantii .....	m xx
Tr. senega.....	m v
Aqua cinnam.....	ad ʒss

M—A prendre en une seule dose, au coucher.—*Lancet—Can. Med. Rev.*

**Intermittence et irrégularité des battements du cœur.**—*Bowditch.*

R—Pulv. digitalis.....	gr x
Pulv. colchici sem .....	gr xx
Sodii bicarbonat.....	gr xxx

M—Div. in pil. no. 20. Dose : Une pilule trois ou quatre fois par jour, diminuant progressivement la dose jusqu'à celle d'une seule pilule au coucher.—*Philadelphia Med. Times.*

**Mode d'administration de la térébenthine.**—La saveur et l'odeur de la térébenthine peuvent être masquées au moyen de l'éther sulfurique, suivant la formule suivante :

R.—Térébenthine.....	ʒii
Ether .....	ʒi
Sirop d'orange.....	ʒii
Eau .....	ʒiv

Dose : Une cuillerée à thé.—*Boston Journal of Chemistry.*

**Traitement des éphélides par l'oliolate de cuivre.**—Le Dr J. V. Shoemaker, de Philadelphie, assure que l'application méthodique d'un petit fragment d'onguent à base d'oliolate de cuivre, le soir, au coucher, enlève ordinairement les taches de rousseur. Cet onguent se prépare en faisant dissoudre une drachme d'oliolate de cuivre dans une quantité d'acide oléo-palmitique suffisante pour faire un onguent.—*Therapeutic Gazette.*

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, OCTOBRE 1883.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LEGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

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

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, RueLafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

## Etudes médicales.

Depuis quelque temps, il ne se passe pas de semaine que nous ne recevions des lettres dans lesquelles on nous pose le cas suivant :

X..., désirant étudier la médecine, se présente devant le Bureau pour y subir ses examens préliminaires. Malheureusement, il échoue en tout ou en partie, et se voit en conséquence forcé de remettre à six mois ou un an son admission régulière à l'étude de la médecine.

1<sup>o</sup> Peut-il, dans ces circonstances et nonobstant cet échec, commencer ses études médicales dans une université ou école de médecine de cette province, y suivre les cours durant trois termes consécutifs de six mois chacun, subir ses examens et prendre ses degrés, puis aller pratiquer en dehors de la Province, aux Etats-Unis par exemple, jusqu'à complétion des quatre années d'étude exigées par la loi, pour revenir alors se présenter devant le Bureau Provincial afin d'y obtenir sa licence sur simple présentation de son diplôme.

2<sup>o</sup> Le Bureau peut-il alors lui accorder une licence ?

A ces deux questions, nous répondons : Non !

La loi est très formelle sur ce point là. En voici le texte :

“ Les qualifications requises de tout candidat pour l'obtention d'une licence l'autorisant à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique consisteront en ce qu'il ait un certificat d'étude d'un médecin licencié, pour l'intervalle qui sépare les cours qu'il a suivis ; qu'il ait

atteint l'âge de vingt-un ans ; qu'il ait étudié pendant une période de pas moins de quatre années à dater de son admission à l'étude de la médecine par le bureau. .... Des quatre années d'études exigées par le présent acte, au moins trois termes, de six mois chacun, seront employés à suivre des cours dans une université, collège ou école de médecine incorporée, reconnu par ce bureau ; *les premiers de ces cours seront ainsi suivis la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire, et les derniers le seront durant la quatrième année d'étude, et le candidat devra subir son examen sur les matières finales du curriculum à la fin de la session de sa quatrième année d'études.*"

Comme on le voit, il est difficile d'être plus explicite. Le Bureau exige quatre années d'études, dont trois de cours dans une université ou école incorporée. L'élève doit commencer à suivre ses cours dès sa première année d'étude laquelle doit suivre immédiatement l'admission à l'étude ; de plus, sa troisième année de cours (s'il n'en suit que trois ans) doit coïncider avec sa quatrième année d'études, laquelle doit être suivie de l'examen final.

