

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 25 juillet 1878.

Présidence du Dr. A Ricard.

Membres présents : MM. A. Dagenais, A. Laramée, A. Lamarche, E. Berthelot, J. B. Bouchard et S. Lachapelle.

Lecture est faite du procès-verbal de la séance précédente. Adoptée.

Proposé par Dr. A. Laramée, secondé par Dr. E. Berthelot que le Dr. A. Ouimet soit admis membre actif de la société. Adopté.

Proposé par Dr. A. Lamarche, secondé par Dr. J. B. Bouchard que le Dr. E. Paquin soit admis membre actif de la société. Adopté.

La discussion sur le traitement de la diarrhée des enfants est à l'ordre du jour.

Tous les membres y prennent une part active dans l'ordre suivant :

Dr. A Laramée : Le traitement de la diarrhée des enfants est mixte, hygiénique et médical. Avant tout il faut donner à l'enfant un air pur et une nourriture particulière, telle que du lait dont une bonne analyse nous garantit la qualité, de l'eau tenant en solution une assez forte quantité d'albumine, la viande de bœuf passée au tamis et séparée complètement de sa graisse, tel que nous le conseille Trousseau. Les médicaments qui me semblent le plus avantageux sont le calomel à une poussière par dose et l'*ipêchacuanha co*. Si la diarrhée est de nature rebelle, je me hâte d'employer les lavements de lait qui a bouilli auquel j'associe quelques gouttes de laudanum de sydenham. Je me sers de ces injections surtout quand la diarrhée passe à la dysenterie. Contre la douleur je ne vois pas de médicament plus sûr que le *Dover* et il a aussi la propriété de conserver l'humidité des muqueuses, chose qu'on n'obtient pas avec les autres calmants. Les enfants en général le tolèrent très-bien, et l'élément douloureux étant combattu, l'on triomphe plus facilement de la maladie. J'emploie aussi souvent la craie

co. conjointement avec le Dover et le calomel. Dans la première période du choléra j'ai recours souvent avec avantage au bain sinapisé. La diète est de rigueur, et comme boisson je ne vois rien de préférable à l'eau albumineuse que l'on prépare en délayant deux blancs d'œuf dans seize onces d'eau froide à laquelle on peut ajouter du sucre blanc à volonté. Cette boisson non-seulement modifie la diarrhée mais encore constitue une vraie nourriture que les enfants prennent avec goût. J'ai discontinué *l'hysdrargyrum cum cretâ* parce qu'il m'a semblé que ce médicament provoquait les vomissements ou les augmentait quand ils existaient. Durant la convalescence je recommande particulièrement le vin claret et je m'en trouve très-bien.

Dr. A. Dagenais : Je n'emploie le calomel que dans le but de vider l'intestin et alors je le donne à assez haute dose. Je me hâte ensuite de donner la craie *cum opio* qui est le médicament qui semble me donner le plus de satisfaction. Mais c'est surtout la diète que l'enfant suit sur laquelle il faut compter. Le lait, tantôt bouilli, tantôt cru, est tour à tour employé. Sous ces deux formes ses qualités astringentes semblent être également satisfaisantes. Une autre forme, sous laquelle on la donne et.ore est la forme condensée : privée de son eau le lait a une action plus sûre. La préparation de Liebig et une foule d'autres préparations répandues dans le commerce ne paraissent pas avoir toutes les vertus qu'on leur attribue. Quand la diarrhée passe à la dysenterie, les lavements d'eau à la glace sont ceux que je préfère. Rien de plus sûr que l'effet calmant de ces bains ; quelques instants après leur administration, l'enfant soulagé s'endort dans un doux sommeil. Alors surtout il ne faut pas négliger les toniques : le vin claret est de tous les toniques celui qui s'emploie plus particulièrement. Il doit ses vertus toniques à la quantité de fer qu'il renferme et qui d'après l'analyse est plus considérable que celle des autres vins.

Dr. E. Berthelot : L'eau albumineuse est mon cheval de bataille dans la diarrhée des enfants, et même dans la diarrhée des adultes. Pour moi, voilà presque tout mon traitement ; d'autant plus, que en plusieurs occasions il m'a donné des guérisons que tous les autres médicaments employés tour à tour avaient été impuissants à me procurer. Le mercure à la craie, le bismuth sont les médicaments néanmoins dont je me sers le plus alors. Le Dover ne m'a jamais donné de satisfaction vu son action vomitive si fréquemment répétée.

Dr. J. B. Bouchard : La craie *cum opio* et le régime lacté sont pour moi tout le traitement de la diarrhée des enfants.

Dr. Lamarche : L'action vomitive des médicaments, de l'*hystrargyrum cum cretâ* surtout dans la diarrhée des enfants au lieu d'être redoutée, doit être au contraire considérée comme de bon effet. Dans les diarrhées ordinaires surtout, faire vomir et purger légèrement, ces deux moyens sont souvent suffisants pour amener la guérison. Mais c'est à l'hygiène qu'on doit donner toute son attention. Supprimer la nourriture et attendre. Chez la classe pauvre surtout où toutes sortes d'aliments sont indistinctement donnés aux enfants, leur suppression est avantageuse. C'est là que l'on rencontre ces cas nombreux d'atropisie qui sont autant d'indications qui doivent nous porter à diminuer l'alimentation.

Dr. Severin Lachapelle. De toutes les ressources de notre art la prophylaxie est la plus sûre surtout dans le traitement de la diarrhée des enfants; les lois d'hygiène à suivre sont connues il n'est pas nécessaire de répéter. Quand au traitement je le modifie selon les circonstances. La diarrhée de forme ordinaire, ou diarrhée catarrhale ne doit pas être soumise au traitement de la diarrhée accompagnée d'inflammation. Dans la diarrhée catarrhale je me sers presque uniquement d'huile de castor à petite dose souvent répétée. L'huile de castor modifie les sécrétions intestinales par une double action qui me paraît bien sûre; action purgative d'abord et action astringente secondairement. J'ai été conduit à me servir d'huile de castor dans la diarrhée parce que j'ai observé cette double action chez les adultes, double action qu'elle me paraît posséder à un plus haut degré que tous les autres purgatifs que je connaisse.

Quand la diarrhée continue, mais que sa nature est changée, j'emploie le sirop de rhubarbe aromatique et le catéchu à petite dose également répété souvent. Dès le début de la diarrhée je recommande les lavements d'amidon pour prévenir l'irritation rectale qui se développe si facilement alors. Les cataplasmes ne doivent pas être non plus négligés. Dans les cas de hienterie je me fais un devoir d'aider la digestion des aliments qui ne se fait pas alors par la pepsine: les sucs de l'estomac sont impuissants il faut les aider. Quand la diarrhée est accompagnée de douleurs, il y a alors contraction spasmodique des intestins qui en est la cause, je combats cette cause par les antispasmodiques les plus faibles tels que la valériane, le musc etc., plutôt que par l'opium. Quand la diarrhée passe à l'état inflammatoire, le même traitement est suivi mais avec plus de soin et d'activité, et alors seulement j'ai recours au calomel.

Dr. A. La diarrhée des enfants en été est causée par la cha-

leur de la saison, par une nourriture impropre, et par le séjour dans les grands centres d'habitations. Les moyens de prévenir cette maladie ou d'y remédier, est d'abord d'éloigner les enfants des villes pendant le temps de la canicule et de les envoyer dans les campagnes, surtout là où la température est considérablement plus fraîche, comme dans les paroisses le long du golfe ou sur le bord de la mer. Il faut de plus régler l'alimentation des enfants quant à la quantité, à l'espèce et au temps. L'habitude dans la plupart des familles est de surcharger l'estomac des enfants par une nourriture trop forte pour leur âge et cela à tout instant du jour et de la nuit, sans règle et sans discernement. Cet affreux régime que les enfants ont pu supporter sans périr, pendant les saisons froides, leur devient inévitablement fatal au temps des chaleurs, si on ne le modifie pas d'avance ou au moins à cette époque.

Aimant mieux prévenir la diarrhée ou choléra des enfants que d'avoir à la combattre pendant un temps prolongé et assez souvent sans succès, mon habitude est d'insister fortement pour que les familles où je traite, envoient les jeunes enfants en villégiature. Quant aux enfants pauvres qui ne peuvent avoir cet avantage, je recommande qu'on leur fasse prendre le bon air autour de la ville, dans les parcs publics et autant que les parents le peuvent.

Quelle alimentation faut-il donner aux enfants en cette saison? Le lait et le lait seul est certainement le régime approprié. Il y a dans le lait tout ce qu'il faut pour fournir au développement du corps. Mais ce n'est pas tout de donner des aliments convenables, il faut aussi les donner avec mesure et à des intervalles assez longs pour en permettre la digestion facile. On ne doit donc pas donner de nourriture aux enfants que toutes les trois ou quatre heures.

Si le lait par temps, n'est pas supporté, s'il caille sur l'estomac, j'en fais cesser l'usage et je le remplace par de l'eau de blé, même par du bouillon de poulet.

Quant aux remèdes, je donne l'eau de chaux pour corriger les acidités de l'estomac. La poudre de craie *cum opio* à des doses assez rapprochées mais faibles afin de ne pas arrêter la maladie subitement et entièrement, car il y aurait alors danger de métastase vers le cerveau. Tout en donnant ces médicaments je fais prendre à peu près tous les deux jours de l'huile de ricin qui débarrasse les intestins des matières irritantes et produit une constipation secondaire. Quand l'estomac est débarrassé de l'état saburral, l'acide sulfurique est bien recommandé pour tonifier et arrêter les transpirations qui affaiblissent tant les petits malades.

Pour combattre la dyssenterie qui vient à la suite de la diarrhée, je fais usage de *Dover*, lavement d'empoî, frictions de térébenthine sur le ventre.

S'il se fait par suite de la diarrhée prolongée un raptus vers le cerveau avec le signe de l'hydrocéphalite ou de l'inflammation sous aigüe—j'emploie le calomel intûs et extrâ à petites doses et le collodion cantharidé en application sur la nuque afin d'avoir une vésication instantanée et efficace; et contre les vomissements, des mouches de moutarde sur le creux de l'estomac et des solutions effervescentes à l'intérieur.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Considérations générales sur le traitement des maladies de l'enfance.—*Fin.*

Les *rérulsifs cutanés* et surtout les *vésicatoires* sont d'un usage fréquent, surtout dans les maladies inflammatoires des bronches et du poumon. Ils agissent rapidement chez l'enfant et ne doivent rester appliqués que quatre ou cinq heures en moyenne; encore est-il des points où la susceptibilité de la peau n'en permet qu'une courte application. Deux heures suffisent pour le devant de la poitrine: dans les affections thoraciques il sera préférable de choisir ce point, plutôt que la partie postérieure: on évitera ainsi la compression due au décubitus, qui est douloureuse et peut amener des ulcérations. Il y a des maladies qui augmentent la susceptibilité de la peau: ainsi, dans la rougeole, si fréquemment compliquée de broncho-pneumonie, on fera bien de ménager les vésicatoires que viennent aggraver des ulcérations dangereuses. Il y a d'autres inconvénients: la douleur qu'ils provoquent est toujours nuisible chez les sujets nerveux, chaque pansement est une source de souffrances chroniques, elle n'est bien établie que dans les maladies aiguës. Si l'enfant est maigre, chétif, affaibli, il faudra s'abstenir dans la crainte des ulcérations et du sphacèle de la peau. Le pansement à l'aide d'une feuille d'ouate ou d'un morceau de sparadrap est préférable à l'emploi du papier cératé.

D'autres moyens, qui ont une action analogue, quoique moins énergique, sont dépourvus d'inconvénients, les badigeonnages avec la teinture d'iode, les frictions avec l'huile de croton pure ou mêlée au cold-cream, les ventouses sèches surtout, rendront de grands services.

