

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur le traitement de la pleurésie purulente. Observation d'un cas traité par la résection costale et le curettage ;

par le Dr PAUL PHILIPPE (Montréal),
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Après avoir été l'objet de nombreuses discussions et être passé par des phases diverses, le traitement de la pleurésie purulente semble appartenir maintenant au domaine chirurgical. Loin de nous la pensée que le chirurgien soit seul capable de pratiquer l'opération de l'empyème, non certes, car tout praticien doit pouvoir faire cette opération qui ne présente ordinairement pas plus de gravité que l'ouverture d'un abcès, mais nous voulons indiquer par là la tendance actuelle de la thérapeutique.

Le pus existe dans la plèvre, les signes généraux et au besoin une ponction exploratrice l'ont révélé, que doit-on faire ?

Il ne faut pas compter sur la résorption qui est plus que problématique, se rencontrant seulement dans certains cas de pleurésies méta-pneumoniques, pleurésies dites "à pneumocoques." Il serait de la dernière témérité de compter sur l'évacuation spontanée qui, par quelque voie qu'elle se produise, est toujours une complication redoutable, exposant le malade à la mort subite ou rapide par asphyxie, péritonite, etc, etc.

On doit donc agir, et plus tôt on se décidera à intervenir, mieux ce sera. Voyons quelles sont les indications générales de l'intervention :

- 1^o Evacuer le pus formé.
- 2^o Empêcher sa reproduction.
- 3^o Rétablir les conditions normales de l'appareil respiratoire au point de vue anatomique et physiologique.

Les deux premières indications peuvent être aisément remplies dans la majorité des cas ; il n'en est pas de même de la troisième, le chirurgien ne pouvant lutter contre les déformations thoraciques, les rétractions pulmonaires, etc.

La pleurésie purulente se présentant sous des aspects divers, avec une évolution fort variable, il est impossible de formuler un traitement précis applicable à tous les cas. Tantôt la pleurésie se présente comme un *abcès chaud*, à évolution rapide, chez un homme relativement sain ; une ponction montre que la nature de l'épan-

chement est purulente, on peut se contenter d'une ou plusieurs ponctions avec ou sans aspiration. Ce procédé des ponctions répétées peut être utilisé également chez les malades affaiblis qui ne pourraient supporter une intervention plus radicale, dans les cas de pyopneumothorax survenant chez des tuberculeux par exemple.

Tantôt la pleurésie purulente est latente dans son évolution et ressemble à un véritable *abcès froid*, ou bien elle est "septique d'emblée", survenant durant une gangrène du poumon succédant à une fièvre grave ou l'accompagnant etc.

Dans cette seconde catégorie de cas, le chirurgien doit aller plus loin; les ponctions répétées seraient insuffisantes; il faut créer au pus une voie permanente, afin qu'il ne séjourne pas dans la plèvre et que les parois du foyer puissent revenir sur elles-mêmes.

Passons en revue les diverses méthodes employées :

Ponction simple avec un trocart, drain en syphon permettant l'irrigation continue de la cavité à l'aide de liquides antiseptiques.

Ponction double, l'une postérieure en haut, l'autre en avant et en bas, introduction d'une canule dans chaque orifice, canule qu'on peut ouvrir ou fermer à volonté et qui permet des lavages répétés du foyer.

Drainage par aspiration permanente ou *méthode de Bülow*.—Un drain est introduit dans le thorax à l'aide d'une canule, on ajoute à ce drain un long tube plongeant dans un vase rempli d'un liquide antiseptique et reposant sur le parquet, la différence de niveau assurant le libre écoulement du pus.

Par ces méthodes et surtout par celle du Bülow, on peut se mettre à l'abri de la pénétration de l'air dans la plèvre et permettre autant que possible le rétablissement des fonctions respiratoires.

A l'état normal, la pression négative de l'espace pleural permet l'expansion physiologique du poumon, expansion sollicitée par la pression atmosphérique au niveau des alvéoles. Supposez que l'air ait pénétré dans la cavité pleurale, la pression négative est remplacée par une pression positive que l'expansibilité pulmonaire ne peut vaincre que très difficilement. La méthode du *drainage par aspiration permanente*, en évitant le pneumothorax, crée une pression négative dans le foyer pleural; quand l'écoulement du pus s'est effectué, le liquide antiseptique du vase remplit le tube, formant ainsi une colonne qui, par son aspiration, sollicite la descente du pus nouvellement formé et empêche la rétraction pulmonaire. Nous avons pu chez deux malades nous servir de cette excellente méthode et nous ne saurions trop la recommander.

Mais lorsque le pus est très épais, que le foyer est ancien et que des adhérences se sont formées, il faut recourir à un ensemble de procédés qui constituent la *méthode radicale*.

Cette méthode consiste dans l'incision simple ou dans l'incision

suivie de résection des côtes : elle crée une large voie de dégagement du pus, permet l'antisepsie du foyer, mais elle a l'inconvénient de produire un pneumothorax.

Au dernier Congrès de Vienne, la question a été vivement discutée et nous voyons d'après les observations citées (Schedo, Billroth, Ewald), qu'il ne faut pas s'exagérer les inconvénients du pneumothorax, le pneumothorax artificiel pouvant ne pas empêcher l'expansion pulmonaire pourvu que le poumon n'ait pas perdu son expansibilité. En opérant de bonne heure on aura de grandes chances que l'organe respiratoire non altéré puisse reprendre sa place, et on pourra réaliser la troisième indication thérapeutique que nous avons énoncée plus haut.

L'incision doit être faite suivant les règles, en bas et en arrière de la ligne axillaire; il faudra que cette incision soit parallèle à l'espace intercostal, condition nécessaire pour un bon écoulement. Le choix de l'espace intercostal sur lequel doit porter l'incision a une grande importance; on doit en effet le rapprocher le plus possible du point le plus déclive du foyer. La résection costale devra porter suivant les cas sur les 7e, 8e, 9e ou 10e côtes; son grand avantage est de permettre le nettoyage complet de la cavité en une seule fois, et par l'affaissement de la paroi de favoriser l'accolement des feuilletts pleuraux. Cette résection doit, pour atteindre ce but, être proportionnelle à la dimension du foyer; en général on peut la limiter à trois ou six centimètres, et suivant Weber il serait utile de cautériser au fer rouge les extrémités osseuses réséquées pour empêcher l'infection putride. Bien souvent le chirurgien n'est conduit à pratiquer la résection qu'après avoir tenté une ou plusieurs ponctions, et quelquefois même après l'empyème; nous pensons qu'on ne doit pas s'attarder longtemps à ces manœuvres et se décider à pratiquer l'incision et la résection le plus tôt possible.

Lorsque le foyer est nettement circonscrit et que ses parois sont anfractueuses, on peut s'aider de la curette qui nettoie complètement tous les sinus, comme nous l'avons fait dans le cas suivant :

Observation.—J. L. l' âgé de 30 ans. Toujours a joui d'une excellente santé; rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

En octobre 1891, il tombe à fond de cale d'un navire sur des rails de chemin de fer, se fracture la cuisse et la rotule droites; en même temps la paroi thoracique du même côté est fortement contusionnée. Transporté à l'hôpital Notre-Dame, il en sort au bout de deux mois, incomplètement rétabli et se fracture de nouveau la cuisse au même niveau, ce qui l'oblige à s'aliter pendant plusieurs semaines.

Durant son séjour à l'hôpital, l'état général de J. L. B. devint très mauvais; l'appétit diminua, des sueurs froides survinrent ainsi que des frissonnements et des mouvements fébriles, le soir principalement; l'amaigrissement fut rapide. De temps en temps

le malade souffrait du côté droit, mais ces douleurs étant peu fortes, il ne songea pas à attirer l'attention du médecin traitant sur ce point.

Sorti de l'hôpital, J. L. B. reprit son travail, très gêné par une ankylose du genou. Souvent, quand il avait fait des efforts, il ressentait dans le côté droit des douleurs vagues qui dans la nuit le réveillaient et l'empêchaient de se coucher sur ce côté.

Au mois de septembre 1892, un an après l'accident, le malade se présente à notre bureau de consultation ; depuis deux semaines les douleurs du côté sont plus fortes, frissons le soir, toux quinteuse, sèche, sueurs, perte d'appétit, amaigrissement.

A l'examen du thorax on constate une voussure de la paroi à la base droite et une immobilisation relative des côtes dans la région.

La percussion dénote une matité s'étendant en arrière de la base du poumon jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, et en avant jusqu'à un travers de doigt de la ligne du mamelon. Pas de diminution des vibrations thoraciques à la palpation. A l'auscultation, l'absence de vibrations très marquée au centre du foyer ; des frottements s'entendent au niveau de la partie supérieure de l'épanchement ; pas de pectoriloquie aphone.

Le foie n'est pas déplacé. Sommets du poumon sains. Température 38°5.

Thoracentèse le 7 septembre, à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy ; le pus très épais s'écoule difficilement, et on ne peut retirer guère plus d'une demi-pinte de liquide purulent d'odeur gangréneuse.

Le 14 septembre, avec l'aide du Dr Jeannotte, nous pratiquons une incision dans le 7^e espace intercostal, en arrière, qui donne issue à une demi-pinte de pus épais et fétide.

Un gros drain est passé dans l'ouverture, et la cavité est lavée à l'acide phénique à 2 0/0. Les lavages sont répétés deux fois par jour : amélioration notable, disparition des sueurs. Voyant que ces lavages n'entraînaient qu'une très faible quantité de pus, nous fîmes des injections d'huile iodoformée, qui, grâce à leur consistance, pouvaient se mélanger avec le pus et favoriser sa sortie par le tube. Ce dernier étant tombé, l'orifice fistuleux se rétrécit ; nous essayâmes de le dilater avec la laminaria et de remettre le tube, ce qui ne fut pas sans difficulté, les deux orifices externe et interne n'étant pas parallèles. L'écoulement qui, dans ses premiers jours, se fit assez bien, finit par devenir insuffisant et en quelques jours nous perdîmes tout le bénéfice de nos interventions. Nous résolûmes alors d'intervenir d'une façon plus radicale. Le 25 novembre, avec l'assistance des docteurs Jeannotte, Letellier et Fortier, nous pratiquons l'opération suivante :

Le champ opératoire recouvert depuis deux jours de compresses au sublimé est lavé à l'acide carbolique fort, le trajet fistuleux est désinfecté et cureté.

Nous incisons le trajet fistuleux dans toute sa longueur et nous prolongeons l'incision en bas de trois travers de doigt environ. Une autre incision, perpendiculaire à la première et de même longueur, forme avec celle-ci quatre lambeaux triangulaires qui sont écartés; nous avons alors sous les yeux les 8e et 9e côtes. Le périoste est incisé puis détaché avec soin de la surface osseuse, et avec la scie à chaîne et la pince de Liston nous réséquons ces côtes sur une longueur de sept centimètres environ; la plèvre est alors largement ouverte à la partie déclive de l'incision dans le neuvième espace. Cette incision, bien que très large, puisqu'elle admettait l'introduction de deux doigts, ne donne issue qu'à très peu de pus; l'index promené en tous sens dans la cavité sent de tous côtés des adhérences circonscrivant de petites loges remplies de pus très épais. Nous avons alors recours à la curette qui, proménée dans tous ces points, les nettoie complètement. Après avoir séché la cavité en la bourrant de gaze iodoformée, nous plaçons deux gros drains dans l'ouverture du foyer; sutures au crin de Florence, pansement iodoformé.

Le 30 novembre, le malade sentant quelques douleurs au niveau de la plaie et le pansement étant dérangé, nous l'enlevons. Les deux drains sont maintenus; pas de pus; lavage à l'acide carbonique à 20/0.

Huit jours après, les deux drains sont enlevés ainsi que les fils de suture; pansement ouaté. La réunion est parfaite. Nous avons revu le patient plusieurs fois depuis l'opération: parfait état général. Au niveau du point opéré existe une dépression peu marquée; l'auscultation montre qu'il y a eu accollement parfait des deux surfaces pleurales; la matité, beaucoup diminuée d'étendue, ne dépasse pas les limites de la symphyse pleurale.

Ce que des lavages répétés n'auraient pu faire, la curette l'a effectué en une seule séance, aussi nous ne saurions trop recommander son emploi.

Le curettage est surtout indiqué dans les cas de foyers bien circonscrits, où le pus est enkysté par des adhérences; dans d'autres cas, il peut être un auxiliaire utile pour l'élimination de lambeaux sphacelés, le nettoyage des sinus costo-diaphragmatiques; il détruit les fausses membranes en formation que les recherches histologiques nous ont montré remplies de streptocoques et de bacilles.

— Dans le traitement de l'épistaxis rebelle, E. G. WEST, recommande l'emploi de bourdonnets de coton absorbant imbibés d'une solution concentrée d'antipyrine ou recouverts d'antipyrine en poudre, et que l'on introduit dans les narines. — W. A. N. DORLAND, in *Medical Progress*.

De la prophylaxie et du traitement de la fièvre puerpérale

par A. LATHORN SMITH M. D. Laval, M. R. C. S., Montréal.

Le rapport du régistrateur général britannique contenant, pour le seul royaume d'Angleterre et du pays de Galles, 2078 décès par fièvre puerpérale pour l'année 1886, nous donne une idée des ravages que produit cette maladie. Moins fréquente qu'autrefois, cette affection devrait diminuer encore davantage. Occupons-nous donc activement à lui disputer ses victimes et notre travail sera tout à fait humanitaire. La science a fait aujourd'hui de tels progrès que la fièvre puerpérale devrait disparaître du cadre de la nosographie; c'est cependant par centaines de milliers que l'on compte chaque année les décès dont elle est cause. Cet état de choses est dû à ce que les causes et les moyens de prophylaxie sont peu connus des accoucheurs, médecins ou sages femmes; l'accouchement idéal, tel que fait à *Preston Retreat N. Y.* et à *Sloane Maternity* de Philadelphie coûte de deux à trois cent piastres, ce qui, pratiquement, n'est pas à la portée du pauvre.

Il y a cinq foyers principaux d'infection que l'on peut classer comme suit, par ordre de fréquence: La sage-femme ou garde-malade, l'étudiant, le médecin, les égoïstes et conduites en mauvais état, les visiteurs.

Il faudrait deux ans d'internat dans une maternité modèle pour persuader aux femmes et gardes-malades de ne jamais faire un examen interne. Elles le font pour faire preuve de leurs capacités, et plus souvent pour reconnaître la dilatation du col, puis épargner ainsi le temps du médecin en ne l'envoyant quérir qu'à la dernière heure. Des huit cas de fièvre puerpérale que j'ai rencontrés, plusieurs ont été causés par des sages-femmes ou gardes-malades, femmes de la vieille école qui n'avaient pas hésité à examiner les patientes avant de me faire venir, bien qu'elles n'eussent jamais reçu l'ombre d'une leçon sur l'art des accouchements.

Pour éviter cette cause d'infection, il faudrait prévenir toutes les femmes qui retiennent nos services pour leur accouchement de résister fermement à toutes tentatives de la part des sages-femmes ou gardes-malades qui voudraient pratiquer sur elles un examen vaginal. Malheureusement nous arrivons souvent trop tard, le germe septique est déjà déposé. Sous prétexte d'économie, les patientes engagent une sage femme au lieu d'un médecin, et celui-ci n'est appelé qu'au moment où la parturiente, dans un état alarmant, a déjà subi plusieurs visites.

Pour réduire le nombre de ces cas, n'y a-t-il pas des jeunes médecins très habiles ainsi que des femmes qui feront des accouchements pour un honoraire si modique, qu'il sera toujours possible de les engager? Les sages-femmes et gardes-malades s'occuperont de la toilette de l'enfant et autres soins sous la surveillance

du médecin. On devrait leur enseigner la manière de faire un examen seulement par la palpation externe. La plupart du temps, l'examen interne est la source de la contagion. Cessons de faire cet examen pour diagnostiquer la présentation ou la position, et le nombre de cas de fièvre puerpérale diminuera beaucoup.

Le médecin ou l'étudiant porte quelquefois le germe de la septicémie puerpérale. Voici ce qu'ils doivent observer : 1^o Ne jamais faire un examen interne que si la longueur du travail l'exige. 2^o Si l'examen devient nécessaire, faire la désinfection des mains dans une solution de sublimé corrosif, en ayant le soin de brosser surtout les ongles, parce que l'analyse bactériologique a démontré que le savon et l'eau sont loin d'être suffisants. On se désinfecte les mains, puis on touche à tout, aux chaises, aux couvertures du lit, etc. C'est un danger réel et trop souvent ignoré. Il ne faut pas s'enduire les doigts d'huile ou de saindoux que les gens apportent, mais avoir avec soi de la glycérine au sublimé. Il est difficile de désinfecter les parties *subinguéales*, même avec le bichlorure. Pour remédier à cet inconvénient, il y a des doigtiers en caoutchouc très minces que l'on conserve dans un flacon d'alcool au sublimé ; rien de si facile que de s'en servir au besoin, de les laver ensuite et de les replacer dans la solution de bichlorure. Ces doigtiers sont minces et n'empêchent pas du tout de reconnaître les fontanelles au toucher.

Les étudiants en médecine sont encore une source de danger, revêtus qu'ils sont des habits qu'ils portaient pendant la dissection. Souvent ils se présentent chez la parturiente sans observer que leurs mains sont sans cesse en contact avec ces vêtements qui tant de fois ont frôlé des cadavres en putréfaction. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles et avec les plus grandes précautions qu'on doit leur permettre de faire l'examen interne.

Aujourd'hui, les instruments souillés, à l'exception du cathéter, ne produisent pas souvent l'infection. On ne peut pas nettoyer un cathéter en gomme ayant servi à l'usage général, souillé qu'il est de graisse, de sang, de pus et de mucus ; c'est un instrument dangereux chez les parturientes. Souvent le cathéter fait fausse route ; il glisse dans le vagin et porte l'infection à l'utérus. Pour éviter ce danger, on apporte avec soi une douzaine de cathéters en verre (pour femmes) ils ne coûtent qu'un dollar la douzaine, et il est facile d'en laisser un à chaque malade, que cela soit nécessaire ou non pour le moment.

