

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

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

DIRECTEURS : MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,
Professeur d'Ophthalmologie.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. VI.

MONTREAL, JUIN 1892.

No 6.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Vagissements intra utérins

Par M. le Dr P. L. J. BISSONNETTE, St Esprit

Dernièrement en lisant *Le Mariage etc.* par le Dr P. Garnier mon attention fut attirée sur le fait rapporté dans cet ouvrage et considéré très rare que le Dr Dupuis du Canada eut un jour l'occasion d'entendre les vagissements utérins du premier des jumeaux qu'il était à mettre au monde ; c'était dans une présentation de la face. Le professeur Depaul a aussi constaté ce fait un peu plus tard. J'ai moi-même eu l'avantage d'entendre non seulement des vagissements mais des *cris intra uterins* ressemblant à ceux provoqués par la douleur, et voici dans quelle circonstance.

Le 22 octobre 1888 je fus appelé à Stauprès de madame L. jeune femme de 24 ans mariée depuis depuis 4 ans et primipare. De petite taille, frêle, délicate, à l'air un peu maladif ma patiente comptait être arrivée à 8 mois de grossesse. Le travail commençait avec présentation du sommet. Après une attente de quelques heures, les *douleurs* perdant de leur fréquence et de leur intensité je rassurai ma malade et revins chez moi. Le 24 je fus appelé de nouveau ; je constatai alors une présentation O. I. G. A. et vers 3 heures de l'après-midi, j'entrepris l'application du forceps. J'avoue que je n'étais pas assuré du succès de cette opération car j'avais à compter avec la résistance et la difficulté qu'offraient un vagin très étroit et probablement aussi un bassin de forme anormale. La tête était au détroit supérieur. Après plusieurs

tentatives infructueuses je réussis à appliquer et à articuler les deux branches du forceps et au moment où je saisisais fermement ce dernier pour commencer les tractions *nous entendîmes très distinctement deux cris poussés par l'enfant*. Après un assez long travail j'amenai un enfant assez bien constitué mais presque asphyxié ; je réussis cependant à le rappeler à la vie mais il expira quelques heures plus tard.

La tête fortement comprimée et présentait quelques ecchymoses.

Voilà un fait qui s'explique physiologiquement n'est ce pas ? Après l'articulation des branches du forceps appliqué, le vagin et l'utérus entr'ouverts laissèrent pénétrer l'air et cet air l'enfant l'aspira et le respira ensuite en laissant échapper des plaintes.

P. J. L. BISSONNETTE M.D.

St Esprit 10 mai 1892

De l'emploi de la morphine dans le traitement de l'éclampsie

Par M. E. de LAVAL, Montréal.

Dans un article publié dans les *Annals of Gynaecology*, Reynold-Wilson vient de remettre sur le tapis la question si souvent débattue, de l'emploi de la morphine dans le traitement de l'éclampsie.

Cette méthode de traitement, est présentée, sous un jour tout nouveau, par l'auteur, qui offre à l'appui, un certain nombre de faits cliniques.

L'emploi de la morphine comme on le sait n'est pas nouveau car il a été fait dans plusieurs occasions et avec succès.

Mais il était laissé à Reynold-Wilson d'apporter à l'appui de sa thèse, les observations qui à notre point de vue, militent le plus en faveur de l'emploi de la morphine dans le traitement de certains symptômes éclamptiques, particulièrement des convulsions.

D'après Reynold-Wilson l'emploi de la morphine dans l'éclampsie, n'est presque jamais suivie d'accidents toxiques, il n'empêche pas l'élimination du poison retenu dans le sang par suite du mauvais fonctionnement des reins.

Pour le public médical en général l'emploi de la morphine, dans l'éclampsie paraît être en contradiction absolue avec les idées reconues vraies jusqu'à aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit Reynold-Wilson en préconisant, la morphine comme agent thérapeutique dans le traitement de l'éclampsie, n'a fait que suivre ou perpétuer l'idée exprimée déjà depuis longtemps par d'autres médecins, parmi lesquels se retrouvent des sommités médicales de l'un et l'autre monde.

Sous les conditions actuelles de la science il ne paraît pas que l'on puisse maintenant trancher la question. Il est impossible de rien préciser sans que l'on connaisse parfaitement l'étiologie de la maladie et que l'on ait des données plus parfaites sur le *mécanisme* d'action de la morphine. Il est certain que si sur les grandes lignes, les thérapeutes s'accordent très bien sur l'action de l'opium et de ses alcaloïdes, dans beaucoup de cas il devient impossible de préciser d'une manière certaine comment a lieu l'action de cet agent tant ses effets sont complexes et variables.

Dans son travail Reynold-Wilson prétend que pour étudier et traiter l'éclampsie il est important de la diviser en deux périodes :

- 1^o Période dite des convulsions;
- 2^o Menace d'intoxication urémique etc.

Reynold-Wilson divise dès le commencement les indications à suivre en deux séries et démontre en même temps les variations qui doivent nécessairement exister dans le traitement.

Il prétend que la morphine doit être donnée dans l'éclampsie, mais en même temps et conjointement avec le traitement éliminant c'est-à-dire que l'on doit pour répondre à l'indication du danger d'intoxication prendre les mesures nécessaires pour l'élimination du poison soit par les reins, le canal intestinal, la peau etc.

Winkel qui pourtant est considéré comme l'apôtre du chloral dans l'éclampsie s'exprime ainsi. " Le traitement éliminatif, par " les diurétiques, diaphoretiques, et les cathartiques " est très utile dans le traitement de l'éclampsie.

Auvard dit " nous n'avons pas seulement une véritable grève des organes d'élimination mais nous sommes en présence de trois autres facteurs de convulsions :

- 1^o Présence d'une source ou cause d'irritation ;
- 2^o Augmentation de la tension vasculaire ;
- 3^o " " " nerveuse.

Il est bien reconnu dit Reynold-Wilson que l'emploi de la vénésection des diurétiques, contrôlent les deux premières conditions pathologiques, en produisant et aidant l'élimination des produits toxiques et en diminuant la tension vasculaire.

Mais ces deux indications remplies il reste à combattre et à atténuer les symptômes dus à la tension nerveuse. D'après Reynold Wilson, la morphine donne alors d'excellents résultats, car les autres agents thérapeutiques ne modifient que peu ou pas les symptômes résultants de la tension nerveuse.

Reynold-Wilson se demande qu'elle influence a la vénésection sur

les symptômes morbides tels que les convulsions et comment a lieu cette action.

Le mécanisme d'action de la vénésection semble n'être pas bien compris, car nous n'avons pas encore aucune théorie dont nous pouvons tirer aucunes déductions propres à nous faire rendre compte de ce moyen d'action. La vénésection en diminuant la tension vasculaire et aidant l'élimination des produits toxiques contenus dans le sang empêche l'action particulière de ces produits sur les centres nerveux. Quoiqu'il en soit la question de l'action de la vénésection sur la tension nerveuse doit être considérée comme étant encore *sub judice*.

De plus il faut bien se persuader que le chloral a *per se* une action diurétique en même temps que sédatif et si comme le dit plus loin Reynold-Wilson la morphine dans certains états pathologiques du rein aide à l'élimination des produits toxiques, ces deux agents sont certainement indiqués dans l'éclampsie.

L'auteur dit que les indications de la morphine cessent dès que les convulsions ont disparues ou si l'éclamptique est dans la *coma*. Donc d'après lui c'est seulement dans la période active des convulsions que la morphine est indiquée.

Les autres moyens que nous fournit la thérapeutique pour remédier à la tension nerveuse sont le chloral, le chloroforme mais comme dit Reynold Wilson, on a remarqué que ces agents ne remplissent pas toujours les indications.

Il est vrai que par un traitement approprié, on peut prévenir les accidents observés dans l'éclampsie, mais il arrive souvent un instant où il faut choisir entre plusieurs agents thérapeutiques. Dans le cas où les convulsions mettent en danger la vie de la femme, il n'y a pas à choisir, il faut agir sûrement et promptement.

Alors la morphine par son action certaine et rapide donne ordinairement le résultat désiré, cessation complète des accidents convulsifs.

Reynold Wilson prétend que le chloral n'a pas une action assez rapide pour remplir l'indication et nous voyons les partisans de son emploi exclusif recommander le chloroforme en inhalations dans le but d'arrêter de suite les convulsions.

La principale objection que l'on a toujours faite contre la morphine dans le traitement des affections liées à une affection du rein a toujours été celle que l'opium et ses principaux alcaloïdes en suspendant jusqu'à un certain point les sécrétions s'opposent à l'élimination rapide de certains poisons.

Pour Reynold-Wilson cette raison n'existe pas car dit-il la morphine

loin d'empêcher la complète élimination des poisons contenus dans le sang aide plutôt qu'elle empêche cette élimination en augmentant la diaphorese Reynold-Wilson dit que chaque fois qu'il a donné une injection hypodermique de morphine il a obtenu la complète cessation des convulsions, et qu'il a reconnu que la morphine, ne diminue que très peu l'élimination de l'urée..... A ce sujet il donne l'opinion de Wood, Bruton, Loomis, qui disent en parlant de la morphine dans le traitement de l'urémie, "c'est un agent qui a non seulement le pouvoir de " contrôler les spasmes musculaires mais en même temps qui ouvre les " voies éliminatrices soit qu'il détruise les effets du poison urémique, " sur les centres nerveux en facilitant l'action diurétiques, etc.

Loomis, cite un certain nombre de cas d'urémie, parmi lesquels un cas d'éclampsie après l'accouchement, où il a employé avec succès la morphine. Un autre cas d'urémie chez un homme âgé de 45 ans, chez qui les convulsions urémiques cessèrent dès que l'on eut employé la morphine. L'emploi de la morphine fut suivi d'une diaphorese abondante.

Loomis dit de plus que l'emploi d'une forte dose de morphine, dès le début de l'éclampsie urémique, offre au malade les meilleures chances de guérison.

D'après Loomis, l'effet de la morphine serait :

- 1° D'arrêter les spasmes convulsifs, en détruisant l'action du poison urémique sur les centres nerveux ;
- 2° D'établir une diaphorese abondante ;
- 3° De faciliter l'action des cathartiques, et des diurétiques particulièrement celle de la digitale.

Wood d'un autre côté, dit que : " quand les reins sont sérieusement " affectés, le médecin doit être très prudent dans l'administration des " opiacés, parce que le principal organe par lequel l'élimination de " cet agent a lieu est fermé."

Comme nous le voyons nous avons à considérer des opinions diamétralement opposées, d'un côté nous voyons Wood qui défend l'emploi de l'opium et de ses sels dans tous les cas où il y a affection, soit aigue ou chronique du rein et d'un autre côté Loomis qui enseigne que dans la morphine nous avons sinon une panacée au moins un moyen de sauver la malade atteinte d'éclampsie.

En acceptant l'opinion de ceux qui ne croient pas à l'urémie comme cause première dans l'éclampsie ou en acceptant la théorie de Reynold-Wilson qui prétend que la morphine sous certaines conditions pathologiques aide plutôt qu'elle diminue l'élimination du poison urémique, nous en venons à cette conclusion que la morphine est appelée à rendre de grands services dans l'éclampsie.

D'un autre côté les opinions contraires sont telles qu'il devient difficile pour le médecin prudent d'exposer la femme éclamptique, à des dangers, dont il est difficile de prévoir le résultat ; de là le dilemme qui se présente chaque fois que l'on est appelé à traiter une éclamptique.

Cette question de l'emploi de la morphine mérite d'être étudiée plus quelle ne l'a été jusqu'à aujourd'hui, car les résultats obtenus par cet agent dans le traitement d'autres affections sont de nature à faire croire à son utilité dans l'éclampsie sinon dans toutes ses phases aux moins dans certaines d'entre elle.

Reynold Wilson termine son article par les conclusions suivantes :

1° La morphine est utile dans les cas où la vie de la femme est mise en danger par la sévérité, et la rapidité, des attaques éclamptiques (convulsions).

2° Absence d'effets délétères sur le processus d'élimination, particulièrement dans les cas où les reins sont affectés incidemment à l'état éclamptique.

M. E. DE LAVAL, M. D.

(1) REVUE DES JOURNAUX AMERICAINS.

Le tœnia comme cause de la névralgie intercostale et de l'Herpes Zoster

Dury rapporte un cas de névralgie intercostale qui résistait à tous les traitements employés et comme on découvrit que le malade souffrait d'un tœnia il fut soumis à un traitement approprié. Dès l'expulsion du parasite, la névralgie disparut. Le même auteur rapporte aussi un cas d'herpes zoster causé aussi par la présence d'un Tœnia.

L'Alcool et les centres nerveux

Le docteur Shorthouse vient de se livrer à de curieuses expériences sur les effets de l'alcool sur les centres nerveux, particulièrement sur les parties du cervelet. Il prétend que la bonne bière et le vin ont l'effet de faire tomber l'ivrogne sur le côté. Le whiskey et particulièrement le whiskey irlandais sur la face, le cidre sur le dos.

Ces différentes manifestations correspondent exactement dit le docteur à celles observées dans l'irritation des lobes latéraux, et de la partie postérieure et antérieure du lobe du milieu du cervelet.

(1) M. le Dr. de Laval a bien voulu se charger de faire pour "La Gazette Médicale" une revue de la Presse Américaine.

Les toiles d'araignées et le tétanos

Tamassi et Fratini prétendent que les toiles d'araignées sont cause fréquente du tétanos et donnent comme résultat de leurs recherches les conclusions suivantes :

1^o Que les germes du tétanos existent en grandes quantités dans certains sols et se retrouvent avec d'autres poussières dans les toiles d'araignées.

2^o Que même si les toiles d'araignées ne contiennent pas les germes du tétanos ils contiennent des germes pathologiques.

4^o L'emploi en médecine des toiles d'araignées doit être défendu vu les dangers auxquels sont exposés ceux qui les emploient comme hémostatiques.

Le Bacille de la Rougeole

Canon et Pilike publient un mémoire par lequel ils prétendent avoir découvert un nouveau bacille dit celui de la Rougeole.