Les évacuants sont souvent préférables aux antiphlogistiques proprement dits ; leur effet, moins durable, est plus prompt et ils n'atteignent pas l'économie dans l'élément essentiel de sa force. Les vomitifs remplissent un double but : antiphlogistiques par la dépression qu'ils exercent sur les forces vitales, ils font baisser la fièvre et, d'autre part, ils favorisent l'expectoration par des efforts expiratoires qui chassent au dehors les mucosités bronchiques en même temps que les matières contenues dans l'estomac. Ces contractions des muscles respiratoires sont capables même de détacher les concrétions plastiques qui obstruent les bronches dans le croup. L'étroitesse de ces canaux et la difficulté de l'expectoration rendent fréquente chez les enfants l'indication des vomitifs. L'ipécacuanha devra être préféré : moins actif que l'émétique, il n'a pas comme lui l'inconvénient de déprimer les forces et d'irriter l'intestin.

Pour les jeunes enfants, le purgatif par excellence est la rhubarbe, qui n'affaiblit pas comme les mercuriaux, mais exerce une action tonique et fortifiante. On emploiera aussi avec avantage la manne dissoute dans du lait et, à un âge plus avancé, le sulfate de soude, le citrate de magnésie, etc.

Les mercuriaux, très-employés dans la pharmacopée anglaise, auraient, au dire de West, une action particulière pour modérer l'inflammation aiguë des serenses de la poitrine et de l'abdomen. Chez l'enfant, le mercure amène rarement la salivation, mais il irrite promptement l'intestin et donne des selles vertes ; il peut aussi agir sur l'estomac et provoquer des nausées, des vomissements. Le calomel a une grande valeur comme purgatif, mais il déprime les forces. Au-dessous d'un an, on le donne à la dose de deux grains comme purgatif ; au delà on peut aller jusqu'à 4, 6, et 8 grains. Comme spécifique, le mercure a rapidement raison des accidents syphilitiques secondaires ; mais il est sans effet sur les lésions tertiaires, qu'il peut même aggraver. Un moyen commode pour éviter l'irritation intestinale consiste dans les frictions mercurielles. On peut aussi donner au nouveau-né 10 gouttes de liqueur de van Swieten dans du lait.

Parmi les agents antipyrétiques figure la digitale, qui, mieux tolérée par les enfants que par les adultes, constitue une ressource précieuse de la médecine infantile. Outre son action spéciale sur le cœur, elle a un effet sédatif sur l'élément fébrile

et, de plus, elle est diurétique. L'infusion, la macération, le sirop, la teinture sont les préparations les plus commodes.

La *médication tonique* et reconstituante a pour moyens principaux d'action l'arsenic, le quinquina, le fer, l'huile de morue et, dans la seconde enfance, l'hydrothérapie. L'arsenic est un stimulant et modifie puissamment la nutrition. On le donne dans la tuberculose, la scrofule, les cachexies, certaines névroses

L'excitabilité si grande des enfants rend indispensable l'emploi des *narcotiques* et des *antispasmodiques*. A ce titre, la belladone l'opium, le chloral, la valériane l'oxyde de zinc, le bromure de potassium, etc., sont très-utiles. L'action de l'opium et celle de la belladone méritent de nous arrêter,

L'action de l'opium est très-énergique chez le jeune enfant ; la plus grande prudence doit en régler l'emploi : on a vu des accidents graves être causés par l'ingestion d'une goutte de laudanum. Après la première dentition l'opium est moins dangereux, mais il faut encore l'employer à faible dose. Il est très-utile dans les affections purement spasmodiques, si communes chez l'enfant ; mais on ne doit jamais le prescrire que contre un danger sérieux, car il favorise la tendance déjà si marquée de l'enfant aux congestions cérébrales. J. Simon, pour éviter les accidents, conseille de diluer le médicament dans une grande quantité de véhicule de façon à avoir une absorption lente et graduelle. On devra s'abstenir dans les cas d'adynamie, dans la convalescence, quand l'organisme est débilité par une maladie antérieure.

La belladone est beaucoup mieux supportée que l'opium ; au-delà de six mois, les enfants tolèrent facilement 1 centigramme ou 1 centigramme et demi ; à trois ans, 5 ou 6 centigrammes. Elle est indiquée surtout dans les affections spasmodiques des voies aériennes, dans les bronchites quinteuses dans la coqueluche.

C'est à l'hygiène que revient la part la plus importante dans le traitement des maladies de l'enfance. Certaines maladies, nous l'avons vu, guérissent seules ; elles parcourent un cercle tracé d'avance et, quand leur évolution est régulière, le rôle du médecin se borne à prescrire une hygiène bien entendue. Cette attitude lui est encore imposée dans les cas mêmes où il pourrait aider la nature par un traitement actif, lorsque l'indocilité ou le mauvais vouloir du petit malade le porte à refuser les médicaments. Réduite à ces proportions modestes, l'œuvre du médecin ne sera pas encore facile et, dans bien des cas, il aura à lutter contre l'entourage pour combattre de vieilles erreurs ou des préjugés absurdes.

Les malades devront être placés dans une température très-

douce, à l'abri du froid et de l'humidité ; les plus jeunes, chez lesquels la calorification est souvent insuffisante, seront attentivement surveillés et, au besoin, réchauffés à l'aide de boules d'eau chaude. La literie, le linge du corps seront tenus avec une propreté minutieuse et, dans les affections qui s'accompagnent de diarrhée, l'enfant, chaque fois qu'il se sera sali, sera lavé et poudré au lycopode pour éviter l'irritation de la peau et l'érythème qu'elle ferait naître.

L'alimentation devra être surveillée avec soin pendant la durée de la maladie et aussi lors de la convalescence, dans la plupart des maladies fébriles et dans les affections gastro-intestinales. Chez les enfants à la mamelle qui commencent à manger, on fera bien de restreindre l'alimentation au lait de la nourrice, on pourra même éloigner les heures où l'enfant tette; pour eux, la diète n'ira pas au-delà. Chez l'enfant plus âgé, la diète ne devra jamais être absolue : on devra prescrire les potages et les boissons alimentaires. Dans la convalescence, dans les affections chroniques où les fonctions digestives sont languissantes, les aliments devront être choisis avec soin, variés, délicats et appropriés au goût spécial de chaque malade, de façon à stimuler l'appétit.

Dans les maladies chroniques qui retiennent les enfants au lit, ceux-ci devront être placés dans de bonnes conditions d'aération et de lumière ; on devra les lever et les porter au soleil chaque fois qu'il sera possible, pour les soustraire aux inconvénients du décubitus dorsal prolongé, qui développe ou aggrave certaines affections (pneumonie lobulaire, etc.) Tous les auteurs insistent sur l'emploi des soins minutieux, des petits moyens, qui ont en effet une utilité considérable, bien des accidents sérieux ayant leur point de départ dans des circonstances d'une petite valeur en apparence.

Même à l'état physiologique, les soins à donner aux enfants appellent toute la sollicitude du médecin hygiéniste. Ce sujet soulève bien des questions que nous ne pouvons même indiquer ici. Bornons-nous à signaler l'une des plus importantes, celle de l'allaitement naturel. Le biberon et les autres modes d'alimentation ne sont que des pis aller dont l'essai est toujours périlleux et constitue une cause terrible de mortalité ; ils n'ont d'avantage que lorsque, destinés à suppléer à l'insuffisance de la mère, ils ne constituent plus qu'un supplément, une sorte d'appoint.

Bien des mères, ne pouvant allaiter leur enfant ni le faire nourrir près d'elles, sont obligées de l'envoyer en nourrice, avec des chances nombreuses de mortalité contre lesquelles on n'a encore presque rien pu tenter. Pour l'enfant pauvre conservé

dans la famille et allaité par sa mère, l'institution relativement récente des crèches a été un véritable bienfait. Dans ces établissements, l'enfant, apporté le matin par sa mère, est placé dans des conditions supérieures, à tous égards, à celles qui l'attendent dans son propre logis: il y trouve des soins éclairés, l'alimentation la mieux appropriée à son âge, et sa mère vient l'allaiter chaque fois qu'elle peut échapper à l'usine ou à l'atelier.

Dans la seconde enfance, l'hygiène rovendique encore une part importante dans l'éducation de l'enfant; c'est elle qui doit régler la durée des travaux, des jeux et du repos; elle doit prescrire les meilleures conditions de salubrité compatibles avec les grandes agglomérations de jeunes gens qui vivent en commun dans les lycées, les écoles, les pensionnats, les asiles. Nous ne devons insister, et nous renvoyons pour les détails aux ouvrages spéciaux, et notamment aux excellentes monographies de Riant sur l'hygiène des écoles et des internats.—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

§.—**Urticaire.**—Un mode diagnostique peu connu. —**Agents efficaces de sédation de l'hypéresthésie cutanée.**—Le diagnostic de l'urticaire n'est pas toujours très-facile à poser. Les plaques, en effet, naissent et disparaissent promptement. Quand elles n'apparaissent pas à la vue, le praticien inexpérimenté peut rester en suspens.

M. Hardy indique un moyen de diagnostic aussi sûr que simple, qui, dans ces cas obscurs, décèle aussitôt la nature de l'affection. Ainsi, chez le malade en observation, on ne voit, aucune tache au moment de la visite. Au dire du patient les démangeaisons sont extrêmement pénibles, à la face palmaire des mains, à la plante des pieds et aux commissures des orteils.

Il est un mode extemporané de diagnostic qui, en pareil cas, rend de grands services.

Ce moyen consiste à rayer la peau avec le bout des ongles. On produit ainsi des raies analogues aux raies méningitiques du plus beau rouge. Dans l'urticaire léger, les taches disparaissent vite. Elles sont plus persistantes dans les cas graves. Dans le présent cas, le raclage a aussitôt dessiné sur la peau de magnifiques traînées rouges, qui n'ont persisté que quelques minutes.

L'urticaire est généralement lié à des troubles du côté des organes digestifs, à la dyspepsie. On l'observe souvent l'été à la suite de l'usage des boissons glacées.

Pour calmer les démangeaisons, qui sont souvent atroces, M. Hardy emploie souvent les frictions avec de la farine, tout simplement. Quand ce moyen ne suffit pas, il a recours aux frictions effectuées avec un mélange de 1 partie d'alcool camphré pour 9 parties d'eau. Cette dernière préparation donne lieu à un soulagement immédiat.

§ 2.—*Deux variétés de sciatique.—Deux sortes de douleurs.—Comment doit être conçu le traitement de cette affection.*—Il faut distinguer deux espèces de sciatiques. Dans l'une, la nutrition du membre n'est pas altérée; dans l'autre, ce membre est frappé d'atrophie. Dans le premier cas, le névritisme seul est atteint; dans le second, les filets nerveux eux-mêmes sont affectés d'inflammation, ce qui entraîne un trouble dans la nutrition du membre.

Le malade qui motive ces réflexions souffre depuis trois mois. Malgré ce long laps de temps, malgré les vives douleurs qui l'ont éprouvé, il n'est atteint que d'une inflammation du névritisme, et il n'y a pas d'amaigrissement local.

Dans la sciatique, il convient aussi de distinguer deux variétés de douleurs. Certains malades ne souffrent que lorsqu'ils effectuent des mouvements. D'autres, au contraire, souffrent même alors qu'ils restent immobiles.

Dans tous les cas, la première condition de la guérison, c'est le repos.

A ce moyen de premier ordre, il faut ajouter, dans les premiers temps, les vésicatoires et les injections hypodermiques.