Le médecin doit éloigner de la malade l'éponge qui est d'un usage général dans la maison ; il doit encore avertir la patiente et ses gardes de ne se servir que de linge parfaitement désinfecté.

Le mari, auquel on ne pense pas, communique souvent à sa femme le germe de la septicémie. Chaque fois qu'il urine, il touche son pénis, et quand pense-t-il à le laver avant le coit, même si son occupation est des plus malpropres ? C'est pourquoi les femmes

des vidangeurs, des chiffonniers, des bouchers sont très souvent infectés. Des individus vont jusqu'à donner la blennorrhagie à leurs femmes dès leur voyage de nocce, et ce qui est encore pis, ils vont, tandis que leurs femmes sont enceintes, s'infecter au dehors sans interrompre pour cela leurs rapports sexuels conjugaux; si ces rapports se continuent jusqu'au dernier jour de la grossesse, comment voulez-vous que la femme échappe à la septicémie puerpérale? On devrait donner à toute femme enceinte, au bureau du médecin, une douche au sublimé huit jours avant son accouchement, puis lui recommander de se donner une douche d'eau chaude tous les soirs jusqu'à ce qu'arrive le travail. On ne doit permettre aucun rapport sexuel après cette désinfection. Ces douches d'eau chaude rendent la première période du travail bien plus facile en ramollissant le col et préservent les yeux de l'enfant de la blennorrhagie conjonctivale. D'autres maris contractent la gonorrhée pendant la maladie de leurs femmes et les infectent de dix à quatorze jours après la délivrance. Cela est arrivé dans ma clientèle et je fus très embarrassé pour expliquer l'élévation de la température quand la garde-malade m'apprit que le mari avait eu des rapports avec sa femme le dixième jour. Cette patiente fut prise d'endométrite; les trompes se gonflèrent de pus; à la palpation, on percevait surtout celle du côté droit qui était enflammée et de la grosseur d'un citron; l'exsudat causé par cette inflammation provoqua une péritonite pelvienne qui produisit l'adhérence du pavillon de la trompe. Vers la fin de la cinquième semaine, le pus s'était déversé dans l'utérus; il ne resta alors rien autre chose qu'un léger épaissement du cul de sac droit.

Si nous questionnions toutes les femmes mariées, nous retracerions chez plusieurs d'entre elles l'histoire d'une péritonite pelvienne aiguë qui suivit presque immédiatement leur mariage et les obligea à garder le lit, ce qu'elles attribuèrent à un coït excessif; plusieurs de ces cas étaient de la gonorrhée s'étendant à l'utérus et de là aux trompes, d'où le pus s'échappe et provoque une péritonite localisée; quelques femmes, légèrement atteintes, ne se couchent même pas, mais plus tard, devenues enceintes par la trompe encore saine, tandis qu'une abondante collection de pus gonfle celle du côté opposé, elles auront plusieurs attaques de péritonite pelvienne dans le cours de leur grossesse, à cause de l'exsudat qui se produit sans cesse, tandis que l'utérus s'élève au-dessus du bassin. L'accouchement peut bien aller, mais la femme est prise immédiatement après de péritonite pelvienne provenant de la rupture de la trompe qui se fait au moment de l'extraction du placenta d'après la méthode de Crédé.

Peut-on admettre la spontanéité de la fièvre puerpérale? C'est une utopie qui ne souffre pas de discussion. Certainement la fièvre puerpérale est une maladie à microbes, et qui n'existe jamais sans que ces microbes aient été déposés dans la matrice, de quelque

manière que ce soit. On ne peut pas appeler auto-infection un cas de fièvre puerpérale provenant de la rupture d'une ancienne *pyo-salpingite*, et le déversement, dans le péritoine, du pus gonorrhéique qui y était emmagasiné. A la campagne on fait généralement les accouchements sans précautions. A la ville on s'évertue à ne rien négliger pour prévenir la septicémie, et malgré tout cette dernière est bien plus fréquente à la ville qu'à la campagne. La gonorrhée, bien plus fréquente chez le citadin que chez le campagnard, est certainement pour quelque chose dans cette anomalie.

Les canaux d'égoûts peuvent-ils propager la fièvre puerpérale ? Cela est certain ; à deux reprises, dans une maternité où l'on observait toutes les précautions nécessaires pour protéger les malades contre la septicémie, rion n'a pu l'empêcher de s'y introduire. D'autres sages-femmes et gardes-malades faisaient en ce temps-là, dans une salle séparée du même établissement, des opérations chirurgicales sous une irrigation continue d'eau bouillie après désinfection complète du champ opératoire, avec l'eau, le savon et le bichlorure, leurs patientes n'en furent pas moins prises de nécroses septiques qui nécessitèrent la suspension de toute opération. Une inspection fit découvrir au rez-de-chaussée l'ouverture d'un tuyau de trois pouces de diamètre, qui communiquait avec l'égoût public. Cette insalubrité existait déjà depuis plusieurs mois sans avoir causé la moindre élévation de température parmi les nouvelles accouchées et opérées, mais dès que l'on eut posé les doubles fenêtres et que l'établissement fut fermé pour l'hiver, la maladie éclata. D'ailleurs, le rapport du régistrateur général prouve que c'est dans le cours du mois d'août que les cas de fièvre puerpérale sont le plus rares, alors que toutes les fenêtres ouvertes fournissent une abondance d'air frais qui nous protège contre les émanations des égoûts en mauvais état. C'est pendant le mois de janvier qu'on enrégistre le plus grand nombre de décès ; les fenêtres fermées emprisonnent alors dans la maison les gaz chargés de bactéries qui s'échappent des égoûts. Les faits suivants prouvent encore la mauvaise influence des canaux d'égoûts dans la production de la fièvre puerpérale. Les statistiques qui ont donné les chiffres minimum sont celles du *Sloane Maternity*, N. Y. et du *Preston Retreat*, de Philadelphie. Dans cette dernière il n'y a pas un pouce de canaux d'égoûts à l'intérieur, et dans la première un appareil à vapeur fournit, par heure, un demi million de pieds cubes d'air frais qu'il fait entrer dans la salle des accouchements, rendant ainsi impossible l'introduction des gaz chargés de bactéries. La fièvre puerpérale s'introduit souvent chez le riche grâce à l'élégant bassin de marbre dont les conduits communiquent directement avec l'égoût de la ville.

Enfin, parmi les causes de cette maladie viennent en dernier lieu les visiteurs qui, assez souvent, introduisent chez la nouvelle

accouchée, soit les microbes septiques, soit l'érysipèle, soit d'autres bacilles non moins dangereux.

Pendant les neuf premiers jours, la nouvelle accouchée doit recevoir le moins de visiteurs possible, même si ceux-ci n'apportent que la rougeole ou la fièvre scarlatine. Nous n'avons pas besoin d'être assiégés par ces maladies, surtout à ce moment.—*A suivre.*

CORRESPONDANCE.

Les épidémies de fièvres éruptives chez les métis de Saint-Albert.

A M. le Docteur H. E. DESROSIERS, Rédacteur-en-chef.

Quelque temps avant mon départ de Montréal, mon cher maître, vous me disiez: "Quand vous aurez là bas quelque chose d'intéressant, n'oubliez pas l'UNION MÉDICALE." Voilà maintenant plus de six mois que je suis dans le Nord-Ouest canadien. Jeune médecin débutant dans un pays nouveau, je puis dire sans exagération que tout pour moi avait son intérêt, professionnel ou autre, augmente encore par le fait d'une population mixte. Or, le mois dernier, comme je passais en revue tout l'hiver écoulé, essayant de mettre un peu d'ordre dans les faits observés et dans l'expérience acquise, je me suis rappelé votre invitation d'autrefois; l'idée m'est venue de vous écrire l'ensemble de mes impressions. Peut-être le sujet n'est-il pas d'un intérêt fort grand pour la majeure partie de vos abonnés; mais parmi eux se trouvent de mes anciens condisciples, ce sera une manière de rester en relation avec eux et l'Université. Puis ces pauvres métis, qui ont tant fait parler d'eux en 1885, méritent bien qu'on s'en occupe un peu. C'est d'eux surtout que je voudrais vous entretenir, car ce sont eux qui m'ont fourni les cas les plus intéressants.

Les métis ont une bien triste constitution. Cependant on ne pourra pas dire que les canadiens qui quittaient Lachine, il y a cinquante ans et plus, pour se rendre à la Rivière-Rouge en canot, étaient des rachitiques. C'étaient, ou je me trompe beaucoup, au point de vue physique, de fort beaux spécimens de notre race. Et ceux qui, restés au service de la compagnie, ont ouvert jusqu'au Mackenzie le chemin à la civilisation, ne devaient pas être les moins solidement bâtis. Ce sont les arrière-grand-pères des métis actuels, j'entends ceux de Saint-Albert. D'un autre côté, le Nord-Ouest canadien était alors, pour la race indienne, un paradis.

terrestre. Ils y vivaient largement d'une nourriture substantielle, et n° connaissaient guère le whiskey. Les femmes, à demi vêtues, travaillaient plus que les hommes, participaient à l'abondance générale, et, en voyage, s'arrêtaient un moment pour accoucher, comme d'autres pour cueillir une rose. En vertu d'une inclinaison qu'encourageait beaucoup le curé Labelle, c'est parmi ces femmes, faute d'autres, qu'ont été choisies les mères de la race métisse. Le croisement n'a pas donné de fort beaux résultats au point de vue physiologique; je souhaiterais de tout cœur avoir la science suffisante pour en étudier tous les aspects et vous en donner un complet résumé. Malheureusement, je ne puis qu'en tracer un aperçu.

C'est la femme qui a eu l'influence prépondérante dans ces unions nouvelles, et pour le caractère, et pour le tempérament. J'ai maintenant devant les yeux les troisième, quatrième et cinquième générations. Ce sont des gens qui ne demanderaient pas mieux que de redevenir sauvages, ayant conservé tous les instincts et les défauts de la race crise, n'ayant gardé de leurs ancêtres paternels que l'amour des mouchoirs de soie et des ceintures fléchées. Tant qu'il s'est agi d'échanger des fourrures contre de la marchandise, les blancs ont été pour eux une providence. Depuis qu'il faut un papier signé ou timbré pour qu'une transaction soit bonne, leur estime pour nous a considérablement baissé. Ils s'éloignent petit à petit, dégoûtés de ces complications qui les ruinent, trop paresseux pour cultiver leur terre et en tirer profit. Leur plus grand regret est la chasse aux buffles; leur plus grand désir, la vie libre d'autrefois. Toute leur fierté, toutes leurs réclamations reposent sur l'origine maternelle. C'est comme propriétaires dépossédés du sol qu'ils réclament encore aujourd'hui au gouvernement de nouvelles concessions de terre.

Mais c'est dans leur constitution surtout qu'est bien imprégnée l'origine indienne. Pourtant, il y a cinquante ans, les chasseurs ne chassaient que pour une chute de cheval ou un coup de corne de buffle. La maladie leur était inconnue. Vigoureux et pleins d'audace, ils étaient les rois de la prairie. L'on dit qu'au contact de la civilisation les sauvages dépérissent. D'accord, mais comment cela se fait-il? Un vieux métis, qui m'amenait un jour sa belle fille pour une dent cariée, me faisait cette réflexion: "*Autrefois, de la viande de bœuf c'est nous manger en masse; mal aux dents, jamais; aujourd'hui, manger de la galette, et toujours malades.*" C'est vrai, répondis-je, mais il est passé de grosses maladies dans le pays.

Voilà les deux principales causes de l'affaiblissement de leur organisme: nourriture insuffisante et épidémies mal soignées. Voilà qui pourrait servir de réponse à la question précédente, qui s'applique aux métis comme aux sauvages. La civilisation a complètement changé leurs conditions de vie. Il n'y a plus de chasse dans un pays que le commerce et l'industrie envahissent, suivant

pas à pas l'agriculture dans sa marche rapide. Le chemin de fer a retiré leur dernière ressource, le transport des marchandises à travers la prairie. Force leur est de cultiver le sol, s'ils veulent vivre. Or, c'est une chose dont ils ont horreur, à laquelle ils ne connaissent rien. Ils vivent sur le crédit de leur terre jusqu'à ce que le montant soit épuisé, puis se trouvent sans ressource, réduits à manger de la farine, comme disait le vieux métis, et à boire du thé. Et puis ils imitent fort mal notre genre de vie. Les femmes s'habillent de coton et de calicot; elles ne portent jamais de dessous de laine, les hommes peu souvent; on voit toujours ces derniers dans la neige fondante, comme en plein été, chaussés de mocassins. La plupart boivent l'argent qu'ils gagnent. Ils sont misérables, enfin, car ils mangent peu et s'habillent mal. Depuis plus de vingt ans qu'ils sont à ce régime, leur constitution s'est grandement affaiblie.

Là-dessus est venue s'ajouter la cause seconde : les épidémies de fièvres éruptives. Les médecins étaient rares à cette époque. Les missionnaires, s'ils sont grands guérisseurs d'âme, trouvent dans le corps bon nombre de mystères. Ces épidémies, frappant une population affaiblie à l'avance, nullement contrecarrées dans leur œuvre, ont laissé des traces profondes, après avoir fait disparaître jusqu'à des réserves entières de sauvages. Je puis citer un exemple frappant chez les métis : des onze cas d'insuffisance mitrale qui sont passés dans mon bureau durant l'hiver, dix remontaient à la rougeole de 1886. Le onzième était une femme ayant eu une fièvre puerpérale suppurée. Les patients étaient âgés de dix-huit à trente-cinq ans. Les maladies infectieuses ou ayant des processus tels ont sur ces gens affaiblis une action très énergique, bien plus prononcée qu'à l'ordinaire. Les enfants qui ont la coqueluche et ne sont pas soignés au début en arrivent rapidement à la période des convulsions. Une piqûre d'aiguille même, une écorchure au doigt suffit à leur donner une lymphangite du bras. En revanche, certains remèdes agissent sur eux promptement. J'ai vu une fièvre puerpérale simple datant de dix jours guérir en sept avec la quinine et l'antisepsie locale. Un métis que je trouvais couché—je ne puis pas dire *au lit*—au mois de novembre dernier, avec chancre induré, fièvre hectique, mal de tête atroce et vomissements, venait *cinq jours* après me rendre visite, tous les symptômes, y compris le chancre, ayant disparu avec le mercure à l'intérieur et localement. En revanche, quinze jours après, il avait une stomatite mercurielle. Il a cessé son traitement au bout de deux mois; cette semaine il avait une iritis. Voilà qui prouve, si je ne me trompe, des cellules faciles à impressionner. Ces gens-là, d'ailleurs, dans leur ignorance, ont beaucoup contribué à l'action du virus. Lors de l'épidémie de variole, dévorés par la fièvre, bon nombre d'entre eux se faisaient transporter à la rivière; ce n'était pas tout à fait un *wet pack*.

Cet affaiblissement de l'organisme par une nourriture insuffisantes et les épidémies antérieures expliquent, à mon sens, pourquoi la phtisie pulmonaire se répand chez eux avec une rapidité si sûre. Dans la rougeole, c'est le poumon surtout qui est affaibli. Ainsi que nous l'avons vu, pour beaucoup d'entre eux, l'endocardite a eu son mot à dire. Des douze cas de phtisie que je soigne chez les métis, la plupart ont passé antérieurement par les fièvres éruptives, et quelques-uns d'entre eux ont du souffle cardiaque. Chez les enfants, la scrofule est une maladie banale. Les deux tiers des enfants, à l'orphelinat des Sœurs Grises, sont scrofuleux. J'ai vu là aussi des fillettes de douze ans mourir de tuberculose pulmonaire. Je parie que vous n'entrerez pas dans dix logis de métis sans trouver dans six au moins un ou plusieurs enfants souffrant d'impétigo. (Si je perds mon pari, je me rattrapperai sur la gale.) Or, s'il est vrai que les manifestations cutanées sont un reflet de la constitution, s'il est vrai surtout que l'impétigo est une scrofule bénigne, vous voyez la justesse de mes observations. En style de laboratoire, la constitution de ces gens est une véritable culture, et c'est là, il me semble, la note caractéristique de leur sémiologie.

Les femmes ont pour leurs phénomènes sexuels le même dédain que leurs grand-mères. Quand par suite d'avoir marché, nu-pieds, dans l'eau froide, leurs règles s'arrêtent, elles ont une herbe qui leur sert à faire une infusion dont elle se trouvent bien. Alors, inutile d'être prudentes. Elles s'accouchent entre elles et placent la patiente dans deux positions; soit agenouillée sur le plancher, près du lit, le buste penché en avant, soit debout, un peu inclinée, les bras croisés sur un appui, une barre transversale, par exemple, jamais couchée. Elles jugent de la descente de l'enfant par la palpation de l'abdomen, et nouent quelquefois leur fichu autour des reins de la parturiente. Ces positions m'expliquent pourquoi je n'ai pas eu à traiter des patientes avec déchirures du périnée, l'enfant devant par son propre poids pivoter sur l'os pubien. Dès que le petit est au monde, la mère est abandonnée à son sort jusqu'à ce que l'enfant ait été nettoyé et roulé dans ses langes. Le cordon est coupé au hasard; on en laisse parfois trois ou quatre pouces, qui tombent gangrenés souvent. Il y a deux choses pourtant que j'admire dans les soins que la femme métisse donne à son enfant. D'abord le maillot. C'est son luxe: elle le couvre de velours, de broderies, le garnit de dentelles. Imaginez un étai qui vient jusque sous les bras, une partie jusque derrière la tête; le devant s'ouvre et se lave. Le point important, c'est qu'il est rembourré de mousse; ce corps spongieux absorbe tout, il n'y a qu'à le renouveler pour que l'enfant soit propre. La seconde chose est le berceau suspendu. De retour d'une course, la mère prend le châle qu'elle a sur la tête, le roule sur deux courroies qui tiennent au plafond par leurs bouts; voilà un hamac. L'enfant

démaillotté est placé dedans, et c'est fini. Il n'y a plus, tout en allant d'un coin à un autre, qu'à donner une légère poussée. Ce bercement aérien et sans chocs me semble infiniment supérieur, pour cet être humain encore si fragile, si sensitif, au bercement écourté, cahoteux souvent du berceau canadien, où à la trépidation émouvante de toutes les choses à mécanique. Les indiens d'autrefois ont été ainsi suspendus aux arbres. Là encore se révèle l'influence de l'origine maternelle, qui donne à cette race son caractère pathognomonique, et qui, en lui léguant ses instincts et ses répulsions, a été la cause première de son dépérissement actuel au contact de la civilisation. Ces métis sont une preuve en faveur de cette donnée de la médecine moderne qui dit qu'une maladie infectieuse s'établit d'autant mieux que le terrain est bien préparé.