D'après ces expérimentateurs, certains micrococci auraient été signalés à différentes périodes et retrouvés dans les poumons de malades morts de pneumonie, compliquant la Rougeole. De plus, Babes aurait retrouvé ces microorganismes, non seulement dans les poumons des personnes atteintes de rougeole mais aussi dans les glandes lymphatiques, dans le mucus des fosses nasales, dans les sécrétions conjonctivales, les plaques exanthémiques. Babes aurait aussi retrouvé ce coccus dans le sang contenu dans les capsules.

D'après Cannon et Piélike, on a retrouvé ce micro-organisme, dans le sang de 14 malades atteints de la Rougeole.

La forme du bacille de la Rougeole varie beaucoup. Quelque fois il a la grandeur du globule du sang, quelquefois, seulement la moitié. Dans quelques cas, il est très petit et peut-être confondu avec les diplococci.

On l'observe ordinairement seul, mais très souvent il se rencontre en colonies, ordinairement, ces bacilles sont placés parallèlement les uns aux autres.

Canon et Piélike sont d'opinion que le bacille reconnu par eux diffère entièrement des micro-organismes observés jusqu'à aujourd'hui dans la rougeole. Tout en disant que le bacille " très court de Babes " peut être souvent confondu avec le bacille découvert par eux.

Medical Age 10 mai 1892

Asafœtida dans l'avortement

Guido Turrigo préconise l'emploi de l'asafœtida dans tous les cas où il y a menace d'avortement. Il donne ce remède à la dose de 1 grain

[1] Rivista sperimentale, fas iii-91.

en pilule de 1 à 10 par jour, augmentant ou diminuant la dose suivant qu'il est nécessaire. Guido prétend que l'asafœtida a une excellente action dans le traitement des symptômes nerveux chez les femmes et de plus régularise l'action des intestins.

Le Menthol dans le traitement des hémorroïdes

Le Dr Bradley loue beaucoup l'action du Menthol, dans le traitement des hémorroïdes. Cet agent dit-il diminue de beaucoup la douleur et fait disparaître la contraction spasmodique du sphincter anal et permet très facilement la réduction complète des hémorroïdes.

Tétanos.

Celli rapporte qu'il a combattu avec succès le tétanos à l'aide des injections sous cutanées de sublime corrosif. Ce traitement préconisé déjà par Bacillo a donné au Dr Celli d'excellents résultats. Celli dit que les résultats de l'emploi du sublime corrosif ont été ceux-ci : réduction de la température et du pouls et augmentation de la diurèse générale.

MASSAGE (emploi du) DANS LES FRACTURES DE LA CHEVILLE

Von Burkhartd propose l'emploi du massage dans le traitement de cette fracture, dès le commencement. Il fait pratiquer le massage, vers le 6 ou septième jours. Burkhartd dit qu'après la quatrième semaine, l'immobilisation n'est plus nécessaire mais que le patient doit rester au lit jusqu'à la fin de la dernière semaine.

LEUCORRHÉE GONORRHÉIQUE

Goëlet prétend avoir obtenu d'excellents résultats de l'emploi de la créoline ou d'une solution de sulfate de Zinc. Il préfère l'emploi de ces deux substances à celui du sublime corrosif. Il préconise aussi en même temps l'emploi de l'iodoforme, acide borique l'aristol en applications à l'aide de tampons recouverts de vaseline et ce dans le but d'empêcher le contact des surfaces.

Goëlet préconise aussi l'emploi du Per Ozyde d'hydrogène pour nettoyer le vagin.

Noie du traducteur.—Une excellente préparation à employer dans ces cas est celle-ci : Baume de Gurgun extrait fluide d'Hamamelis et eau de chaux parties égales, mêlez. Pour être employé à l'aide de tampons de coton absorbent.

APPENDICITE

Dans un article, Worcester après avoir traité longuement de l'étiologie et du traitement de cette affection, en vient aux conclusions suivantes :

10 L'appendicite est l'inflammation d'un organe, non nécessaire à la vie et qui constitue très souvent un danger à la vie, vu sa position.

20. Dès le commencement d'une attaque d'appendicite il est difficile sinon impossible de préciser la durée où si elle sera dangereuse ou non.

Le diagnostic de l'appendicite est aisé comparativement.

40. Que dès le début de l'affection, l'excision de l'appendice vermiculaire, est très facile à faire et n'est jamais suivie de mauvais résultats.

50. Si on fait dès le début l'excision on n'a pas à craindre de complications ultérieures.

Note du Traducteur.

D'après les autorités médicales américaines, le seul traitement rationnel est l'excision faite dès le début de l'affection. Attendre deux ou trois jours pour faire l'excision, c'est perdre un temps précieux, et faire courir au malades les dangers de l'ulcération et de la perforation, suivi de péritonite générale ou circonscrite. Operer dès le début, c'est le gage du succès.

Pessaire retenu dans le vagin.

Le docteur A. Sarconi publie un article intitulé " de Pessario in femina octo annos retento " observation d'un cas qui démontre les dangers de l'emploi du pessaire.

D'après le docteur Sacconi une femme s'est présentée chez lui souffrant d'une série de symptômes, dus à la présence d'un pessaire qui avait été appliqué et laissé in situ huit ans avant par un médecin.

Ce pessaire avait causé une ulcération et était recouvert de concrétions calcaires, et adhérait par certains points au vagin et à l'utérus.

La publication de ce mémoire en langue latine, a causé beaucoup de surprise dans le Monde Médical, car on a perdu l'habitude de se servir de la langue latine et ce pour cause. L'article est écrit dans un style simple mais élégant et fait honneur au latinisme de son auteur.

MEDECINE

Hématémèse d'origine émotive

Une femme est entrée dans le service à la suite de plusieurs hémátémèses extrêmement abondantes ayant amené un état général très grave. Ces hémorrhagies étaient survenues brusquement, sans aucun phénomène gastrique préalable, et à la suite d'une violente émotion. Deux suppositions étaient possibles : ou une hémorrhagie supplémentaire des règles, ou un ulcère simple de l'estomac. La première n'était guère probable à raison de l'abondance de l'hémorrhagie ; et d'ailleurs, les règles retardées parurent quelques jours plus tard. La seconde était plus vraisemblable, malgré la brusquerie des accidents. Les hémorrhagies se reproduisirent plusieurs jours de suite ; on pouvait néanmoins espérer que la malade guérirait lorsqu'elle contracta une pneumonie grippale qui l'emporta en trois jours.

L'autopsie donna des résultats intéressants en ce qu'ils permirent l'interprétation de ces divers accidents. On trouva d'abord toutes les lésions d'une pneumonie infectieuse ; puis, dans l'estomac, une ulcération superficielle, certainement récente, dans laquelle on voyait une petite artère rompue dont les deux extrémités étaient béantes ; il n'y avait aucune autre lésion de la muqueuse qui paraissait saine.

On peut, tout d'abord conclure, au point de la pneumonie, que celle-ci a été contractée dans la salle où existaient alors non pas des pneumonies, mais d'autres manifestations légères de la grippe : les formes légères peuvent donc engendrer des formes graves, lorsque le terrain, comme c'était ici le cas, est favorable ; c'est aussi la raison qui fait que la maladie a eu une évolution exceptionnellement rapide.

Au point de vue de l'étiologie de l'ulcération de l'estomac, il se présente ici quelque chose de tout à fait spécial : cette malade était en excellent état de santé, lorsque la veille de sa première hémátémèse elle avait été violemment effrayée par deux individus qu'elle avait rencontrés et qui l'avaient légèrement rudoyée, mais sans qu'il y eût eu le moindre traumatisme de la région épigastrique, comme dans les faits signalés par M. Potain. Ici, l'impression morale seule a été en jeu et c'est à elle qu'on peut attribuer l'hémorrhagie. Cette étologie est bien réelle et M. Rendu a vu en particulier deux cas où elle a été très évidente et dont le détail est curieux. Un homme, de très bonne santé habituelle, avait été obligé de vendre une propriété familiale à laquelle il tenait beaucoup. La nuit même qui suivit les enchères, en proie à une très vive émotion, il fut pris d'une violente hémátémèse

qui se renouvela le lendemain. Depuis cette époque, et ce fait remonte à une dizaine d'années, ce malade n'eut jamais rien de semblable.

Dans un autre cas, il s'agit d'une femme de chambre qui, après une discussion violente, la veille de ses règles, eut une hématemèse énorme, sans que l'estomac eût jamais rien présenté d'anormal. Les règles parurent le lendemain ; ici encore l'hémorrhagie ne se reproduisit plus.

Gallard, d'ailleurs, cite deux cas du même genre et insiste sur la cause toute morale de ces accidents.

Il est à noter encore que, dans ces cas, l'hémorrhagie ne s'est pas faite immédiatement, mais quelques heures après ou le lendemain de l'accident, et ce fait peut servir dans une certaine mesure, à expliquer la pathogénie de l'hémorrhagie. Il faut admettre, en effet, que l'émotion agit, soit en en modifiant l'innervation vaso-motrice, soit en modifiant l'état chimique des sécrétions : ce qui le prouve, c'est qu'il y a des sujets qu'une émotion violente fait vomir et d'autres qui, sous la même influence, ressentent une angoisse precordiale très pénible : ce sont là des phénomènes d'excitation du pneumogastrique et par conséquent le nerf est intéressé aussi bien dans ses branches gastriques que dans ses branches cardio pulmonaires. On peut supposer que sous cette influence, il se produit une stase dans certains points de l'estomac, que l'épithélium est altéré consécutivement et défend alors insuffisamment la muqueuse contre l'action du suc gastrique. D'un autre côté, on peut supposer aussi que celui-ci est modifié dans sa composition et Mathieu a démontré, d'ailleurs, que très souvent les émoussés sont des hyperchlorhydriques. Or, pour que la destruction de la muqueuse se fasse ainsi, quelques heures suffisent, et on comprend que l'hémorrhagie ne se fasse pas instantanément, mais quelques heures plus tard.

Ce mécanisme pathogénique est donc tout différent de celui de l'ulcère simple ordinaire où l'état inflammatoire joue un rôle important. L'action de l'impression morale sur ces hémorrhagies par l'intermédiaire du pneumogastrique ne paraît pas douteuse et il faut ajouter que le fait dont il est question ici explique la nature de certaines hémorrhagies qu'on considère comme supplémentaires des règles. Si, en effet, cette femme n'eût pas pris cette pneumonie mortelle, elle aurait guéri de son hémorrhagie et celle-ci eût pu être regardée comme étant en rapport avec la menstruation ; il est probable que cette fausse interprétation a été souvent admise en pareil cas.

Comme indications thérapeutiques, le premier point consiste à arrêter le sang par la glace intus et extra. Les injections de morphine sont utiles si le malade n'est pas trop déprimé, car elles suppriment le

stimulant qui accompagne souvent l'hémorrhagie. Mais s'il est trop affaibli, les injections d'éther ou de caféine sont préférables.

L'hémorrhagie, une fois arrêtée, il ne faut rien donner comme l'alcool, le café etc, et faire prendre des poudres inertes comme un mélange a parties égales de magnésie, de bismuth et de carbonate de chaux. C'est une sorte de pansement anodin et en même temps antiseptique. Les opiacés sont indiqués aussi, mais il faut éviter les astringents, surtout le perchlorure de fer qui est très irritant, ainsi que l'alun et le nitrate d'argent. Le régime lacté constitue ensuite la base du traitement. Le bouillon que l'on a le tort de donner quelquefois est souvent très irritant.

Dans les formes d'ulcération superficielle, et sous l'influence de cette médication, la guérison est souvent très rapide et on ne voit plus se reproduire les hémorragies.

(L'Abeille Médicale.)

Indépendance de la fièvre dans le rhumatisme aigu et chronique

Il faut entendre par là que l'élévation thermique peut exister avant ou après le rhumatisme sans qu'il soit possible de la rattacher à aucune détermination organique précise, et sans qu'il y ait de localisations viscérales; c'est quelque chose d'analogue à la fièvre prodromique de la rougeole ou de la dothiéntérie.

Dans quelques cas l'état fébrile s'installe un certain nombre de jours, jusqu'à sept jours avant que les jointures se prennent; on croit aisément à une fièvre typhoïde, d'autant plus que la rate est tuméfiée et qu'il y a souvent de la diarrhée. Mais la température s'est élevée brusquement, forme plateau dès le début; enfin l'apparition des arthrites vient éclairer la situation. Ces faits sont très démonstratifs; ils avaient été observés déjà par E. Wagner.

Ailleurs la fièvre; au lieu de précéder les arthrites, leur survit sans que rien puisse l'expliquer, comme dans les faits de Graves et Gee.

Parfois l'état fébrile survient sous forme de poussées transitoires rémittentes, avec tuméfaction splénique, chez d'anciens rhumatisants qui portent ou non une lésion cardiaque, suite de leurs attaques antérieures.

Enfin on peut encore invoquer en faveur de l'indépendance de la fièvre rhumatismale ces poussées fébriles qui accompagnent chez les rhumatisants soit les myalgies, soit les névralgies, ainsi que l'ont remarqué Immermann et Edlefsen. Certains de ces cas ont pu donner le change pour une méningite cérébrale spinale; on peut considérer à bon droit qu'ils forment une transition vers le rhumatisme cérébral proprement dit.

Les faits se passent d'une manière analogue dans le rhumatisme chronique, qui comporte également une fièvre prodromique indépendante, ou des reprises fébriles intervenant chez les rhumatisants chroniques sans que les affections articulaires semblent présenter aucun changement susceptible d'influencer cette fièvre.

Il est une considération qui a son importance dans l'espèce ; cette fièvre rhumatismale indépendante est, dans beaucoup de cas, influencée par les préparations salicylées, à la manière de l'état thermique lié aux arthrites.

GIRODE.

(Archives Générales de Médecine.)

Caverne tuberculeuse traitée avec succès par le drainage

Par E. KURZ.

Le malade de Kurz a survécu trois ans ; il a été enlevé par la phthisie galopante.

Homme de 30 ans, violoniste et chef d'orchestre, atteint en octobre 1884 d'accidents thoraciques tellement graves que, le mois suivant, il est forcé de garder le lit. Le 1^{er} décembre, on constate chez lui une grande caverne au sommet gauche. Il est extrêmement amaigri, pâle, abattu, et crache une grande quantité de pus. Fatigué des médicaments qu'on lui prescrit, il consent volontiers à subir une opération.