La douleur une fois modérée, il faut recourir à un modificateur de premier ordre. Nous voulons parler des *fumigations sèches*. La chaleur sèche est plus efficace que les douches de vapeur sulfureuse ou térébenthinée. A défaut des premières, à l'hôpital, par exemple, il faut bien se contenter des douches de vapeur, qui n'en donnent pas moins lieu à d'excellents effets.

§ 3.—*Analyse des urines ictériques.*—Quand l'ictère n'est pas très-prononcé, il est d'un grand secours, pour établir les bases d'une bonne thérapeutique, de s'éclairer en analysant les urines, au moyen de réactifs. En voici trois qui donnent lieu des effets très-marqués, et que M. Hardy expérimente tour à tour, devant ses nombreux auditeurs.

1^o *Chloroforme*. Lorsque l'on verse du chloroforme dans une urine normale, ce produit, en vertu de sa grande densité, tombe au fond de l'éprouvette, où il tranche, par sa transparence toute cristalline. Vient-on à le verser dans une urine ictérique? Voici ce qui se remarque quand, après avoir agité

le mélange, en bouchant l'éprouvette avec la pulpe du pouce, on laisse un instant reposer. Le chloroforme tombe, en raison de sa densité, dans la partie déclive, et tranche, par sa couleur mate, sur la couleur jaune du liquide formant les couches superficielles. Cette couleur jaune est d'autant plus prononcée qu'il y a plus de bile dans l'urine.

C'est là un excellent réactif de l'urine ictérique.

2^o *Teinture d'iode*. Lorsque l'on verse de la teinture d'iode dans une éprouvette contenant de l'urine ictérique, on ne doit pas agiter le mélange. A la partie supérieure s'aperçoivent trois teintes bien tranchées. La couche supérieure, formée par la teinture, est d'une couleur violette. Au-dessous de cette première couche se remarque une sorte de diaphragme de coloration vert-mer. Une troisième couche, enfin, formée par les urines, et occupant la position déclive, a une teinte jaune.

3^o *Acide nitrique*. Quand on verse ce réactif dans l'urine ictérique, après agitation, le mélange prend une couleur vert-bouteille, passant à l'olive. Cet aspect tout spécial est très-caractéristique.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Réfrigération générale, bains froids.—L'abus que nous avons constaté, à propos de l'application du thermomètre au diagnostic et à l'interprétation doctrinale des maladies, a eu un retentissement considérable sur le traitement des maladies fébriles, et en particulier sur le traitement du rhumatisme cérébral et de la fièvre typhoïde.

Du moment que les accidents graves sont produits par l'hyperthermie, qui favorise les fermentations et le reste, il faut soustraire au malade ce surcroît de *calories* et la guérison s'en suivra. C'est ainsi que raisonnent Brandt (de Stettin), le promoteur de la méthode, et, avec lui, la plupart des médecins-professeurs de l'Allemagne: MM. Wunderlich, Biermer de Rurick, Thierfelder (de Borstok) Uhle (d'Iéna), etc., etc. Le procédé de rafraîchissement généralement suivi est celui du bain froid à 20° au plus; mais d'autres, plus audacieux ou plus expéditifs, ont remplacé l'eau froide par le courant d'air froid.

Arrivant tout droit d'Allemagne, cette méthode a été naturellement accueillie en France avec un grand enthousiasme... par ceux qui l'adoptèrent. A Lyon et à Paris, cette question souleva des discussions très-passionnées; mais nous devons ajouter que les maîtres de la science durent se prémunir contre cette nouveauté suspecte; en général, ils la jugèrent sur la mine et dédaignèrent de l'appliquer.

M. Guéneau de Mussy, par exemple, dans sa clinique médicale, s'exprime en ces termes :

Exposer un malade à tous ces hasards, sur la foi d'un système qui porte à faux sur les sciences physiques, comme le système de Broussais portait à faux sur la physiologie. c'est une témérité blâmable, et notre race, qui porte à un bien plus haut degré le respect de la vie humaine que ne le fait la race teutonique, devrait en finir avec ces engouements injustifiés pour tout ce qui nous vient d'Outre-Rhin. Acceptons avec loyauté, avec empressement, tout ce que l'Allemagne apporte de matériaux grands et utiles à l'édifice de la science; mais tenons-nous en garde contre les rêveries nuageuses et les hypothèses fantaisistes qui nous viennent en si grand nombre des bords de la Sprée ou de l'Oder; elles ne sont, très-souvent, que le plagiat d'idées trouvées par d'autres nations, rendues fausses par le développement et les déductions que l'esprit teutonique leur ajoute avec plus ou moins de bonne foi.

Ces paroles peuvent paraître un peu sévères, mais dans la bouche d'un homme comme M. Noël Guéneau de Mussy qui, éclairé par l'expérience et le travail, sait mesurer ses paroles et les approprier à leur véritable signification, elles ne sont que justes.

Dans la discussion qui a eu lieu dans le sein de la Société médicale des hôpitaux au sujet de l'emploi des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde. M. le professeur Peter a pris la parole contre cette médication avec un talent de bien dire, une logique, un bon sens médical que l'on ne peut s'empêcher d'admirer. Ne quittant pas le terrain de la clinique et des faits, M. Peter a démontré d'une manière plus qu'évidente :

1^o Que l'idée doctrinale de l'hyperthermie repose sur une interprétation erronée, et que, loin d'être la cause de la gravité de la maladie, elle n'est qu'un des signes de cette gravité même;

2^o En prenant la statistique de Brandt lui-même, celle des hôpitaux bien entendu; dans sa clientèle de ville, l'illustre médecin, sur 207 typhoïdes, n'a perdu aucun malade, il a trouvé une mortalité de 12 %; la statistique du professeur Biermer a donné une mortalité de 15 %; M. Féréol, à la Maison de Santé, sur 83 malades a eu 13 décès, soit, 15,66 %; M. Maurice Reynaud, à l'hôpital Lariboisière, sur 54 malades a eu 8 décès, soit 14,96 %; M. Desnois, à la Pitié, sur 37 malades a eu 5 morts, soit 13,51 %; M. Peter, à l'hôpital St. Antoine, sur 73 malades a eu 10 morts, soit 13,73 %; M. Mesnet, au même hôpital, sur 65 cas a eu 9 morts, soit 14 %.

En comparant ces statistiques, — dont les quatre premières sont empruntées aux partisans du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — à la statistique générale de la mortalité après la médication ancienne et rationnelle, M. Peter a fait voir que le chiffre des morts, après la nouvelle méthode, surpasse celui que l'on trouve après l'emploi de la méthode ancienne.

3^e En dépouillant un grand nombre d'observations recueillies sur des typhoïdes qui ont succombé après l'usage des bains froids, M. Peter fait voir, d'une manière évidente, que les accidents mortels doivent être attribués à l'usage des bains froids, d'où il conclut judicieusement que, puisque non seulement la méthode hypothermique ne présente aucun avantage sur l'ancienne méthode, mais que, plus que celle-ci elle expose à des accidents mortels, il est du devoir du médecin de ne pas l'employer.

Après avoir lu le discours de M. Peter qui, à notre avis, est un vrai réquisitoire médical sur la question, il n'est pas possible d'accorder la moindre confiance à l'emploi des bains froids comme méthode générale et absolue. Si, dans quelques cas très-rares, on croit devoir l'employer, non pas comme moyen hypothermique, mais comme moyen perturbateur du système nerveux, on ne doit le faire qu'avec une extrême prudence et ne pas insister sur son emploi dès qu'on voit que son action est inutile.

Telle est, croyons-nous; l'opinion de la majorité des cliniciens de Paris.

—

Leçons sur l'Hystérie par M. le Dr. Bernutz. — *Formes diverses des attaques d'hystérie.* — Les attaques d'hystérie se présentent sous des formes multiples, que l'on peut répartir selon les types suivants :

1. Attaques de forme vulgaire ;
2. Hystéro épilepsie ;
3. Attaques de syncope .
4. Attaques de spasme ;
5. — d'extase ;
6. — du délire de paroles ;
7. — du délire d'actions ;
8. — de somnambulisme ;
9. — de catalepse ;
10. — de sommeil ;
11. — de coma ;
12. — de l'éthargie ;

L'attaque de forme vulgaire, ainsi que l'indique son appellation, est la plus commune. Elle s'annonce par une sensation de douleur en un point quelconque du corps. Hippocrate en fixait le siège dans une des fosses iliaques. Cette remarque est parfaitement juste. C'est souvent de là, en effet, que partent les oscillations névrosiques. La douleur ressentie en cet endroit par la malade est bientôt suivie d'une tuméfaction, résultant de la distension d'une partie de l'intestin. C'est l'aura ovarienne, qui ne tarde pas à être suivie de la sensation de constrictions épigastrique et pharyngée. Le plus souvent cette impression est ressentie au-dessus de l'ombilic. L'aura ovarienne, en effet, est moins fréquente que l'aura épigastrique.

Dans d'autres cas, l'attaque est précédée par une douleur à la tête, bientôt suivie d'un sentiment de constriction à la gorge. D'autres fois, c'est tout de suite que se produit la suffocation laryngée. L'aura, enfin, peut aussi partir soit des membres supérieurs, soit des membres inférieurs. Dans ces derniers cas se produit l'irradiation épigastrique, qui fait défaut lorsque l'attaque procède de la tête.

Au bout d'une à deux secondes, ces signes précurseurs sont suivis de la sensation de boule remontant au larynx, en rapport avec une constriction de l'œsophage. Au moment où cette boule commence à monter, se produisent de violents battements de cœur.

Dans la forme syncopale, la malade ressent uniquement la sensation épigastrique, et tombe aussitôt en syncope.

Lorsque l'attaque est caractérisée par l'intensité de la suffocation, quelques médecins, à l'instar de Marshal-Hall, ont cru nécessaire de pratiquer la trachéotomie. C'est là une fausse théorie. Car cette opération inopportune ne saurait mettre à l'abri de la récurrence.

Au moment de la crise, la face s'injecte et les malades poussent un cri aigu, caractéristique, ressemblant à ceux que poussaient les patients, subissant une douloureuse opération, avant la découverte de l'anesthésie.

Au moment où les malades perdent la connaissance, leur corps est en proie à de violentes convulsions. Ces convulsions présentent tout d'abord le caractère tonique, puis elles ne tardent pas à devenir cloniques. Chez certains malades, le spasme se produit surtout sur les muscles de la poitrine. Alors il y a de la suffocation, la face se cyanose. En pareils cas, si l'art n'intervient pas efficacement, la terminaison peut être promptement fatale. Chez plus d'une hystérique qui a succombé dans une attaque de ce genre, on a trouvé la cause de la mort dans une congestion intense des poumons.

Après ce premier temps de spasme, qui ne dure qu'un moment, se produisent des *mouvements désordonnés*. C'est un tel caractère qui différencie l'*hystérie* de l'*épilepsie*. Dans cette dernière, les mouvements sont rythmiques et réguliers. Dans l'*hystérie*, au contraire, c'est, si l'on peut ainsi parler, l'incarnation même du désordre. Il est encore d'autres signes qui différencient ces deux affections. Les attaques d'*hystérie*, donnent lieu à peu de contractions des muscles du visage. Celles qui sont le propre de l'*épilepsie* s'en distinguent par de violentes contorsions de la face. Il se produit en outre, dans ces dernières, deux symptômes caractéristiques : les *épileptiques* ont de l'écume à la bouche : leurs pouces sont dans l'adduction.

Chez quelques malades, cependant, les attaques ressemblent à celles de l'*épilepsie*. On a fait de cette forme particulière, l'*hystéro-épilepsie*. M. Bernutz ne voit là que des phénomènes connexes. Il ne croit pas à une affection hybride. Pour lui, c'est tout l'un ou tout l'autre, ou bien les deux maladies sont conjointes.