L'on voit d'après ce qui précède comme la préparation peut dater de loin, combien de causes diverses participent à son action. Ceci fait aussi comprendre toute la justesse de l'affirmation si souvent répétée par notre regretté maître, le docteur Laramée: "Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades." Bien connaître le terrain où la maladie évolue, c'est être en état de dire à l'avance à quelles manifestations elle donnera lieu, c'est la possibilité de faire avec succès de la médecine préventive, ce que j'appellerais de l'hygiène pathologique. La chose, tout le monde en conviendra, est d'une importance majeure.

EMMANUEL P. BENOIT, M.D.

Saint-Albert, Territoires du Nord-Ouest, mai 1893.

—La santé physique est la base de la santé morale, c'est pourquoi il faut veiller dans la jeunesse au parfait développement des forces physiques.

—Ne mangez pas un grand nombre de mets à vos repas, vous mangerez alors plus qu'il n'est nécessaire; il y en a qui s'imaginent qu'ils peuvent manger tout ce qu'il y a sur la table.

—Si vous voulez que vos lampes ne vous infectent pas de leur fumée insalubre, trempez-les dans du fort vinaigre, et faites-les bien sécher avant de vous en servir. Aucune lampe ne fumera avec une mèche ainsi préparée, à moins qu'on ne la monte d'une façon excessive.

—Tous les aliments difficilement solubles se digèrent difficilement; quelquefois des parcelles de nourriture séjournent dans l'estomac pendant des semaines et engendrent la dyspepsie; tels sont le jambon, le lard, la langue, le saumon. Les graisses et les huiles sont de digestion difficile.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

L'enveloppement prolongé dans le drap mouillé.—Clinique du docteur H. RENDU, à l'hôpital Necker. — Depuis les travaux de Jurgensen, de Brand, et de Glénard, la balnéation froide tient une place importante dans la thérapeutique des maladies aiguës infectieuses et tous les médecins s'accordent à constater son efficacité dans la fièvre typhoïde, même quand elle se complique de bronchite et de catarrhe pulmonaire. Les bons effets qui se produisent dans ces conditions en apparence défavorables n'ont pas manqué de frapper les cliniciens, et par une association d'idées faciles à prévoir, la médication par les bains froids a été appliquée aux maladies infectieuses à localisation thoracique, à la pneumonie par exemple. Les travaux de Gignoux et de Goumy, à Lyon (1884); ceux plus récents de Creider—*New-York Med. Record* 1889), de Hénaut (Thèse de Paris 1890); de Barth (Soc. méd. des hôp. 1891), montrent que cette thérapeutique tend de plus en plus à se généraliser et qu'elle n'est plus considérée comme une ressource exceptionnelle dans les cas en apparence désespérés.

On peut pourtant faire à la médication par les bains froids un reproche sérieux. En pratique, l'administration des bains est difficile; on n'a pas toujours à sa disposition, même dans les villes assez importantes, à plus forte raison dans les villages, une baignoire et surtout un personnel capable de bien donner les bains: or, il est indispensable, si l'on veut obtenir de bons effets de la balnéation, qu'elle soit dirigée avec intelligence et suivant certaines règles. Nul doute que ces difficultés matérielles n'arrêtent un certain nombre de médecins, qui n'osent se servir d'un moyen dont ils savent l'efficacité, mais aussi le danger en cas d'administration défectueuse.

Je voudrais attirer l'attention sur un moyen d'employer l'eau froide d'une façon très simple, et presque aussi efficace pour les malades: je veux parler de l'enveloppement prolongé dans le drap mouillé qui donne depuis plusieurs années d'excellents résultats dans le traitement des affections aiguës et pulmonaires.

Voici en quoi consiste cette méthode thérapeutique.

On étend sur le lit où doit avoir lieu l'enveloppement une toile cirée, puis une couverture de laine sur laquelle on étale le drap

mouillé : celui-ci a été préalablement trempé dans un seau d'eau froide à 150 environ, et tordu pour qu'il ne contienne pas trop de liquide.

Cela fait, on dépose le malade, complètement déshabillé, sur le drap mouillé ; on ramène rapidement les côtés du drap en avant de façon à l'envelopper complètement ; on a soin de faire pénétrer les plis du drap entre la poitrine et les bras, ainsi qu'entre les jambes, pour assurer un contact aussi étendu que possible, mais sans trop serrer le patient. On replie ensuite la couverture de laine sur le malade, en la bordant latéralement de façon que seule, la tête émerge et soit à l'air. On étale un édredon au-devant des pieds, et on recouvre le tout d'une alèze, disposition qui permet au malade de pouvoir cracher pendant la durée de l'enveloppement sans sortir ses bras de la couverture. Pendant ce temps, on donne de temps en temps au malade une tasse de thé, ou un grog chaud pour activer la sudation.

On peut, physiologiquement, étudier trois phases successives dans l'enveloppement ainsi pratiqué.

Dans une première période, le malade est saisi par le froid, mais cette impression initiale, souvent désagréable, est rarement pénible et dure peu ; au bout de quelques secondes elle fait place à une sensation de bien-être : la respiration, d'abord accélérée, se calme, le pouls se ralentit, et les malades éprouvent un besoin de sommeil, surtout très net chez les enfants, qui s'endorment instantanément. C'est la phase de réchauffement graduel. Elle est suivie bientôt de la réaction sudorale, qui ne manque presque jamais, et qui se continue, en s'accroissant de plus en plus, pendant deux heures environ.

La sudation débute d'ordinaire une demi-heure ou $3/4$ d'heure après l'enveloppement : on voit des gouttelettes de sueur perler sur le front des malades ; elle est à son maximum au bout d'une heure et demie, et persiste encore souvent pendant deux ou trois heures. Tant que la sudation se maintient il est bon de laisser le malade dans le drap mouillé, qui équivaut pour lui au plus actif des bains de vapeur ; quand elle se ralentit, on le retire de ses couvertures, on le sèche rapidement et on le replace dans son lit, soit froid, soit légèrement bassiné.

Les conséquences de l'enveloppement par le drap mouillé sont les suivantes :

Au point de vue théorique, il est remarquable que la température du malade, loin d'être diminuée sous l'influence de la réfrigération, commence toujours par s'élever de 3 à 4 dixièmes de degrés, parfois même davantage, dans la première demi-heure. Plus tard, au contraire, elle s'abaisse progressivement et tombe d'un degré environ à la fin de la sudation. Cet abaissement persiste plus longtemps qu'après l'administration des bains froids ; sous ce rapport, l'effet antithermique du drap mouillé m'a paru plus puissant que celui des bains.

Toutes les sécrétions sont activées pendant la période de l'enveloppement. Non seulement la diaphorèse est presque constante et d'ordinaire considérable, mais les urines sont plus abondantes, sinon au moment même, du moins dans la période consécutive. Dès le soir, et surtout le lendemain d'une application du drap mouillé, on constate un accroissement dans le taux des urines et une élimination de sels et de matières extractives beaucoup plus considérable.

L'expectoration est habituellement modifiée dans le même sens; elle devient plus facile et moins visqueuse; ce résultat est très nettement appréciable chez les sujets atteints de pneumonie.

La sédation circulatoire est des plus évidentes; le pouls, souvent petit et serré au début de l'enveloppement, devient ample, mou et lent à la fin; les mouvements respiratoires augmentent également d'amplitude en diminuant de fréquence. Enfin les symptômes nerveux sont presque toujours heureusement modifiés; l'agitation et les douleurs se calment, et le sommeil confirme la détente qui s'est produite dans l'état fébrile.

Les avantages de l'enveloppement mouillé, au point de vue pratique, me paraissent supérieurs à ceux de la balnéation; ils sont tout au moins équivalents.

Il est plus facile également de faire adopter par les familles et par les malades l'enveloppement dans le drap mouillé que le bain. Pour les malades pulmonaires notamment, le médecin se heurte à l'opposition invincible des familles, s'il parle de bain, et surtout de bain froid; on l'écouterait davantage s'il propose un moyen très simple de faire transpirer les malades; c'est en effet un bain de vapeur que l'on donne ainsi, avec cet avantage que la réaction sudorale se fait spontanément sans recourir à l'action de hautes températures, ce qui se rapproche bien mieux des procédés de curation naturelle.

Médicalement, il y a, je crois, avantage, chez les malades qui font de l'hyperthermie, à leur procurer une sudation prolongée et persistante, plutôt qu'une réfrigération brusque suivie d'une réaction également brusque, mais plus passagère. Les bains froids donnent de merveilleux résultats toutes les fois qu'il s'agit de sujets adynamiques dont il faut stimuler fortement le système nerveux. Les enveloppements dans le drap mouillé, répétés quotidiennement, constituent un moyen moins franchement perturbateur, mais tout aussi efficace quand la dépression des sujets n'est pas excessive.

Ce qui crée le danger de tous les états infectieux, quelle que soit leur localisation organique, c'est moins l'hyperthermie (quoique ce soit un facteur important de gravité) que les intoxications multiples qui sidèrent le système nerveux et paralysent le cœur. L'adynamie résulte, presque toujours, de la rétention des toxines créées par l'organisme ou apportées du dehors, lorsque le rein

fonctionne mal; et réciproquement ces toxines incomplètement éliminées agissent de la façon la plus fâcheuse sur la tonicité du cœur. Il en résulte que les indications thérapeutiques dominantes, dans toutes les maladies infectieuses, sont de trois ordres.

1o Favoriser l'élimination des poisons morbides par tous les grands émonctoires.

2o Stimuler le système nerveux.

3o Empêcher le collapsus cardiaque.

Il suffit de réfléchir à l'action physiologique du drap mouillé pour voir que ces trois indications sont précisément remplies par la méthode.

L'impression du froid humide agit puissamment sur la périphérie des nerfs cutanés, et retentit sur le système nerveux central en l'excitant; la conséquence de cette sorte de coup de fouet donné au système nerveux est le relèvement de la contractilité du cœur qui bat plus fort et moins vite. En même temps, l'équilibre s'établit entre la température du malade et celle du drap mouillé, d'où la diminution lente et graduelle de l'hyperthermie. Enfin, la réaction s'accomplissant régulièrement, tous les émonctoires entrent en fonctions: la peau, par les sueurs, le rein par les urines, l'arbre respiratoire par les sécrétions bronchiques; autant de portes ouvertes à l'élimination des toxines.

Les indications pratiques de l'enveloppement dans le drap mouillé ressortent des considérations précédentes.

Dans les maladies des voies respiratoires, ce sont surtout les congestions pulmonaires aiguës qui sont justiciables de cette thérapeutique, et les pneumonies franches à la période du début, quand le point de côté est fort douloureux. Il est très rare qu'au bout de deux ou trois enveloppements faits suivant les règles, les malades ne se sentent extraordinairement soulagés. On ne saurait évidemment prétendre juguler les pneumonies par ce moyen; mais il m'a paru nombre de fois que des cas fort menaçants au début ont tourné court et ont évolué aussi régulièrement que possible, dans l'espace de quelques jours.

Les broncho-pneumonies de la grippe et de la rougeole, celles de la coqueluche et même de la diphthérie, sont aussi heureusement modifiées par cette méthode. Je l'ai employée pour la première fois en 1884, chez des enfants atteints de broncho-pneumonie morbillieuse très grave, et j'ai conscience d'avoir obtenu des succès dans des cas en apparence désespérés. Depuis, j'ai étendu les applications de la méthode à la plupart des cas de broncho-pneumonie infectieuse, et j'ai eu la satisfaction, pendant les deux dernières épidémies de grippe, de voir guérir un certain nombre de malades que je regardais comme presque perdus.

L'âge n'est pas une contre-indication à l'enveloppement dans le drap mouillé; je l'ai employé avec succès chez les sujets ayant dépassé la soixantaine, et qui se présentaient dans des conditions d'adynamie peu encourageantes.

Il est une catégorie de cas qui me paraissent directement justiciables du drap mouillé; je veux parler des néphrites aiguës avec suppression des urines et menace d'accidents urémiques à courte échéance. Dans ces formes, si rebelles à la thérapeutique, et où l'administration des médicaments diurétiques constituent souvent un danger, puisqu'ils sont susceptibles d'irriter les reins et qu'ils s'accumulent dans l'organisme sans être éliminés, la sudation produite par l'enveloppement dans le drap humide détermine souvent d'excellents effets. J'ai eu la satisfaction, en décembre dernier, de voir guérir, après cinq applications successives du drap, un malade atteint de néphrite grave, qui était tuméfié par un anasarque aiguë et que ni les émissions sanguines, ni les drastiques, ni le régime lacté n'avaient soulagé.

Dans le même ordre d'idées, j'ai vu un homme atteint d'ictère infectieux fébrile être très soulagé par ce mode de traitement, et uriner plus de deux litres alors qu'auparavant il n'émettait pas 300 grammes d'urine en 24 heures. L'indication de l'enveloppement se présentera donc dans tous les états infectieux où l'émonctoire rénal est insuffisant.

La seule contre-indication est la tendance à l'algidité; encore pourrait-on passer outre, en employant simultanément les injections d'éther et de caféine et les stimulants diffusibles.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Traitement de l'angine catarrhale aiguë et subaiguë par la résine de gaiac.—Le docteur FRANCOTTE fait connaître à la Société médico-chirurgicale de Liège le traitement qu'il préconise dans l'angine catarrhale. Il s'exprime en ces termes :

“Je prescrivais d'abord la résine de gaiac en poudre de 10 centigrammes avec du sucre de lait et de la gomme arabique, à la dose de 40 à 60 centigrammes par jour, et je recommandais au malade de laisser fondre la poudre dans la bouche.

Depuis lors, j'ai fait usage de pastilles contenant chacune 10 centigrammes de résine, 4 à 6 pour les 24 heures.

La résine de gaiac provoque, dans la bouche, une sensation de chaleur et de léger picotement; la douleur subit, presque immédiatement, une atténuation marquée.

Mais, il ne s'agit pas là d'une simple action anesthésique; on constate, en effet, au bout de peu de temps, quelquefois en moins de 24 heures, la diminution et même la disparition de la rougeur inflammatoire.

La plupart des cas que j'ai traités par ce moyen étaient franchement aigus; quelques-uns remontaient déjà à plusieurs semaines et ont également prouvé l'action du médicament. Dans l'amygdalite confirmée, la résine de gaiac s'est montrée inefficace.”—*Gazette des hôpitaux.*

Antiseptiques.—M. CHRISTMAS, après avoir constaté que les substances antiseptiques ont une action plus forte lorsqu'elles sont mélangées qu'en état isolé, a cherché à composer un mélange présentant le maximum de pouvoir microbicide avec le minimum de toxicité. Il s'est arrêté au mélange suivant qu'il appelle *phénosylol* :

Acide carbolique.....	9 grammes
Acide salicylique.....	1 —
Acide lactique.....	2 —
Menthol.....	0,10 c.
Essence d'eucalyptus.....	0,50 c.

—*Bulletin médical.*

Sur l'élimination du chloroforme, par L. BRÉAUDAT.—Le chloroforme introduit dans l'économie s'élimine de deux façons différentes :

- 1o Par les voies respiratoires ;
- 2o Par les excréments.

L'élimination par les voies respiratoires est facile à constater, mais elle est si rapide qu'elle met un obstacle à la détermination du poids exact de chloroforme nécessaire à l'anesthésie.

L'élimination par les excréments est moins évidente. Le chloroforme s'y trouve-t-il à l'état naturel ou subit-il une transformation dans l'organisme ?

Certains auteurs affirment qu'il est éliminé à l'état naturel ; d'autres en doutent. Aussi est-ce à ce sujet que l'auteur a tenté les essais suivants :

L'auteur a examiné trente urines provenant d'opérés ayant subi l'anesthésie et recueillies directement dans la vessie. Il a appliqué à chacune de ces urines la méthode de recherche toxicologique de Lallemand, Perrin et Duroy. Ces expériences n'ont pas révélé la présence du chloroforme.

Se basant alors, d'une part, sur les expériences de Gréhan et Quinquaud qui montrent que l'anesthésie existe après l'absorption par l'organisme de 3 grammes de chloroforme, et, d'autre part, sur ce fait que 2 centimètres cubes d'eau chloroformée à 10/1000 réduisent 1 centimètre cube de liqueur de Fehling, l'auteur a tenté l'action réductrice des urines sur cette liqueur, après s'être assuré préalablement par l'examen polarimétrique de l'absence de matière sucrée dans ces urines. Vingt quatre échantillons n'ont produit aucune réaction ; six ont provoqué une réduction faible pouvant être attribuée tout aussi bien à des éléments normaux de l'urine qu'au chloroforme.

Enfin, comme preuve à l'appui de ces expériences, l'auteur cite ce fait qu'il a absorbé lui-même 2 grammes de chloroforme en vingt-quatre heures ; l'urine émise et recueillie n'a donné aucune des deux réactions indiquées plus haut.

Il faut en conclure que le chloroforme ne s'élimine pas à l'état naturel avec l'urine.—*Journal de pharmacie et de chimie.*

L'antispasmine.—L'antispasmine est une combinaison chimique d'une molécule de narcéine sodique avec trois molécules de salicylate de soude.