Le 4 décembre, on incise le 2^e espace intercostal gauche, on divise les faisceaux du grand pectoral, puis, à l'aide du thermocautère, on pénètre dans la caverne, sans provoquer d'hémorrhagie abondante. Le pus s'en écoule. On place une canule d'argent de 10 centimètres.

Comme les adhérences pleurales sont peu solides, on constate immédiatement qu'un pneumo thorax s'est produit ; il n'est pas total : il est partiel. Il ne fournit de symptômes caractéristiques que pendant six jours.

Le septième jour, la fièvre qui était intense (39° en moyenne) disparaît, le pouls se calme, la respiration se ralentit ; le malade est plus fort et peut se lever. Il toussa peu et crache à peine. Au niveau de la caverne, sonorité tympanique, respiration amphorique.

On enlève tous les jours la canule pour la nettoyer. On essaie d'injecter dans la caverne des solutions antiseptiques, mais il faut renoncer à ces tentatives car elles provoquent de violentes quintes de toux. On se contente donc d'y faire pénétrer, à l'aide d'un entonnoir, de la poudre d'iodoforme. Cette poudre est quelquefois rejetée immédiatement par la bouche, car la caverne communique avec une grosse bronche. Quand le malade parle, l'air sort par la fistule. Quand il avale la fumée de tabac, on la voit ressortir par le même orifice.

Pendant trois mois, la médication iodoformée est continuée. On remplace la première canule par des canules toujours plus petites. Les sécrétions diminuent, la toux devient rare. La température du malade est normale, l'appétit excellent. La fistule s'oblitére. Dès lors, on ne constate plus, au niveau de la caverne, qu'un retrait de la paroi ; les symptômes physiques de l'excavation ont disparu ; la respiration est simplement affaiblie. Le malade est considéré comme guéri.

Pendant l'été de 1885, il peut reprendre ses occupations fatigantes de chef d'orchestre. La guérison se maintient pendant près de trois années. Au bout de ce temps survient une tuberculose à marche rapide du poumon droit et le sujet succombe en quelques semaines.

On sait que Sonnenburg a tenté de combiner le traitement de Koch avec l'incision des cavernes ; plusieurs fois les résultats obtenus ont paru favorables. La cure chirurgicale n'est partielle que dans les cas où la localisation des lésions paraît absolument nette. Parmi les accidents auxquels on expose les opérés, un des plus graves est le pneumothorax qu'on a vu survenir dans le cas de Kurz et qui a accéléré la terminaison fatale chez un des malades de Sonnenberg.

(Archives Générales de Médecine.)

De l'influence des acides et des alcalis sur l'alcalinescence du sang humain et sur la réaction de l'urine

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : L'acide chlorhydrique à la dose de 4 à 8 gr. par jour de la solution officinale ne modifie pas l'alcalinescence du sang, mais il influe sur l'urine, au point qu'une urine alcaline de cystite est devenue d'abord neutre, puis acide.—L'acide lactique (10 à 30 gr.) diminue de 1/5 à 1/4 l'alcalinescence du sang. L'acidité urinaire par contre a augmenté mais peu. Cette augmentation ne correspond pas à la quantité d'acide introduite. On pouvait donc conclure que celui-ci est brûlé en partie en CO² et H²O. L'opinion de Cantani, qui lui donne la préférence pour acidifier l'urine n'est donc pas justifiée. Ce point est important au sujet de l'action de la diète lactée.—L'acide tartrique (15 à 10 gr.) a diminué de 1/6 l'alcalinescence du sang et dans tous les cas, sauf un, a augmenté l'acidité de l'urine, mais pas en proportion de l'acide introduit.

Le bicarbonate de soude (5 à 15 gr.) a trois fois augmenté l'alcalinescence du sang, est resté deux fois sans influence ; toujours l'urine est devenue fortement alcaline.

C. LUZET.

(Archives Générales de Médecine.)

THERAPEUTIQUE ET MATIERE MEDICALE.

Le Chloroforme à l'intérieur

Steep a employé le chloroforme à l'intérieur dans un grand nombre d'affections diverses. Il n'y a pas eu d'effets appréciables dans la diphtérie, la coqueluche, la tuberculose pulmonaire, le catarrhe aigu gastrique. Si dans le choléra infantile on donne une faible dose d'opium en même temps que le chloroforme, la diarrhée s'arrête. Chez les malades âgés de quelques mois Steep prescrit la potion suivante :

Véhicule.....	30 à 40 grammes
Chloroforme.....	III à IV gouttes
Teinture d'opium.....	0,5 à 1 gramme
Sous-nitrate de bismuth.....	Q. S.

(*Union Médicale*, n° 14, 1892.)

Nouveau mode de conservation des sirops

The British and Colonial Druggist donne le procédé suivant :

Les sirops chauds sont enfermés dans des fioles de 50 à 120 centimètres cubes, et ces fioles sont remplies sans laisser d'espace pour l'introduction du bouchon. On place sur chaque goulot une rondelle de papier à filtre très épais, d'un diamètre un peu plus grand que le bord extérieur du sommet du goulot. Ces rondelles s'imprègnent de liquide et, quand le sirop se refroidit, son volume diminue et les rondelles de papier sont attirées à l'intérieur du goulot. La partie aqueuse du sirop qui a mouillé les rondelles s'évapore rapidement, et la fiole se trouve fermée par une croûte de sucre cristallisé qui est imperméable à l'air extérieur et au sirop contenu dans le flocon. Les germes atmosphériques ne pouvant pénétrer dans les fioles, toute fermentation est impossible. Pour employer le sirop, il suffit d'enlever avec un couteau la rondelle obturatrice.

(*Revue Scientifique*.)

Traitement de la fièvre de foin

(HAY FEVER)

Le docteur Alexandre Rixa recommande l'hydrate de terpine, comme un remède efficace contre la fièvre de foin. Cette substance se trouve dans le commerce sous forme de cristaux incolores, qui ont leur point de fusion à 100 degrés centigrades. La composition chimique de l'hydrate de terpine serait $C^{10} H^{16} + 3 H^2 O$. A petites doses (10 à 25 centigrammes), l'hydrate de terpine liquéfie et augmente la sécrétion des bronches et partant facilite l'expectoration.

A hautes doses (75 centigrammes à 1 gramme) cette substance réduit la sécrétion et la supprime même tout à fait. Dans des cas de dyspnée bronchiale, comme conséquence d'engorgement des bronches par une sécrétion copieuse, cette propriété de l'hydrate de terpine est de la plus grande valeur.

Il a administré cette substance dans des capsules à 25 centigrammes la capsule. La dose journalière était de 2 gr. 25 à 3 grammes et même au dessus sans aucun inconvénient. Le meilleur moyen d'administration est de donner à chaque repas, trois fois par jour, 75 centigrammes en capsules, et, si c'est nécessaire, encore une de 75 centigrammes avant de se coucher.

Le docteur Alexandre Rixa a eu à soigner dix cas de fièvre de foin.

Dans ces cas, il a obtenu d'excellents résultats par l'hydrate de terpine.

(*La Pratique Médicale.*)

CHIRURGIE

Traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau (1)

Ross après avoir démontré que dans beaucoup de cas les divers traitements médicaux et chirurgicaux, n'ont point donné aucuns résultats dit que l'extirpation du ganglion de Gasser par la base du cerveau tout en étant une opération difficile, ne met pas la vie du malade en danger et doit être considérée comme le seul moyen de guérir cette affection.

Du traitement antiseptique de la blennorrhagie

Par le Dr Watier, médecin-major de 2e classe

Partant de cette idée que la blennorrhagie est virulente et contagieuse, on a cherché le microbe qui en est la cause, et, l'ayant trouvé, le moyen d'empêcher son développement, et de détruire sur place.

Il était dès lors indiqué d'employer dans ce but les antiseptiques ordinaires. Parmi eux le bichlorure de mercure, la résorcine, le permanganate de potasse, etc., ont été essayés, tour à tour, avec des résultats variables.

Le bichlorure de mercure est celui qui a eu le plus de partisans. A

(1) *British Medical Journal* 92.

une solution forte, il détruit le microbe, aussi a-t-on été tenté de l'employer sous forme de liqueur de Van Swieten. Mais à cette dose, il est excessivement caustique pour la muqueuse uréthrale. Les douleurs consécutives sont intolérables, et généralement, l'action n'ayant pas eu le temps de se produire, le microbe continue à vivre et à se reproduire ; on a donc échoué.

Au dix millième, le résultat a été le même. Au vingt millième, l'action microbicide est trop faible et la blennorrhagie résiste souvent. C'est cependant le meilleur procédé que nous ayons jusqu'à ce jour, avec le permanganate de potasse, qui mérite aussi le même reproche.

De l'emploi de l'antipyrine associé au bichlorure de mercure.

Ayant un jour traité un cas de blennorrhagie par une solution de bichlorure au dix-millième, la douleur de la miction étant excessive, j'eus l'idée de la faire précéder d'une injection d'antipyrine au 100^e, contre cette douleur même.

Non seulement l'élément douleur fut beaucoup moindre, mais la blennorrhagie s'arrêta beaucoup plus vite. Je crus, dans un autre cas, pouvoir essayer l'antipyrine seule. Ce fut sans succès. Je repris alors les deux substances combinées l'une à l'autre, et depuis je n'ai eu qu'à m'en louer. Faut-il attribuer à l'antipyrine un pouvoir microbicide quelconque, ou bien supposer qu'elle atténue seulement la douleur que cause le bichlorure, ou bien encore que l'association de ces deux substances leur donne une valeur antiseptique plus considérable, je l'ignore. Quoiqu'il en soit le résultat a dépassé mon attente.

Voici parmi les nombreux cas que j'ai traités, les derniers des plus intéressants et des plus difficiles :

A. C. Troisième récidive de blennorrhagie 5 jours après le coït. Goutte blanchâtre caractéristique. Traité le 6^e jour. Injection après chaque miction, 24 heures après. Guérison.

M. t. Blennorrhagie remontant à 15 jours. Traité par un autre traitement précédemment, atteint de phimosis et œdème de la verge. Laisse à lui-même 2 jours par prudence ; puis traitement à l'antipyrine et au bichlorure. Sort guéri incomplètement 6 jours après. La guérison était complète le neuvième.

L. Blennorrhagie ancienne (1 an) ayant nécessité, en d'autres mains le traitement à l'hôpital pour orchite double. Traité par moi à sa rentrée de convalescence. Écoulement encore très abondant. Antipyrine et bichlorure. Guéri complètement en 8 jours.

M. . x Blennorrhagie ordinaire. Première atteinte. Début remontant à 6 jours. Guéri en 7 par mon traitement,

Tous les autres cas ressemblent à ce dernier à peu de chose près,

aussi n'en continuerai je pas l'énumération. Il convient cependant de faire remarquer que la plupart de ces hommes, peu intéressés à se guérir, et peu intelligents, exécutent souvent fort mal les prescriptions qui leur sont faites.

Bien que connu, banal en quelque sorte, le procédé opératoire pour le traitement de la blennorrhagie est si souvent négligé et entraîne un si grand nombre d'insuccès, que je crois utile de donner quelques détails sur la manière d'opérer que je crois la plus efficace.

Je me sers d'ordinaire de la solution antiseptique suivante :

Antipyrine.....10 grammes.
 Bichlorure de mercure..... 0 gr. 10 centigr.
 Eauun litre.

Ce qui revient à dire : Antipyrine au centième et bichlorure de mercure au dix-millième. Agiter pour dissoudre complètement, On s'efforcera d'appliquer le traitement le plus près possible du début. Je crois même qu'on pourrait se servir de la solution étendue à titre préventif.

En tous cas, il est possible d'entreprendre le traitement à n'importe quelle période de la maladie mais le plus tôt sera le mieux.

Il faut faire faire les premières injections devant soi, après avoir uriné. Il vaut mieux que le malade soit couché ; debout, cela est plus fatigant et plus difficile.

Pour faire l'injection, tenir la seringue comme d'ordinaire, mais il convient de s'assurer que le liquide ne reflue pas en arrière du piston, que le liquide est bien dans le canal. C'est pour cette raison que la seringue à piston en fil ne vaut rien (à moins de l'arranger) ; la seringue à piston en cuir bouilli vaut beaucoup mieux.

L'ampoule en caoutchouc a pour inconvénient de ne pas permettre de voir quelle quantité de liquide a pénétré dans le canal. Elle peut néanmoins servir pour ceux qui craignent de se servir de la seringue.

Théoriquement, je suis d'avis qu'il vaut mieux employer la solution tiède et procéder d'abord à une injection dite de lavage. Malheureusement, il est difficile d'avoir la solution à la température voulue et de plus elle est chère. J'ai donc toujours employé la solution à la température ambiante et une seule injection (après avoir uriné).

Le point le plus important est celui-ci : afin que le microbe ne puisse échapper à l'action du médicament il est nécessaire que le liquide reste *une demi heure* dans le canal. Si on échouait, peut-être même faudrait-il le laisser encore plus longtemps. Je sais que cela est fastidieux, mais quand on veut se guérir, on s'y résigne facilement ; du reste étant couché on a plus de patience et on peut s'occuper, lire par exemple, l'autre main étant libre.

Une fois l'injection évacuée, il faut se laver les mains, (recommander de prendre garde à l'ophthalmie), nettoyer avec soin la verge avec la solution antiseptique, enfin l'envelopper dans un morceau de toile bien propre. Le moyen le plus pratique est d'attacher une ficelle autour des reins, d'y fixer par les deux coins un mouchoir propre sur le devant du ventre et de laisser pendre devant la verge ; de la sorte, si on le change souvent, la chemise n'est pas salie et on évite les nouvelles inoculations.

Le nombre d'injections par jour peut être évalué à trois ou quatre. Je préférerais cependant dire qu'il sera fait une injection autant que possible après chaque miction. Le liquide urinaire est irritant et, de plus, un milieu favorable pour le développement du microbe.