Une fois qu'ont pris fin les mouvements désordonnés, la physionomie des *hystériques* prend une expression passionnée. Le plus souvent, c'est le sentiment de la *peur* ou de la *terreur* qui se peint sur leur figure. D'autres fois, on y lit l'impression des *passions gates*, de l'*amour*. Les paupières s'entrouvrent, le globe oculaire se relâche, les yeux, la bouche, prennent une expression lascive. En même temps se produisent des *mouvements rythmiques du bassin*, accompagnés bientôt d'une *abondante sécrétion vaginale*.

Il est des *hystériques* qui, sous l'influence d'une sorte de somnambulisme, parlent, divagent sur tous les sujets, et commettent des indiscretions très-regrettables, compromettantes pour elles-mêmes ou pour d'autres personnes.

Cette première phase, qui peut être courte, amène à comprendre les formes anormales de l'*hystérie*.

La forme du *délire d'action* se remarque surtout chez les enfants. Ils éprouvent une constriction à la gorge; leur visage se cyano-e; alors, mettant la tête en bas, ils se livrent à des exercices de saltimbanques. C'est à une sorte de *délire d'action* de ce genre que semble se rattacher une épidémie singulière qui s'est produite au moyen-âge. De là le nom de *danse de St-Guy*, qui lui avait été donné. Les malades se livraient à des rondes saltatoires, qui semblent n'avoir été autre chose qu'un véritable *délire d'action*.

La crise une fois passée, la malade répand des *larmes abon-*

dantes. Souvent elle émet de *grandes porportions d'une urine claire* et contenant très-peu de principes salins.

Quelquefois, au lieu de larmes, on voit se produire le *sommeil*, voire même le *coma*. Dans d'autres cas, la malade est en proie à un *rire inextinguible*.

Nous arrivons maintenant à une forme bizarre de l'hystérie, au *sommeil léthargique*.

Les malades qui sont plongées dans ce singulier état, courent de grands risques d'être inhumées vivantes. Il importe donc de bien discerner la *mort réelle* de celle qui n'est qu'*apparente*.

Il est un signe précieux, propre à prévenir les inhumations précipitées. Mais le tout c'est d'être fixé sur les antécédents des malades. Par malheur, cette précieuse notion trop souvent fait défaut à l'homme de l'art, ou ce qui revient au même, lui est trop souvent inconnue. Cette notion est la suivante :

La léthargie ne se produit que chez les sujets qui ont eu antérieurement des attaques d'hystérie.

Les *caractères de la léthargie* sont les suivants :

La *respiration* est *rallentie* à ce point que le miroir présenté à la bouche n'est nullement terni. Le *pouls* est *imperceptible*. L'auscultation ne décèle *aucune pulsation cardiaque*. Les *membres* sont dans la *résolution*, sans raideur cadavérique. Ce n'est pas tout. On pourrait même croire à un *commencement de putréfaction*. Le sujet reste d'ordinaire étendu sur son lit. La *transpiration cutanée*, quelque faible qu'elle soit, donne lieu à une *odeur* qui peut faire croire à une décomposition cadavérique. *L'odeur ne suffit donc pas pour décèler la mort.*

Il est loin d'être facile de distinguer la mort réelle de la mort apparente. Nous ne rappellerons pas les exemples authentiques, en trop grand nombre, où des erreurs si regrettables ont été commises. Pour prouver combien cette distinction est parfois difficile, citons seulement trois cas, dont deux sont particulièrement probants, par l'autorité des hommes qui ont pu se laisser ainsi surprendre.

Chacun connaît l'histoire de la belle juive qui, revêtue de sa robe nuptiale, fut enterrée avec ses diamants. Un fossoyeur avide viola sa sépulture la nuit suivante. La prétendue morte sortit pleine de vie de son cercueil. Embarrassée pour rentrer chez elle, elle fut frappée à la porte de son médecin, qui lui fit faire, pour la seconde fois, son entrée dans le monde.

Les deux autres faits sont plus remarquables en ce sens que

deux médecins illustres ont commis la plus préjudiciable de toutes les erreurs.

Le fait d'André Vesale est bien connu. Chacun sait qu'il pratiqua l'autopsie d'un homme vivant. Il partit pour la terre sainte pour expier son péché. Il mourut misérablement à son retour de Jérusalem.

Le second fait s'est passé à Vienne. L'erreur a été commise par J.-P. Franck, lui-même assisté par quatre collègues.

Au bout de 23 heures, la personne jugée morte fit quelques légers mouvements, qui firent surseoir à son inhumation. Cette malade est revenue à la vie.

Ce qui rend la position des léthargiques plus poignantes, c'est qu'ils ont une perception parfaite de tout ce qui se dit et se passe autour d'eux. Exemple, la malade de Franck qui, une fois revenue en possession de ses sens, répéta, mot pour mot, en latin (langue qu'elle ne connaissait nullement), une phrase que l'illustre médecin avait prononcée pour certifier sa mort. Cette malade éprouva une impression si profonde, qu'elle fut définitivement guérie de son hystérie.

Le sentiment de la terreur ressentie en pareils cas, par les préparatifs de l'inhumation a, plus d'une fois, suffi pour arracher les malades à l'horreur d'une sépulture anticipée.

Pour tirer une conclusion pratique des faits qui précèdent, faisons observer qu'il n'y a qu'un signe certain de la mort réelle. Ce sont les *vergetures sur le ventre*. Il devrait être interdit d'autopsier ou d'inhumer un cadavre avant la constatation de ce signe révélateur.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*.

—

Tétanos rhumatismal. Trismus intense empêchant l'introduction de médicaments.—Injection intraveineuse de chloral selon la méthode de M. Oré.—Guérison.—De l'observance suivante ressort une confirmation des assertions du chirurgien de Bordeaux, si ce n'est à l'endroit de la curabilité absolue du tétanos au moyen de sa méthode, tout au moins pour ce qui concerne l'innocuité de l'opération.

Voici le cas :

On amène le 25 janvier 1878, à l'Hôpital cantonal, un homme de 40 ans, journalier de son état, qui doit être malade depuis 20 jours. Il dit avoir eu froid (probablement un frisson initial) un jour, et être tombé en arrière le lendemain en se levant. Dès ce moment les membres ont été raides, les mâ-

choires contractées. Plusieurs fois par jour il devient raide, ressent de vives douleurs. Anamnèse absolument incomplète, le malade ne donne que des réponses vagues, et il est impossible de savoir de lui ce qui s'est passé pendant les quinze derniers jours.

Notre malade est de taille moyenne, les membres bien musclés, secs; les muscles de la face sont contractés et donnent à l'expression un caractère grimaçant particulier. Raideur tétanique des muscles des cuisses et des mollets, les pouces sont fléchis dans la main et les doigts dans la demi-flexion. Un peu d'opisthotonos. Contraction des muscles droits de l'abdomen, qui sont durs comme du bois. Les masséters sont fortement contractés et l'écartement des mâchoires est impossible, on ne peut introduire de liquides dans la bouche que d'une façon très-incomplète par très-petites quantités, chaque tentative de ce genre est des plus pénibles pour le malade et détermine un redoublement de contractions tétaniques. Les muscles tétanisés sont très-fréquemment agités de violentes secousses.

Aux extrémités supérieures on constate une sorte de flexibilité de cire analogue à celle de la catalepsie, sans qu'il y ait contraction tétanique bien appréciable. Le bras, élevé horizontalement, à hauteur de l'épaule, garde cette position pendant un temps qui varie entre 5 et 13 minutes, puis il retombe lentement sur le lit.

Les réflexes des membres inférieurs sont surexcités, le moindre attouchement de la plante des pieds provoque des contractions. Réaction électrique normale. La sensibilité cutanée est normale. Les pupilles ne présentent pas d'anomalies. Le patient a sa connaissance et répond aux questions quoiqu'avec grande difficulté. Le pouls est à 100, très-plein, remarquablement dur. Température normale ou à peu près.

Le premier soir on donne un bain chaud suivi d'emballotement dans les couvertures. A la visite du lendemain je fis prescrire du *chloral* (4,0 sur 200, d'heure en heure une cuill.), et en attendant j'essayai une injection de 0,015 de morphine.

L'après-midi le malade est des plus soporeux, il n'y a pas de détente.

À 9 heures du soir je le trouvai dans un état alarmant, les muscles de la face, du thorax (les pectoraux), de l'abdomen, des extrémités inférieures sont fortement tétanisés, les masséters très-contractés, déglutition presque impossible. Les crises convulsives se rapprochent. La respiration est fort gênée, stertoreuse.

On avait essayé de faire pénétrer la solution de chloral,

mais ce n'est qu'avec la plus grande peine que le malade en avait avalé une faible partie, insignifiante quant à l'effet thérapeutique.

Je me décidai à pratiquer l'*injection dans la veine*. L'opération, faite dans la médiane céphalique gauche, fut très-aisée, l'introduction du petit trocart s'opéra sans aucune difficulté, je laissai écouler environ une once de sang et commençai à injecter lentement la solution du chloral, au moyen de la seringue d'Oré. Je fis pénétrer d'abord un tiers du contenu, puis après une minute d'attente, un quart de ce qui restait, pour achever l'opération en trois autres minutes.

La solution employée est à peu près celle indiquée par Oré, 2½ drachmes de chloral par 1½ once d'eau. La seringue contient 17 gr. de liquide, il en avait pénétré environ 3 grammes.

Un instant après que j'eus retiré le trocart et bandé la plaie, le malade subit une détente complète, l'état tétanique et cataleptique s'évanouit, et environ 4 minutes après l'opération, il dormait profondément dans une complète résolution. Le pouls devient mou, le nombre des pulsations tombe de 106 à 84, celui des respirations de 31 à 20, elles sont profondes, égales, calmes, comme celles d'un homme plongé dans un sommeil profond.

A 10 heures, notre homme se retourne, s'étire les membres, puis se rendort. A minuit, transpiration abondante de la face et du tronc. A une heure, il se retourne dans son lit et dit avoir soif; à 4 heures il est complètement réveillé.

Le lendemain, C. parle sans difficulté. Le tétanos a reparu dans tous les muscles attaqués, mais sur une échelle sensiblement atténuée. Le trismus en particulier est beaucoup plus faible et l'introduction de la solution de chloral se fait aisément (3 grammes pour la journée). Urines troubles, très-albumineuses.

Le 28, la nuit a été bonne, sommeil prolongé et très-calme. Les extrémités sont souples, les muscles de la face de l'abdomen, en revanche sont assez fortement contracturés. L'amélioration générale est évidente. On cesse le chloral pendant un jour et on administre un bain chaud suivi d'emmaillottement dans des couvertures et sudation forcée.

Le 30 *légère attaque convulsive*. On reprend le chloral (4 grammes en 24 heures). Plus d'albumine dans les urines.

Le 1^{er} février, l'état resté stationnaire, la raideur des muscles de la face et de l'abdomen est assez prononcée, les extrémités sont relativement indemnes.

Il n'y avait aucun danger, mais je voudrais que nous n'avancions pas, aussi je tentai de répéter l'opération qui m'avait si bien réussi. Par malheur, il me fut impossible de faire

pénétrer le trocart dans la veine, elle fuyait, sa consistance étant fort différente de ce qu'elle était alors que le malade se trouvait en plein tétanos. Je ne réussis qu'à injecter du chloral dans le tissu cellulaire entourant la veine, et à produire un thrombus. Ces tentatives avortées n'eurent du reste aucun résultat fâcheux, il n'y eut pas même de suppuration et peu de jours après tout était dissipé.

On reprit le chloral à l'intérieur, à la dose de 7 à 8 dracmes par jour.