C'est une poudre blanchâtre, légèrement hygroscopique, très soluble dans l'eau qu'elle colore légèrement en jaune. La solution est alcaline et contient environ 50 0/0 de narcéine; elle est décomposée par un courant d'acide carbonique. Le même phénomène se produisant sous l'action de l'acide carbonique de l'air, il est important de conserver ce produit à l'abri de l'air et de l'humidité.

D'après les expériences du Dr Demme (de Berne), ce nouveau produit serait un hypnotique et un sédatif qui rendrait les plus grands services dans les états spasmodiques douloureux, d'où son nom d'antispasmine. Les recherches thérapeutiques ont montré qu'à faible dose ce médicament est absolument exempt des dangers que présentent les opiacés dans la médication des enfants.

On l'a employé avec succès dans la coqueluche et dans les toux convulsives; elle diminue l'excitabilité du larynx en agissant sur le nerf laryngé supérieur. La dose est de 1 à 20 centigrammes par jour, chez les adultes.

Antispasmine..... 1 gramme.

Eau distillée d'amandes amères..... 10 —

à prendre, une ou deux fois par jour, 15 gouttes dans du sirop de groseilles ou de l'eau sucrée.

Contre la coqueluche et le spasme de la glotte chez les enfants :

Antispasmine..... 50 centigr.

Eau distillée..... }
Cognac..... } à 30 grammes.

Sirop de mûres..... }

à prendre, deux ou trois fois par jour, une cuillerée à soupe comme sédatif de la toux chez les adultes.—*Union pharmaceutique.*

Le Dr E. Holland est d'avis que la saveur désagréable du chloral hydraté est entièrement masquée par l'emploi simultané de la limonade. Deux ou trois drachmes de sirop de chloral étant placés dans un grand verre, avec addition d'environ deux onces d'eau, on ajoute à ce mélange à peu près deux ou trois onces de limonade gazeuse. L'action hypnotique du médicament reste la même.

La difficulté que l'on a la plupart du temps de faire ingérer le chloral en solution aqueuse ou en sirop vaut bien la peine que l'on mette à l'essai ce nouveau mode d'administration.

MÉDECINE

L'urémie dyspnéique et son traitement. — Clinique de M. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié. — Dernièrement, on apportait dans le service une jeune femme de vingt-quatre ans, dont l'histoire clinique offre un double intérêt. Les accidents qu'elle présentait étaient d'une gravité extrême; le moindre retard dans le traitement qui fut suivi aurait sans doute entraîné la mort; d'autre part, l'interprétation pathogénique des accidents n'était pas sans difficulté.

Au moment où on l'apporta dans la salle, la malade était asphyxiante, cyanosée, mourante. Le pouls était filiforme, incomptable, la voix absolument éteinte. En présence de cette urgence extrême, M. Pineau, qui la vit, fit de suite des injections sous-cutanées d'éther et fit pratiquer des inhalations d'oxygène. Ce n'est qu'après ces premiers soins, que, pratiquant un examen rapide, il constata l'absence de signes stéthoscopiques anormaux du côté des poumons, des plèvres, du cœur, du péricarde. Sans doute, la respiration était saccadée, fréquente; les battements du cœur étaient sourds, précipités, mais il n'y avait ni souffles, ni râles. En présence d'une dyspnée aussi intense, sans lésion de l'appareil cardio-pulmonaire, il est une cause à laquelle on devait de suite songer, l'urémie.

M. Pineau put recueillir un peu d'urine. L'acide nitrique y produisait un précipité abondant d'emblée, grisâtre, floconneux, tombant vite au fond du verre. L'albuminurie était donc évidente, et ces caractères indiquaient une albuminurie déjà ancienne. Mais, alors même que cet examen ne pourrait être pratiqué, que vous ne pourriez vous procurer d'urine, c'est l'urémie qu'il faudrait diagnostiquer, c'est au traitement de la dyspnée urémique qu'il faudrait avoir recours.

Le traitement est puissamment efficace. Dans la dyspnée urémique, la saignée générale donne de merveilleux résultats. Rien ne peut la remplacer; les ventouses, les sangsues n'agissent pas assez vite dans ce péril imminent. Il faut la faire, quel que soit l'âge. Dernièrement, dans le service, nous avons sauvé par ce moyen un enfant de six ans et demi, atteint d'une dyspnée des plus graves. Il faut surtout la faire sans délai. Le moindre retard peut compromettre le succès. Chez notre malade, le début de la dyspnée remontait à trente-six heures. Mais s'il est des cas à marche moins rapide, il en est d'autres à marche beaucoup plus aiguë. Les accidents débutent d'emblée dans toute leur violence.

L'agonie commence en même temps que les premiers accidents d'asphyxie.

M. Pineau fit de suite une saignée du bras. Le sang, comme le fait est fréquent, coula mal. On ne put tirer que 200 grammes de sang. Néanmoins, cette première déplétion sanguine suffit à conjurer le péril immédiat. Presque aussitôt, les accidents dyspnéiques s'atténuèrent. Cette action rapide de la saignée se retrouve dans les autres formes d'urémie, mais elle n'a jamais le même degré de rapidité que dans l'urémie dyspnéique.

Malgré ce premier résultat, on continua les inhalations d'oxygène; on dut même faire de nouvelles injections d'éther. Afin d'établir une dérivation intestinale et de continuer la spoliation sanguine par la spoliation séreuse, on donna, dans du café, un mélange de 20 grammes d'eau-de-vie allemande et de 20 grammes de sirop de nerprun.

Le lendemain matin, à la visite, l'état, bien que les inhalations d'oxygène eussent été continuées dans la nuit, bien qu'on eût couvert la malade de ventouses sèches, était peu rassurant. La dyspnée avait reparu très vite; la malade était forcée de rester assise. Sans avoir l'intensité de la veille, les étouffements étaient pénibles. La saignée n'avait donc donné qu'un soulagement d'une durée un peu courte. C'était, dans le pronostic, un premier point sombre. Un point beaucoup plus alarmant était l'état du cœur; la défaillance du cœur était lamentable, ses battements étaient rapides et faibles; le pouls était filiforme, imperceptible; le nombre des pulsations était de 148 par minute. Il y avait, de plus, de l'hypothermie. La température, le matin, n'avait été que de 36 degrés; la veille au soir, elle n'était que de 36°4. Cette défaillance cardiaque était non seulement dangereuse en elle-même, elle était grave en nous empêchant de combattre, comme nous l'aurions voulu, la dyspnée par une nouvelle saignée.

Pour relever le cœur, on fit deux injections de caféine, de 25 centigrammes chacune. Pour soulager la dyspnée, on institua des inhalations presque permanentes d'oxygène. La dose moyenne consommée fut de trois ballons de 60 litres chacun, dans les vingt-quatre heures. Un jour même, la malade en usa quatre, soit 240 litres. Ces quantités énormes sont nécessaires pour obtenir un résultat réel dans l'urémie. L'oxygène, en pareil cas, agit non seulement contre la dyspnée, mais pour détruire, en les oxydant, les toxines du sang. Dans les autres affections, les doses moyennes ne sont que de 30 à 60 litres.

La saignée étant impossible, on insista sur la spoliation séreuse obtenue par les purgatifs drastiques. Dès que la diarrhée semblait s'arrêter, on donnait à nouveau le mélange déjà prescrit une première fois. Fort heureusement, l'intestin répondait bien à l'action du médicament; les effets étaient intenses et surtout prolongés, produisant une déplétion des plus utiles. L'état du pouls

restait si misérable qu'on n'osa renouveler la saignée générale. Mais, à deux reprises, on appliqua sur la région lombaire six ventouses scarifiées. Chacune de ces applications donnait une spoliation sanguine de 120 grammes environ. Il va sans dire que le lait fut donné en abondance, et fut donné exclusivement pendant toute la durée du traitement.

Malgré cette thérapeutique active, ce ne fut qu'au bout de six jours qu'on obtint une détente réelle. La malade put enfin se coucher au lieu d'être condamnée à rester nuit et jour assise. Elle retrouva un peu de sommeil. Mais l'hypothermie persistait toujours. Le pouls était plus fort, mais il battait encore 140 fois par minute. Cette tachycardie était, comme la suite de l'observation nous l'a montré, un accident surajouté. Aujourd'hui encore, ce nombre des pulsations s'est maintenu. Dès ce moment d'ailleurs, la dyspnée ayant cessé, cette tachycardie devenait inexplicable par l'urémie seule. L'intoxication urémique sans dyspnée ralentit, au lieu de les accélérer, les battements cardiaques.

Aujourd'hui donc, il nous reste, comme élément défavorable du pronostic, la persistance de la tachycardie. Il nous reste, de plus, la persistance de la néphrite et de l'albuminurie. Mais l'urémie a disparu. La dyspnée de cette malade a cessé, et elle n'a jamais offert aucun des accidents convulsifs ou gastro-intestinaux que peut provoquer l'urémie.

Mais il semble certain que, sans le traitement institué et surtout sans la saignée immédiate faite à l'entrée, la malade aurait succombé. La spoliation sanguine devait être ici d'autant plus utile qu'il s'agissait bien de la forme toxique de l'urémie, où tous les accidents sont dus à l'accumulation des toxines dans le sang. Dans la forme mécanique, au contraire, les accidents sont dus aux variations de pression artérielle, à l'œdème ou à l'anémie cérébrale. Mais, dans ce cas, l'analyse chimique a montré l'insuffisance de l'excrétion urinaire, l'accumulation de l'urée dans le sang. La quantité totale de l'urine n'ayant pu être connue par suite de la diarrhée, l'analyse quantitative de cette urine n'a donné que des résultats de simple présomption. Pourtant, comme il est certain que la malade urinait peu, que son urine, bien que trouble et opaline, ne renfermait que 10 grammes d'urée par litre, on peut admettre une diminution de l'excrétion de l'urée par l'urine. L'analyse du sang, faite par MM. Pineau et Achalme, a démontré complètement une proportion très anormale d'urée, 62 centigrammes par litre au lieu de 18 centigrammes, proportion normale. Chez le petit garçon de six ans et demi, qui guérit également par la saignée, la proportion avait été plus forte encore et s'était élevée à 75 centigrammes. La théorie, comme la pratique, s'accordent donc à vous démontrer la très grande utilité de la saignée.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement de l'insomnie, par M. COLLINS, in *Journ. of Nervous and Mental Diseases*.—L'auteur compare l'action du chloralamide à celle du sulfonal dans le traitement de l'insomnie et arrive aux conclusions suivantes :

1o Le chloralamide est une substance ne présentant pas de danger, et l'un des hypnotiques les plus certains ;

2o Son administration n'est pas suivie habituellement de symptômes secondaires pénibles, en particulier de céphalalgie ;

3o Il rend principalement des services comme hypnotique quand la douleur est un symptôme important, mais cependant n'est pas excessive ;

4o Dans les cas d'insomnie due à une suractivité du cerveau, il trouve une application favorable ;

5o Par son action stimulatrice sur la fonction respiratoire, il est par excellence l'hypnotique dans l'épuisement nerveux associé à un état asthénique de la respiration et aux conséquences de l'oxydation imparfaite du sang qui en résulte ;

6o Considérant son action très faiblement dépressive sur la circulation, on peut l'administrer dans les maladies associées à une faiblesse du cœur, avec une sûreté beaucoup plus considérable que pour les autres hypnotiques, sans en excepter le chloral lui-même ;

7o On peut l'administrer aisément sous forme d'élixir, ce qui évite la nécessité d'employer des dissolvants spéciaux ;

8o Sa dose est de 0,50 cent. à 1 gr., à prendre une heure avant le moment où on désire le sommeil, et l'on ne répétera point la prise de cette substance, car il arrive que le sommeil ne se produise pas immédiatement. Le sulfonal doit être préféré quand on désire obtenir une action plus rapide. On le donnera en dissolution dans de l'eau aussi chaude que possible. De cette façon il est absorbé immédiatement et le sommeil arrive souvent en moins de quinze ou vingt minutes. L'inconvénient du sulfonal est que les malades en prennent l'habitude, et que parfois ses effets persistent pendant la journée suivante.

Traitement des douleurs musculaires.—Le traitement des douleurs musculaires doit être d'abord local et combiné de façon à obtenir un effet utile : la sédation de la douleur, dans un temps aussi court que possible. Ce n'est qu'ensuite qu'on songera au traitement général.

Traitement local.—1o Moyens simples. Nous ne ferons qu'indiquer les procédés simples que l'on peut employer partout. Ce sont par exemple les frictions sèches vinaigrées, alcooliques ou térébenthinées, le massage, la chaleur utilisée de toutes les manières, une irritation de la peau obtenue de façon quelconque, etc,

2o Moyens médicamenteux. Voici d'abord les plus simples. Application d'un *sinapisme*, d'un cataplasme sinapisé ou encore d'un mouchoir sur lequel on aura versé quelques gouttes de

chloroforme, petite opération que l'on peut renouveler plusieurs fois. On peut encore verser quelques gouttes d'éther sulfurique sur la région douloureuse et faire évaporer en soufflant dessus. Ou mieux encore, si on le peut, pulvériser de l'éther, soit pur, soit mélangé d'une certaine quantité de chloroforme et d'alcool, par exemple :

Éther	10 grammes
Chloroforme	5 —
Alcool ordinaire ou camphré	25 —

Une bonne préparation et réellement efficace est la suivante. On peut l'employer en frictions douces sur le point douloureux ou en pulvérisations au moyen d'un petit pulvérisateur de toilette. S'en servir avec quelque précaution pour éviter une rubéfaction trop forte.

Alcoolat de mélisse	}	aa 10 grammes
Alcoolat de Fioravanti		
Menthol 0 gr. 50 à 1 gramme et même 1 gr. 50		

Les pulvérisations de chlorure de méthyle ou mieux d'éthyle sont souvent très efficaces, mais nécessitent l'emploi d'appareils ou d'ampoules spéciaux. Il en est de même pour les ventouses sèches ou scarifiées et pour les applications de courant faradique fort que l'on fait passer par le pinceau de fils de cuivre que l'on promène sur la région douloureuse. Tous ces procédés exigent un outillage spécial. Dans certains cas particulièrement rebelles, on peut employer utilement un petit vésicatoire que l'on panse avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et 1 à 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne.

Mais ce sont encore les injections sous cutanées qui constituent les procédés les plus efficaces lorsqu'on a affaire à des douleurs intenses qui n'ont pas cédé à l'emploi de quelques uns des moyens relativement simples que nous venons d'énumérer. On peut injecter au niveau du point douloureux une demi à une seringue de Pravaz d'une solution de morphine au centième ou mieux d'une solution ainsi formulée :

Eau de laurier cerise.....	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 10
“ “ cocaïne.....	0 gr. 20

Se conformer, bien entendu, aux précautions d'asepsie ordinaires. Faire la piqûre sous-dermique.

Enfin on peut, avec très grand avantage, employer la solution suivante dont j'ai fixé la formule avec Baudouin, en 1887, après de nombreux essais :

Antipyrine.....	5 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 30
Eau distillée q. s. pour volume total de 10 centimètres cubes à 15 degrés.	

Injecter *profondément* dans le tissu cellulaire sous cutané ou même dans le muscle deux seringues de Pravaz. Il faut laisser l'aiguille en place pendant qu'on remplit une seconde fois la seringue. Faire l'injection assez lentement.

La douleur est au premier moment assez vive et se calme après une à deux minutes. On évitera toute espèce d'accident en faisant la piqûre profondément. Une piqûre trop superficielle pourrait déterminer une petite eschare. La dose de cocaïne qui paraît de prime abord considérable n'a jamais déterminé d'accident à ma connaissance.

On peut modifier la formule en diminuant de moitié ou des deux tiers la dose de cocaïne. Alors, avant que la seringue ne soit tout à fait pleine, on aspire quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 pour 100, puis l'on pique et l'on pousse légèrement le piston. Ce sont ces premières gouttes de solution de cocaïne qui se répandent sous la peau et l'anesthésient. Après un court instant on peut continuer l'injection qui est ainsi très bien tolérée.

Il va de soi que dans les douleurs très étendues, ces divers procédés doivent être appliqués aux points les plus douloureux et multipliés dans la mesure du possible.

Traitement interne.—Dans le plus grand nombre des cas, les moyens locaux suffisent pour calmer les douleurs musculaires, quelle qu'en soit l'origine. Mais il est parfois utile de leur adjoindre un traitement interne qui d'ailleurs est formellement indiqué dans les cas rebelles ou étendus. L'antipyrine, à la dose de 2 à 4 grammes par jour environ, est le médicament par excellence. Le salicylate de soude, aux mêmes doses, est souvent moins efficace. On peut parfois associer les deux substances (1 à 2 grammes de chaque par jour). Quelquefois l'adjonction de petites doses de quinine (25 à 40 centigrammes) donne de bons résultats. Nombre d'autres analgésiques peuvent être également employés : l'exalgin, 20 à 25 centigrammes deux fois par jour ; la phénacétine, 25 à 50 centigrammes deux fois par jour, etc. Parfois les douleurs sont dues à un trouble dans la circulation veineuse locale ; on peut alors employer utilement l'hamamelis à la dose de 15 à 25 gouttes de teinture d'hamamelis virginica une à deux fois par jour, aux repas. Enfin il ne faudra pas négliger de traiter, s'il y a lieu, l'état diathésique du sujet, au cas, par exemple, où on aurait affaire à un arthritique, un syphilitique, une chlorotique, etc.

En somme les douleurs musculaires, quoiqu'étant un accident peu grave, tourmentent et gênent considérablement le malade ; il est d'ailleurs fort souvent très difficile de les faire disparaître. Le médecin doit donc avoir à sa disposition une série de moyens thérapeutiques variés afin de pouvoir en triompher ; nous venons d'en indiquer un certain nombre parmi les meilleurs et les plus simples.—CAPITAN, in *La Médecine moderne*.

Le traitement de la diathèse urique.—Les recherches les plus récentes ont montré que c'était surtout la nucléine qui donnait naissance, par sa destruction, à l'acide urique ; aussi M. MENDELSON propose-t-il, dans la diathèse urique, de prescrire, dans une certaine mesure, l'alimentation carnée, afin de permettre aux cellules de se refaire.