Le temps consacré à l'étude de la médecine avant l'admission régulière par le Bureau ne peut pas compter pour l'élève, quand bien même il étudierait et suivrait les cours durant quatre ou cinq ans. Il lui faut de toute nécessité avoir subi avec succès l'examen préliminaire. Ce n'est qu'à dater de cet examen préliminaire qu'il peut commencer à faire compter ses années d'études. Tout examen final subi avant la complétion de la 4e année d'études est nul aux yeux de la loi, et tout diplôme ainsi accordé avant cette époque est également nul.

En dehors de ces conditions, personne ne peut obtenir de licence du Bureau provincial, personne ne peut même être admis à subir un examen devant le Bureau. Quiconque ne remplit pas les conditions susdites peut se résigner à ne jamais être autorisé à pratiquer la médecine dans la province de Québec.

---

### L'enseignement médical aux Etats-Unis.

---

Sous le nom de *College for Medical Practitioners*, on a fondé l'an dernier à St. Louis, Missouri, une école de médecine consacrée *exclusivement aux praticiens*, le but de cette fondation a été de fournir aux médecins déjà lancés dans la pratique de leur art, l'occasion de recommencer de nouveau, s'ils le désirent, leurs études médicales, et de recevoir l'enseignement clinique dont ils peuvent avoir besoin. Des laboratoires, bibliothèques, hôpitaux, etc., sont mis à la disposition des *médecins étudiants*, et rien n'est épargné pour donner à l'enseignement la portée essentiellement pratique qu'on est en droit d'en attendre. Nos remerciements à M. le Dr. T. F. Rumford pour l'envoi de l'annuaire du collège.

Depuis quelques années, plusieurs écoles de ce genre ont été établies aux Etats-Unis. Qu'elles s'appellent "*Post-graduate school*," "*Polyclinic*" ou "*College for Physicians only*," leur but est le même et leur organisation identique. Ce but est éminemment louable, et le succès qui a accueilli ces institutions prouve assez combien on en avait besoin. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire

observer que le besoin de ces *cours pratiques destinés aux médecins* se fait surtout sentir dans le pays qui est le plus abondamment doté d'écoles de médecine et universités de toute couleur et de toute description, mais où le curriculum d'études médicales est le plus court. Il est notoire, en effet, que dans la république modèle que nous avons l'honneur d'avoir pour voisine, on peut devenir médecin très facilement et à peu de frais. Les facultés de médecine y pullulent; chaque état en possède au moins deux en moyenne, et les étudiants et étudiantes ne manquent jamais. On étudie durant trois sessions de six mois chacune; assez souvent, même, deux sessions suffisent, puis viennent les examens à la suite desquels une *fournee de gradués* est mise au jour et introduite *in nostro docto corpore*. Il n'est plus étonnant, après cela, que les gradués en question éprouvent le besoin de goûter encore aux banes de l'école et de meubler à neuf leur mémoire pauvrement garnie durant un curriculum aussi rapide.

Nous souhaitons tout le succès possible aux polycliniques et autres institutions de ce genre en général et à celle de St. Louis en particulier, mais on ne trouvera pas mauvais que nous formions des vœux ardents pour que, aux États-Unis, l'enseignement médical primaire, si nous pouvons l'appeler ainsi, pour le distinguer du *post-graduate instruction*, se relève un peu de la décadence dans laquelle il est tombé.

---

**Important.**—Nous nous permettons d'attirer l'attention de nos lecteurs sur l'annonce, publiée dans une autre colonne, de MM. H. Galante et fils, fabricants d'instruments de chirurgie à Paris. La maison Galante est une des premières maisons françaises pour la fabrication de ces instruments; elle a obtenu la médaille d'or à l'Exposition de Paris de 1867 et à celle de 1878.

Malgré les droits relativement élevés que nous avons à payer sur les articles de ce genre importés de Paris, c'est peut être encore là que nous pouvons nous les procurer à meilleur compte, en égard à la qualité manifestement supérieure de ces instruments. Il est de fait que les instruments de provenance américaine ou anglaise ne nous ont pas donné, et général, autant de satisfaction que ceux de fabrique française.

Nous recommandons donc à la profession médicale la maison H. Galante et fils dont M. le Dr. Ed. Morin, de Québec, vient d'être nommé l'agent général pour le Canada.