À partir de ce moment, la maladie entra dans une phase nouvelle, caractérisée par l'absence complète de crises tétaniques, par la diminution graduelle du spasme des muscles de la face et du ventre, par une nutrition satisfaisante. Au commencement de mars, la guérison était complète.—(*Soc. méd. de la Suisse Romande.*)

—

Trois cas d'imperméabilité intestinale guéris par l'injection d'air, par le Dr BOETTGER, (*Betz's Memorabilien*).

—Les expériences de Kokitanski sur des cadavres avec volvulus artificiel, ainsi que les observations d'autres auteurs qui, dans des cas présentant de dangereux symptômes, réussirent à réduire l'invagination en injectant de l'air par l'anus, prouvent que ce procédé a droit à prendre place dans la thérapeutique de ces affections.

Pour arriver au but, David Groig se servait d'un petit soufflet double ; Coutin recommande la pompe stomacale. On recommande d'injecter de l'air jusqu'à ce que le malade commence à s'agiter et que le ventre se météorise. Dans tous les cas publiés, il y eut d'abord une amélioration marquée, puis au bout de quelques heures une selle copieuse.

On peut recourir à l'injection d'une solution de bicarbonate de soude aussitôt suivie d'une seconde injection d'acide tartrique, combinaison qui produit un développement de gaz acide carbonique.

Cependant l'auteur pense qu'il est plus simple et parfaitement suffisant pour le but à atteindre, d'employer comme pompe à air, la première seringue venue, pourvu qu'on place, entre la canule et l'ouverture inférieure de l'instrument, un bout de tuyau de caoutchouc, dont l'extrémité sera comprimée facilement toutes les fois qu'on éloignera le corps de la seringue. C'est de cette manière, et en faisant placer les malades de telle sorte qu'ils reposent simultanément sur les genoux et sur les coudes, que l'auteur mit fin, dans trois

cas, à une imperméabilité intestinale qui remontait, dans le premier cas à huit jours, et n'était point due à la hernie inguinale du malade, tandis que, dans les autres cas, elle était déterminée par des hernies étranglées, qui se réduisirent par ce moyen l'une complètement, l'autre dans les limites du possible.

Traitement de l'énurésie nocturne. — Le Dr. Kelp insiste dans plusieurs publications sur le succès obtenu dans des cas rebelles de cette affection par l'injection sous-cutanée de nitrate de strychnine. Il pratique l'injection dans le voisinage du sacrum ; une seule fois, à faible dose, suffit pour arrêter la maladie pendant un certain temps. Quand elle reparait, on renouvelle l'injection. Son dernier rapport cite une jeune femme de dix-huit ans qui en souffrait toutes les nuits depuis plusieurs mois, à la suite d'une scarlatine, et malgré toutes les précautions telles qu'abstention de boisson le soir, mixtion pendant la nuit, etc.... La première injection de strychnine lui procura un répit de plusieurs nuits. Le traitement fut ensuite répété et la guérison fut complète. La malade était une forte fille de bonne santé et n'avait jamais souffert d'énurésie auparavant. (*Allgemeine Méd. central Zeitung*, n° 23, 1878.) — *Le Mouvement Médical*.

Charbon des poules. — On sait que jusqu'ici les poules ont toujours été réfractaires au charbon et que les inoculations qu'on leur a faites n'ont pas réussi. M. Pasteur ayant supposé que la température normale de ces animaux étant très-élevée était défavorable au développement des bactéries, eut l'idée de les refroidir en les plongeant à mi-corps dans un bain d'eau froide, de sorte que leur température tombât à 36° environ. Or, dans ces conditions le charbon inoculé s'est développé avec une grande rapidité. Il y avait à ses recherches une contre-partie naturellement indiquée et d'un puissant intérêt. S'il est possible de donner le charbon aux poules ainsi refroidies, ne serait-il pas possible de les guérir en les réchauffant à temps. Cet espoir est fondé, l'expérience le démontre. Lorsqu'après avoir inoculé une poule et provoqué le charbon, déjà à un degré avancé, par le refroidissement on vient à le réchauffer, sa guérison a lieu dans les meilleures conditions. La guérison n'a pas réussi lorsque le sang était déjà fort envahi par les bactéries charbonneuses, dans les dernières heures de la vie.

M. Collin ayant fait des expériences contradictoires à ce sujet, une commission a été nommée pour vérifier l'exactitude de ces faits et a pleinement confirmé les résultats obtenus par M. Pasteur. — *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Observations d'opération de hernies étranglées; par le Dr. ARIBAUD (de Condrieu) *(suite)*.—Cette statistique n'a rien de brillant; toutefois, je la crois encourageante, car sur huit cas, j'ai sauvé cinq malades, et j'aurais peut-être sauvé les sujets des obs. V et VIII, si j'étais intervenu plus tôt.

Quelques réflexions sur cette opération: une opinion généralement répandue, opinion que j'ai partagée et qui règne encore dans l'esprit de beaucoup de praticiens, est que cette opération présente de sérieuses difficultés et expose à des dangers d'hémorrhagie, bien faits pour faire reculer devant elle un médecin peu désireux de se trouver en face de complications désastreuses.

C'est pour cela que l'on voit encore un beaucoup trop grand nombre de praticiens sérieux qui hésitent à aborder cette opération, la croyant accessible seulement aux chirurgiens rompus aux difficultés opératoires.

Cette opinion n'est pas fondée. L'opération, on le sait, se compose de deux temps: 1^o la dissection de la tumeur; 2^o le débridement de la partie qui étrangle: anneau ou collet du sac.

La dissection est peut-être le temps qui effraie le plus le praticien novice, c'est, dans le fait, le plus long et le plus délicat; incontestablement l'appréhension de léser dans cette dissection des parties constituantes de la hernie est fort légitime. Le temps de l'opération ne peut être réglé d'avance avec la précision d'une opération classique qu'on a pu répéter sur le cadavre: il est certain qu'on ne peut s'abstraire d'un certain imprévu quant à la nature des parties qui constituent la hernie, quant à la facilité plus ou moins grande de reconnaître le sac et de pénétrer au dedans: certaines hernies sont sèches, le sac est appliqué sur elles sans liquide interposé; d'autres ont des kystes surajoutés au sac; les unes sont purement intestinales, d'autres sont à la fois intestinales et épiploïques; d'autres enfin sont complètement épiploïques.

La détermination à prendre pour la conduite ultérieure dépendra évidemment des parties constituantes de la tumeur et de l'état dans lequel se trouvent ces mêmes parties.

Mais en réalité est-elle très-difficile cette dissection de la hernie?

Evidemment non!

Il faut d'abord inciser la peau assez largement : on fait cette première souvent très-courte ; or, il faut se trouver à l'aise dans l'infundibulum que présente la tumeur plus profondément située qu'il ne semble au premier abord. Faut-il faire cette incision cruciale dans la hernie crurale ?

Je ne l'ai jamais fait ; cela, du reste, importe peu.

Cela fait, sectionner couche par couche les tissus qui recouvrent la hernie avec la pince à dissection, la sonde cannelée, le bistouri ou mieux les ciseaux mousses conduits sur le doigt introduit dans la boutonnière ; ce n'est pas brillant, c'est même tâtonné ; mais il n'est pas donné à tous les chirurgiens de disséquer une hernie à main levée avec un bistouri.

Les ouvrages spéciaux vous disent combien on trouve de couches superposées entre la peau et la hernie. J'avoue humblement ne m'être jamais rendu compte du nombre de couches que j'ai traversées dans ce cas ; ce qui est certain, c'est qu'on est plus tôt arrivé sur la hernie crurale que sur l'inguinale. Est-on enfin sur le sac ?

Voilà le moment d'hésitation.

Le sac se reconnaît ordinairement à la forme bosselée de la hernie sous-jacente, à la coloration brunâtre de l'intestin ou par transparence ; on incise le sac comme le reste, un peu de sérosité s'écoule, on est dans la hernie. Il reste à rechercher l'anneau constricteur et à le débrider. Ce n'est cependant pas toujours comme cela, il est vrai.

Un vieux sac ne laisse rien voir par transparence ; la hernie peut être sèche, peut ne renfermer que de l'opiploon.

Que répondre à cela ? Qu'il suffit de sectionner tout ce qui n'est pas de l'intestin, facile à reconnaître avec un peu d'attention ; ou de l'épiploon toujours également reconnaissable. On n'est dans la hernie que quand le doigt en fouillant la tumeur arrive sur un anneau qu'il est facile de reconnaître.

En résumé, pour disséquer une hernie, il suffit d'aller doucement, prudemment, sans viser à une habileté inutile et souvent absente.

J'arrive au débridement.

Quand l'étranglement est dans le sac, il n'y a rien à appréhender, mais c'est l'exception ; le plus souvent l'étranglement est à l'anneau. Ici se présente la crainte des hémorragies graves par lésion de vaisseaux importants avoisinants. A quoi se réduit cette crainte ?

Les vaisseaux qui avoisinent la hernie crurale sont : 1° les gros vaisseaux cruraux ; 2° l'artère obturatrice quand elle naît de l'épigastrique.

Il n'y a pas à s'occuper des vaisseaux cruraux, ils sont

toujours en dehors de la hernie, le débridement en dedans, que l'on pratique dans cette hernie, ne peut les atteindre.

Il en est de même pour l'obturatrice, laquelle sort de l'épigastrique près de l'origine de cette dernière : ses rapports sont les mêmes que ceux des vaisseaux cruraux qu'elle avoisine dans son trajet descendant ; or, quand l'obturatrice naît de l'épigastrique, c'est le plus souvent près de l'origine de cette dernière.

Quand, au contraire, elle émerge de l'épigastrique assez loin de son origine, elle redescend dans le bassin en côtoyant précisément le bord tranchant du ligament de Gimbernat sur lequel doit se faire le débridement. Le danger est incontestable dans ce cas ; mais on sait que cette anomalie est rare, très-rare même.

Dans la hernie inguinale, le vaisseau important qui avoisine la tumeur est l'artère épigastrique dont les rapports avec la hernie varient avec le point d'émergence de cette dernière. Le vaisseau est en dedans, dans la hernie inguinale externe, celle qui partant de la fossette externe parcourt la totalité du canal ou trajet inguinal ; il est en dehors dans la hernie directe qui perfore le canal dans un point de son parcours, pour aboutir à l'anneau externe ; et dans la hernie oblique ou intrapariétale qui se fait entre le muscle droit et l'artère ombilicale, oblitérée, hernie qui se rendrait aussi quelquefois à l'anneau externe ; ces deux variétés, la dernière surtout, sont rares.

Dans le débridement en haut et en dehors que l'on fait dans la hernie inguinale, on ne peut donc intéresser l'épigastrique que dans ces deux derniers cas.

Est-il possible de reconnaître ces variétés d'émergence d'une hernie inguinale ?

Au début, certainement ; mais dans une hernie ancienne plus ou moins descendue dans le scrotum, ce qui est le cas ordinaire d'une hernie inguinale étranglée, cela devient bien difficile, sinon impossible ; on ne trouve guère autre chose qu'une hernie et un anneau plus ou moins large, le canal s'est à peu près effacé.

En fait, à quoi se résume le danger de l'hémorrhagie dans le débridement ?

1^o En une anomalie très-rare de l'obturatrice dans la hernie crurale.

2^o A l'existence d'une variété rare de hernie inguinale, variété méconnue ou impossible à reconnaître.

Voici comment, à la suite d'autres chirurgiens, je débarrasse mon esprit de cette terreur d'une hémorrhagie possible, bien

que rare : l'anneau à débrider reconnu, j'introduis ce que je puis de la phalange inguale de mon index gauche dans cet anneau, la pulpe du doigt tournée du côté où je dois débrider ; je glisse sur le doigt et à plat un bistouri boutonné droit, garni de fil ciré jusqu'à un centimètre de sa terminaison ; quand le bouton a franchi l'anneau, je retourne le bistouri, le tranchant sur l'anneau, et par la pression seule de l'index qui n'a pas bougé, je sectionne la bride, sans couper, par pression.