On peut résumer ce qui précède, en disant qu'il faut traiter la plaie urétrale comme une plaie ordinaire par une substance antiseptique qui reste assez longtemps en contact avec elle pour détruire le microbe qui l'entretient et empêcher sa reproduction.

J'ajouterai quelques mots, en terminant, sur les autres précautions qu'il est utile de faire prendre en même temps que ce traitement.

Une des plus grandes difficultés est souvent l'érection nocturne. Voici le traitement que j'emploie pour la combattre. Je fais prendre un lavement évacuant au moment de se coucher, afin de vider le rectum pour la nuit, puis absorber à l'intérieur deux grammes de bromure de potassium ; on peut le remplacer par le camphre, s'il ne réussit pas. Quand l'érection se produit quand même, le malade doit se laver rapidement, marcher dans sa chambre sans toucher à l'organe ou en l'enveloppant d'un mouchoir humide. Au besoin il peut prendre la position sur les coudes, dite mahométane ; enfin quand l'érection est arrêtée, uriner et faire une nouvelle injection.

Le régime a aussi une certaine importance. Il est évident que le régime lacté absolu serait le meilleur ; ordinairement il ne faut pas y compter, il est trop pénible et trop désagréable. Donc, généralement, on maintiendra le régime ordinaire, mais en évitant les irritants, boissons alcooliques, surtout la bière, le champagne, le punch, etc.

Le vin étendu d'eau ne fait pas grand mal et le café, souvent difficile à supprimer, est aussi généralement peu nuisible.

On ne peut fixer d'une façon absolue la durée du traitement de la blennorrhagie par cette méthode. Cela dépend de l'époque à laquelle la maladie commence à être traitée. Je tiens cependant à rappeler que le maximum a été de huit jours, même chez ceux atteints depuis un an (les autres ont été guéris beaucoup plus tôt), que l'injection n'est pas pour ainsi dire douloureuse, qu'enfin elle n'a donné lieu, jusqu'à présent, à aucune complication sérieuse.

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Goître et grossesse

Par M. le DR JOFFROY, à la Salpêtrière.

MESSIEURS. — J'ai déjà essayé de montrer, dans des leçons récentes, que le goître exophtalmique n'était pas une névrose, mais une maladie de la glande thyroïde ; que la maladie de Basedow était à la lésion de la glande thyroïde ce que l'albuminurie est au rein. Je vais m'occuper aujourd'hui du rapport de la maladie avec la grossesse.

Lorsque M. Charcot fit connaître en France le goître exophtalmique, il remarqua que dans une des observations qui étaient publiées à l'étranger, on disait que la maladie s'était très améliorée à la suite d'une grossesse. Quelque temps après, appelé avec M. Trousseau à voir une jeune femme atteinte de la nouvelle entité morbide, il conseilla une grossesse, et, cette dernière étant survenue, la malade vit son état s'améliorer beaucoup, si bien qu'on la considéra comme à peu près guérie.

Depuis, un certain nombre de cas analogues ont été publiés ; tels : ceux de Souza-Leite, de Huberlin et autres. Ces faits conduisent à s'occuper des relations qui existent entre le goître ordinaire et la grossesse, relations qui ont été vues déjà depuis longtemps. Dès 1840, J.-L. Petit s'exprime de la manière suivante : " Il arrive assez souvent chez les femmes, en conséquence des nombreux efforts qu'elles font pour mettre leurs enfants au monde, que la glande thyroïde se gonfle et forme une tumeur plus ou moins considérable." Chailly (Honoré) constate que le gonflement de la glande thyroïde survient plus souvent après l'accouchement que dans d'autres circonstances et se montre deux ou trois jours après la délivrance. D'Outrepoint, en 1828, rapporte le cas d'une malade qui mourut à la sixième grossesse avec un goître qui apparaissait et s'aggravait à chacune d'elle. Natalis Guillot publia en 1860, dans les *Archives de médecine*, deux cas de goître développés manifestement pendant l'état de grossesse. Les deux femmes moururent au second accouchement.

Tarnier (in *Cazeaux*, 7^e édit.) dit : " Il n'est pas rare que la glande thyroïde s'hypertrophie pendant la grossesse, en dehors de toute influence endémique. Habituellement, cette hypertrophie est peu considérable et ne produit aucune gêne. Quelques femmes cependant, se plaignent de voir leur cou grossir et se déformer. Cette augmentation de volume du corps thyroïde diminue quelque peu après l'accouchement, mais il est rare qu'elle disparaisse complètement."

On peut donc admettre que le corps thyroïde s'hypertrophie souvent après la grossesse et que cette hypertrophie diminue ou disparaît souvent après l'accouchement ou du moins diminue beaucoup ; d'autre fois, il se fait un gonflement subit.

En 1870, Guyon a étudié les modifications qui se produisent du côté du corps thyroïde pendant l'effort, et a pensé que le gonflement brusque qui peut se produire était dû à des hémorrhagies intrathyroïdiennes avec formation de kystes hématiques.

Mais continuons le relevé des principales observations dans lesquelles on cite le développement d'un goître sous l'influence de la grossesse.

En 1861, Tarnier publie un cas de goître aggravé chez une femme enceinte (morte au huitième mois) et un cas de suppuration du corps thyroïde survenue dans les mêmes circonstances.

Lévêque rapporte, en 1872, dans sa thèse, sept cas de goître d'origine puerpérale.

En 1875, Lawson Tait cite 12 cas de goître apparu dans ces conditions.

Bar a publié des observations où il mentionne soit l'apparition d'un goître pendant la grossesse, soit l'aggravation d'une tumeur existant antérieurement.

Dans presque toutes les observations que je viens de rapporter, on néglige de parler de l'état du cœur ; Une seule fois l'absence de palpitations est signalée. Il y a cependant de grandes relations entre le goître ordinaire et la maladie de Basedow, et il n'est pas rare de voir le premier se transformer en goître exophtalmique.

Je vous ai parlé, il y a quelques instants, de cas dans lesquels un accouchement fut suivie de l'amélioration d'une malade de Basedow ; il se passa alors la même chose que dans le goître ordinaire.

Une malade de Huberlin présenta, en mai 1889, du tremblement, de la faiblesse des jambes, de l'amaigrissement. En août de la même année, une grossesse survint et fut interrompue, le 2 mars 1890, par un décollement du placenta ; l'enfant naquit mort. Deux mois plus tard, les symptômes de la maladie de Basedow avaient presque disparu.

Benecke a observé un cas absolument semblable, dans lequel il se produisit aussi un décollement du placenta.

Dans sa thèse soutenue en 1876, Pastrian cite un fait intéressant recueilli à la Pitié, dans le service de M. Gallard. Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans, sans antécédents goitreux héréditaires, qui presenta une hypertrophie thyroïdienne à sa première grossesse. L'état resta stationnaire jusqu'en 1870, époque de la deuxième grossesse, à l'occa-

sion de laquelle, le goître atteignit, de chaque côté du cou, le volume d'un œuf. En 1872, nouvelle grossesse, nouvelle poussée ; en 1874, quatrième grossesse et développement énorme du goître. Alors seulement apparurent de l'amaigrissement, des palpitations et de l'exorbitisme.

J'ai observé un cas analogue. Une de mes clientes, originaire d'un canton de la Suisse où il n'y a pas de goître, mais qui cependant m'a fourni trois cas de maladie de Basedow, se marie à 19 ans. A la première grossesse survient un goître ; à la deuxième, ce goître se développe ; à la troisième, des palpitations apparaissent et il est question de la possibilité de l'existence d'un goître exophtalmique ; à la quatrième, la maladie de Basedow est constituée.

Tous ces détails sont intéressants et pourraient être utilisés pour établir la nature réelle du goître exophtalmique. La grossesse, qui produit très facilement le goître simple, peut aussi entraîner la transformation de ce dernier en goître exophtalmique. Quand la grossesse se termine, tout disparaît s'il s'agit d'un simple gonflement du corps thyroïde ; Il y a une amélioration si la maladie de Basedow est constituée : peut-être même peut-il y avoir guérison complète ?

Faut-il donc, dans un but thérapeutique, conseiller une grossesse aux malades atteintes de goître exophtalmique ? Je ne le pense pas, car, s'il est certain qu'une amélioration peut survenir, il se développe, dans d'autres cas, des accidents tellement graves qu'une intervention s'impose. D'autre part, la connaissance de ces faits vous permettra de rassurer vos malades atteintes de la goître exophtalmique lorsque la gestation s'accompagnera, chez elles, de l'aggravation des symptômes dus au goître ; vous pourrez leur dire qu'une amélioration très notable a grande chance de se produire après leur délivrance.

(*L'Union Médicale*).

Traitement de la fièvre puerpérale par la provocation d'abcès superficiels

M. FOCHIER (de Lyon).—J'ai remarqué que dans les cas de fièvre puerpérale grave, s'il se produisait chez les malades des abcès, celles-ci guérissaient. Elles mourraient au contraire, si les fluxions phlegmoneuses n'arrivaient pas à suppuration. J'en ai conclu que ces suppurations étaient une voie par laquelle s'échappaient les humeurs mauvaises, qui infectaient l'organisme, humeurs pectantes, pour parler comme les anciens ; et que si cette porte de sortie leur est fermée, elles continuent leur œuvre néfaste et tuent les malades. Me basant sur ces données d'observation, j'ai essayé de provoquer chez mes malades ces abcès salutaires. Pour obtenir ces abcès de fixation, j'injec

tais au début du sulfate de quinine, plus tard du nitrate d'argent à 1/5. J'emploie aujourd'hui de l'essence de térébenthine. J'avais même songé à faire des injections microbiennes atténuées. Bien entendu, je n'emploie ces moyens que dans les cas graves; dans les cas simples je me borne au traitement ordinaire. Quand chez un malade vous voyez l'état général s'aggraver, même s'il existe déjà un phlegmon, une localisation spontanée, ne craignez pas de créer un nouvel émonctoire en faisant une injection d'essence de térébenthine. Aujourd'hui grâce à l'antisepsie, la maladie se cantonne rarement dans la zone utérine, ne pouvant plus s'y développer. Mais quoique n'ayant ni métrite, ni périmétrite, ni lymphangite, la femme n'en est pas moins infectée et succombe plus ou moins tardivement à des accidents à allure inconnue. Cette marche de l'infection ne s'observe que chez les femmes traitées antiseptiquement, et c'est ce qui a fait croire parfois que les antiseptiques étaient la cause de leur mort. Or, dans ces cas où l'organisme entier est infecté, est-ce un traitement local qui sauvera la malade? Non, car il ne porte pas le remède là où est le mal. Essayez alors des abcès artificiels, quoi qu'en puissent penser histologistes et bactériologistes qui n'ont aucune compétence en la matière. Il peut arriver que l'injection ne puisse amener la suppuration. C'est ce qui arrive chez les malades profondément infectées, dont l'état général est extrêmement grave; leur organisme ne pouvant plus réagir. Elles sont incapables de faire du pus. Outre une valeur thérapeutique réelle, cette méthode de traitement a donc une valeur pronostique très grande. Quant à savoir comment il agit, il est probable que tout à l'entour du foyer purulent il est sécrété des produits solubles qui vaccinent l'organisme. Cela me paraît si vrai que je crains d'ouvrir un abcès, parce que le pus évacué, ses propriétés bienfaisantes disparaissent. Et je conseillerais, avant d'ouvrir la collection purulente, d'en créer au préalable une autre dans le voisinage.

M SALMON est absolument de l'avis de M. Fochier. Depuis 40 ans qu'il exerce, dans tous les cas de septicémie chirurgicale il insinue du nitrate d'argent sous la peau pour provoquer la suppuration. Il a remarqué aussi que s'il ne parvenait pas à provoquer la suppuration le pronostic était fatal.

M. THIERRY (de Rouen)— J'avais remarqué à Paris que dans les cas d'infection puerpérale grave, s'il survenait des abcès sous-cutanés, l'état général du malade s'améliorait, ce qui me conduisit aux mêmes déductions que M. Fochier, et, dès 1888, j'essayai de provoquer des abcès sous-cutanés. J'eus recours d'abord au chlorhydrate de quinine. Aujourd'hui, j'emploie l'essence de térébenthine, je fais les injections à la région fessière, et pour entretenir le bon effet des premières,

chaque jour j'en pratique une nouvelle. Au 5e jour, j'incise la masse phlegmoneuse, mais au lieu de traiter la plaie antiseptiquement, ce qui m'enleverait le bénéfice obtenu, j'irrite la plaie avec du styrax, afin de continuer la formation de ce pus crémeux et louable que vous connaissez bien.

M. TARNIER.—Un vésicatoire ne ferait-il pas aussi bien ?

M. FOCHIER.—Les vésicatoires et sétons ont donné des résultats, mais les derniers n'ont réussi que lorsque leur orifice était bouché, on avait alors une véritable poche d'abcès. Je préfère les injections d'essence de térébenthine.

M. THIERRY.—J'ai eu recours dans des cas très graves, à des vésicatoires de 20 centimètres de côté, à des sétons de 18 centimètres de long et une vingtaine de cautères les uns à côtes des autres et j'ai échoué alors que les abcès provoqués me donnaient d'excellents résultats.

(*Le Progrès Médical.*)

PÆDIATRIE.

Troubles nerveux post-scarlatineux

Un enfant de 5 ans, atteint l'année précédente d'une paralysie infantile, ne laissant subsister qu'une amyotrophie peu gênante du devant de la jambe, a la scarlatine en mai; de mai à juillet, la vue s'affaiblit (névrite optique double); du 20 au 30 juillet, fièvre, perte de la parole, troubles des sphincters, parésie, s'étendant à tout le corps sauf à la tête, quoique la langue fût gênée. En août, amélioration progressive, tremblement intentionnel dans les membres supérieurs, mais l'atrophie des papilles optiques persiste. C'est une paralysie infantile. La névrite optique, bien moins curable, est de même nature infectieuse.