---

**Erratum.**—Une erreur typographique s'est glissée dans la formule intercalée dans le travail de M. le Dr. L. C. Prévost (divraison de septembre dernier, page 418). Au lieu de *Aq. mentha pip. ad ʒii*, lisez: *Aq. mentha pip. ad ʒvi*.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—*Annuaire de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal*. Fondée en 1843, incorporée en 1845, Session 1883-84.

—*Announcement of the Sessions of 1883-84 of the College for Medical Practitioners of St. Louis, Missouri.*

—*Annual announcement of the Medical Department of the Niagara University. Buffalo, N. Y., Session of 1883-84.*

—*Report for the year 1882-83 of H. A. Newton, Director of the Board of Managers of the Observatory in Yale College.*

—HENDRIX (H. F.), M. D., of St. Louis. *A tracheotomy tube for gradual withdrawal and report of a case in which it was used.*

—DULLES (CHARLES W.), M. D. *Remarks on Hydrophobia.*

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

LOUISE LATEAU, la stigmatisée de Bois d'Haine, vient de mourir.

L'ASSEMBLÉE annuelle de l'Académie Américaine de Médecine aura lieu à New York, les 9 et 10 octobre.

ON PARLE d'établir à Winnipeg une Ecole de Médecine affiliée à l'Université de Manitoba.

**Obit.**—Au moment de mettre sous presse nous apprenons la nouvelle de la mort de M. le Dr. J. A. Sewell, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec, arrivée le 2 courant.

**Nomination.**—A une assemblée des Gouverneurs de l'Hôpital Mater Misericordiae, de Minneapolis, Minnesota, tenue le 4 septembre, M. le Dr Thomas L. Laliberté a été nommé, à l'unanimité, médecin *Pathologiste* de l'Institution.

**Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.**—L'ouverture des cours de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a eu lieu le 2 octobre. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. le Dr. D'ORSONNENS, président de l'institution.

**Université Laval.**—La rentrée des Facultés, à Montréal, a eu lieu le 3 octobre. La messe du St. Esprit a été dite à la Cathédrale par S. G. Mgr. l'Evêque de Montréal, en présence des professeurs et des élèves de toutes les facultés.

A Québec, les cours ne commenceront que le 17, à cause des réparations que l'on est à faire au Pensionnat.

**Université McGill.**—Les cours de la Faculté de médecine ont été ouverts le 1er octobre. M. le Dr WORKMAN a prononcé le discours d'ouverture.

**Collège de Pharmacie.**—Le Bureau de Direction du "Montreal College of Pharmacy" s'est assuré un local des plus convenables au no 223 de la rue McGill. On y a ouvert la Session 1883-84, le 2 octobre. MM. Baridon, Gray, Lachance et Jackson, pharmaciens de Montréal, ont offert quatre médailles d'or pour le concours de 1884.

**Association des Dentistes.**—A une réunion des Dentistes tenue le 10 septembre à l'Université Laval à Montréal, on a répudié l'amende

ment à l'Acte des Dentistes, passé en mars dernier, par lequel tout dentiste pratiquant depuis 10 ans pouvait devenir de droit étudiant en médecine. Il fut résolu que le nouveau Bureau s'adresserait à la Législature pour faire rescinder le dit amendement.

L'élection des officiers a résulté dans la nomination de MM. Brewster, Beers, Dowling, Wells, Leblanc et Trestler.

**Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.**—Le 26 septembre a eu lieu à l'Université Laval, Québec, la réunion semi-annuelle des Gouverneurs du Collège.

Étaient présents: MM. les Docteurs C. E. Lemieux, président; l'hon. J. J. Ross, vice-président; A. G. Belleau et F. W. Campbell, secrétaires; E. P. Lachapelle, trésorier; Léonidas Larue, régistrateur; hon. Théodore Robitaille, lieutenant-gouverneur, Joseph Lanctôt, J. A. Duchesneau, R. A. Kennedy, D. A. Hart, Malcolm Guay, W. Marsden, Charles Gingras, R. P. Howard, J. L. Leprohon, F. A. Rodger, Geo. Ross, H. A. Mignault, P. E. Grandbois, Jos. Marmette, L. D. Lafontaine, N. H. Ladouceur, C. S. Parke, E. A. de St. George, Henry Russell, L. T. E. Rousseau.