Cette déchirure de l'anneau est peu profonde, l'index alors pénètre plus avant dans l'anneau et l'agrandit.

Si l'ouverture ne paraît pas suffisante, sans retirer le doigt, je replace le bistouri boutonné un peu à côté et je fais un second débridement de la même façon. De cette manière, en pratiquant un débridement par pression, de lui-même, non coupé et au besoin multiple, je serais dans le voisinage d'une artère, que j'aurais beaucoup de chances de ne pas l'intéresser ; le bistouri, manié de cette façon, ne peut sectionner que des parties tendues et résistantes.

Si de pareils chirurgiens, auxquels on ne pouvait refuser ni la sûreté de main, ni des connaissances anatomiques suffisantes, ont eu à déplorer de graves hémorrhagies dans ce cas, cela devait tenir à ce qu'ils débridaient largement et en coupant.

Je n'anesthésie pas mes malades ; d'abord parce que les aides suffisants me manquent le plus souvent pour le faire en toute sécurité, ensuite parce que souvent la gravité de leur état ne le comporterait pas.

Du reste, à part l'incision de la peau, cette opération n'est pas très-douloureuse. Je suture la plaie à moitié, laissant un large écoulement à la suppuration.

Je fais, à partir du troisième jour, des pansements antiseptiques. Je donne pendant les premières heures l'opium à doses fragmentées et je fais envelopper le ventre de flanelle.

Quand faut-il pratiquer cette opération ?

Règle générale, on attend trop.

La hernie crurale, petite, maronnée, qu'elle soit réductible, ou en partie irréductible, ce qui se rencontre souvent, ne supporte pas un étranglement prolongé, et ne comporte pas un taxis trop répété. Après quarante-huit heures de traitement et de manœuvres, il faut penser à l'opération et s'y décider avant le quatrième jour.

La hernie inguinale résiste mieux et supporte mieux des tentatives de taxis prolongées et répétées.

On peut s'aider de la pédiculisation : j'ai vu un malade que j'allais opérer, réussir la réduction de sa hernie par une torsion de la masse herniée. Sous l'influence d'un traitement rationnel,

la péritonite herniaire peut s'apaiser, et il n'est pas rare de voir, au moment où on va se décider à l'opération, une dernière tentative de taxis, réduire facilement une hernie rebelle aux manœuvres jusqu'à ce moment.

Toutefois, je fixerais comme limite extrême le sixième jour.

Au-delà de ces termes, je crois l'opération plus nuisible qu'utile. En effet, à ce moment, on ouvre un abcès gangréneux avant que des adhérences protectrices se soient établies; on tue fatalement un malade qui eût peut-être survécu à la suppuration de sa hernie; son anus contre-nature eût pu guérir, soit spontanément, soit par l'intervention chirurgicale ultérieure.

Mieux vaut s'abstenir !

En écrivant ce mémoire, je ne pense pas ajouter quoi que ce soit à l'histoire de la hernie étranglée. Je n'ai même pas inventé le débridement déchiré et multiplié que l'on trouve décrit dans plusieurs ouvrages de chirurgie.

Témoin de la répulsion qu'inspire encore à beaucoup de médecins une opération aussi utile, j'ai cherché à démontrer que cette opération est accessible au chirurgien le plus timide, dans les conditions de milieux les moins favorables; que les difficultés opératoires qu'on lui attribue ont été exagérées; que le danger des hémorragies est forcément exceptionnel, que, du reste, on peut s'en mettre à l'abri: qu'en un mot, cette opération devrait entrer dans la pratique courante, à l'égal de toute opération d'urgence, au même titre qu'une ligature ou une application de forceps.

—

Soins à donner à la personne qui vient de subir la morsure d'un chien enragé ou suspect.—Doit être considéré comme suspect :

1^o Tout chien *connu* qui, contrairement à son caractère et à ses habitudes, est devenu agressif et mord, sans motif qui explique cette action, les personnes qu'il trouve à la portée de ses dents.

Dans ce cas, le chien doit être considéré comme d'autant plus suspect, que les personnes qu'il a mordues lui étaient plus familières.

2^o Tout chien qui, dans l'intérieur des maisons, s'attaque aux personnes étrangères sans y être excité soit par son rôle de gardien, soit par une agression volontaire ou involontaire.

3^o Tout chien divaguant qui, sans aucune excitation, s'atta-

que aux personnes qu'il rencontre sur son passage, dans les rues, sur les routes, dans les campagnes.

4^o Tout chien inconnu, trouvé errant, qui devient tout à coup agressif pour les personnes qui l'ont accueilli dans leur demeure.

La cautérisation étant jusqu'ici l'unique moyen connu de prophylaxie de la rage, la seule chance de salut qui soit offerte aux personnes mordues consiste dans la *cautérisation* la plus prompte et la plus complète des plaies virulentes.

De tous les caustiques, le meilleur est le fer rouge, et la cautérisation est d'autant moins douloureuse que le fer est plus fortement chauffé. A défaut du fer rouge, on pourra se servir du caustique de Vienne ou de l'acide sulfurique.

Pendant que le fer chauffe, ou en l'absence de caustique, il sera utile de *compresser*, au-dessus de la blessure, à l'aide d'un lien fortement serré, le membre mordu, en même temps que l'on cherchera, avec les doigts, à *exprimer*, du dedans au dehors, les liquides contenus dans la plaie.

On aidera cette expression par un *lavage* continu fait avec un liquide quelconque.

Si la partie mordue est à la portée de la bouche, le blessé devra faire lui-même la *succion* immédiate.

La succion n'offre d'ailleurs aucun danger, si la personne qui la pratique n'est affectée d'aucune écorchure, soit aux lèvres, soit dans la bouche.

Le public doit être mis en garde contre de prétendus spécifiques vantés par les charlatans.

Il n'existe pas actuellement de préservatif contre la rage en dehors de la cautérisation profonde et immédiate des plaies virulentes.

Conduite à tenir lorsqu'un animal vient d'être mordu par un chien enragé ou suspect.—Non-seulement tout chien enragé ou suspect doit être immédiatement abattu, mais encore tout animal mordu, chien ou chat, par un chien enragé ou suspect, doit également être immédiatement abattu.

En cas d'accident grave ou de mort d'homme, le propriétaire du chien enragé pourra être poursuivi d'office, sans préjudice des dommages-intérêts qui peuvent être réclamés par les familles. (Art. 319, 320, 459 du Code pénal, et art. 1885 du Code civil.)

Il est important de conserver les cadavres des chiens et de les faire transporter à une Ecole vétérinaire ou chez un vétérinaire quelconque, afin que l'autopsie permette de constater les altérations caractéristiques de la rage.

Caractères distinctifs de la rage du chien à ses différentes périodes.—I.—La rage du chien ne se caractérise pas par des accès de fureur dans les premiers jours de sa manifestation. Au contraire, c'est une maladie tout d'abord d'apparence bénigne; mais, dès ses débuts, la bave est *virulente*, c'est-à-dire qu'elle renferme le germe inoculable, et le chien est alors bien plus dangereux par les caresses de sa langue qu'il ne peut l'être par ses morsures, car il n'a encore aucune tendance à mordre.

II.—Au début de la rage, le chien change d'humeur; il devient triste, sombre et taciturne, recherche la solitude et se retire dans les recoins les plus obscurs. Mais il ne peut rester longtemps en place: il est inquiet et agité, va et vient, se couche et se relève, rôde, flaire, cherche, gratte avec ses pattes de devant. Ses mouvements, ses attitudes et ses gestes semblent indiquer que, par moment, il voit des fantômes, car il mord dans l'air, s'élançe et hurle comme s'il s'attaquait à des ennemis réels.

III.—Son regard est changé; il exprime une tristesse et quelque chose de farouche.

IV.—Mais dans cet état, le chien n'est encore nullement agressif pour l'homme; son caractère est ce qu'il était avant. Il se montre docile et soumis pour son maître, à la voix duquel il obéit, en donnant quelques signes de gaieté qui ramènent un instant sa physionomie à son expression habituelle.

V.—Au lieu de tendances agressives, ce sont souvent des tendances contraires qui se manifestent dans la première période de sa rage. Le sentiment affectueux envers ses maîtres et les familiers de la maison s'exagère chez le chien enragé, et il l'exprime par les mouvements répétés de sa langue, avec laquelle il est avide de caresser les mains ou le visage qu'il peut atteindre.

VI.—Ce sentiment, très-développé et très-tenace chez le chien, le domine assez pour que, dans un très-grand nombre de cas, il respecte ses maîtres, même dans le paroxysme de la rage, et pour que ceux-ci, d'autre part, conservent sur lui un très-grand empire, même lorsque ses instincts féroces ont commencé à se manifester et qu'il s'y abandonne.

VII.—Le chien enragé n'a pas horreur de l'eau; au contraire, il en est avide. Tant qu'il peut en boire, il satisfait sa soif toujours ardente; et quand le spasme de son gosier l'empêche de déglutir (avalier), il plonge le museau tout entier dans le vase et il mord, pour ainsi dire, le liquide qu'il ne peut plus avaler.

Le chien enragé n'est donc pas *hydrophobe*.

L'*hydrophobie* n'est donc pas un signe de la rage du chien.

VIII.—Le chien enragé ne refuse pas sa nourriture dans la première période de sa maladie; souvent même il la mange avec plus de voracité que d'habitude.

IX.—Lorsque le besoin de mordre, qui est un des caractères essentiels de la rage à une certaine période de son développement, commence à se manifester, l'animal le satisfait d'abord sur des corps inertes; il ronge le bois des portes et des meubles, déchire les étoffes, les tapis, les chaussures, broie sous ses dents la paille, le foin, les crins, la laine, mange la terre, la fiente des animaux et de la sienne même, etc., et accumule dans son estomac des débris de tous les corps sur lesquels ses dents ont porté.

X.—L'abondance de la bave n'est pas un signe constant de la rage chez le chien. Tantôt la gueule est humide et tantôt elle est sèche. Avant la période des accès, la sécrétion de la salive est normale; elle s'exagère pendant cette période et se tarit à la fin de la maladie.

XI.—Le chien enragé exprime souvent la sensation douloureuse que lui fait éprouver le spasme (convulsion) de son gosier, en faisant avec ses pattes de devant, de chaque côté des joues, les gestes propres au chien dans la gorge duquel un os est arrêté.

XII.—Dans une variété particulière de la rage canine que l'on appelle la *rage-mue*, la mâchoire inférieure paralysée reste écartée de la supérieure, et la gueule demeure béante et sèche, avec une teinte rouge brunâtre de la muqueuse qui la tapisse.

XIII.—Dans quelques cas, le chien enragé vomit du sang.

XIV.—La voix du chien enragé change toujours de timbre, et toujours son aboiement s'exécute suivant un mode différent de son mode habituel. Il est rauque, voilé, et se transforme en un hurlement saccadé.

Dans la variété de rage appelée *rage-mue*, ce symptôme important fait défaut. La maladie reçoit son nom du mutisme absolu des malades: *rage-mue* ou *muetle*.

XV.—La sensibilité est très-émoussée dans le chien enragé. Quand on le frappe, qu'on le brûle ou qu'on le blesse, il ne fait entendre ni les plaintes, ni les cris par lesquels les animaux de son espèce expriment leurs souffrances ou même simplement leurs craintes.

Il y a des cas où le chien enragé se fait à lui-même des blessures profondes avec ses dents et assouvit sa rage sur son propre corps, sans chercher encore à nuire aux personnes qui lui sont familières.