Une fois l'acide urique déposé dans l'économie, on peut essayer de le dissoudre. Jusqu'à présent, les résultats obtenus dans cette voie sont peu encourageants, et il est facile de le comprendre. En effet, dans les concrétions urinaires, par exemple, on trouve une sorte de pétrification de substances organiques, de telle sorte que l'acide urique est loin d'exister seul dans ces calculs. L'urine rend inefficace les substances dissolvantes introduites directement dans la vessie ; enfin celles qui sont prises par la bouche sont pour la plupart décomposées dans leur passage à travers l'organisme.

La médication hydrominérale est des plus efficaces dans la diathèse urique ; elle dilue l'urine et favorise la dissolution de l'acide. Il faut continuer longtemps l'usage des eaux minérales, qui sont préférables aux médicaments dont l'action sur l'estomac est souvent nuisible. Un sel complexe nouveau, l'uricéline, a pour effet de rendre l'urine alcaline et, par conséquent, bien plus capable de se charger d'acide urique ; il n'est pas irritant pour l'estomac, dont il ne sature pas l'acide chlorhydrique.

La dilution de l'urine a la plus grande importance, car, plus ce liquide est étendu plus il dissout d'acide urique ; il faut donc donner de grandes quantités d'eau minérale afin, de plus, d'entraîner mécaniquement les petites concrétions et de combattre l'état catarrhal des voies urinaires qui précède le développement des calculs. Lorsque l'on donne un médicament, il faut toujours recommander au malade d'absorber beaucoup d'eau, dont l'effet est encore de diminuer l'acidité urinaire. S'il n'y a pas de catarrhe, il n'y aurait que peu d'inconvénients, d'après M. Mendelsohn, à rendre l'urine temporairement alcaline.

M. VON MERING a au contraire fait des expériences qui lui ont prouvé que l'alcalinité de l'urine favorise, sinon la production, au moins l'accroissement des calculs. Pour lui, les goutteux doivent manger de la viande, et c'est aussi l'avis de M. FRIEGER.

Enfin, revenant sur le rôle de l'alcalinisation de l'organisme, M. ROSENFELD, qui a recueilli ses observations sur des malades tandis que M. Von Mering a expérimenté sur des animaux sains, montre que la formation de l'acide urique est diminuée par l'usage des alcalins.—*Rapport du 12ième Congrès allemand de médecine interne.*

—N'oubliez pas d'examiner fréquemment l'urine au cours de la scarlatine.—W. A. N. DORLAND, in *Medical Progress*.

CHIRURGIE.

Du traitement antiseptique des plaies.—Clinique de Sir Joseph LISTER au *King's College Hospital*, de Londres (1).—Avant d'aborder la seconde partie de notre sujet, du meilleur traitement extérieur des plaies, je veux vous exposer en peu de mots la manière dont vous devez agir dans le cas où vous êtes appelés à opérer, n'ayant pas à votre disposition d'antiseptiques chimiques. D'abord vous devez bien faire bouillir vos éponges, ainsi que les fils de soie dont vous vous servez pour les points saignants (les bouts doivent être coupés court). De la même façon doivent être nettoyés les instruments qui ne seraient pas abimés par ce procédé; et pour laver les éponges pendant l'opération il est bon de se servir d'eau bouillie, quoique vous puissiez conclure des faits que je vous ai exposés que même l'eau non bouillie, exempte de toutes particules flottantes visibles, ne pourrait causer aucun malheur. Des compresses trempées dans de l'eau bouillie et étendus autour du champ opératoire diminueront les chances de contamination de la plaie par des objets de voisinage. Ensuite, propreté absolue dans le sens ordinaire du mot, avec l'emploi large d'eau et de savon, doit être observée pour les mains du chirurgien et de ses aides ou pour le tégument de la partie à opérer. Pour les sutures dans ce cas d'antiseptie imparfaite on emploiera les substances incapables d'absorber les liquides putrescibles: fils d'argent, les intestins de vers à soie, ou des crins de cheval, plutôt que de la soie stérilisée, afin d'éviter la suppuration des points de suture.

Pour panser la plaie en absence d'antiseptiques chimiques, les substances sèches comme le coton hydrophile ou la vieille toile (qu'on a fait bouillir préalablement) sont beaucoup meilleurs que tout autre chose tenue constamment à l'état humide, comme le pansement humide. Il a été démontré, il y a plusieurs années, par Nœgeli, de Munich, que plus une solution organique est concentrée, moins facilement les bactéries s'y développent. Il en est de même pour la cuisinière qui, préparant sa confiture, la fait bouillir jusqu'à ce que le sirop concentré ait une proportion suffisante de sucre, autrement les champignons vont s'y développer. Ainsi le sang et le sérum, sous un pansement sec, se coagulant plus ou moins par l'évaporation, sont beaucoup moins favorables pour le développement des microbes. En nous reportant à notre ancienne pratique avec le pansement humide, nous ne pouvons

(1) Suite.— Voir la livraison de mai, page 252.

que nous étonner que les plaies se soient jamais réunies par première intention sous l'influence de ce traitement. Le pansement humide, pur au moment de son application, sentait mauvais invariablement lorsqu'il était retiré dans les 24 heures; et il est étonnant que les accidents septiques aient manqué d'arriver dans la plaie avec cette masse putride.

Cette observation sert même à démontrer combien sont puissants les moyens à l'aide desquels la nature se défend elle-même contre les microbes.

Avec ce pansement sec, conjointement aux autres précautions que je vous ai exposées, la réunion complète par première intention, au lieu d'être une rareté comme avant, se verra très fréquemment, bien que vous ne puissiez pas du tout compter sur des résultats aseptiques constants qui auraient été obtenus avec l'emploi exact des antiseptiques chimiques.

L'iodoforme est un agent fort en vogue chez certains chirurgiens. C'est un antiseptique tout à fait particulier, qui a très peu d'influence sur le développement des bactéries en dehors du corps. C'est ce qui a été démontré par une expérience que j'ai faite il y a bien longtemps. Je prenais deux bouteilles purifiées et bien fermées et je mettais dans une du coton bien imprégné d'iodoforme à 10 0/0 de gaze iodoformée, et dans l'autre de l'ouate hydrophile ordinaire. Je versais du lait dans chacune juste assez pour imprégner la masse de coton et les laissais à la température de l'air. Dans l'une de ces bouteilles le lait était intimement mêlé à l'iodoforme; cependant, il était devenu aussi sûr que dans l'autre bouteille. Un peu plus tard, et en examinant sous le microscope de cette gaze iodoformée, j'ai constaté que le lait qu'elle contenait abondait en bactéries de différentes espèces. Cette simple expérience était suffisante pour démontrer combien peu l'iodoforme a d'influence sur le développement des microbes en dehors du corps. Cette conclusion fut amplement confirmée depuis par d'autres observations. Il a été particulièrement démontré par l'expérience que lorsqu'on met dans un tube à expérience de l'iodoforme sur une culture stérilisée de gélatine, il s'y développe des organismes contenus dans l'iodoforme lui-même.

Mais il n'en est pas moins irréfutablement vrai que l'iodoforme exerce une influence antiseptique puissante sur les plaies. L'explication la plus probable de cette anomalie apparente a été donnée par Behring, à savoir que l'iodoforme produit ses effets bien-faisants non pas en agissant directement sur les bactéries, mais en effectuant dans leurs produits toxiques des changements chimiques. Behring a pleinement démontré que quelques unes de ces toxines sont chimiquement altérées par l'iodoforme et en même temps rendues inoffensives. Deux de ses expériences, faites avec De Ruyter, doivent être citées comme une démonstration. Une ptomaine obtenue d'une culture du micrococcus pyogène et injec-

tée pure sous le péritoine a tué une souris en douze heures, mais est restée sans effet dans les mêmes circonstances, si elle avait été mêlée avec un peu d'iodoforme. Il en est de même du pus décomposé qui agit fatalement étant introduit pur sous le péritoine d'une souris, et n'a aucune influence sur la santé de l'animal, s'il avait été traité avec l'iodoforme qui laissait cependant intact le microbe pyogène. Sans leurs produits toxiques, les bactéries pourraient très peu nuire et seraient probablement bientôt détruites par les phagocytes.

Nous sommes maintenant à même de comprendre comment l'iodoforme répandu sur les surfaces cruentées de la plaie produit des effets antiseptiques considérables plus spécialement quand il reste pendant longtemps intact sur les tissus et est exempt de toute propriété irritante. Dans les cas où il est impossible d'éviter les agents septiques, comme dans les opérations de la bouche ou du rectum ou quand il y a suppuration des sinus, l'iodoforme est d'une très grande valeur. Avant d'appliquer l'iodoforme dans ces cas, nous lavons la surface cruentée avec une solution de chlorure de zinc au 8/100 qui a la remarquable propriété de retarder les changements septiques des plaies en présence des substances contagieuses. Sur le champ de bataille l'iodoforme est probablement le meilleur agent dont nous disposons à présent. Aussi, dans les fractures compliquées, quand nous tâchons de nettoyer la plaie avec une solution phéniquée forte, nous ne pouvons pas être sûr de succès complet à cet égard, et je serais fâché de me dispenser d'iodoforme.

Mais si vous opérez quand le tégument n'est pas entamé, avec assez d'espace autour pour l'application du pansement, je ne vous recommande pas de vous en servir. Il serait tout à fait superflu de l'appliquer dans l'intérieur de la plaie, si vous avez pris les soins pour éviter la contagion durant l'opération et que vous ayez à votre disposition quelques substances fidèles pour prévenir ultérieurement les accidents septiques. C'est ce qu'on ne peut pas attendre de l'iodoforme, comme vous l'avez vu.

Une substance poreuse imprégnée d'iodoforme et imbibée entièrement de sang ou de sérum, permettra la propagation des microbes extérieurs, sans doute, moins vite que si l'iodoforme était absent. C'est essentiellement à l'intérieur de la plaie que se montrent les propriétés de l'iodoforme, et le procédé ancien de Vienne, qui consistait à saupoudrer la surface cruentée avec de la poudre et à appliquer extérieurement de l'ouate hydrophile donnait des résultats qui furent beaucoup vantés dans le temps et qui n'étaient probablement pas beaucoup inférieurs à ceux obtenus avec l'emploi de la gaze iodoformée. Un pansement à l'iodoforme n'offre aucune sécurité contre la pénétration des microbes septiques de la plaie. En même temps il est facile à voir qu'il y a souvent des cas où l'iodoforme en poudre sur la plaie reste sans effet, par exemple quand les surfaces sont séparées par le sang extravasé.

Quelques substances simplement aseptiques, comme le coton ou la gaze stérilisée par la chaleur, ne possédant pas la propriété d'empêcher le développement des microbes, permettra le développement des accidents septiques de l'extérieur, s'il s'est écoulé par hasard du sang ou du sérum d'un point quelconque de la plaie. A cette fatale objection il faut ajouter qu'un pareil pansement a d'autres inconvénients. Les appareils nécessaires pour la stérilisation, bien que devant être une propriété publique, ne peuvent pas être à la disposition du praticien particulier. Et puis, les substances n'ayant pas la propriété de réparer une infection accidentelle, demandent pour leur manipulation énormément de soins. J'ai vu ce système ne donner à de très habiles opérateurs aucun résultat satisfaisant.

Un pansement antiseptique extérieur, pour être absolument parfait, doit avoir quatre qualités essentielles. Il doit contenir quelques ingrédients véritablement antiseptiques; cette substance antiseptique doit y être tellement emmagasinée qu'elle ne puisse se dissiper à un degré dangereux avant le changement du pansement; il ne doit point être irritant; et il doit être capable de bien absorber le sang et le sérum qui s'écouleraient de la plaie.

La gaze phéniquée, dont nous nous sommes servis d'abord, contenait un antiseptique très actif; mais étant volatil, il s'en allait toujours malgré toutes nos peines pour le fixer, et on ne savait pas combien il fallait de jours pour sa disparition complète du pansement. L'acide phénique avait aussi l'inconvénient, comme élément de pansement extérieur, qu'en agissant, comme nous l'avons vu, avec une énergie particulière sur l'épiderme, il empêchait sérieusement la cicatrisation, et nous étions obligés d'interposer ce que nous avons appelé "protective" afin de protéger la plaie de son action. Et cette gaze, contenant de la résine pour fixer l'acide phénique, n'absorbait pas bien le sang et le sérum. Ainsi la gaze phéniquée n'était pas l'idéal d'un pansement.

Le sublimé corrosif a sur l'acide phénique l'avantage de ne pas être volatil. Mais la gaze ou la toile qui était imbibée de cet acide en était rapidement lavée, et dans plusieurs circonstances il s'est montré très irritant. Cet écoulement, prenant sur son passage d'un point de la plaie à l'autre, de plus en plus de bichlorure, devenait parfois une solution forte de ce sel de façon à faire la vésication. J'ai tâché d'y remédier en combinant le bichlorure avec l'albumine du sérum du sang de cheval. Mais bien que la gaze séro sublimée justifiait les espérances en ce sens qu'elle emmagasinait mieux le bichlorure et sous une forme moins irritante, elle avait des inconvénients relativement à sa préparation qui me l'ont fait abandonner.

L'agent que nous avons trouvé être le plus satisfaisant comme ingrédient antiseptique du pansement, est le cyanure double de mercure et de zinc. Le cyanure de mercure, ayant des propriétés

antiseptiques puissantes, est très soluble et considérablement irritant, mais sa combinaison avec du chlorure de zinc a le même effet, mais à un degré plus haut que n'a l'albumine de la gaze séro-sublimée sur le bichlorure. La combinaison avec le zinc empêche la dissolution du cyanure de mercure et prévient ainsi l'irritation. Il est, pour ainsi dire, enchaîné par le cyanure de zinc auquel il est combiné. Le sel double est très peu soluble dans le sérum sanguin, demandant pour se dissoudre 2000 à 3000 parties, et alors une petite quantité sera conservée malgré le libre écoulement séreux. Cela répond alors à la condition d'un bon emmagasinement. En même temps cela n'irrite point; les plaies guérissent à son contact immédiat sans avoir de protective interposée.

Voyons maintenant la question essentielle de ses propriétés antiseptiques. Comme la quantité dissoute par le sérum est petite, ce sel est très suffisant pour prévenir le développement des bactéries. Ainsi, dans une expérience, le sérum du sang de cheval contenant 1,5000 de ce sel restait clair et inodore pendant plus de 15 jours à la température du corps, malgré l'inoculation avec des substances putrides, et même 1,10000 prévenait toute pullulation pendant 10 jours. Mélangé avec le sérum et des corpuscules, il prévient la putréfaction en quantité moindre que tout autre antiseptique que je connais. Plus est considérable la quantité des substances albuminoïdes dans une solution, plus l'antiseptique est nécessaire. Et lorsque les corpuscules rouges sont mélangés au sérum, comme c'est le cas dans les premières 24 heures après la production d'une plaie, une quantité beaucoup plus grande d'antiseptique est nécessaire qu'avec le sérum seul. Il faut 4 fois plus de sublimé pour prévenir la putréfaction dans le sérum avec corpuscules que dans le sérum. Or, le cyanure double répond à ce desideratum avec une quantité moitié moindre qu'avec le sublimé.

Comme démonstration de la valeur pratique de cette substance, je veux vous rappeler une simple expérience, non encore publiée. Je remplissais un tube en verre avec de la gaze chargée de ce sel à 30/100 et y mettais du sérum et des corpuscules obtenus du sang de porc. J'ai inoculé alors un bout de cette gaze saturée avec une goutte de sérum septique et l'ai conservée à la température du corps, en évitant l'évaporation. Au bout de 5 jours, je trouvai toute la masse de gaze sans mauvaise odeur, sans développement bactérien, comme l'ont démontré les préparations de ce sang examinées sous le microscope avec des verres colorés, tandis qu'une pièce de gaze non préparée et traitée de la même façon montra le développement des bactéries au bout de 24 heures.

Mais ici je dois attirer votre attention sur la différence essentielle entre le pouvoir germicide et inhibitoire qui doit être pris en considération relativement aux agents antiseptiques; c'est-à-

dire la différence qui existe entre la propriété de détruire les microbes et celle de prévenir leur développement, lorsque l'agent est en contact avec eux. Ces deux propriétés ne sont nullement dans une proportion semblable dans tous les antiseptiques. Ainsi, le cyanure de mercure est de beaucoup supérieur au bichlorure par son pouvoir inhibitoire, mais très inférieur comme germicide. Et le cyanure double de mercure et de zinc, très inhibitoire, est très faible comme germicide, de façon que nous ne pouvons pas être sûrs que les substances chargées de ce sel ne contiennent pas des micro-organismes.

Il s'ensuit que si l'on appliquait sur la plaie de la gaze chargée de cyanure double mais sèche, il viendrait un moment où, l'écoulement étant libre, le sel, malgré son peu de solubilité, serait lavé dans les parties les plus profondes du pansement, et à la première occasion les microbes y contenus se développeraient librement dans la plaie. Pour remédier à cet inconvénient, nous traitons la gaze, avant de l'employer, avec un bon germicide. Celui dont nous nous servons, à ce propos, est l'acide phénique au 1/20, qui, outre sa grande efficacité, a encore ce grand avantage de disparaître vite du pansement et de ne rien laisser en contact avec la plaie que le cyanure double et le coton qui n'irritent point.—
A suivre.

Traitement du chancre mou.—M. le Dr BALZER, de l'hôpital de Lourcine, passe en revue, dans une leçon clinique, les différents modes de traitement à appliquer au chancre mou, et donne sur chacun de ces moyens une appréciation basée sur des faits d'expérience personnelle.

L'indication primordiale du traitement consiste à détruire l'ulcération, véritable foyer d'infection fournissant un pus très contagieux, auto-inoculable et qui peut devenir le point de départ d'infections lymphatiques secondaires. En entreprenant d'éteindre la virulence dans ce foyer, il faut se souvenir que le processus ulcéreux du chancre mou gagne rarement les parties profondes et ne s'étend le plus ordinairement qu'en surface. Il est donc possible de le détruire par des agents puissants, les agents caustiques et les coagulants énergiques, qui suppriment à la fois et le contagion et le foyer infectieux. On cherche à modifier la surface de l'ulcération et à la transformer en une plaie simple que l'on traitera par les antiseptiques. Lorsque la surface n'est pas très étendue et que l'on trouve un réel intérêt à le faire, on peut tenter l'ablation du chancre mou.