Après l'adoption des minutes de la réunion semi-annuelle du 9 mai dernier et de la réunion triennale du 11 juillet dernier,

Le Dr Lafontaine propose, secondé par le Dr Howard, et il est résolu,—Que les membres du Bureau Provincial de Médecine ont appris avec douleur la mort du regretté docteur Ed. Laberge, de Ste-Philomène, membre de l'Assemblée Législative de la province de Québec, et ancien gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens de cette province; que les membres du Bureau Provincial de Médecine offrent l'expression de leurs sincères condoléances à la famille et aux amis de feu le Dr Ed. Laberge, pour la perte irréparable que leur a fait subir sa mort, arrivée le 22 août dernier.

Les rapports des assesseurs de l'Université Laval (Québec et Montréal) sont lus et approuvés.

Le secrétaire de l'association pharmaceutique informe le Collège que les substances suivantes ont été ajoutées à la liste des poisons et il demande l'approbation du Collège qui est accordée. Ces substances sont: l'huile de croton, le chloral hydraté, le croton chloral, la belladone et ses préparations, la digitale et ses préparations, le chanvre indien et ses préparations, la chlorodyne et le parégorique.

Proposé par le Dr Lachapelle, secondé par le Dr Howard, et résolu: Qu'un comité composé des Docteurs Campbell, Trudel, Lanctôt, Duchesneau, du moteur et du secondeur, soit nommé pour s'enquérir de la validité des plaintes formulées contre le mode actuel d'examens préliminaires, et que ce comité soit autorisé à convoquer en assemblée tous les directeurs des collèges, lycées (high schools) et écoles normales de la province, ainsi que les examinateurs du bureau, afin de conférer avec eux, et de s'assurer ainsi si le programme actuel des examens préliminaires est conforme à celui de l'enseignement donné dans nos maisons d'éducation, et arriver, sans diminuer en rien la sévérité des examens, à une entente qui sera pour le plus grand avantage de tous, et qui devra mettre fin au malaise actuel, en établissant que l'incapacité seule pourra être une cause d'insuccès aux examens préliminaires.

Le comité suivant pour l'examen des créances, est nommé: Les Docteurs E. P. Lachapelle, L. Larue, E. H. Trudel, G. Ross et R. A. Kennedy.



Le comité suivant est nommé pour l'examen à la licence: Anatomie, R. A. Kennedy; chirurgie, Geo. Ross; jurisprudence médicale, H. A. Mignault; physiologie, C. S. Parke; pratique de la médecine, R. P. Howard; matière médicale, L. T. E. Rousseau; chimie, Malcolm Guay; accouchements, T. A. Rodger; botanique et hygiène, Jos. Lanctôt.

Le rapport des examens préliminaires est adopté.

Ces examens, commencés le 20, se sont terminés samedi. 19 sur 47 ont été admis; voici leurs noms:

Kenneth Cameron, Montréal; L. Jos. Sirois, Bic; P. Marchildon, St-Justin; Edouard L. Quirk, Aylmer; Jos. Fournier, St-Simon de Rimouski; Vilda J. Groulx, Belle Rivière; Rollo Campbell, Montréal; J. Alb. Marcotte, Ste-Monique de Nicolet; H. Désilets, Bécancourt; Chs. F. Carle, Ste-Ursule; S. J. Girard, St-Germain; P. J. L. Bissonnette et J. A. Daignault, St-Jacques-le-Mineur; Jos. F. E. Ferland, Lana-raie; Naz Gingras, St-Nicolas; E. A. Laferrière, St-Cuthbert; Cyprien Rioux, Trois-Pistoles; Alf. Duhamel, St-Justin; G. Tremblay et A. Bélanger, Québec.

Un comité composé du président, du vice-président, du secrétaire de Québec et du Dr Marsden, est nommé pour soumettre à la législature des amendements à la loi des dentistes.

Les gradués suivants sont assermentés sur production de leurs diplômes respectifs et reçoivent la licence du collège:

MM. Nap. Morency, Ste-Marie de la Beauce; Edmond Perron, Eboulements; Chs. Tessier, St-Bonaventure d'Upton; Emile Sylvain, Cap St-Ignace; Geo. Wm. Lachaisne-Jolicœur, St-Sauveur de Québec; Chs. Eusébe Lemieux, jr., de Québec; W. G. Thompson, Henri Archambault, Jos. Théodore Peladeau, Jean Frédéric Prud'homme, A. J. Hopkins, Avila Gauthier, Ls. Arthur Moll, Jas. Stewart, Edmond Bastien, Guillaume Frs. Prévost, de Montréal.