H. BIDON (de Marseille.)

(*Revue Intern. de Bibliog. Méd.*)

Paralysies consécutives à la rougeole

Bien que les paralysies, survenant à la suite de la rougeole, soient relativement rares, l'auteur a pu réunir quarante et un cas; il cite, parmi les auteurs qui ont fourni le plus de documents sur la matière, Wallenberg; Gowers, Osler et Abercrombie. Il ressortirait de ses diverses observations, que les paralysies rubéoliques sont de type spécial; M. Allyn se trouve sur ce point, en contradiction avec Landouzy, qu

considère la paraplégie, comme la forme de paralysie la plus fréquente à la suite de la fièvre éruptive en question. En outre de la forme hémiplegique, compliquée ou non d'aphasie, on a signalée à la suite de la rougeole : la paraplégie accompagnée souvent de troubles vésicaux et rectaux, la paralysie ascendante, des paralysies diffuses. Le début de la complication est généralement brusque et se trouve annoncé par des convulsions, de la somnolence ou du coma ; d'ailleurs, les phénomènes convulsifs peuvent persister longtemps et se prolonger même quand toute paralysie a cessé. C'est au moment de la convalescence qu'apparaît d'habitude la paralysie ; toutefois, on a vu varier l'époque d'apparition de celle-ci du deuxième jour de l'éruption, jusqu'à six semaines après. La durée de l'impuissance musculaire est également assez variable ; elle est comprise entre quelques jours et plusieurs mois et même plusieurs années. Dans quelques cas de paralysie persistante, l'atrophie s'est emparée des membres privés de mouvement. Quoique cette complication de la rougeole soit presque constamment bénigne, la mort en a été quelquefois la conséquence ; celle-ci a été le résultat d'une paralysie ascendante. La question pathogénique reste encore ouverte ; s'agit-il d'inflammation de la substance nerveuse, d'embolie, d'hémorragie cérébrale ; Ces diverses hypothèses peuvent s'appliquer à certains cas, mais non à tous. Il est plus probable, d'après l'auteur, que la cause première de la paralysie réside dans une altération, d'origine microbienne ou autre, les tuniques des vaisseaux qui, grâce à cette lésion, laissent transsuder le sérum ou le sang ; suivant la quantité plus ou moins grande de liquide épanché et suivant la rapidité de l'absorption, la paralysie présente une durée plus ou moins considérable. L'altération artérielle pourrait également, par le mécanisme de la thrombose, amener l'arrêt de la circulation dans certains territoires vasculaires.

V. PAGLIANO (de Marseille.) (*Revue Intern. de Bibliog. Méd.*)

Traitement du rachitisme

Bulletin méd. 12 mars 1892.—Le traitement du rachitisme est prophylactique, hygiénique, médicamenteux et chirurgical.— La prophylaxie du rachitisme consiste surtout dans l'hygiène alimentaire mais accessoirement les autres conditions hygiéniques ne sont pas à dédaigner. Dans le traitement hygiénique sont indiqués : le séjour à la campagne au bord de la mer, le traitement médicamenteux est très varié. Tout en faisant usage de l'huile de foie de morue et des phosphates, on peut aussi appliquer l'électrothérapie à quelques cas. Electrification de certains muscles atrophiés et semi-paralysés, massage des tissus péri-articulaires pour hâter la résorption des produits épanchés. La chirurgie

ne doit être employée qu'en dernier ressort après avoir épuisée toute la série des traitements médicaux. Le redressement manuel de déviations et en particulier du *genus valgum* n'est applicable qu'aux enfants très jeunes. Plus tard, c'est à l'ostéoclasie avec appareils qu'on donnera la préférence. — Il faut peu compter sur l'efficacité des appareils orthopédiques. — En résumé l'huile de foie de morue pure ou phosphorée, les bains de mer ou les bains salés, les préparations phosphatées, une bonne hygiène assurent la guérison de la plupart des rachitiques. P. MOREAU DE TOURS (de Paris)

Revue internationale.

OTOLOGIE

Des Écoulements d'oreilles

Messieurs,

Supposons qu'un malade, atteint depuis longtemps d'un écoulement d'oreille, vienne vous consulter à ce sujet : il a jusqu'à ce moment, respecté religieusement cet écoulement, car il a entendu dire—hélas trop souvent encore par des médecins—que c'était là un émonctoire salubre, que l'arrêt de la suppuration provoquerait des affections très graves du cerveau, ou des yeux.

Vous n'avez pas la moindre notion d'otologie, et cependant vous souvenant du précepte : *primo non nocere*, vous pouvez être être à même de donner à votre client un conseil utile. Peu vous importe, à ce point de vue, qu'il s'agisse d'une affection de l'oreille externe ou moyenne ; il y a production de pus, ce pus doit être éliminé et sa source tarie autant que faire se peut.

Le traitement que vous allez faire suivre par votre malade se résume ainsi : laver l'oreille et la maintenir dans plus grand état de propreté possible. Vous conseillerez donc au malade de se rincer l'oreille plusieurs fois par jour.

Parfait, répondra-t-il, mais comment dois-je m'y prendre et quel instrument employer dans ce but ?

Pour faire un nettoyage convenable de l'oreille, une *bonne* seringue est indispensable ; donc, pas de seringue en verre dont l'embout blesse le conduit, dont la capacité est trop minime, et avec lequel on ne peut user d'une force assez grande pour lancer le jet ; il faut une seringue en métal, à embout arrondi, pouvant pénétrer de 1½ à 2 centimètres dans le conduit, sans crainte de le blesser ; elle doit être introduite perpendiculairement au plan latéral de la

face. et, pour permettre au liquide d'atteindre le fond, le pavillon doit être attiré en haut et en arrière, ce qui redresse la courbure du conduit et évite que le liquide, allant frapper une de ses parois, revienne clair, n'atteignant pas les matières purulentes accumulées dans le fond.

Quant au liquide à employer, vous n'irez pas conseiller le lait tiède, parce que vous ne voulez pas faire du beurre dans l'oreille, ni de la décoction de guimauve ou d'autres décoctions végétales, parce qu'il vous semblera tout au moins inutile et dangereux d'ajouter des substances organiques facilement putrescibles au magma purulent qui remplit l'oreille. A plus forte raison, vous vous élèverez avec énergie contre l'emploi de liquides bizarres, telle l'urine par exemple, qui sont encore fréquemment usités, sur la foi d'absurdes préjugés populaires.

Vous prescrirez donc l'eau tiède pure, aussi pure que possible. Vous pouvez y ajouter des substances antiseptiques, l'acide borique, l'acide phénique pour lequel l'oreille présente une très grande tolérance, alors que le sublimé, même en solutions très étendues, est difficilement supporté par cet organe ; mais vous ferez déjà chose fort utile et méritoire si vous vous contentez d'être antiseptique ; prenez donc de l'eau ayant bouilli et injectez-la, à une température de 40° avec une certaine force jusqu'au moment où elle ressort absolument claire.

Voilà l'oreille bien propre. Est-ce tout ? Non. Entre les lavages qui doivent être répétés suivant l'abondance de la suppuration de 1 à 3 fois par jour l'oreille doit être soustraite autant que possible à l'action néfaste du pus qui se reproduit plus ou moins rapidement dans le fond ; il faut donc faire un pansement convenable ; il consiste dans l'introduction d'ouate dans l'oreille. Ici encore, il est indispensable, si vous voulez que le malade retire un bénéfice des conseils que vous lui donnez, d'attirer son attention sur la façon dont il doit procéder ; en effet, presque toute les personnes, qui se mettent de l'ouate dans l'oreille, en forment une petite boulette plus ou moins serrée qu'elles placent à l'entrée du conduit ; qu'arrive-t-il alors ; la suppuration se reproduisant ne trouve plus de libre écoulement à l'extérieur, le pus stagne dans l'oreille, y subit des décompositions multiples, corrode les parois du conduit ; bref, ce pansement mal fait a finalement pour résultat d'annihiler tous les bons effets du traitement que vous poursuivez.

Il faut donc d'abord employer de l'ouate absorbante, ouate au sublimé, ou même simplement de l'ouate hydrophile bien propre, ensuite indiquer au malade que l'ouate doit occuper tout le conduit, atteindre le fond et absorber ainsi, au fur et à mesure de leur production, les matières sécrétées ; pour cela, il faut étaler un fragment d'ouate de 3 ou 4 centimètres de long sur 2 à 3 de large, l'enrouler autour d'une

tige quelconque, extrémité de porte plume ou de crayon, par exemple de façon à former un tampon dont l'extrémité en pinceau, dépassant le bout du porte ouate improvisé, ne permettra pas à celui-ci de blesser le fond. Vous prouverez au malade qu'on peut introduire un tel tampon à une profondeur de 2 à 2½ centimètres même chez un enfant, sans avoir la moindre crainte du tympan ; vous lui recommanderez ensuite de renouveler ce pansement chaque fois que l'ouate sera humide.

Grâce à ce pansement si simple et si facile à instituer et à suivre, vous obtiendrez rapidement une diminution notable de l'écoulement et souvent une guérison définitive. Si, pour des raisons qui ne sont pas de votre compétence, l'écoulement persiste en dépit de vos efforts, vous adresserez votre malade à un confrère spécialiste, qui ne pourra que vous décerner des éloges pour le traitement institué jusque-là.

La Clinique.

ODONTOLOGIE.

Traitement des douleurs et de la fluxion d'origine dentaire.

Les deux causes principales et les plus communes de névralgie ou douleurs d'origine dentaire, que le médecin-praticien est appelé à rencontrer dans sa clientèle et même à soigner, s'il pratique loin d'une ville, loin de tout spécialiste de la bouche, sont :

- 1o. La pulpite aiguë ;
- 2o. La périostite alvéolo-dentaire.

Le succès de la suppression plus ou moins rapide du symptôme douloureux dépend entièrement du diagnostic exact de la différenciation entre ces deux lésions.

I

Pulpite aiguë.—Dans la pulpite aiguë, le patient souffre ordinairement d'une douleur névralgique très intense de toute la région innervée par la cinquième paire, douleur ayant son maximum d'intensité au niveau de la dent, siège du mal. Cette névralgie a débuté la veille ou le jour même par une douleur aiguë, à la suite d'une inspiration d'air froid, ou bien en prenant un liquide trop chaud ou trop froid, en mangeant une glace ou bien encore en mordant sur un osselet, une arête de poisson, en mangeant des fruits contenant de petits pepins tels que la groseille, les fraises, framboises, etc. La douleur continue lancinante pendant quelque temps, mais, le plus souvent, se calme tempo-

rairement pour reprendre plus tard et devenir très rigide, avec les points d'intensité maxima au niveau des tempes, des foramens sus ou sous orbitaires, enfin, au niveau de la dent.

Le fait de la sensibilité extrême de la dent en question, à la colonne d'air inspirée, ou à l'eau froide ou très chaude prise dans la bouche, dans la très grande majorité des cas, est le diagnostic d'une pulpite aiguë.

Si l'on examine la dent, on trouve une cavité cariée suffisamment profonde pour atteindre la cavité pulpaire où se trouve la pulpe dentaire (vulgairement nerf dentaire), la partie la plus sensible de tout l'organisme.

Il faut, de suite enlever, avec précautions les débris alimentaires ou corps étrangers qui remplissent toujours plus ou moins la cavité cariée ; si l'on ne possède aucun instrument spécial, cette opération pourra être faite au moyen du stylet de tresse à extrémité pointue, ou bien avec une épingle à chapeau, une forte épingle à cheveux, etc.

A l'aide d'une petite seringue, celle de Pravaz peut être employé à la rigueur, on lavera la cavité cariée, avec de l'eau *tède*, ou préféralement avec une solution antiseptique *tède* : eau phéniquée, boriquée ou au sublimé.

Lorsque toutes les parcelles alimentaires auront été enlevées, on appliquera *légèrement*, dans la cavité cariée, une petite boulette de coton imprégnée d'une des préparations suivante :

Menthol.....	3 grammes
Chloroforme.....	5 —
Mêlez.—Usage externe.	

Ou encore :

Chlorhydrate de cocaïne.....	} à à 0 gr 25 centigr.
Chlorhydrate de morphine.....	
Créosote	Q. S.

Pour faire une pâte à consistance de crème.

Mêlez.—Appliquer une petite quantité de cette pâte sur une petite boulette de coton qu'on placera dans la cavité cariée sur la pulpe dentaire.

Ou bien :

Sulfate de morphine.....	0 gr. 20 centigr.
Sulfate d'atropine.....	0 gr 10 —
Eau distillée	30 grammes.

Mêlez.—Usage externe.—Ne pas laisser cette solution entre les mains du malade.

si l'on ne possède aucune des préparations ci-dessus, on pourra employer avec avantage la créosote ou l'acide phénique pur, mais tou-

jours en *très petite quantité* ; on a le tort très souvent de trop imprégner la ouate de créosote, on brûle les parties avoisinantes et l'on remplace la pulpite aiguë par une périostite alvéolaire, suite de brûlure médicamenteuse.

Dans des cas très rares où la douleur n'a pas cédé aux médicaments ci-dessus indiqués, nous avons employé, avec succès, chaque fois, le nitrite d'amyle introduit dans la cavité cariée sur du coton ; mais en employant ce médicament, il faut agir très rapidement, pour éviter l'hyperémie cérébrale et faciale produite par l'inhalation de cette préparation ; de plus, on recouvrira le premier coton avec un second coton collodionné.

Jamais on ne doit employer l'acide arsénieux dans un cas de pulpite aiguë ; il faut attendre au moins deux jours avant de faire cette application qui, comme on le sait, a pour but de détruire d'une façon permanente la vitalité de la pulpe dentaire et par conséquent sa sensibilité. Quant à la quantité d'acide arsénieux à employer, contrairement à ce qui est indiqué dans plusieurs ouvrages de thérapeutique, *elle ne doit jamais dépasser la grosseur d'une petite tête d'épingle* ; cette quantité est réduite en pâte en la mélangeant avec un peu de créosote ; le tout est placé sur une petite boulette de coton qui doit être placée exactement sur la pulpe dentaire, *et non pas sur la gencive*, car dans ce dernier cas, le résultat serait un sphacèle plus ou moins considérable des parties molles, avec nécrose d'une partie de l'alvéole. Ce petit coton arseniqué doit être soigneusement enfermé dans la dent, soit avec de la cire ou avec du coton collodionné ; il est laissé en place de vingt-quatre à quarante-huit heures ; au bout de ce temps la dent est insensible.