XVI.—Le chien enragé est toujours très-violemment impressionné et irrité par la vue d'un animal de son espèce. Dès

qu'il se trouve en sa présence ou qu'il entend ses aboiements, sa fureur rapide se manifeste, si elle était encore latente (cachée), se développe et s'exalte, si elle était déjà déclarée, et il s'élançe vers lui pour le déchirer de ses dents.

La présence du chien produit la même impression sur les animaux des autres espèces, quand ils sont sous le coup de la rage; en sorte qu'il est vrai de dire que le chien fait l'office d'un agent réactif, à l'aide duquel on peut presque toujours, avec une très-grande sûreté, déceler la rage encore cachée dans un animal qui la couve.

XVII.—Le chien enragé fuit souvent le toit domestique, au moment où, par les progrès de sa maladie, les instincts féroces se développent en lui et commencent à le dominer; et, après un, deux ou trois jours de pérégrinations, pendant lesquels il a cherché à satisfaire sa rage sur tous les êtres vivants qu'il a pu rencontrer, il revient souvent mourir chez ses maîtres.

XVIII.—Lorsque la rage est arrivée à sa période furieuse, elle se caractérise par l'expression de férocité qu'elle donne à la physionomie de l'animal qui en est atteint et par des envies de mordre qu'il assouvit toutes les fois que l'occasion s'en présente; mais c'est toujours contre son semblable qu'il dirige ses attaques, de préférence à tout autre animal.

XIX.—Les fureurs rabiques se manifestent par des accès dans les intervalles desquels l'animal épuisé tombe dans un état relatif de calme, qui peut faire illusion sur la nature de sa maladie.

XX.—Les chiens bien portants semblent doués de la faculté de deviner l'état rabique d'un animal de leur espèce, et, au lieu de lutter contre lui, ils cherchent à se dérober à ses atteintes par la fuite.

XXI.—Le chien enragé libre s'attaque d'abord, avec une très-grande énergie, à tous les êtres vivants qu'il rencontre, mais toujours de préférence au chien plutôt qu'aux autres animaux, et de préférence à ceux-ci plutôt qu'à l'homme. Puis, lorsqu'il est épuisé par ses fureurs et par ses luttes, il marche devant lui d'une allure vacillante, très-reconnaissable à sa queue pendante, à sa tête inclinée vers le sol, à ses yeux égarés et à sa gueule béante, d'où s'échappe une langue bleuâtre et souillée de poussière. Dans cet état, il n'a plus de grandes tendances agressives, mais il mord encore tous ceux, hommes ou bêtes, qui se trouvent à la portée de ses dents.

XXII.—Le chien enragé qui meurt de sa mort naturelle succombe à la paralysie et à l'asphyxie.

Jusqu'au dernier moment, l'instinct de mordre le domine, et

il faut le redouter même lorsque l'épuisement semble l'avoir transformé en corps inerte.

XXIII.—A l'autopsie d'un chien enragé on rencontre, d'une manière presque constante, dans son estomac, un mélange de corps disparates, tels que du foin, de la paille, des crins, de la laine, des lambeaux d'étoffes, des morceaux de cuir, des débris de cordes, des étoupes, des excréments, de la terre, des feuilles, du gazon, des pierres : toutes substances qui, par leur présence et leur assemblage, ont une grande valeur probative de l'existence de l'état rabique sur l'animal où on les constate.

Telles sont, Messieurs, les instructions que nous avons l'honneur de soumettre à l'approbation du Comité.—*Le Bordeaux Médical.*

—

De l'application du microphone au diagnostic de la pierre ; par le professeur THOMPSON.—Nous ne sommes plus au temps où cette affection ne comportait qu'un genre d'opération, la taille ; où le chirurgien, après avoir sondé son client, le renvoyait à deux ou trois ans, en lui disant que sa pierre n'était pas assez mûre ; au temps où l'on n'aimait pas faire la taille, à moins que le calcul ait au moins le volume d'une châtaigne. Aujourd'hui l'on est unanime à préférer la lithotritie, et tout le monde reconnaît l'importance qu'il y a à reconnaître un calcul aussitôt qu'il commence à se former. La seule objection qu'on fait encore quelquefois à la lithotritie, c'est de dire : Etes-vous bien sûr qu'il ne restera pas un petit fragment de calcul dans la vessie, et que vous ne serez pas obligé un jour ou l'autre de recommencer votre opération ? En règle générale, dans la pratique, on en est sûr. Nos instruments suffisent pour faire reconnaître une pierre au début de sa formation, pour faire sentir les petites parcelles de ce calcul après l'opération. Mais il peut se présenter des cas, une fois sur vingt, on peut dire, où il serait nécessaire ou au moins utile d'avoir un moyen de diagnostic plus précis. Ce moyen, c'est le microphone. J'ai eu l'occasion d'en constater déjà l'utilité dans mon service au lit du malade ; mais comme plusieurs d'entre vous n'ont pu assister à ma visite, je vais répéter l'expérience sous vos yeux. Voici une vessie à découvert dans laquelle j'ai placé une pointe d'épingle et un morceau d'ongle, je fais communiquer ma sonde avec le microphone, et comme vous pouvez le constater, quand le bec de mon instrument frotte sur les parois de la vessie, il ne produit aucun son ; mais s'il rencontre la pointe d'épingle, ou l'ongle, immédiatement vous entendez le bruit que rend l'instrument ;

et cependant vous pouvez, remarquer aussi bien que moi que le contact de la sonde avec ces petits corps étrangers ne donne aucune sensation à la main qui la dirige. Naturellement il faut un microphone *ad hoc*, et le professeur Hughes a construit celui-ci tout exprès pour la circonstance.

Il en est du microphone comme du microscope, il faut un grossissement particulier suivant le genre d'études. Vous n'irez pas examiner l'acarus et la bactérie avec le même verre. M. Hughes m'a fait entendre très-distinctement le pas d'une mouche sur un morceau de tulle. Un microphone de ce genre ne pourrait servir ici. Sans aller si loin, je vais adapter ma sonde à un instrument plus fort que le précédent; vous constatez que tant que je ne bouge pas l'instrument, aucun bruit ne se produit; mais dès que je le promène dans la vessie, la simple friction du bec contre les parois produit un si grand bruit que vous ne pouvez plus reconnaître s'il touche ou non les petits corps étrangers qui y sont contenus. (*Lyon médical*)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'utilité de l'accouchement forcé chez les femmes enceintes mortes ou crues mortes.—Une opération césarienne, pratiquée dernièrement, et dont tous les journaux ont parlé, nous engage à attirer l'attention sur une pratique assez répandue en Italie, qui a été couronnée, dans nombre de cas, d'éclatants succès et qui n'exige pas un chirurgien consommé, car il s'agit d'une opération relativement simple, la version.

En quelques mots, rappelons l'affaire de Champoly. Dans un village reculé une jeune femme meurt; pour retirer l'enfant qu'elle porte dans son sein, le charcutier lui ouvre le ventre; le curé l'assiste dans cette lugubre besogne; l'eau du baptême, qui purifie et donne le ciel, est versée sur le front ensanglanté du petit être. Dans le pays il n'y avait pas de médecin.

Il ne s'agit pas toujours, comme là, de l'épée, des intérêts terrestres peuvent se dévoiler parfois; la question de survie a son importance. A l'appui, nous pourrions citer ce qui se passa, il y a déjà plusieurs années, dans une famille des plus aristocratiques d'un pays voisin. A la suite d'un accident, une jeune femme, sur la fin d'une première

grossesse, meurt dans l'espace de quelques heures ; mais l'enfant qu'elle porte dans son sein vit encore, les battements du cœur sont nettement perçus. Si l'on arrache à la mort, qui l'étreint, cet enfant, la fortune est au mari ; il réclame l'opération césarienne, tandis que le père de la jeune femme s'y oppose de toutes ses forces.

Une parente, témoin de l'événement, m'en a donné les détails.

Par quel motif l'affaire Planfoy, en tout semblable à celle de Champoly, n'a-t-elle pas fait autant de bruit ? La réponse serait aisée. Mais la science n'a que faire dans ces débats.

Le médecin doit-il laisser mourir, en se croisant les bras, un enfant vivant, et laisser, de peur d'une critique, ignorante souvent, jalouse quelquefois, un châtreur de bétail, comme dans le cas rapporté par Bauhin, opérer sa femme (alipaschie de Siergershensen) ? Doit-il se conformer à la loi romaine, *Lex regia*, à l'ordonnance du roi de Sicile, de 1749, et sans hésitation ouvrir la femme ? N'a-t-il rien de mieux à tenter auparavant ? Telle est la question à envisager.

On connaît l'exemple cité par Peu. Rigaudeaux, à Douai, est appelé auprès d'une femme enceinte qu'on disait morte ; on le sollicite d'inciser le ventre de la défunte, afin d'en retirer l'enfant qu'on y sent remuer. Sans se laisser entraîner par les prières des assistants, Rigaudeaux touche la femme, retire l'enfant vivant par les voies naturelles, et quelques minutes après la mère revient à elle.

Nous rapprocherons de ce fait les deux suivants, qui sont dignes d'intérêt. Le premier donna lieu à un procès célèbre. Arrivée au terme d'une grossesse, la comtesse de Saint-Geran est plongée dans un sommeil profond, par l'effet d'un breuvage ; on l'accouche sans effort, dans cet état, d'un garçon, qu'une femme mercenaire acquiert pour de l'argent ; des parents criminels s'assurent ainsi la fortune de la comtesse.

Le deuxième fait est relaté dans un journal politique de Bologne, la *Patria*, du 26 novembre 1877.

Dans la province de Naples, *in Castel del Giudice*, une femme, au terme d'une grossesse, tombe inanimée. Un médecin, après examen, la déclare bien morte ; prié de faire l'opération césarienne pour sauver l'enfant, il s'y refuse ; selon lui, il n'y a aucune espérance de l'avoir vivant.

Au bout de vingt-quatre heures, la malheureuse femme est ensevelie. Quelques jours après, pour ensevelir une petite fille, la fosse est rouverte, et on observe que le cadavre de la femme n'est plus dans la position qu'on lui avait donnée. Cette nouvelle se répand ; on descend dans la sépulture : on

voit alors que le ruban qui entourait les jambes de cette femme est rompu, que les mains sont portées à sa bouche, qu'enfin la malheureuse a accouché d'un garçon qui est mort.

Examinons, maintenant, ce qu'a proposé, dès l'année 1834, le professeur Rizzoli. Après la mort et à son approche, les fibres musculaires se relâchent et un travail particulier s'opère dans les parois du corps et du col de l'utérus : c'est ainsi que de nombreux observateurs : Hunter, Rigaudeaux, Hartmann, ont vu accoucher des femmes quelques heures avant de mourir. Les mêmes phénomènes peuvent se produire pendant le cours d'une maladie grave, le choléra par exemple; pendant le délire, le carus, l'asphyxie. Si on profite de cet état de l'organisme, on peut, quelquefois, sans grande difficulté, dilater le col, introduire la main dans l'utérus, faire la version et extraire l'enfant par les voies génitales. C'est là la pratique de Rizzoli, pratique qui paraît avoir été assez heureuse dans ses résultats. On trouve dans l'ouvrage de ce chirurgien trois observations des plus intéressantes. Il s'agit de trois femmes éclamptiques, *en état de mort apparente*, chez lesquelles la dilatation du col fut faite et l'enfant extrait. Les femmes revinrent et vécutent.

Si l'on éprouvait quelque difficulté dans l'exécution, chez une primipare, par exemple; que l'orifice interne ne se dilatât qu'avec difficulté, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer des incisions sur cet orifice. Rizzoli, en 1851, à l'hôpital de Bologne, opéra de la sorte sur une femme de 29 ans, morte de tuberculose pulmonaire à la fin du sixième mois d'une grossesse; l'enfant put ainsi être extrait par les voies naturelles.