Quatre candidats se présentent à l'examen pour la licence; M. Allan D. McMillan seul est admis.

Sur motion des Docteurs Howard et Rousseau, des remerciements sont votés à l'Université Laval, pour l'usage de ses salles, et la séance est levée à cinq heures.

#### MARIAGES.

CARDINAL-SAINTE-MARIE.—A Saint-Rémi, le 10 septembre, M. le Dr. J. A. Cardinal, de Sainte-Martine, à Mlle. Marie, fille du Capt. Louis Sainte-Marie.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé Mongeau.

CASGRAIN-BERTHELOT.—A Montréal, le 18 septembre, le Dr P. F. Casgrain à Mlle Adèle Berthelot, fille de l'Hon Juge J. A. Berthelot.

#### DÉCÈS.

DESJARDINS.—Au Bic, le 5 septembre dernier, à l'âge de 32 ans et 8 mois L. Elz Odilon Desjardins, Ecr., M.D.

ROLLIN.—A Longueuil, le 21 septembre, à l'âge de 63 ans, Marie-Louise Collin, épouse du Docteur Rollin.

VIGER.—A L'Assomption, le 25 septembre, à l'âge de 74 ans et 9 mois, Séraphin Viger, Ecr., M.D.

COURTEAU.—A l'Assomption, le 27 septembre, à l'âge de 56 ans, Dame Méline Archambault, épouse de feu Charles-Eugène Courteau, M.D.

TURCOT.—A St. Hyacinthe, le 29 septembre, à l'âge de 2 ans et 8 mois, Louis Eugène, enfant du Dr. J. E. Turcot.

# SOMMAIRE.

**TRAVAUX ORIGINAUX.** — CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame.—M. C. M. Filiault.—De l'abcès périnéphrétique, 449. — Action physiologique et usages des acides minéraux: leçon professée à l'Université Laval, Montréal par H. E. Desrosiers, M.D., prof. à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame ..... 452

**CHIMIE MÉDICALE.**—Des fermentations; par N. Fafard, M.D., prof à l'Université Laval, Montréal ..... 456

**HÔPITAUX.** — Hôpital Notre-Dame, Montréal ..... 461

**REVUE DES JOURNAUX.** — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—De la tuberculose parasitaire, 466. — Traitement médical des calculs rénaux et vésicaux, 470. — Traitement de la cirrhose alcoolique ..... 471

**PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.**—Drainage chirurgical. Quelques nouveaux instruments pour le pratiquer, 472.—Le péritoine.—Ses propriétés au point de vue chirurgical ..... 475

**OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.**—Thérapeutique générale des affections utérines, 478.—Accouchements sans douleurs, à l'aide d'inhalations d'éther bromhydrique ..... 481

**DERMATOLOGIE.**—De la leucoplasie buccale, 482. — Traitement de la teigne ..... 481

**FORMULAIRE.**—Eczéma.—Eczéma de la face.—

Acné.—Hystérie, 489.—Traitement de l'herpès vulvaire avec prurité.—Constipation chez les enfants.—Intermittence et irrégularité des battements du cœur.—Mode d'administration de la térébenthine ..... 490

**BULLETIN.**—Études médicales, 491.—L'enseignement médical aux États-Unis, 492.—Important.—Erratum ..... 493

**BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.** — Annuaire de l'École de Médecine et de chirurgie de Montréal, 493.—Announcement of the Sessions of 1883-84 of the College for Medical Practitioners of St. Louis, Missouri.—Annual announcement of the Medical Department of Niagara University.—Report for the year 1882-83 of H. A. Newton, Director of the Board of Managers of the Observatory in Yale College.—Hendrix (H. F.) M.D., of St. Louis. A tracheotomy tube for gradual withdrawal and report of a case in which it was used.—Dulles (Charles,) M.D. Remarks on Hydrophobia ..... 493