Une pulpite aiguë peut encore être produite par une obturation mal faite, obturation métallique en contact trop intime avec la pulpe. Dans ces cas, il faudrait enlever l'obturation, ce qui ne peut être fait que par un spécialiste ; on aura donc recours aux applications externes ;

a) Une ou deux sangsues, qu'on aura soin de placer dans un tube en verre, pour éviter qu'elles ne soient avalées, et l'on appliquera l'extrémité du tube sur la gencive en face de l'extrémité radiculaire de la dent.

b) Ou bien, si l'on possède le mélange de menthol et de chloroforme ci-dessus formulé, on en imprégnera un fragment de coton de la dimension d'une amande, qu'on placera au dessus de la dent, entre la joue ou la lèvre et la gencive ; en une minute il y aura soulagement. On pourra, de plus, avec le mélange, badigeonner les régions extérieures sensibles, la tempe, les points orbitaires, en évitant que le liquide pénètre dans les yeux.

Si la pulpite est accompagnée de périostite,—ce qu'on dignostiquera à l'existence d'une douleur provoquée par la percussion de la dent,—on pourra alors faire de la révulsion externe en appliquant sur la gencive au-dessus de la dent de la teinture d'iode ou l'un des mélanges iodés indiqués plus loin.

II

Périostite alvéolo-dentaire.—La périostite alvéolo dentaire qui souvent se termine par fluxion, par abcès alvéolaire est due, dans la grande majorité des cas, à une dent morte, c'est-à-dire une dent dont la pulpe est complètement détruite. Les débris pulpaire ayant été laissé dans cette cavité se décomposent, et les produits de la putréfaction de ces matières organiques, ne pouvant s'échapper par la cavité cariée qui, pour une cause ou pour une autre, se trouve obstruée, sortent par l'extrémité radiculaire dans les tissus périodentaires, et sont le point de départ de la périostite alvéolaire. La dent, siège du mal devient de plus en plus sensible, le malade ne peut la toucher sans produire une douleur immédiate, il ne peut manger du côté malade. La dent n'est pas sensible à l'air froid et l'est très peu ou pas du tout aux liquides chauds ou froids ; ceux-ci ne sont pas, comme dans la pulpite aiguë, le point de départ de douleurs atroces.

Les douleurs sont lancinantes et ne s'arrêteront, si l'on n'intervient pas, que lorsque les produits inflammatoires se seront créé un chemin à travers l'alvéole pour se diffuser dans les parties environnantes et constituer la fluxion ; à partir de ce moment la douleur aiguë disparaît.

Si le médecin est appelé au début de la périostite, lorsque la dent est allongée et sensible à la pression seulement, sans autre douleur, si la dent est cariée, il devra autant que possible nettoyer la cavité cariée et tâcher d'arriver à la cavité pulpaire, afin de drainer cette cavité, pour que les produits de la décomposition pulpaire, au lieu d'irriter le périoste en s'échappant par le foramen radiculaire, puissent s'écouler dans la cavité buccale.

Il faut, dans ces cas, que la dent soit débouchée et il serait tout à fait inutile, comme on le fait trop souvent, d'introduire une boulette médicamentée, qui ne peut qu'augmenter le mal. Il faut que la dent soit trépanée et qu'il y ait communication directe entre la cavité interne ou pulpaire de la dent et de la bouche.

Si la dent a été obturée et si l'on n'a pas à sa disposition l'instrument nécessaire, une petite vrille ou trépan, on agira extérieurement.

Si on voit le malade pendant les premières vingt-quatre heures, on

pourra instituer le traitement abortif, en badigeonnant énergiquement la gencive au dessus de la dent avec l'un des mélanges suivants :

Teinture d'iode.....	5 grammes.
Teinture de belladone.....	} à 2 —
Teinture de jusquiame.....	
Laudanum de Rousseau.....	

Mêlez.—Usage externe.—En badigeonnages sur la gencive, au siège de la périostite.

On encore :

Teinture d'iode.....	5 grammes
Teinture de racines d'aconit (Fleming)	1 —
Chlorhydrate de cocaine.....	0 gr. 15 centigr.

Mêlez.—Usage externe. (Ne pas laisser au malade.)

La teinture de racines d'aconit de Fleming (Pharmacopée anglaise) est beaucoup plus énergique que la nôtre, la dose interne étant de 2/3 à 2 gouttes (maximum).

À défaut de l'une ou de l'autre de ces préparations, on pourra employer la teinture d'iode pure, ou mélangée avec parties égales d'alcool camphré.

L'emploi de la réfrigération nous a donné d'excellents résultats : l'application plus ou moins continue pendant plusieurs heures, sur la joue ou sur la lèvre extérieurement, au niveau de la racine de la dent malade d'une petite vessie de glace.

Il en a été de même de l'emploi du chlorure d'éthyle en pulvérisation sur la gencive : pulvérisation d'une durée de vingt à trente secondes, renouvelée toutes les cinq minutes pendant une heure.

Le chlorure de méthyle, vu son action énergique, ne paraît pas se prêter aux applications répétées, quoiqu'il soit excellent comme anesthésique local.

L'émission sanguine locale nous a donné de bons résultats, nous l'employons comme il suit :

La gencive ayant été préalablement insensibilisée au moyen du chlorure d'éthyle, je fais au-dessus de la dent malade, deux ou trois ponctions aussi énergiques que possible, au moyen du bistouri, en essayant de traverser le paroi alvéolaire, pour arriver aussi près que possible de l'extrémité de la racine ; ceci pour éviter au malade deux ou trois jours de souffrance, qui représentent le temps nécessaire à la perforation naturelle de la paroi alvéolaire ; de plus, en agissant ainsi, nous évitons aussi la fluxion de la grande majorité des cas.

On peut encore employer la sangsue comme moyen d'émission sanguine ; mais, naturellement, elle ne remplira pas le double but que nous

venons d'avoir en vue, c'est-à-dire émission sanguine locale et *perforation alvéolaire*.

Les injections de cocaïne ne doivent pas être employées, car, lorsqu'il y a périostite alvéolaire, l'anesthésie est très peu prononcée et souvent nulle.

Les injections de 0,25 ou 0,50 centigrammes d'antipyrine dans 1 gramme d'eau suppriment la douleur chaque fois : malheureusement elles donnent lieu à une cellulite, suivie d'une induration très longue à disparaître, et qui peut être aussi volumineuse qu'une fluxion.

Inutile de dire que les personnes atteintes de périostite alvéolaire, ou de tout autre affection buccale, doivent maintenir la bouche dans un état aseptique par l'emploi des antiseptiques : eau boriquée, eau chloratée, eau au sublimé à 1/5000.

Si le malade se présente alors que la fluxion est déjà déclarée, il faut toujours essayer d'atteindre la cavité pulpaire ou faire une ouverture artificielle, un drainage, comme le recommande M. Magitot. Si la communication est établie entre l'intérieur de la dent et la bouche, le pus provenant de l'abcès alvéolaire s'écoulera par la dent et la fluxion diminuera graduellement.

Si, d'autre part, faite d'instrument, on ne peut déboucher la dent, il faut agir d'un autre côté.

La fluxion étant déclarée, toute douleur a disparu plus ou moins ; ce qu'il reste à faire, c'est de faciliter l'ouverture de l'abcès à l'intérieur de la bouche et de s'opposer par tous les moyens en notre pouvoir, à son écoulement extérieur sur la joue ou au cou, résultat déplorable, surtout chez une femme.

Pour éviter l'ouverture externe, *le traditionnel cataplasme sur la joue doit être absolument prohibé* et ne doit jamais être employé. Il ne faut pas d'autre part, permettre aux malades, d'entasser sur la joue des couches de ouate l'une sur l'autre, comme ils le font trop souvent.

Nous recommandons à nos malades de prendre dans la bouche, aussi souvent que possible, de l'eau de guimauve boriquée aussi chaude qu'ils pourront la supporter, ou bien de faire cuire une figue de Smyrne dans de l'eau de guimauve boriquée et de l'appliquer sur la gencive au-dessus de la dent, ce qui fait fonction de cataplasme interne.

Si l'abcès se dirige vers la cavité buccale, il n'y a rien d'autre chose à faire ; si, par contre, il prenait la direction de la joue, il faudrait alors continuer les applications très chaudes à l'intérieur et appliquer sur la joue des compresses d'eau froide : dans plusieurs cas, nous avons employé avec plein succès, lorsque l'abcès était prêt à s'ouvrir, des compresses glacées à l'extérieur, à l'endroit où l'abcès pointait, et une figue très

chaude à l'intérieur, renouvelées aussi souvent que nécessaire ; en agissant ainsi nous avons pu le lendemain, au moyen du bistouri, arriver à faire une ouverture interne et prévenir la cicatrice extérieure.

Depuis quelques années, nous n'hésitons pas, dès qu'un abcès alvéolaire paraît vouloir se prolonger ou s'acheminer vers l'extérieur, à plonger le bistouri dans la direction où nous supposons que le paroi alvéolaire s'est perforée.

Si la périostite ou fluxion est due à une ou plusieurs mauvaises racines, il ne faut pas hésiter à les enlever, *malgré la fluxion*, c'est par un préjugé inexplicable et sans fondement que d'aucuns pensent qu'il ne faut pas procéder à l'extraction d'une dent ou racine pendant une fluxion ; nous croyons, au contraire, que la période la plus favorable à l'extraction, sous tous les rapports, est celle où la fluxion existe.

À l'intérieur, pour calmer les douleurs, on associera avec avantage, au traitement local, l'antipyrine, la phénacétine, l'exalgine, ou le sulfate de quinine s'il y a suspicion de paludisme.

En résumé : 1^o S'il y a fluxion prononcée, ce qui, dans 99 cas sur 100, veut dire mort de la pulpe et décomposition de cette organe dans la cavité pulpaire, tout médicament placé dans la cavité cariée est absolument inutile et plutôt nuisible, car il empêche ce que l'on doit s'efforcer d'obtenir, à savoir un drainage de la cavité pulpaire. Si l'on ne peut déboucher la dent, on opérera extérieurement, par les révulsifs, comme nous l'avons précédemment indiqué ;

2^o Pour la douleur due à pulpite aiguë, ce qui est indiqué par une sensibilité extrême de la dent au chaud et au froid, on tâchera d'appliquer l'un des médicaments indiqués ci-dessus, *directement*, dans la cavité cariée. Si la cavité est obturée et qu'on ne puisse la déboucher, on interviendra par la révulsion.
(*Semaine médicale.*)

MALADIES DE LA PEAU.

Traitement de la pelade par le collodion iodé

Communication de M. E. TISON, à la société de médecine pratique

L'affection dont je parle, dans cette communication est la teigne tondante appelé plus communément pelade. Elle se différencie très nettement du *favus* ou teigne favreuse, due à la présence de l'*Achorion Schoenleini* et, non moins nettement de la teigne tonsurante produite par le *Trichophyton tonsurans*.

Si j'insiste sur ces distinctions, c'est que les noms de pelade et de

teigne tondante sont quelquefois donnés à tort, selon moi, à la teigne tonsurante, c'est-à-dire à la trichophytie. Cette confusion règne même dans certains traités de botanique médicale. ainsi qu'on peut le voir dans le *Précis de botanique médicale* que M. L. Trabut vient de publier. Je constate avec plaisir que M. G. Thibierge n'a pas fait cette confusion dans le *Traité de médecine* en cours de publication.

J'ajouterai encore que la pelade dont je parle est la pelade contagieuse et non une *peladoïde*, affection de nature nerveuse qui ne présente avec la vraie pelade qu'une certaine ressemblance d'aspect.

Ceci dit, j'arrive à l'observation du malade, jeune séminariste de dix-neuf ans, entré dans mon service à l'hôpital Saint Joseph, le 25 octobre 1891.

Pour la rédaction, je reproduis autant que possible, les expressions de ce jeune homme, fort intelligent du reste, qui a bien voulu écrire l'histoire de sa maladie :

“ Vers la fin du mois de juin 1891, m'écrivit-il, chaque matin, sur mon oreiller, je trouvais un grand nombre de cheveux éparpillés ça et là. Je n'y portais aucune attention. Je venais, huit jours auparavant, de passer sous la tondeuse du coiffeur et je croyais qu'il s'agissait de quelques cheveux restés sur la tête, je me brossai donc soigneusement. Cependant loin de diminuer, la chute de mes cheveux allait en augmentant.

Plusieurs de mes condisciples me firent alors remarquer que j'avais “ une tonsure ” à la partie postérieure de la tête, du côté gauche.

“ Néanmoins un de nos professeurs, ne sachant à quoi attribuer cela me conduisit à l'hôpital de... pour consulter le médecin. Il n'y était pas. La sœur infirmière examina ma tête, dit quelques mots au professeur, et je revins au petit séminaire, sans être plus avancé. Dès lors il ne fut plus question de moi à ce sujet.

“ Les grandes vacances arrivèrent. La plaque ou tonsure allait s'agrandissant de jour en jour. Bientôt même une seconde, puis une troisième plaque se montrèrent à la surface de la tête. Le mal s'aggravait, ce n'était plus un par un que les cheveux tombaient mais par méches, je songeai à y remédier.

“ J'allai donc à Paris consulter à la clinique.... Le docteur examina attentivement toutes les plaques et me dit que c'était la pelade, maladie TRÈS, TRÈS contagieuse (et il appuyait sur ce dernier mot). Il me fit une ordonnance dont les médicaments s'élevaient à un prix tel que mes moyens ne me permirent pas de les acheter. Ayant appris par où dire qu'il y avait un traitement facile et peu coûteux, employé par les personnes atteintes du même mal, je le suivis.

“ Tous les jours, lavages avec une mixture dans laquelle entrait pour

une bonne part de l'essence de térébenthine et de l'huile. Tous les trois jours application du vésicatoire Bidet sur toutes les plaques.

" Tel fut le traitement que j'employai depuis le 2 août 1891, jusqu'au 3 octobre de la même année. De ce traitement il était résulté une amélioration bien minime. Sur une plaque quelques cheveux follets étaient repoussés et c'était tout.