Parmi les caustiques employés: thermo ou galvano-cautères, pâte carbo-sulfurique de Ricord, pâte de Vienne. M. Balzer donne la préférence au chlorure de zinc liquide saturé ou au 1/10, ou bien à l'état de pâte chloroxyziucée, préparée comme suit :

Chlorure de zinc.....	1 partie
Oxyde de zinc.....	9 ou 10 parties.
Eau distillée	q. s.

et appliquée avec un tampon d'onate hydrophile pendant 24 heures.

M. DU CASTEL, préfère la solution d'acide phénique cristallisé au dixième dans l'alcool.

M. le professeur FOURNIER, le nitrate d'argent en solution à 3 ou à 5 p. c.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, préconise le chloral en solution à 1/20.

Les Italiens emploient la résorcine en poudre ou en solution à 1/10.

Les caustiques liquides sont employés sous forme de simples attouchements, faits à intervalles déterminés, tous les jours ou tous les deux ou trois jours seulement. Dans l'intervalle des attouchements, on fait des pansements antiseptiques.

M. Balzer conseille les pansements à la poudre d'iodoforme; c'est, dit-il, le meilleur antiseptique à opposer au chancre mou. Il est préférable même à tous les nouveaux antiseptiques vantés contre le chancre mou: iodol, eucrophène, biodure de théophène, dermatol, sous-benzoate de bismuth, salol, acide salicylique, etc. Malheureusement son emploi répugne aux malades, à cause de l'odeur pénétrante qu'il exhale partout où ils passent. Cette odeur ne peut être masquée complètement par n'importe quelle substance; aussi, M. Balzer conseille-t-il d'appliquer l'iodoforme pendant la nuit et la poudre d'aristol pendant le jour.

En résumé, les indications du traitement peuvent être largement remplies de la manière suivante:

1^o Propreté absolue, par des bains locaux chauds à la température de 40° (Aubert).

2^o Transformation du chancre en plaie simple, par application de pâte chloroxyzincée au dixième, immédiatement après le bain, maintenue pendant 24 heures et renouvelée tous les deux ou trois jours.

3^o Dans l'intervalle de ces applications caustiques, pansements aristolés ou iodoformés, continués jusqu'à la cicatrisation complète.

On conseillera, en outre, le repos, afin d'éviter les irritations locales et d'empêcher, dans la mesure du possible, les complications ganglionnaires. De plus, si l'on est en présence d'un sujet affaibli, il sera nécessaire d'user largement de la médication tonique.—*Concours médical.*

—Le sevrage d'un enfant ne doit pas se faire tout à coup, à moins qu'il n'y ait agalaxie absolue ou que la mère soit malade.—
W. A. N. DORLAND, in *Medical Progress.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Curettage utérin dans les suites de couches.—M. RIVIÈRE, de Bordeaux (*Société obstétricale de France*, dit avoir fait 16 fois le curettage, 8 fois après avortement et 8 fois après accouchement. Il a éprouvé 3 insuccès : le premier chez une éclampsique, le second dans un cas de perforation utérine par manœuvre abortive criminelle, et le troisième dans un cas d'intervention au quatorzième jour.

Il reste donc à son actif 13 succès.

Les indications opératoires ont été, dans les 3 cas d'avortement, l'hémorrhagie et, dans les 13 autres cas, la septicémie.

Dans les cas d'hémorrhagie après avortement, l'opérateur recourt de suite à la curette sans tamponnement préalable.

Dans les cas de septicémie, si les injections utérines intermittentes ne donnent aucun bénéfice et si l'irrigation continue échoue également, il s'adresse au curettage. Après curettage, pas de tampon iodoformé intra-utérin, mais abandon dans la cavité utérine de crayons iodoformés.

Le curettage n'est pas toujours efficace ; s'il est fait trop tardivement, il ne sert à rien ; il expose aux perforations dans les cas d'utérus puerpéral ramolli et malade ; il faut donc être prudent, ne pas rechercher le cri utérin, et se servir plutôt d'une curette tranchante que d'une curette mousse.

L'anesthésie chloroformique est inutile.

Comme phénomène consécutif au curettage, il faut signaler l'hyperthermie avec frisson le soir de l'opération, peut-être par inoculation au niveau de toutes les parties cruentées ; aussi la cautérisation est-elle très utile.

M. GAULARD. — Le curettage n'est pas une opération si simple qu'on pourrait le croire. Tardif, il est inefficace ; précoce, il est souvent inutile ; souvent il est dangereux, exposant aux perforations. On dit bien qu'il n'y a jamais d'hémorrhagie avec le curettage. Cependant, pas plus tard qu'hier matin, il se peut que j'aie ouvert un gros vaisseau avec le tranchant de ma curette, car il s'est écoulé un jet de sang gros comme le doigt et je n'ai eu que le temps de recourir au tamponnement. Dans ces cas, on se trouverait bien, peut-être, de donner de l'ergot de seigle avant d'introduire la curette.

M. BUDIN.—Pour ma part, avant de recourir à une intervention quelconque dans la cavité de l'utérus, je n'hésite jamais à pratiquer l'expiration interne de cet organe.

On remarque, du reste, que s'il reste un corps étranger dans la matrice, s'il y a une altération de la muqueuse, après l'avortement ou l'accouchement, on peut, dans la très grande majorité des cas, pénétrer plus ou moins facilement avec un ou deux doigts. Or, si quelque chose reste dans l'utérus, il faut absolument l'enlever. Au lieu de dire que, dans ces circonstances, on doit pratiquer le curetage, il serait peut-être plus juste de déclarer qu'on doit procéder au nettoyage de la cavité utérine; or, on peut faire ce nettoyage de plusieurs manières. M. Rivière n'emploie pas, dit-il, le chloroforme. Je pense que l'anesthésie peut, au contraire, rendre de très grands services. Si la femme est profondément endormie, si ses parois abdominales sont dans le relâchement, on peut mettre la main gauche sur l'utérus et abaisser cet organe pendant qu'un doigt ou deux de la main droite pénètrent dans sa cavité et l'explorent.

Si une portion du placenta est restée adhérente, le doigt, appuyant sur la paroi utérine soutenue par la main extérieure, la détache et l'entraîne. Il peut enlever aussi des portions de caduque et ce qu'on a décrit sous le nom de polypes placentaires.

D'autre fois, il y a infection de la caduque: le doigt ramène des portions altérées et épaissies, mais cela ne suffit pas, et avec un écouvillon trempé dans une solution de sublimé, on peut nettoyer toutes les parois de l'organe.

Enfin, dans quelques cas très rares, les portions placentaires sont tellement adhérentes qu'il est impossible de les détacher avec le doigt. Dans ce cas seulement on aura recours à la curette qui, appliquée sur la pulpe de l'index, ira opérer exactement au lieu voulu, et on constate parfois que la curette, même guidée par le doigt, glisse sur les côtés de la portion adhérente qu'elle n'arrive à détacher qu'avec la plus grande difficulté.

Donc, on peut recourir à la curette, mais très exceptionnellement. Son emploi, comme l'a indiqué M. Rivière, est généralement suivi d'un grand frisson. Ce frisson est rare, au contraire, quand on a recours simplement au doigt et à l'écouvillon.

Je n'insisterai pas sur les dangers de perforation; il sont assez connus, et un compatriote de M. Rivière, M. Audibert, en a rapporté un certain nombre dans sa thèse.

En explorant l'utérus après l'avortement, on est parfois surpris de la minceur extrême des parois de cet organe et on comprend avec quelle facilité elles peuvent être perforées par l'instrument.

En résumé, dans ces cas, ce qu'il faut, c'est faire un diagnostic exact grâce à l'exploration intra-utérine, puis procéder au nettoyage de la cavité, à l'aide de méthodes sûres et aussi inoffensives que possible.

M. FOCHIER. — Le nettoyage de la cavité utérine, comme l'entend M. Budin, est parfaitement légitime; ce n'est pas le raclage de la cavité utérine vide, mais infectée. Dans ce dernier

cas, si vous faites un curettage précoce de cet utérus, que ramenez-vous avec votre instrument? Il n'y a pas encore, à une époque rapprochée de l'accouchement, ces végétations de la muqueuse qu'il peut y avoir plus tard bénéfique à retirer.

Dans les débuts, je pense que les lavages et les topiques sont bien supérieurs à des grattages irrationnels.

M. CHARPENTIER.—Je débute par des lavages répétés, mais, si j'échoue, je curette, et généralement j'obtiens des résultats favorables.—*Semaine médicale.*

De l'insertion vicieuse du placenta; variété dite complète.—M. DEMELIN, (*Société obstétricale de France*).—Il est une variété dite complète ou centrale de l'insertion vicieuse du placenta, rare peut-être, puisque certains accoucheurs ne l'ont jamais rencontrée, mais certaine.

Par quel mécanisme s'est opérée cette insertion complète? Peut-être ne s'agissait-il au début que d'une insertion marginale qui, pendant le travail, lors de la dilatation, est devenue centrale, l'orifice interne s'évasant et le placenta ne se déplaçant pas parallèlement.

L'insertion est complète quand les cotylédons occupent l'aire du col utérin dilaté ou dilatable.

J'ai trouvé 40 observations de cette variété de placenta prævia, dont 22 recueillies dans les hôpitaux de Paris: 12 à la Maternité, 2 à la Clinique, 4 dans celui de M. Budin, 3 dans celui de M. Maygrier et 1 dans celui de M. Porak.

8 cas ont été suivis d'autopsie, dont 4 ont été faites par moi ou devant moi.

Ces observations permettent d'affirmer cliniquement et anatomiquement le placenta central.

On peut noter qu'avec un placenta central, le col, contrairement aux prévisions, offre une souplesse très grande, sans doute à cause de sa vascularisation extrême.

La déchirure de ce col, par la même raison, est assez exceptionnelle au cours du travail.

Le pronostic pour l'enfant est très mauvais, puisqu'il meurt à peu près 80 0/0 des enfants, et pour la mère il est aussi très sombre, puisque 35 0/0 des femmes ont succombé.

Quant au traitement, la théorie et la clinique semblent prouver que le meilleur procédé consiste dans le tamponnement cervico-vaginal, tamponnement que l'on fait de diverses façons, pour lequel on peut employer bien des modèles de ballon et peut-être même le double ballon de Chassagny.

Il est même probable que le mode de tamponnement convenant le mieux est celui qui combine avec l'action hémostatique l'action ocytotique.

M. GUÉNIOU.—Les insertions centrales étaient connues depuis

longtemps. C'est cette variété que Guillemin voulait désigner quand il parlait du placenta venant avant le fœtus; *filiius ante partum*.

M. FOCHIER.—Je m'étonne que, dans le chapitre du traitement, il n'ait pas été fait une part plus large au ballon de Champetier, que je crois destiné à modifier toute la thérapeutique autrefois conseillée dans les cas d'insertion vicieuse.

La version de Braxton-Hicks est excellente, mais elle n'est pas toujours facile à exécuter; il m'est arrivé d'échouer et bien d'autres ont éprouvé des échecs semblables au mien. Une question doit encore être soulevée à ce propos. Convient-il d'introduire le ballon de Champetier dans l'œuf ouvert ou bien entre le placenta et le segment inférieur de l'utérus?—*Semaine médicale*.

Conduite à tenir dans l'accouchement par l'épaule, par Ad. OLIVIER.—Nous avons dit déjà qu'il est du devoir de l'accoucheur d'examiner plusieurs fois pendant la grossesse la femme qu'il doit accoucher. S'il trouve une présentation de l'épaule à huit mois, il doit faire la version par manœuvres externes, ramener la tête au détroit supérieur et l'y fixer au moyen de tampons d'ouate et d'un bandage de corps. Il est prudent de vérifier l'état des choses tous les huit jours au moins, car, fort souvent, la tête file sous le bandage et reprend sa situation primitive. Si la chose s'était produite, on recommencerait la version.

Lorsque le diagnostic de la présentation de l'épaule n'est fait qu'au début du travail, soit qu'on voie la parturiente pour la première fois, soit que la présentation vicieuse se soit reproduite après la version par manœuvres externes faites pendant la grossesse, que faut-il faire? Peut-on compter sur la version spontanée, sur l'évolution spontanée? Non, ce serait courir à un désastre.

Il faut immédiatement pratiquer la version céphalique par manœuvres externes, mais on aura soin d'opérer dans l'intervalle de deux contractions.

Si on ne réussissait pas, on attendrait un moment et on ferait une nouvelle tentative. Si on échouait, on s'efforcerait de ramener le siège au détroit supérieur. Si on échouait de nouveau, on laisserait la femme au repos, couchée, et on se préparerait à faire la version podalique par manœuvres internes dès que la dilatation le permettrait. Si on réussissait à ramener la tête au détroit supérieur, il serait prudent de l'y maintenir au moyen de tampons d'ouate et d'un bandage de corps.

La poche des eaux étant volumineuse dans la présentation de l'épaule, et sa conservation ayant une grande importance, on fera garder le lit à la femme et on ne pratiquera le toucher qu'avec une grande circonspection et dans l'intervalle des contractions utérines.

Dès que la dilatation sera complète, on rompra la poche des

eaux et on fera la version podalique par manœuvres internes. Ce sont là les conditions les plus favorables pour pratiquer la version.

Supposons maintenant que l'accoucheur ait été appelé tardivement, la poche des eaux est rompue; que faire?

Deux cas peuvent se présenter : le col est ouvert, le col est fermé.

1o *Le col est ouvert.*—Il faut tenter la version podalique par manœuvres internes; s'il reste du liquide amniotique, on réussira; si l'utérus est vide d'eau ou à peu près, on éprouvera les plus grandes difficultés, il faut savoir s'arrêter sous peine de rompre l'utérus. Si l'utérus est collé sur le fœtus, c'est l'embryotomie qu'il faut pratiquer, mais le choix de l'opération variera avec les cas :

Dos en arrière, engagement peu profond, décapitation.

Dos en avant ou en arrière, engagement très profond, cou inaccessible, éviscération suivie de version forcée.

Dos en avant, gros enfant : ordinairement la décapitation est impossible et on est le plus souvent forcé de faire l'éviscération.

2o *Le col est fermé.*—L'utérus est tétanisé; il ne faut tenter aucune manœuvre, aucune opération. On mettra la femme dans un bain, on lui fera des injections vaginales antiseptiques répétées très chaudes. On lui donnera un ou plusieurs lavements laudanisés ou bien une injection de morphine, et aussitôt que le col sera ouvert on fera, suivant les cas, la décapitation ou l'éviscération.—*Annales de la polyclinique de Paris.*

Conduite à tenir dans l'accouchement gémellaire, par AD. OLIVIER.—L'accouchement gémellaire est généralement long et pénible parce que les contractions utérines portent mal; il faut avoir beaucoup de patience, respecter avec soin la poche des eaux et n'intervenir, une fois la dilatation complète, que si l'état de la mère ou de l'enfant l'exigeait ou si la période d'expulsion se prolongeait par trop.

Lorsque le premier enfant est sorti, il faut faire la section du cordon entre deux ligatures pour le cas où il y aurait communication placentaire entre les deux circulations infantiles, puis s'assurer par le toucher de la présentation du second enfant. Dans le cas où on trouverait une épaule, on ferait immédiatement la version céphalique par manœuvres externes; si on trouvait un fœtus en siège, on laisserait les choses en l'état, l'accouchement ne faisant courir aucun risque à l'enfant.

L'utérus ne se contracte de nouveau, en général, qu'au bout de quelques minutes; quelquefois il s'écoule un quart d'heure, une demi heure, une heure même. Si l'accouchement a lieu à terme, au bout d'une demi heure il est bon de frictionner l'utérus de façon à l'exciter à se contracter; si on ne réussissait pas, on romprait la poche des eaux et on attendrait. Si l'accouchement tardait, on

terminerait l'accouchement, soit par une application de forceps si c'était un sommet, soit en faisant l'extraction si c'était un siège. On essaierait d'abord avec la main et si on avait affaire à un mode des fesses on appliquerait un lacs sur l'aine antérieure si c'était une variété antérieure, le forceps si c'était une postérieure.

Souvent l'accouchement gemellaire se fait avant terme. Dans ce cas, après la sortie du premier enfant, on s'abstiendra de toute intervention si elle est suivie de celle de l'arrière-faix. On a vu, en effet, dans des cas absolument exceptionnels, du reste, la gestation persister. Si l'arrière faix n'est pas expulsé, on agira comme nous l'avons dit plus haut.

On s'inspirera de ces préceptes dans le cas de grossesse tri, quadri, quinti-gemellaire.—*Annales de la polyclinique de Paris.*

PEDIATRIE.

Sur certaines complications des oreillons.—On considère généralement les oreillons comme une affection extrêmement bénigne et exposant à des complications qui, pour avoir une physiologie sérieuse, n'en ont pas moins une terminaison favorable. S'il en est ainsi dans la grande majorité des cas, on peut cependant voir surgir à l'occasion des accidents analogues à ceux qu'on voit se dérouler au cours des maladies infectieuses. Parmi ces accidents, ceux qui offrent le plus d'intérêt sont les complications nerveuses dont le Dr Comby vient récemment de faire une étude très complète. Ils avaient déjà été en partie mentionnés par M. Gaillard dans son travail inaugural. C'est ainsi que cet auteur fait remarquer que les accidents cérébraux se rencontrent de préférence dans les cas compliqués d'orchite suivie d'accidents méningitiques, d'hyperesthésies, de contractions spasmodiques ou toniques rappelant les convulsions du tétanos et occupant les muscles du rachis et de la nuque; l'adynamie, la stupeur, l'abattement, le coma sont encore des accidents de dépression du système nerveux, qui constituent de graves complications. Le délire bruyant succédant ou non à la résolution brusque des oreillons a quelquefois terminé inopinément l'existence des malades.