**NOUVELLES SCIENTIFIQUES.** — Louise Latour.—Une École de Médecine à Manitoba. Obit.—Nomination.—École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—Université Laval.—Université McGill.—Collège de Pharmacie.—Association des Dentistes, 494.—Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.—Mariages.—Décès ..... 498

## Avis aux Médecins !

# LOUIS R. BARIDON

## CHIMISTE-PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

# Pharmacie Saint-Denis

## COIN DES RUES STE-CATHERINE ET ST-DENIS,

## MONTREAL.

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux États-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les **PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS**, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,**

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et**

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,**

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

# HYPOPHOSPHITES DE FELLOWS

(Syr : Hypophos : Fellows)

Contenant les

**ELEMENTS ESSENTIELS** à l'Organisation Animale—Potasse et Chaux ;

Les **AGENTS OXIDANTS**—Fer et Manganèse ;

Les **TONIQUES**—Quinine et Strychuine ;

Et l'**AGENT EXCITANT**—le Phosphore,  
combinés sous forme d'un Sirop à *réaction légèrement alcaline*.

**IL DIFFERE, DANS SES EFFETS, DE TOUS LES AUTRES SIROPS**  
du même genre, car il est agréable au goût, acceptable à l'estomac et inoffensif malgré un usage prolongé.

## Effets spécifiques et Mode d'administration.

**Pour stimuler l'Appétit.**—Prenez la moitié de la Dose Tonique, telle qu'indiquée ci-dessous, dans de l'eau très froide, mais non glacée, un quart-d'heure avant le repas.

**Pour stimuler la Digestion et l'Assimilation.**—Prenez la seconde moitié de la Dose Tonique, avec de l'eau pendant le repas.

**Pour augmenter rapidement la Pesanteur du Corps.**—Prenez la Dose Tonique et buvez habituellement et abondamment du lait chaud en sus de la nourriture ordinaire.

**Pour soutenir le Travail Intellectuel.**—Mêlez deux cuillerées à thé du Sirop à un grand verre d'eau froide, et buvez à petites gorgées pendant les heures de travail.

**Pour touffer les Cordes Vocales.**—Prenez la Dose Tonique un quart-d'heure avant de chanter ou de lire.

Là où l'expectoration muqueuse est difficile, on réussira en bien peu de temps à la faciliter en répétant la Dose Tonique toutes les deux heures jusqu'à effet.

**Sueurs Nocturnes.**—Prenez la Dose Tonique à chaque repas et au coucher, pour exciter l'appareil nerveux des glandes sudoripares.

**Contre l'Hypéridrose des Mains et des Pieds.**—Prenez la Dose Tonique, évitez tout travail excitant, et occupez l'esprit de choses agréables et qui ne soient pas de nature à le fatiguer.

**Dans la Convalescence de la Fièvre Typhoïde et des autres Fièvres graves,** ainsi que dans les cas de Débilité due au séjour dans une localité chaude ou marécageuse, prenez la Dose Tonique.

**Pour fortifier et développer les Enfants à la mamelle.**—La mère prendra la Dose Tonique, telle que prescrite, avec sa nourriture.

**Contre l'Insomnie.**—Prenez la Dose Tonique avant le repas, Ceci s'applique plus particulièrement à ceux qui souffrent de Dyspepsie.

## DOSES.

**Tonique.**—Une cuillerée à thé à chaque repas dans un verre-à-vin d'eau (froide). **Pour les Enfants,** proportionnez la dose à l'âge, c'est-à-dire de 9 à 12 ans, la moitié ; de 5 à 9, un tiers ; de 1 à 5, un quart.

Pour obtenir tout l'effet du remède, diluez-le **TOUJOURS** dans une grande proportion d'eau froide.

Employez la **DOSE TONIQUE** contre l'insomnie, la perte de mémoire, l'aphonie, le manque d'énergie, la timidité, la dépression mentale, les sueurs nocturnes, la dyspepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, les palpitations et les intermittances du cœur, la faiblesse de la respiration et la débilité congénitale.

**REMARQUE.**—En prescrivant, veuillez mettre en relief, comme ci-dessous, le mot Fellows :

*Syr : Hypophos : Fellows,*

*et vous serez ainsi moins souvent désappointé.*