" Le 5 octobre je rentre au petit séminaire de... dans un état pire qu'à la sortie de juillet.

" Mais il n'y avait pas huit jours que j'étais avec mes condisciples que je reçois l'ordre de partir pour Paris et de m'y faire soigner.

" Arrivé à Paris le 11 octobre, je continuai le traitement indiqué ci-dessus jusqu'au jour où ne pouvant plus me procurer les médicaments et craignant de communiquer ma maladie à ma sœur, sur la recommandation de... j'entraî dans votre service à l'hôpital Saint Joseph. "

Je lui prescrivis alors le vésicatoire Bidet (dissolution de cantharidine dans le chloroforme). En attendant qu'on se le procurât, une sœur proposa un remède connu d'elle seule.

" Tous les matins, continue notre malade, je devais prendre à jeun six gouttes de x dans un demi-verre de tisane de feuilles de noyer et tous les soirs me frictionner la tête avec y , matière grasse. X n'avait qu'un goût répugnant, mais y m'occasionnait de grandes souffrances qui, parfois, m'empêchaient de dormir.

" Je suivis ce traitement secret depuis le 26 ou 27 octobre jusqu'à la fin de novembre.

" Voyant le peu d'effet qu'il produisait, vous avez résolu d'en appliquer un autre.

" J'avais alors sept plaques plus ou moins grandes. Vous badigeonnâtes, chacune d'elle avec du collodion iodé. Après quelques jours vous enleviez la pellicule de collodion et vous ordonniez un lavage ou friction de tout le cuir chevelu avec du snblimé. Le succès fut rapide et complet. Les cheveux repoussèrent avec une extrême richesse et chaque jour vous pouviez remarquer avec plaisir les progrès opérés par ce traitement.

" J'oubliais de dire, chose importante pourtant, que les plaques étaient de forme ronde et que les cheveux tombaient entièrement et ne se cassaient pas à leur base. "

Le malade donne ensuite le tableau du traitement par le collodion iodé.

A la suite de cette historique passablement pittoresque, il me restera peu de chose à ajouter.

Lors de son entrée à l'hôpital, le 25 octobre dernier, le malade présentait sept plaques, une, plus grande qu'une pièce de cinq francs en

argent, à la région occipitale gauche, la première apparue, celle où s'était faite l'inoculation par la tondeuse du perruquier. La seconde un peu plus petite, siégeait un peu plus bas et un peu plus à droite. Une largeur d'un centimètre de cheveux non malades les séparait. Vers la fin de novembre, peu de jours avant l'emploi du collodion iodé, ces deux plaques n'en faisaient plus qu'une. Deux autres, grandes comme une pièce d'un franc, siégeaient sur la région pariétale gauche. La cinquième se trouvait à la base du front, à droite, à quelques centimètres du sourcil ; la sixième était un peu plus en arrière de celle-ci, sur la tempe, et la septième s'était développée derrière l'oreille droite.

Quand ce malade vint à l'hôpital, je ne pensais pas guérir rapidement une affection qui avait envahi à ce point le cuir chevelu et contre laquelle on ne possédait aucun remède spécifique. Mon pronostic n'exigeait pas moins d'une année de traitement. Sachant par expérience la longue durée de cette affection et le peu de confiance qu'inspirent les diverses médications, j'autorisai très volontiers la sœur à employer un traitement prétendu efficace. Ce faisant, je n'agis pas autrement que l'Assistar. ce publique qui emploie ou a employé, dans les mêmes conditions, le traitement des frères Mahon. En même temps, je n'étais pas fâché d'apprécier moi-même la valeur de ce remède que j'avais beaucoup entendu vanter et sur l'efficacité duquel les éloges ne tarissaient pas.

On a vu qu'après cinq semaines de cet essai loyal, la maladie n'avait fait aucun progrès dans la voie de la guérison. C'est alors qu'ayant lu dans la *Clinique française*, les observations suivies de succès que le docteur Chatelain venait de publier en assez grand nombre, j'appliquai le traitement par le collodion iodé.

Voici de quelle façon je procédai :

Les cheveux sont coupés aussi ras que possible avec des ciseaux, ce qui permet de voir avec netteté toutes les plaques existantes et de découvrir celles qui débutent. Il ne faut pas raser les cheveux, car avec les coupures du rasoir, fort fréquentes dans cette opération, il y a crainte d'inoculations multiples. Cette affection est contagieuse et probablement, pour ne pas dire certainement, parasitaire, et on ne saurait en nier la contagion parce qu'on n'en connaît pas encore le parasite. On frictionne alors le cuir chevelu avec la liqueur de Van Swieten et on applique une forte couche de collodion iodé sur chaque plaque en ayant soin d'en dépasser un peu les limites. Ce collodion contient un gramme d'iode métallique pour 30 grammes du produit. Par la dessiccation il se forme une pellicule qui emprisonne l'iode et le retient longtemps en contact avec la peau. Quelques jours après, une semaine en moyenne, cette pellicule se fendille, se déchire, et tombe par petits morceaux. On

recommence alors, matin et soir, les frictions avec la liqueur de Van Swieten jusqu'à ce que tous les fragments de collodion soient détachés et on en fait une nouvelle application.

Je ne fus pas peu étonné en voyant, après la troisième application, les plaques dénudées se recouvrir de poils follets qui devenaient rapidement plus nombreux et ne tardaient pas à prendre le diamètre et la couleur des autres cheveux.

L'iode seule n'aurait-il pas produit le même effet que le collodion iodé ? Pour élucider cette question, j'eus la persévérance, pendant plus de quinze jours, de faire sur les deux plaques de droite des badigeonnages fréquents de teinture d'iode. Le résultat fut nul et quand je vis que les cheveux repoussaient sur les plaques collodionnées, je m'empressai de traiter ces deux là comme les cinq autres. Ce qui fut suivi d'un égal succès.

Cependant ce qui agit dans ce traitement, c'est l'iode. Ce métalloïde est, en effet, un excellent antiseptique qui détruit rapidement la vitalité des micro-organismes et des cellules vivantes, car il possède une très grande affinité pour les substances azotées qui constituent le protoplasma et le noyau des éléments anatomiques. Que de fois je m'en suis assuré, il y a plus de vingt ans, en traitant par l'eau iodée les préparations des tissus végétaux ou animaux, ou encore celles qui contiennent les nombreux micro-organismes qui pullulent dans les eaux croupissantes. Aussitôt que l'iode a envahi les parties azotées, ce qu'on reconnaît à leur nouvelle coloration brune, la vie disparaît, car les micro-organismes perdent leurs mouvements pour ne les plus retrouver.

Cependant comme l'iode seule n'agit pas sur le parasite de la pelade, on doit conclure que la présence du collodion est indispensable. Ce dernier doit agir en maintenant l'iode en contact permanent avec la peau et en s'opposant à la sublimation de ce métalloïde très volatil.

Tel est ce traitement imaginé par le docteur Chatelain et qui, en quelques mois, peut amener la guérison de la pelade, l'une des teignes les plus rebelles à toutes les médications appliquées antérieurement. Il permettra, chose non moins appréciable, de maintenir les élèves en contact avec leurs camarades, sans craintes de contagion. Leurs études ne souffriront plus de cette longue et dégoûtante maladie.

Le Courrier Médical.

La balnéation dans les maladies de la peau

M. SAALFELD croit que la balnéation est indiquée dans les dermatoses chroniques et contre-indiquée dans les dermatoses aiguës.

Dans l'eczéma chronique squameux, les bains simples ou alcalins ou sulfureux rendent des services notables. Les malades qui ne supportent

pas les applications de goudron en nature se trouvent quelquefois fort bien des bains de goudron.

Dans l'eczéma aigu les bains et le séjour aux bords de la mer sont contre-indiqués.

Dans l'eczéma de cause interne, les cures d'eau et les cures diététiques rendent de grands services et peuvent même faire disparaître la dermatose.

Les bains de mer sont contre indiqués chez des individus atteints de furonculose et de psoriasis. Chez les malades de la dernière catégorie on peut obtenir de bons résultats avec des bains sulfureux ou des bains de goudron. Les bains sulfureux sont encore indiqués dans la furonculose et l'acné, Ce qui est encore utile dans la furonculose et le pemphigus, ce sont les bains antiseptiques.

HYGIÈNE.

Des maisons de convalescence en Grande-Bretagne

VALENCE : *Rev. méd. de l'Est*, 15 avril 1892.— Après avoir indiqué comment, en Angleterre, la plupart des établissements hospitaliers sont dus à l'initiative privée et subsistent grâce aux contributions volontaires des particuliers à l'opposé de ce qui se passe en France, où la plupart des hôpitaux dépendent de l'Etat ou des Municipalités, Mr Valence insiste sur le sens économique et pratique dont les anglais font preuve dans l'organisation même de leurs hôpitaux ou de leurs compléments. L'hôpital est considéré par eux comme devant exclusivement servir au traitement des maladies aiguës ou des cas chirurgicaux; malades ou blessés ou opérés étant évacués aussitôt la convalescence, sur des établissements spéciaux ou maisons de convalescence (*Convalescent Home*) qui dépendent de l'hôpital ou peuvent aussi avoir été fondés par des Sociétés privées ou par de simples particuliers.—A un premier point de vue, les "Convalescent Home" jouent en ce qui regarde le roulement hospitalier des malades, le rôle de déversoirs des hôpitaux, dont les lits, plus rapidement disponibles, permettent de traiter le maximum de cas.—A un second point de vue, cette organisation réalise de très grands avantages au bénéfice des convalescents, ceux-ci après leur maladie ou l'opération subie, étant soustraits au contact des autres malades, aux chances de contagion, à l'impression morale déprimante du milieu hospitalier et placés dans les conditions d'aération, de régime de milieu, que Michel Levy en France, M. Gladstone en Angleterre,

considèrent comme les plus favorables à toute personne relevant de maladie.— M. Valence montre comment ces conditions se trouvent remplies dans les " Convalescent Home " par leur emplacement à la campagne, le plan de construction adopté, le régime alimentaire, la réglementation du travail, enfin par différents points d'organisation intérieure.— Il entre dans quelques détails sur divers établissements de ce genre et, après avoir rappelé que la première maison de convalescence en Angleterre, *Seamen convalescent* près Greenwich a été établie dès 1821, il déclare qu'en France, en dehors de six asiles privés à Paris et de deux à la Roche-Guyon et à Epinay, réservés également à des enfants de Paris, l'initiation privée n'a absolument rien fondé ni organisé dans tout le reste du pays.

L. KNÖPFLE (de Nancy)

Revue Internationale

FORMULAIRE.

Potion contre la migraine

Caféine.....	0 gr. 40 centigr.
Bromure d'ammonium.....	1 gramme
Teinture d'écorces d'oranges	25 —
Sirop simple.....	30 —
Eau de menthe.....	100 —

Dose : Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures jusqu'à la fin de l'accès.

Formulaire Mensuel

Elixir contre les vomissements et les digestions difficiles

(Dr LIEBAUT de Versailles.)

Elixir de Garus..	200 grammes.
Eau distillée.....	50 —
Acide chlorhydrique.....	2 —
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 50 cent.

Une cuillerée à soupe avant le repas.

Formulaire Mensuel

Gerçures du sein

Emploi de l'albumine.—M. le Dr Van Allen conseille de recouvrir les gerçures, après chaque tétée, d'une couche d'albumine qu'on laisse sécher avant de fermer le corsage. Pour donner à têter, on humecte, avec un peu d'eau, le mamelon. Les douleurs disparaissent vite et la guérison est obtenue de suite.

Le Scalpel

Solution contre les ulcérations naso-pharyngiennes

COURARD

Salol pulv.....	10 grammes
Camphre pulv.....	5 —
Alcool.....	25 —

Faites dissoudre.—Pour appliquer sur les ulcérations naso-pharyngiennes.—N. G.

Potion contre le choléra infantile

GRANCHER

Acide lactique.....	2 grammes
Eau distillée.....	} à 50 —
Sirop de framboises.....	

Mêlez.—Une cuillerée à café toutes les cinq, dix ou trente minutes, suivant la gravité des cas.—Lavements à la température de 30 à 32°.—Lavage de l'estomac avec de l'eau de Vichy.—Pour combattre le collapsus, bain chaud sinapisé à 33°, pendant six minutes au maximum; injection sous-cutanée de 50 centigrammes d'éther.—On peut aussi administrer, tous les quarts d'heure, une cuillerée à café de la potion suivante: Citrate de caféine, 25 centigrammes; rhum vieux, 20 grammes; vin de Malaga, 30 grammes; sirop de framboises, 40 grammes.—N. G.

(*L'Union Médicale.*)

Asystolie cardiaque; emploi de la digitale, de l'ergotine et de l'iode de potassium associés.

M. le Dr Albert Robin conseille dans les maladies organiques du cœur, l'association à la digitale de l'ergotine et de l'iode de potassium sous la forme suivante:

Poudre de feuilles de digitale.....	0.60 centig.
Faites macérer dans:	
Eau	200 gr

Ajoutez :

Iodure de potassium..... 6 gr.

Ergotine Bonjean..... 2 gr.

Edulcorez avec :

Sirop des cinq racines..... 50 gr.

La digitale à faible dose ralentit le pouls et augmente la tension artérielle. Comme l'accélération des battements du cœur tient chez les cardiaques asystoliques à la diminution de la résistance artérielle, ainsi que l'a établi Marey, l'ergotine en augmentant la tension ralentira les battements. L'iode a une action spécifique sur la circulation cardiaque et artérielle, et il n'est pas toxique à doses modérées.

(Union Médicale.)

Préparations composées de phosphate de chaux.

I.—Solution de chlorhydrophosphate de chaux.

Phosphate de chaux.....	17 grammes
Acide chlorhydrique, le moins possible, environ.....	10 —
Eau distillée.....	973 —

II.—Sirop de chlorhydr. ophosphate de chaux.

Phosphate de chaux.....	12gr,5
Acide chlorhydrique, le moins possible, environ.....	8gr
Eau distillée.....	440gr
Sucre blanc.....	630gr
Essence de Néroly.....	q. s.

III.—Sirop de lactophosphate de chaux.