Ce délire, qui fait partie du cortège d'autres symptômes cérébraux, témoigne d'accidents méningitiques qui peuvent laisser des traces plus ou moins persistantes. En général ces accidents se montrent pendant la période de résolution, alors que les malades semblaient en voie de guérison. La fièvre se rallume, le délire survient, furieux, témoignant par son intensité d'une violente excitation cérébrale, et s'accompagne d'illusions sensorielles, d'hal-

lucinations, d'excitation maniaque, de perte de la réaction pupillaire, parfois d'aphasie, de paralysies partielles du mouvement et de la sensibilité. Les troubles de la parole semblent être assez fréquents. Les malades ont de l'aphasie plus ou moins marquée, de l'agrippie, et ces troubles persistent souvent pendant plusieurs mois, ce qui est une particularité de la maladie.

Voici comment MM. Lannois et Lemoine interprètent ces accidents :

Tous ces symptômes, disent-ils, fièvre, vomissement, constipation, ralentissement plus ou moins considérable du pouls, raideur de membres paralysés, dilatation pupillaire, semblent nettement se rattacher à une hyperémie active des méninges et de la couche corticale sous-jacente. Il s'agit d'une méningo-encéphalite atteignant les deux hémisphères. Les auteurs cités admettent, en résumé, que les accidents encéphalo-pathiques des oreillons doivent être rattachés à des lésions méningées d'ordre congestif ou inflammatoire ; le plus souvent celles-ci ne déterminent qu'une irritation superficielle qui disparaît rapidement après avoir donné lieu à des symptômes plus redoutables en apparence qu'en réalité. Au contraire, dans quelques cas, heureusement peu nombreux, elles donnent naissance consécutivement à des lésions de l'encéphale lui-même qui produisent alors des aphasies ou des paralysies plus ou moins graves et durables, parfois même entraînant la mort. Mais cette explication admissible pour certains cas ne serait pas possible. M. Comby croit avec raison qu'un certain nombre d'accidents nerveux attribués aux oreillons relèvent essentiellement d'une tare nerveuse héréditaire ou acquise, de la folie, de l'épilepsie, de l'hystérie quand ils ne sont pas imputables à l'alcoolisme. En effet, la plupart des observations de ce genre rapportée par les auteurs ont trait à des individus névropathes, hystériques ou neurasthéniques, ou ayant eu antérieurement des accidents convulsifs, des attaques épileptiformes. Il s'agit encore d'alcooliques chez lesquels on constate des zones d'anesthésie, des accidents paralytiques.

Les individus atteints d'oreillons sont encore exposés à des accidents qui ont leur origine dans les lésions de la moëlle ou des nerfs périphériques.

Les paralysies qui compliquent les oreillons sont très analogues aux paralysies diphtériques. Si la paralysie faciale peut survenir, il s'agit en général d'une parotidite suppurée qui affecte le nerf dans son trajet au travers la parotide. Le cas publié par M. Joffroy est un bel exemple de paralysie ourlienne. Il s'agissait d'une petite fille de 4 ans et demi qui fut atteinte d'une paralysie flasque des quatre membres, paralysie complète au point que l'enfant ne pouvait ébaucher des mouvements de préhension. Les réflexes tendineux et la contractilité faradique et galvanique étaient abolis. Il y avait de l'hyperesthésie musculaire, de l'anesthésie

cutanée légère, mais la vessie et le rectum étaient intacts. L'enfant avait eu les oreillons cinq semaines auparavant. Au huitième jour elle avait accusé des douleurs lancinantes dans les bras, puis dans les jambes et les cuisses, enfin des fourmillements. Trois semaines après, la paraplégie était très prononcée et au bout d'un mois les membres supérieurs étaient eux-mêmes paralysés.

Le traitement consista en médicaments toniques, en frictions stimulantes faites deux fois par jour, et dans l'administration de 25 centigrammes d'iodure de potassium par jour. Les mouvements revinrent progressivement dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs. L'albuminurie légère et intermittente qui s'était montrée au cours de la paraplégie avait disparu. La malade fut à peu près complètement guérie au bout de trois mois. Chez les adultes, les phénomènes paralytiques peuvent être beaucoup plus sérieux et laisser parfois des traces persistantes, comme le montre un cas du Dr Chavannis.

Les complications du côté des organes des sens sont assez fréquentes. Elles consistent, du côté de la vision, en diminution de l'acuité visuelle, photophobie, vertige, larmoiement. La pupille est souvent injectée, il peut y avoir de la conjonctivite, de l'œdème des paupières. Ces phénomènes oculaires peuvent coïncider avec des phénomènes méningitiques ou convulsifs; parfois ils succèdent à ces derniers.

Les accidents du côté de l'ouïe sont beaucoup plus sérieux et plus fréquents, ce qui tient au voisinage de la parotide, siège des lésions ourliennes, avec l'organe de l'ouïe. Bien souvent les malades éprouvent des douleurs atroces dès le début de la maladie ou même précédant la poussée des parotides.

La surdité ourlienne est assez commune. Elle peut être purement nerveuse, s'établir insidieusement et aboutir à une perte plus ou moins complète de l'ouïe. Cette surdité est le plus souvent unilatérale. Beaucoup d'auteurs admettent que cette surdité est due à une névrite, mais, pour lui reconnaître cette origine, il faut que l'examen du conduit auditif et de la caisse reste négatif. Voici ce que dit Brunner de la surdité nerveuse: Celle-ci, consécutive aux oreillons, peut être uni ou bilatérale. Elle est toujours complète et jusqu'à présent incurable. Elle se développe très rapidement en quelques jours, avec des bruits subjectifs plus ou moins persistants et du vertige. La maladie frappe les enfants comme les adultes, elle ressemble beaucoup au vertige de Ménière. Il se fait probablement un exsudat séreux ou hémorrhagique qui comprime les organes du labyrinthe et le altère profondément.

Ajoutons que parfois cette surdité survient subitement et presque dès le début des oreillons.

Cette complication doit être combattue par des douches d'air, les applications de teinture d'iode sur la région mastoïdienne, des sangsues au devant de l'oreille et l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Telles sont quelques-unes des complications, à la vérité un peu rares, des oreillons, mais sur lesquelles les auteurs ont peu insisté. Il en est d'autres très variées que nous ne ferons que mentionner. Il nous suffira de rappeler la tuméfaction du corps thyroïde, l'hygroma pré-rotulien, la dacryocystite. Chez certains malades on voit survenir des douleurs articulaires plus ou moins généralisées. On a signalé l'œdème généralisé avec ou sans albuminurie, et l'anasarque a pu s'accompagner d'un œdème de la glotte ayant entraîné la mort par asphyxie. Nous signalerons encore l'endocardite, la pneumonie qui s'expliquent d'elles-mêmes par l'action d'une même cause infectieuse.—DR SAVIGNY, in *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

FORMULAIRE.

Colique infantile.—Hare.

P.—Bromure de sodium de 48 à 96 grains.
 Chloral hydraté de 24 à 48 grains.
 Sirop de lactucarium.....q. s. pour faire 3 onces.

M.—Dose : Une cuillerée à thé le soir, au coucher.—*College and Clinical Record*.

Syphilides infantiles.—Graham.

P.—Acide borique..... 120 grains.
 Calomel 120 grains.
 Poudre de lycopode..... 6 onces.

M.—Pulvériser, matin et soir, les parties malades.—*College and Clinical Record*.

Évralgie fonctionnelle.—Dr. E. G. Younger.

P.—Exalgine..... 1 à 2 grains.
 Esprit de chloroforme..... 10 minimes.
 Eau,q. s. pour faire 1 once.

M.—A prendre en seule dose et répéter au besoin toutes les trois heures.—*Lancet*.

Prurit vulvaire.—Hare.

P.—Sublimé..... $\frac{1}{2}$ grain
 Acide hydrocyanique dilué..... 1 drachme
 Eau d'amandes amères..... 6 onces

M.—Usage local.—*College and Clinical Record*.

Mal de Bright.—*Da Costa.*

P.—Caféine.....	2 grains
Benzoate de soude.....	10 "
Sirop d'orange	q.s.
Eau distillée.....	q.s. pour faire 2 drachmes fl.

M.—A prendre toutes les quatre heures, ayant soin de diluer dans une grande quantité d'eau.—*College and Clinical Record.*

Insomnie des alcooliques.—*E. C. Mann.*

P.—Teinture d'opium désodorisée.....	} à à
Extrait fluide de jusquiame	
Chloral hydraté.....	} 1 drachme
Bromure de potassium.....	
Teinture de capsicum.....	} ½ drachme
Teinture d'aconit.....	
Eau de menthe poivrée.....	q. s. pour faire 4 onces

M.—*Dose*: Deux cuillerées à soupe au coucher, dans ½ verre d'eau, mais pendant quelques jours seulement.

Asthme.—*Dr. E. Blair.*

P.—Nitrate de strychnine.....	½ grain
Extrait fluide d'euphorbia pilulifera.....	} à à
Extrait fluide de grindelia robusta	
Sirop de cannelle	½ once

M.—*Dose*: Deux cuillerées à thé par jour.—*Medical Week.*

Eczéma du scrotum.

P.—Calomel.....	60 grains
Oxyde de zinc.....	40 "
Sous-nitrate de bismuth.....	150 "
Lanoline.....	1 once
Vaseline.....	1½ once

M.—Laver l'endroit malade dans une solution chaude de borax, puis appliquer la pommade soir et matin.—*Canada Lancet.*

P.—Huile de lin ..	4 onces
Eau de chaux.....	4 "
Thymol.....	6 grains

M.—Faire dissoudre le thymol dans l'huile de lin, puis ajouter l'eau de chaux. Usage local.—*Munch. Med. Wochenschrift.*

Fissure anale.

P.—Extrait de conium	2 drachmes
Huile de ricin	3 drachmes
Pommade de lanoline	q. s. pour faire 3 onces

M.—Usage local.—*The Medical Bulletin.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: Dr H.E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUIN 1893.

BULLETIN.

La Nouvelle Rédaction.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre livraison de mars, la fusion de l'UNION MÉDICALE DU CANADA avec la *Gazette médicale de Montréal* a nécessité un remaniement dans la composition du comité de rédaction, remaniement qui consiste surtout dans l'addition de nouveaux membres. Comme on peut le voir, l'UNION MÉDICALE a tenu à s'infuser du sang nouveau, en s'assurant la collaboration des éléments jeunes et vivaces de la profession.

Depuis deux ans que l'union universitaire est devenue un fait accompli, la tendance naturelle des esprits a été constamment dirigée dans le sens du maintien, *per fas et nefas*, de cette union. En acceptant de faire partie de notre rédaction, nos anciens adversaires, aujourd'hui nos alliés, ont donné la meilleure preuve de leur bon vouloir et du désir qu'ils ont, comme nous du reste, de travailler d'un commun accord à l'œuvre scientifique et confraternelle dont M. le Dr Rottot, le doyen d'âge de la profession médicale canadienne-française à Montréal, a jeté les bases il y a vingt-deux ans.

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte ici de solliciter une collaboration aussi active que possible de la part de ceux de nos lecteurs qui savent tenir une plume et rédiger une observation. Nombre de médecins, nous le savons plus que tout autre, qui naguère nous communiquaient leurs notes cliniques, rapports de cas, etc., se tiennent aujourd'hui sur une réserve dont le véritable motif nous échappe. À ceux-là, nous rappellerons que les pages de l'UNION MÉDICALE leur sont toujours ouvertes, et qu'en sortant de leur silence obstiné, ils nous aideront puissamment à

établir le fait que la profession médicale canadienne-française ne reste pas en arrière de ses sœurs de langue étrangère au point de vue des connaissances scientifiques, de l'esprit d'observation clinique et de l'érudition.

Assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine, tenue à Montréal, le 10 mai 1893.

Membres présents : Hon. J. J. Ross, président ; L. J. A. Simard et F. W. Campbell, vice-présidents ; A. G. Belleau et A. T. Brosseau, secrétaires ; J. M. Beausoleil, registraire ; D. Marsil, T. Larue, D. Plante, P. J. L. Bissonnette, H. Cholette, P. Cartier, J. H. L. St. Germain, C. E. Chevreuil, F. Paré, J. B. Gibson, L. T. E. Rousseau, A. Watters, F. J. Austin, W. A. Verge, J. Mackay, A. Vallée, M. Guay, A. Morrissette, H. E. Desrosiers, Côme Rinfret, I. Desroches, L. Larue, L. B. Durocher, R. Craik, T. G. Roddick, P. Laberge et R. Latraverse.

L'hon. J. J. Ross, président, au fauteuil.

Les minutes de la dernière assemblée sont lues et approuvées.

Le rapport des assesseurs de la Faculté de médecine du Collège Bishop étant lu, le Dr A. Dagenais fait observer que ces assesseurs ne sont pas d'accord au sujet du nombre des candidats admis.

Le Dr F. W. Campbell, doyen de la Faculté Bishop, suggère que ce rapport soit référé de nouveau aux assesseurs de la dite Faculté.—Adopté.

Les rapports des assesseurs de la Faculté de médecine de l'Université McGill, de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté médicale Laval à Montréal, et de l'Université Laval à Québec, sont lus et acceptés.

A l'Université McGill, six gradués ont droit à la licence ; à l'Université-Laval, Québec : dix ; à l'Université-Laval, Montréal : cinquante-trois.

Les docteurs F. J. Austin et P. E. Mignault, assesseurs auprès de la Faculté McGill, ayant ajouté à leur rapport certains commentaires au sujet des qualifications des candidats à surveiller aux examens, et ayant appuyé principalement sur le fait qu'ils ont assisté à l'examen de tous les candidats au diplôme de M.D., qu'ils fussent ou non sous brevet du Bureau Provincial.

Il est alors proposé par le Dr Dagenais, appuyé par le Dr Durocher, que les Universités et Facultés de médecine soient priées de ne demander dorénavant les assesseurs que pour la surveillance des examens des candidats à la licence du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.—Adopté.

Le rapport de MM. Laflamme, Howe, Walters et Fister, examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine, est lu et approuvé.

Sur trente-sept candidats, seize seulement sont admis. Ce sont MM. U. Archambault, David Belhumeur, Normand Massé, J. A. Fairie, Jos. A. Darche, J. E. Thomas, A. R. Pennoyer, T. A. Corcoran, A. Rouilliard, L. W. Beauregard, P. H. Lavallée, F. M. Peltier, A. W. Trudeau, Louis Dauray, G. E. Beauchamp et A. Marcotte.

Des vingt-et-un candidats malheureux, neuf ont échoué sur l'ensemble de l'examen, et douze sur certaines matières seulement.

Les Bacheliers dont les noms suivent reçoivent le certificat d'admission à l'étude de la médecine: MM. Joseph Aumont, Philipps Colquhoun, Arthur Bernier, Albert Laramée, Chs. C. Gurd, L. Odias Caron, R. E. Guysmith, Wm. Cowie.

Le doyen de la Faculté de médecine McGill, le Dr R. Craik informe le Bureau que le Dr T. G. Roddick a été nommé représentant de la Faculté de médecine de l'Université McGill dans le Bureau des Gouverneurs, en remplacement du Dr Geo. Ross, décédé.

Les docteurs J. B. Gibson, F. W. Campbell, Fréd. Paré, A. G. Belleau, A. Dagenais, J. M. Beausoleil et A. T. Brosseau proposent et appuient une résolution de condoléance à l'occasion de la mort de M. le Dr Geo. Ross, membre de ce Bureau. Tous rendent un hommage mérité aux nombreuses qualités de l'illustre professeur qui, après avoir été un élève modèle, devint plus tard praticien consommé, et clinicien des plus compétents.

Les candidats à la licence sont alors assermentés par M. le Président et les vice-Présidents et reçoivent la licence provinciale. Ce sont MM. J. O. A. Archambault, J. A. A. Archambault, Joseph Archambault, E. G. Asselin, J. E. Binmore, Herm. Beauchemin, J. Rodolphe Boulet, Camille Bernier, J. C. Bernard, J. U. Bérard, J. E. A. Bessette, J. E. Brindamour, Félix Choquet, Antoine Charbonneau, A. Duquette, Oscar Duckett, T. A. Demers, J. B. Deslauriers, Fabien Dussault, Raymond Giroux, L. A. Genest, Donald B. Holden, René Hébert, E. B. Kanady, G. E. Larin, Alfred Lespérance, Michel P. Lambert, L. J. S. Martel, J. E. S. Miller, J. A. McPhail, L. P. B. Michaud, A. W. Mair, Ludger A. Montpetit, Homer Milot, Lucien Miller, J. L. N. Ouellette, Daniel Plouffe, J. O. Pichette, Edouard Roy, Adélar Riverin, Avila J. Ranger, F. X. Sylvestre, Louis St-Germain, W. A. Stuart, E. J. Semple, L. J. Tétrealt, Herbert Tatley, Joseph Tremblay, Aimé E. Vary, J. L. Warren, S. F. Wilson et E. B. Yates.

Quelques uns de ces candidats à la licence, porteurs de diplômes universitaires, ayant subi leur examen final à la fin de leur troisième année de brevet, laquelle coïncidait avec la fin de la quatrième année de cours (vu que ces élèves avaient commencé à suivre les cours un an avant leur examen préliminaire), le Bureau se demande s'il doit accorder la licence provinciale.

Sur proposition du Dr Dagenais, appuyé par le Dr A. P. Cartier, il est alors décidé que le Bureau accorde aux candidats susdits leur licence provinciale, mais avec l'entente formelle que cette faveur ne sera plus accordée à l'avenir.

La séance s'ajourne à 1 h. p.m.

Réunion de l'après-midi.

Le Dr Campbell donne lecture de lettres et télégrammes au sujet de la réciprocité des certificats pour les examens préliminaires des provinces: Nouvelle-Ecosse, Nouveau-Brunswick.

Cette correspondance est référée au comité des officiers du Collège.

L'Hon. D. Marsil donne des explications au sujet du *Bill* médical qui a été présenté au parlement provincial et qui, après discussion, a été finalement rejeté.