Phosphate de chaux.....	12gr,5
Acide lactique.....	14gr
Eau distillée.....	440gr
Sucre blanc.....	630gr
Essence de Néroly.....	q. s.

IV.—Sirop de ferrolactophosphate de chaux.

Sulphate de fer pur.....	5gr,56
Monophosphate de chaux.....	14gr,68
Acide lactique.....	20gr
Eau distillée.....	350gr
Sucre blanc.....	650gr
Essence de Néroly.....	q. s.

(Pharm. Zing., 1892, n° 10, p. 80.)

BULLETIN

Le Bureau des Gouverneurs

Les gouverneurs du collège des médecins et chirurgiens ont-ils des devoirs à remplir envers le corps médical de la province ?

A voir la manière dont les choses se passent ne dirait-on pas que notre Bureau des Gouverneurs est tout à fait indépendant du corps médical et ne leur doit aucun rapport. Jusqu'à présent aucun médecin, que nous sachions, n'a, à moins que ce ne soit non officiellement par la voie des journaux, reçu le compte rendu des séances de l'auguste corps. Que se passe-t-il à ces séances ? Que font nos gouverneurs ? Combien d'élèves reçoivent le brevet chaque année ? Combien reçoivent la licence ? Quelles mesures a-t-on prises contre les charlatans ? Quels sont ceux qui ont été condamnés ? Quand sont élus les gouverneurs ? Quelles conditions faut-il remplir pour avoir droit de vote ? A qui faut-il payer la contribution annuelle exigée de chaque médecin par le collège ? Où faut-il payer ? A quoi sert cette contribution ? Quels sont les devoirs de nos gouverneurs ?

Voilà des questions auxquelles les médecins ont le droit et le devoir d'exiger une réponse.

Dans toute corporation bien organisée, il se publie après chaque assemblée des directeurs, un compte-rendu minutieux des délibérations et ce compte rendu est ensuite distribué à chacun des membres de la dite corporation.

Le rapport du trésorier, que nous sommes parvenu à connaître un peu par accident, accusait l'an dernier un excédent des recettes sur les dépenses.

Au lieu de consacrer cette somme à l'achat d'une bibliothèque, comme on l'a proposé, ce qui est plutôt du ressort de nos sociétés médicales et de nos universités, notre bureau des médecins qui en somme est une institution financière plutôt que scientifique, ne pourrait-il pas consacrer au moins une partie de ces valeurs à s'organiser sur des bases solides et sérieuses.

Que coûterait-il d'envoyer après chaque séance à tous les médecins étant en règle avec le bureau, un rapport de la séance. Ne pourrait-on pas donner chaque fois la liste officielle des nouveaux licenciés, des médecins qui ont payé et de ceux qui n'ont pas payé leurs redevances annuelles. De cette façon nous pourrions nous reconnaître et les médecins qui sont en conformité avec la loi ne seraient pas forcés de subir de prétendus confrères qui n'ont aucun droit à exercer dans la province.

Ne pourrait-on pas tenir tous les médecins licenciés au courant de ce qui intéresse tout le corps médical de la province ? Ainsi en juillet, nous aurons les élections du Bureau des Gouverneurs ? Excepté les Gouverneurs eux mêmes et peut-être quelques-uns de leurs amis intimes, très peu de médecins s'en doutent. Aussi ce qui va arriver est assez facile à prévoir. Nos gouverneurs vont se réélire *par acclamation*, et nous aveuglerons de leurs lumières pendant encore au moins trois ans. Aucun médecin n'a reçu d'avis à cet effet ? Les contributions ne sont pas réclamées ? Les médecins ne savent pas à qui payer. Personne n'est en règle. Personne ne votera. A qui la faute ? Au Bureau des Gouverneurs.

Franchement, il est temps d'apporter un changement à un tel état de choses.

Nous suggérons donc au Bureau de s'occuper de finance au lieu de science. Encore une fois, au lieu de chercher à fonder des bibliothèques dont peu de médecins bénéficieraient, qu'il consacre donc une partie de ses revenus, à payer des officiers compétents, capables de consacrer leur temps aux affaires du Collège.

Qu'il consacre une partie de ses revenus à l'impression et à la distribution des rapports de ses délibérations.

Voilà, croyons-nous, un pas à faire afin de donner aux médecins la place à laquelle ils ont droit dans la direction des affaires médicales de la province.

La taxe directe pour le corps médical.

Les rapports du Parlement Provincial, nous apprennent que le projet de loi suivant sera bientôt soumis à l'approbation de nos députés.

“Attendu qu'il est nécessaire de prélever un revenu additionnel dans le but de se procurer les fonds requis pour faire face aux obligations du gouvernement de la province et aux exigences du service public, il est en conséquence :

Résolu 1. Que tous les membres des professions suivantes, savoir : les avocats, les notaires, les médecins, les arpenteurs, les ingénieurs civils et les architectes pratiquant leur profession respective dans les limites de la province, paieront une taxe directe comme suit, savoir :

1. Ceux qui résident dans les cités de Québec et de Montréal, une somme annuelle de cinq piastres ;
2. Ceux qui résident dans les autres cités et villes incorporées de la province une somme annuelle de quatre piastres chacun ;
3. Ceux qui résident dans les autres municipalités de la province, une somme annuelle de deux piastres chacun.

Résolu 3. Que la taxe ci-haut mentionnée, imposée sur les membres

des différentes professions susmentionnées, sera payable, tous les ans, le premier jour juridique de juillet, au percepteur du revenu de la province pour le district dans lequel ils résident.

Résolu 4. Tout membre d'une profession libérale qui négligera de payer la dite taxe à l'époque indiquée, sera par là même privé du droit de pratiquer.

Nous dirons franchement que ce projet de loi nous paraît souverainement injuste pour les membres des professions libérales.

S'il s'agissait d'un impôt prélevé spécialement dans le but d'aider les classes professionnelles, nous comprenons que l'on pourrait prélever sur eux seuls un impôt qui ne servirait qu'à eux seuls. Mais quand il s'agit de faire face aux obligations du gouvernement de toute une province, quand il s'agit de faire face aux exigences du service civil—ce qui regarde tout le peuple—nous nous demandons pourquoi l'on s'attaque ainsi de préférence aux hommes de profession.

Puisque le gouvernement en est arrivé à imposer la taxe directe, il nous semble que les principes les plus élémentaires du droit naturel et de l'économie politique sont là pour apprendre à nos députés que toute taxe pour être juste doit être basée sur le *revenu* des citoyens et non sur leur occupation. Il n'y a d'exception à cette règle que pour les professions dont on veut débarrasser la société.

Le principe de cette taxe nous paraît donc injuste. La manière dont elle est distribuée ne l'est pas moins. Un jeune homme de Montréal ou de Québec, qui en est encore à des débuts difficiles, qui n'a que très peu de revenus payera la même taxe que le célèbre M..... dont les revenus professionnels sont immenses;—bien plus, il paiera plus que le double de son confrère de campagne, quant bien même celui-ci réaliserait trois ou quatre fois autant de bénéfices.

Quelle pénalité encourt celui qui négligerait de payer la dite taxe, avant le premier jour de juillet chaque année?—Peu de chose.—Il sera simplement privé du droit de pratiquer.

Les hommes de professions sont assez patriotes pour accepter sans murmurer la taxe directe, puisqu'on l'impose dans l'intérêt du pays. Ce qu'ils demandent c'est qu'elle soit répartie avec justice.

Avis important.

Au moment de mettre sous presse, nous parvenons à savoir que l'assemblée triennale du Collège des Médecins pour l'élection des gouverneurs aura lieu le 12 juillet. Les contribuons peuvent être payées à Montréal, chez M. Avila Deom, 1527 rue Notre-Dame; à Québec, chez le Dr L. Larue, 62 d'Aiguillon.

Le Secrétaire de "*La Gazette Médicale*", le Dr. Fortier, 1208 rue

Mignonnc, Montréal, se fera un plaisir de recevoir les procurations de MM. les Médecins qui ne pourraient pas facilement se rendre à Montréal.

Naissance.

A St-Bruno, le 16 juin, l'épouse de M. le Dr Camille Gariepy, a donné naissance à un fils.

Décès

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr Louis Laurier arrivée le 6 juin en la demeure de son fils, No 158 rue St-André, en cette ville. Le Dr Laurier était âgé de 77 ans et 6 mois. Il était le beau-père de M. le Dr P. H. Bernier, de St-Pie, et du Dr J. Asselin, de Montréal.

Né en 1815, à Lachenaie, le Dr Laurier fit ses études au collège Ste-Thérèse, alors sous la direction du Rév. M. Ducharme. Il eut pour condisciples feu le juge J. T. Loranger, M. Groulx notaire à Joliette et M. Mitchell, facteur d'orgues à Montréal. Reçu médecin en 1842, il débuta à St-Paul de Joliette. En 1845, il se fixa définitivement à Joliette où il pratiqua jusqu'à ces années dernières, alors que la maladie le força à abandonner sa clientèle.

C'était le type du médecin dévoué, honnête et consciencieux.

R. I. P.

BIBLIOGRAPHIE

DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES DU PHARYNX, par le Docteur A. A. Foucher, professeur de clinique ophtalmologique et otologique à l'Université Laval, Montréal, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

MANUEL D'OPHTALMOLOGIE, par le Docteur E. Fuchs, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Vienne, traduit sur la deuxième édition allemande par le Dr C. Lacompte, oculiste à Gand, et le Dr. L. Leplât, ancien assistant du professeur Fuchs, à l'Université de Liège, Paris, Georges Carré, éditeur, 58 rue St André des Arts 1892.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DE L'HYSTÉRIE, d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par M. le Dr Gilles de la Tourette.

Nous donnerons, dans une prochaine livraison, un compte rendu de cet ouvrage important qui, d'après nous, est destiné à devenir le travail classique sur sujet.

DES DIFFÉRENTES SORTES DE PEPSINES.—Il y a actuellement sur le marché un nombre considérable de préparations de pepsine, qui diffèrent beaucoup par leur activité. Parke Davis et Cie, de Détroit nous annoncent qu'ils ont réussi à obtenir une pepsine qui peut digérer 2000 fois son poids d'albumine coagulée.

UNE NOUVELLE PRÉPARATION DE FER, UN SPÉCIFIQUE POUR L'ANÉMIE.—Reynolds W. Wilcox. M. A., M. D., Professeur de Clinique dans l'École et l'Hôpital Post Graduate de New-York, a lu, devant la faculté Médicale de l'Académie de Médecine de New-York, le 19 avril 1892, un essai sur l' "Anémie, son traitement et une nouvelle préparation de Fer." Cet essai a été publié dans le *New York Medical Journal* du 7 mai, 1892.

L'auteur développe l'histoire de douze cas d'Anémie traités avec le plus grand succès par le Sirop de Chlorure de Fer de Weld (Parke, Davis et Cie).

Le Dr Wilcox termine en disant: Dans l'Anémie le Fer est d'une grande valeur.

De toutes les préparations la Teinture de Chlorure de Fer est la meilleure. La teinture officinale cause des nausées, le dégoût, les vomissements, fait des taches et gâte les dents, ce qui la rend inadmissible.

Par l'usage du Sirop de Chlorure de Fer de Weld, on évite à tous ces inconvénients, sans altérer ses effets thérapeutiques.

MÉMORIAL THÉRAPEUTIQUE

NOTICE SUR LA PEPTONE DE VIANDE STÉRILISÉE DENAYER.

Le peptone de viande est de la viande digérée, directement assimilable, sans qu'il soit nécessaire que l'estomac se mette en frais pour sécréter les liquides digestifs indispensables à l'acte de la digestion.

Cette simple définition fait comprendre les nombreuses indications de la médication peptonique.

Dans la plupart des troubles gastro-intestinaux le peptone trouve son application rationnelle.

En second lieu, quand l'organisme tout entier est en défaut, EN MISÈRE PHYSIOLOGIQUE, quand il réclame des éléments réparateurs en grande quantité et à brève échéance, il arrive souvent que l'influence de la débilitation générale retentit sur les fonctions digestives, qui, elles-mêmes, souffrent et sont dans le même état de langueur.

On se trouve, alors dans la nécessité de nourrir beaucoup et les organes préposés à la digestion et à l'assimilation sont incapables de remplir ce rôle.

Les albumines digérées, les peptones épargnent cette fatigue aux organes digestifs, tournent cette difficulté et permettent d'en triompher.

Il ne nous appartient pas d'énumérer les différentes et nombreuses maladies qui rentrent dans le cadre des deux groupes morbides que nous venons de rappeler; mais tout le monde comprendra aisément l'importance thérapeutique à laquelle les peptones sont appelées, les effets salutaires qu'elles peuvent produire, à la condition QUE CES PEPTONES SOIENT RÉELLES et présentées sous une FORME CLINIQUEMENT ACCEPTABLE. Toutes les peptones commerciales sont loin de remplir ce desideratum.

Les principaux avantages que présente notre Peptone stérilisée sur les autres Peptones pâteuses, liquides ou sèches, peuvent se résumer en quatre points.

1o La saveur du produit est extrêmement agréable.

2o La stérilisation préserve la Peptone des fermentations et altérations.

3o Stérilisée, elle est exempte de microbes.

4o Elle est produite par une digestion absolument analogue à la digestion naturelle, c'est-à-dire par la pepsine et l'acide chlorhydrique.

5o Elle est exempte de la forte proportion de produits excrémentitiels NON NUTRITIFS (*leucine, tyrosine, glycocholi, etc.*) qui se trouvent dans d'autres préparations jusqu'à la proportion de 19 p. c, au détriment de la valeur nutritive et de la pureté

6o Les albumines de la viande s'y trouvent donc sous forme d'albumose-peptone, laquelle constitue environ les deux tiers du produit sec, et est la seule forme sous laquelle elles peuvent s'assimiler dans l'organisme.

La Peptone de viande stérilisée Danaeyer a été favorablement accueillie par le corps médical de tous les pays où elle a été expérimentée. Dans l'intérêt de nos lecteurs, qui désireraient employer ces peptones, de même que le peptonate de fer, nous donnons l'adresse du dépôt pour le Canada :

L. A. BERNARD, pharmacien, 1882 rue Ste-Catherine.