Il réfute certaines assertions faites par les opposants au *Bill*, savoir:

1^o On a dit que la force des études médicales était plutôt diminuée qu'augmentée depuis qu'il existait dans Ontario un Bureau central d'examens.

2^o On a avancé que l'on trouverait difficilement des examinateurs compétents, surtout pour les matières primaires.

3^o On a aussi prétendu qu'une partie considérable de la profession médicale d'Ontario protestait contre le Bureau central de la dite province d'Ontario.

En réponse à ces assertions, le Dr Brosseau, secrétaire pour Montréal, lit une lettre reçue tout récemment du registraire d'Ontario (Dr R. Pynø), dans laquelle celui-ci dit: (a) Que les candidats à la licence ne sont admis à l'examen devant le Bureau central d'Ontario qu'après avoir obtenu des Universités leurs cartes de cours dûment certifiées; (b) que les examinateurs sont très compétents et donnent pleine et entière satisfaction, tant pour les branches primaires que pour les branches finales; enfin (c) que si un certain nombre de licenciés d'Ontario se plaignent et font opposition au conseil d'Ontario, ce n'est qu'à propos de la somme de deux dollars de contribution qu'ils ont à payer chaque année.

Une discussion assez vive s'élève à ce sujet entre les Drs R. Craik, Marsil et Brosseau.

Il est ensuite proposé par le Dr Marsil, secondé par le Dr J. B. Gibson, qu'un comité composé d'un membre de chaque Faculté médicale de la province de Québec, nommé par chacune d'elles, et d'un nombre égal de médecins pris en dehors du professorat, soit formé, sous la surveillance du Bureau provincial de médecine, pour préparer le projet de loi médicale qui devra être soumis à la prochaine session de la législature de Québec;

Que ce comité soit composé (en dehors du professorat) de MM. les Drs Chèvrefils et Beausoleil, du proposeur et du secondé, et

que le président du Collège, le Dr J. J. Ross, soit, de droit, président de ce comité.—Adopté.

Ce comité tiendra sa première séance le premier mercredi de juin prochain, dans les salles de la Faculté de médecine Laval, 45 Place Jacques-Cartier, Montréal.

Il est proposé par le Dr Mackay, secondé par le Dr Guay, que les membres du Bureau reçoivent (comme bonus), ceux de Montréal cinq (5) dollars, et ceux en dehors de Montréal dix (10) dollars en sus de leurs honoraires ordinaires pour avoir assisté à l'assemblée semi-annuelle de mai 1893.—Adopté sur division : Pour : 21 ; contre : 7.

Ceux qui ont voté et parlé contre l'octroi de ce bonus ont exigé que leurs noms soient consignés au procès-verbal. Ce sont : M.M. A. Dagenais, A. T. Brosseau, J. M. Beausoleil, L. B. Durocher, F. Paré, P. Laberge et D. Marsil.

Avis de motion.

Le docteur Beausoleil, Régistrare du Collège, donne avis qu'à l'assemblée semi-annuelle de septembre prochain du Bureau provincial de médecine, il proposera les amendements suivants aux règles et règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, à savoir :

1o L'honoraire du certificat d'admission à l'étude de la médecine sera à l'avenir de vingt dollars (\$20.00) au lieu de dix dollars (\$10.00).

2o L'honoraire de la licence provinciale sera de quarante dollars (\$40.00) au lieu de vingt dollars (\$20.00).

3o Que l'article XII du Chapitre 1er des Statuts soit modifié en remplaçant le mot *mai* par *juillet*.

4o Que les matières suivantes fassent partie du programme de l'examen d'admission à l'étude de la médecine : la botanique, la chimie, la physique élémentaire et la philosophie intellectuelle.

5o Que le cours d'études médicales soit modifié de la manière suivante :

1. Histologie normale ;
2. Anatomie descriptive ;
3. Anatomie pratique ;
4. Physiologie générale et spéciale ;
5. Hygiène ;
6. Pathologie générale ;
7. Chimie médicale, théorique et pratique ;
8. Pathologie interne ;
9. Pathologie externe ;
10. Matière médicale et thérapeutique et pharmacie pratique ;
11. Obstétrique et pathologie de la première enfance ;
12. Avoir assisté à pas moins de douze accouchements dans une maternité, et avoir suivi un cours de clinique obstétricale de quarante-huit leçons ou deux cours de vingt-quatre leçons ,

13. Clinique médicale et clinique chirurgicale, trois cours de huit mois, ou quatre cours de six mois, dans un hôpital contenant au moins cinquante lits, pour chacune de ces matières ;

14. Médecine légale et toxicologie ;

15. Exercices à la morgue ;

16. Maladies mentales et nerveuses ;

17. Maladies des enfants ou pédiatrie ;

18. Gynécologie ;

19. Histologie pathologique ;

20. Médecine opératoire et petite chirurgie ;

21. Histoire de la médecine et déontologie médicale ;

22. Ophthalmologie, otologie, rhinologie et laryngologie ;

Et que l'examen professionnel fait par les Facultés et le Bureau médical soit conforme au programme ci-dessus.

6o Qu'au lieu de deux assesseurs près les Facultés de médecine, le Bureau ne nommera pas moins de deux et pas plus de six assesseurs pour chaque faculté.

Qu'à l'avenir le Bureau ne fournisse d'assesseurs que pour l'examen annuel de chaque faculté. Dans le cas où une faculté voudra se prévaloir des services des assesseurs pour un examen supplémentaire, elle devra en donner avis trente jours d'avance au secrétaire de la section à laquelle elle appartient et versera d'avance le montant des honoraires des dits assesseurs. Les assesseurs auront droit au remboursement de leurs frais de voyage, et de plus à un honoraire de dix dollars (\$10) pour chaque jour qu'ils seront détenus par leurs devoirs.

7o Il sera du devoir des assesseurs d'assister aux examens de chaque élève. Avant de procéder à l'audition d'un examen, l'assesseur entrera dans un livre *ad hoc* les noms et prénoms de chaque candidat, la date de son certificat d'admission à l'étude, le titre de chaque matière pour laquelle il a un certificat d'assiduité ; il notera par écrit ses observations de manière à motiver son rapport. Les notes des assesseurs seront la propriété du Bureau.

8o L'assesseur ne surveillera que l'examen des candidats qui auront rempli les conditions suivantes : Pour l'examen primaire, avoir un brevet d'admission à l'étude depuis au moins deux ans ; avoir suivi les cours pendant pas moins de deux sessions universitaires dans une faculté de médecine reconnue en cette province, conformément aux règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. Cet examen primaire portera sur l'histologie normale, l'anatomie descriptive et pratique, la physiologie générale et spéciale, l'hygiène, la pathologie générale, la chimie médicale, théorique et pratique et la pharmacie pratique. Tout candidat ayant échoué sur l'anatomie ou sur la physiologie sera tenu de reprendre l'épreuve entière.

Quant à l'examen final, il comprendra la pathologie interne et externe, la matière médicale et thérapeutique, l'obstétrique et

pathologie de la première enfance, la médecine légale et la toxicologie. Aucun candidat ne pourra être admis à l'examen final, à moins d'avoir subi son examen primaire à la satisfaction des assesseurs du Bureau provincial de médecine.

90 Les matières suivantes d'enseignement spécial devront faire partie du questionnaire de l'examen de pratique: les maladies mentales et nerveuses, les maladies des enfants, l'histologie pathologique, la gynécologie, la médecine opératoire et la petite chirurgie, l'ophtalmologie, la rhinologie, l'otologie, la laryngologie. Aucun candidat n'aura droit de subir cet examen final devant les assesseurs, à moins d'avoir étudié dans une université pendant pas moins de quatre sessions, à partir de la date du brevet d'admission à l'étude, enfin de s'être en tous points conformé aux statuts, règles et règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

100 En donnant avis de la date de leur examen annuel, les facultés feront aussi parvenir au secrétaire de la section à laquelle elles appartiennent, les noms des candidats aux examens tant primaires que finales.

110 Les assesseurs ne se rendront auprès des facultés que lorsque celles-ci seront prêtes à faire passer consécutivement tous les élèves qui se seront entièrement conformés aux exigences des statuts, règles et règlements du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

120 Que le secrétaire de chaque section donne avis aux secrétaires des facultés de médecine ainsi qu'aux autorités enseignantes de la province des exigences de la loi médicale concernant la licence.

Et le Bureau s'ajourne.—*Rapport officiel.*

Nous regrettons que le manque d'espace ne nous permette pas de commenter aujourd'hui même les questions qui ont été discutées au Bureau provincial de médecine. Il nous sera d'autant plus facile de le faire le mois prochain, qu'alors nous pourrons en même temps mettre nos lecteurs au courant des modifications que le comité dit du *Bill* médical a suggérées lors de sa réunion du 7 juin.

La graine de courge comme vermifuge.

Souvent employée dans le traitement du taenia, la graine de citrouille ne donne pas toujours les bons résultats qu'on en attend. Cela est probablement dû au mode d'administration du médicament, ou à la dose employée laquelle est la plupart du temps insuffisante.

On a préconisé dernièrement le mode d'administration suivant :

10 Le matin, pour aliment, une infusion légère de thé et un biscuit sec ;

2^e Une heure après, faire ingérer, dans une tasse de chocolat sans sucre ou de cacac, le mélange suivant : graines de courge mondées, 4 onces ; sucre candi, 4 onces. Broyer les cotylédons avec le sucre candi ;

3^e Prescrire, une heure plus tard, un purgatif : poudre de jalap composée ou eau de vie allemande.

* * *

Dans sa livraison de février dernier, le *Practitioner* suggère l'emploi, dans les cas d'anémie avec constipation, d'une pilule ainsi formulée : Aloine et extrait de noix vomique, un quart de grain de chaque ; myrrhe pulvérisée et poudre d'ipéca, un demi grain de chaque ; un grain de sulfate de fer sec, et deux grains d'extrait de gentiane. Cette pilule se prend une fois le jour, à l'heure du coucher.

* * *

Un cas de varicelle est rapporté dans le *British Medical Journal*, établissant que la période d'incubation de cette maladie est de quatorze jours et que la varicelle commence à être contagieuse dès que l'éruption commence à se produire.

* * *

A *Rush Medical College*, Chicago, il se donne chaque année un cours de déontologie médicale (*Medical Ethics*). Ce n'est certes pas de trop par le temps qui court, et nous voyons avec plaisir que ce sujet entre dans le programme des amendements projetés du *Bill médical* de la province de Québec.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LA JEUNE MÈRE.—Pour apprécier les enfants, il faut les observer chez eux, libres de toute contrainte, dociles aux suggestions de l'instinct. Ce sont alors des charmeurs.

Le moyen, dites-moi, de ne point se laisser séduire par ces formes potelées, cette gravité comique, ce gazouillis confus au cours du tout jeune âge ?

Né tiennent-ils pas quelque chose—le naturel—de la gentille souriquette sans cesse grignotante, aux mouvements vifs ou effarouchés, ou du naïf oiselet dont les modulations indéçises et reconnaissantes montent vers le premier rayon de soleil ?

Ils ont encore un attrait : la faiblesse, pour laquelle nous leur vouons une part de notre tendresse émue pour les fragilités d'icibas.

Contre cette faiblesse et les mille maux d'un frêle existence, l'amour de la mère reste désarmé. Combien elle voudrait être, cependant, dans la mesure du possible, le premier et le plus naturel médecin de son enfant !

C'est ce que permet de réaliser un recueil mensuel illustré: *La Jeune Mère*, fondé par le Dr Brochard. Rédacteur en chef: Dr Depasse, vulgarisateur qui s'est acquis une juste célébrité dans la médecine infantine. Là se trouvent élucidés avec une suprême clarté les problèmes de l'hygiène infantile et de la médecine d'urgence mis à la portée de tous, et les principes de cette éducation qui fait les enfants dociles et aimables. Cette revue du foyer, précieuse à tous les parents, coûte 6 francs par an. Bureaux: 1 rue de Provence, à Paris.

Pour le même prix, les mères sauront habiller, pomponner elles-mêmes leurs chers bébés, avec *le Lutin*, journal des modes enfantines. (Même adresse.)

DELORME.—*Traité de chirurgie de guerre*.—Tome II, 1 vol. in 80, avec gravures et planches.

M. le Dr. DELORME, professeur à l'École d'application de Médecine militaire du Val-de-Grâce, vient de compléter son important *Traité de chirurgie de guerre*, dont le premier volume avait paru il y a quelques années. Nous rappellerons que ce premier volume contient l'*Histoire de la Chirurgie militaire française* et l'*étude des plaies par armes à feu des parties molles*.

Le tome second terminant l'ouvrage forme un volume de plus de 1000 pages grand in-80 avec 397 gravures dans le texte et 3 planches hors texte, toutes dessinées par l'auteur d'après des expériences originales ou des cas pathologiques remarquables; il est consacré aux *lésions des os par les armes à feu*, aux *blessures des régions* et au *service de santé en campagne*.

L'étude des traumatismes des os par les armes de guerre est peut-être la plus intéressante de celles que compte la chirurgie d'armée. La fréquence avec laquelle on observe ces blessures, leur caractère particulier, leur gravité, la multiplicité et l'importance des interventions qu'elles réclament, la durée et la difficulté de leur cure, enfin la part considérable dévolue au chirurgien dans les succès obtenus, forcent ce dernier à porter sur elles une attention particulière.

En raison des transformations continues de l'armement dans les divers pays, l'auteur a dû, dans un dernier chapitre, mettre sous forme d'addenda les questions les plus importantes que pouvaient soulever les derniers progrès accomplis. (Félix Alcan éditeur, 1 vol. gr. in-80, 26 fr. On vend séparément le tome 1er, 16 fr.)

FERRIER ET PÉRAIRE.—**Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales.**—L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première sont décrites la méthode antiseptique telle que l'a formulée Lister, ainsi que les modifications apportées à cette méthode par différents chirurgiens, la seconde partie est consacrée à l'asepsie ; la troisième traite de la méthode mixte avec toutes les simplifications qu'elle comporte ; enfin la quatrième partie renferme l'application des principes antiseptiques et aseptiques à chaque région en particulier.

L'ouvrage forme un volume de 190 pages orné de 70 gravures dans le texte, sous un élégant cartonnage anglais. (Félix Alcan éditeur, 1 vol. in-18, 3 fr. franco par poste.)

DOYEN.—**Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes. Deux procédés inédits d'hystérectomie abdominale et vaginale. La castration totale par le vagin, par E. Doyen (de Reims) 2eme édition — 47 figures dans le texte dont 26 en couleurs. Bureaux des archives provinciales de chirurgie, 14 Boulevard St Germain, Paris 1893.**

BEAUSOLEIL.—**Revue statistique des maladies de la gorge, du larynx, du nez et des oreilles, par le docteur R. Beausoleil, aide de la clinique annexe de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Bordeaux, 1893.**

OLIVER.—**Descriptive sketch and drawings of two cases of symmetrically placed opacities of the cornea, occurring in mother and son, by Chs. A. Oliver, M. D., Philadelphia Pa. 1893.**

CATELLIER.—**Rapport des opérations du Bureau d'Hygiène de la cité de Québec pour l'année 1892 par le Dr L. Catellier, médecin municipal.**

EDEBOHLS.—**Movable Kidneys; with a report of twelve cases treated by nephrorrhaphy, by Geo. Edebohls, M.D.**

—Ayez soin de ne pas prendre pour habitude de rapporter à la dentition toutes les petites maladies des premiers mois de l'enfance. La dentition est un processus physiologique et non pathologique. —W. A. N. DORLAND, in *Medical Progress*.

—Ne portez pas le diagnostic de vers intestinaux avant d'en avoir constaté la présence dans les selles. —W. A. N. DORLAND, in *Medical Progress*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

—Le *St-Luke's Hospital*, de New-York, vient d'être vendu à un syndicat pour la somme de deux millions cinq cent mille dollars.

Nécrologie.—ÉTRANGER.—A Naples, M. le docteur Arnaldo CANTANI, professeur de clinique interne à l'Université de Naples.

—A Boston, Geo. C. SHATTUCK, professeur émérite de pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université Harvard.

Eccle de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.—Le 24 mai dernier, M. le docteur L. D. MIGNAULT, professeur conjoint de physiologie, a été choisi par la Faculté pour remplacer feu le Dr Poitevin à la chaire d'anatomie descriptive. Désormais, le cours de physiologie ne sera fait que par M. le professeur Duval.

Maladies contagieuses.—A New York, les maladies contagieuses sont encore à l'ordre du jour. Durant la semaine finissant le 3 juin, on a rapporté au Bureau de Santé: 8 cas de typhus, 13 de fièvre typhoïde, et 13 de variole, sans compter 147 cas de diphtérie, 166 de rougeole, 158 de scarlatine et 15 de méningite cérébro-spinale. En France, l'état sanitaire reste le même.

Locataires et parasites.—Un arrêt de Cour bon à connaître :

Un arrêt de la Cour d'appel de Lyon a établi l'autre jour que l'envahissement par des insectes (dans l'espèce de punaises) d'un appartement loué, lorsqu'il est de nature à en rendre l'habitation impossible et à empêcher le locataire de jouir paisiblement des lieux loués, et que le bailleur se refuse à prendre aucune mesure sérieuse de désinfection, est une cause suffisante de résiliation de bail. Avis donc aux intéressés.—*Lyon médical.*

Salle d'opérations transparente.—La Faculté de médecine de Madrid vient d'inaugurer une nouvelle salle d'opérations aseptique à laquelle on a donné le nom de *Quirofano*, qui signifie : *chirurgie transparente.*

Le principe en est nouveau et assez curieux : les assistants sont séparés du malade, du chirurgien et de ses aides par un véritable mur de cristal à travers lequel ils peuvent néanmoins suivre tous les détails de l'opération et entendre les explications données par le professeur, tout en restant absolument isolés de la salle d'opérations proprement dite.

C'est sur l'initiative du doyen de la Faculté, et surtout du professeur d'obstétrique et de gynécologie, que cette salle d'opérations a été construite.—*Lyon médical.*