Ces incisions qu'il peut être d'absolue nécessité de faire, ne sauraient avoir la gravité de l'opération césarienne. L'accouchement forcé ne présente pas le danger comme cette opération d'éteindre par un traumatisme étendu, chez une femme en état de mort apparente, la dernière étincelle de vie; il aurait, au contraire, d'après Rizzoli, le plus souvent une heureuse influence pour réveiller les sens assoupis, faire revenir à elle la femme en état de mort apparente; l'excitation produite par la main du chirurgien sur la surface interne de l'utérus serait dans ces cas d'un excellent effet.

Aux observations de Rizzoli, nous pourrions ajouter celles des docteurs Belluzzi, Romei, et d'autres encore (*BULLETTINO DELLE SCIENZE MED. DI BOLOGNA*, série 2, vol. XVI, 1860.— Acad. des Sciences de Bologne, décembre 1866).

Nous donnerons seulement la suivante, qu'on trouvera dans les *Annales d'Omodéc*, de juin 1877.

Une paysanne, jeune et robuste, dont les grossesses antérieures ont été heureuses, enceinte sur la fin du neuvième mois, est prise de congestion pulmonaire avec œdème et se trouve en danger de mort. Dyspnée, cyanose, extrémités froides, pouls petit, fréquent; écume sur les lèvres; râles à grosses bulles dans la poitrine. Le fond de l'utérus arrive à cinq centimètres au-dessus de l'ombilic; les bruits du cœur de l'enfant ne s'entendent pas; aucun signe de travail, parties génitales externes dilatables, vagin rempli de mucosités. L'orifice du col permet l'entrée de l'extrémité du doigt. Le docteur G. Moretti, appelé, pense qu'en délivrant l'utérus du produit de conception, en enlevant ainsi l'obstacle mécanique à la circulation, on pourrait sauver la malade et propose de ne pas attendre sa mort et de tenter l'accouchement forcé. Les parents avertis de la gravité de la situation acceptent la proposition du docteur Moretti. Avec le perforateur de Dubois, les membranes sont crevées; l'écoulement des eaux soulage un peu la malade. L'orifice du col est dilaté, une main introduite dans l'utérus; la version se fait sans difficulté; l'enfant extrait est mort, ce qui, du reste, était prévu. La malade se rétablit graduellement; la température qui avait atteint 41° descendit les jours suivants, et la guérison fut complète. (BULLETTIN DELLE SCIENZE MÉD. DI BOLOGNA, janvier 1878.)

Les avantages que présente ce mode de délivrance paraissent incontestables, et cependant M. Porrin, dans un rapport publié en 1864, pense que l'opération césarienne doit être préférée, par suite de sa facilité, de la promptitude de son exécution et parce qu'elle respecte l'enfant dont la vie peut être compromise par les manœuvres et les violences exercées par la version. Cette manière de voir n'est pas la nôtre, car s'il est bon de sauvegarder la vie de l'enfant, celle de la mère ne doit pas être moins chère. En fait, à part des cas spéciaux, on ne doit tenter l'opération césarienne que sur une femme dont la mort est absolument certaine; cela n'est pas toujours aisé à constater.

Après dix minutes, un quart d'heure, une demi-heure au plus, en général, mort du fœtus. Une décision immédiate est donc nécessaire; la prend-t-on? Il faut encore tout préparer pour opérer. Par l'accouchement forcé, on n'a pas à craindre de tuer une femme en état de mort apparente (voir Velpeau); on n'a pas à attendre le dernier soupir d'une mourante pour agir; on pourra, enfin, prévenir la mort du fœtus.

Le médecin tentera donc la dilatation du col sur la femme encore vivante; s'il rencontre des difficultés insurmontables, la mort venue, après une dernière tentative, il fera l'opération

césarienne. En agissant ainsi, tous les intérêts, ceux de la mère et de l'enfant, seront sauvegardés. Les exemples que nous avons cités feront peut-être quelques partisans de cette manière d'agir.—*Gazette Médicale de Paris.*

—

Éclampsie guérie par l'injection intra-veineuse du chloral.—Nous attirons l'attention sur cette observation, car si nous ne sommes guère partisans *à priori* des injections intra-veineuses de chloral, toutes les fois qu'il est possible de s'en passer en agissant par une autre voie, nous sommes tout disposés à y recourir quand le mal pressera, comme il arrive dans le tétanos, par exemple, ou quand toute autre voie sera impossible, comme on le trouve quelquefois dans l'éclampsie.

On remarquera que, dans le cas actuel, la dose nécessaire a été bien faible, puisque 14 grains seulement de chloral avaient été injectés dans la veine. En tout cas, la conduite suivie est fort intéressante à connaître et on l'imitera à l'occasion.

M. Bellmunt, dit *l'Amfiteatro anatomico*, cité par la *Revista de medicina y chirurgia* de Madrid, fut appelé auprès d'une jeune femme, grosse de neuf mois, de bonne constitution, qui, à la suite d'une querelle, avait été prise d'une violente attaque d'éclampsie. Elle avait de violentes attaques et les muscles de la mâchoire étaient convulsés, au point de rendre presque impossible l'ouverture de la bouche. La bouche était couverte d'écume sanguinolente. Il prescrivit des révulsifs aux membres inférieurs et une potion d'hydrate de chloral.

Le soir, l'état s'était fort aggravé, M. Bellmunt fit une solution :

Hydrate de chloral.....	3jss
Eau	3vi

Puis il injecta une seringue de Pravaz pleine dans la veine cubitale postérieure. La première injection fut sans résultat, de même pour une seconde. Mais, après la troisième, la respiration se régularisa, la physionomie perdit son aspect grimaçant, les lèvres s'entrouvrirent et la malade s'endormit d'un sommeil tranquille et profond.

La nuit même, une application de forceps permettait l'extraction d'un enfant mort. La femme fit une bonne guérison.

En estimant à 60 ou 80 gouttes la capacité de la seringue on voit que la quantité de chloral injecté devait être entre 15 ou 18 grains. *Journal de méd. et chir.*

Les pesées des enfants.—Un petit enfant doit augmenter de six drachmes par jour. Un enfant bien portant et qui se développe régulièrement doit présenter à la pesée les résultats suivants :

1^o A l'âge de deux jours accomplis (chaque jour étant de 24 heures), il pèsera trois onces de moins qu'à sa naissance, diminution qui correspond à l'excrétion du méconium.

2^o A l'âge de sept jours, il sera revenu au même poids que celui de sa naissance.

3^o De sept jours à l'âge de 5 mois, il augmentera en moyenne de six drachmes par jour.

4^o A partir de l'âge de cinq mois, il n'augmentera plus, en moyenne, que de une demi once par jour.

5^o A l'âge de cinq mois il pèsera le double de ce qu'il pesait à sa naissance.

7^o A l'âge de seize mois, son poids sera seulement le double de celui qu'il avait à cinq mois.

Toutefois, il ne faudrait pas attacher à ce chiffre de 6 drachmes un caractère rigoureux de nécessité absolue. Un enfant peut ne gagner que 4 ou 5 drachmes par jour par exemple, et être cependant dans d'excellentes conditions de santé. L'important, c'est qu'il gagne.

En pratique, il suffit généralement de peser les enfants toutes les semaines. Un enfant qui gagnerait en moyenne six drachmes par jour devrait naturellement croître de cinq onces et demi par semaine.—(*Gaz. obstétr.*)

—

Moment favorable pour la ligature du cordon ; ictère des nouveau-nés.—Une excellente thèse de M. Porak, intitulée : *Considération sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la section du cordon ombilical*, est d'un haut intérêt pour les praticiens. Nos lecteurs se rappellent l'attention que nous avons donnée à un intéressant mémoire du Dr Budin qui concluait ainsi : "En reculant le moment de la ligature du cordon jusqu'à l'instant où tout battement a cessé dans le cordon, on permet à une portion considérable de sang exprimée du placenta de s'emmagasiner dans le corps du fœtus. Celui-ci n'en est que mieux vivant, et, pendant les premiers jours de la vie, il bénéficie de cette provision de sang. Même en cas de menace d'asphyxie, il vaut mieux lui laisser ainsi prendre du sang plutôt que lui en retirer."

Les enfants, disait-on encore, sont plus rouges dans ces con-

ditions et deviennent ictériques plus rarement dans les jours qui suivent la naissance.

M. Porak a entrepris une série de recherches sur ce sujet pour constater d'abord si l'enfant gagnait du sang dans le cas de ligature retardée. La preuve en a été obtenue, du reste, par des pesées très-remarquables, faites immédiatement après l'accouchement et avant la séparation de l'enfant, par MM. Helot et Schücking.

Mais ce sang surajouté au sang du fœtus lui est-il utile ou lui est-il nuisible? C'est à la seconde conclusion qu'il arrive. Il constate d'abord, contrairement à ce qui avait été avancé, que l'ictère est plus commun chez les enfants chez lesquels on a pratiqué la ligature tardive du cordon que chez ceux qui ont subi une ligature prématurée, celle-ci surtout n'étant faite qu'une à deux minutes après l'accouchement. Le cours de la deuxième minute paraît le plus favorable.

On constate que chez les mêmes enfants l'augmentation du poids dans les jours qui suivent la naissance est la plus considérable. Autrement dit, ces enfants, peu ou point ictériques, sont ceux qui jouissent de l'état de santé le plus satisfaisant. La perte du poids plus prononcée accuse chez ceux qui avaient pris un excès de sang un état de souffrance. Il semble même, au cas d'hémorrhagie ou de saignée excessive du cordon, que l'enfant très-jeune ne soit pas aussi sensible à la perte de sang qu'on le croyait.

En revanche, l'excès de sang peut avoir des conséquences graves, car, outre les inconvénients signalés plus haut, M. Porak a observé chez quelques-uns des hémorrhagies diverses, trois fois écoulement sanguin par le vagin, deux fois des vomissements noirâtres, une fois une hémorrhagie intestinale. Il semble que ces résultats de la ligature tardive soient bien en rapport avec une exagération de tension du système circulaire de l'enfant.

Il conclut de ceci que lorsque l'enfant vient de naître il chasse vers le placenta par ses artères ombilicales le trop plein de sa circulation. Mais lorsque ces artères ont cessé de battre, la veine reste gonflée, et continue, sous l'influence des contractions utérines, à porter le sang vers l'enfant. Il y a lieu de lier le cordon une ou deux minutes après la naissance, lorsque les artères ombilicales auront cessé de battre même un peu loin de l'ombilic.

M. Porak a consacré la fin de sa thèse aux différentes formes d'ictère chez le nouveau-né. Il a cherché à voir dans quelle proportion l'ictère du nouveau-né peut dépendre des transformations de matériaux du sang. Il conclut qu'il existe chez le

nouveau-né un véritable ictère hémaphéique, c'est-à-dire dépendant des transformations de la matière colorante du sang et présentent deux formes, l'une bénigne et l'autre grave.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

SYPHILIGRAPHIE.

Diagnostic de l'herpès et du chancre induré. De quelques formes anormales de l'herpès. — Traitement. — Les syphilis ignorées. — M. FOURNIER a repris récemment, à l'hôpital Saint-Louis, ses intéressantes conférences, et traité, dans une de ses dernières leçons, un des points de la dermatologie : l'herpès.—Après avoir insisté sur les caractères de cette singulière affection, si souvent liée à des troubles de nutrition, des nerfs, ou à une altération de l'état général et sur son évolution la plus ordinaire, il a longuement parlé de l'herpès récidivant. C'est là, on peut le dire, un type d'herpès constitutionnel, bien qu'on hésite encore sur la dénomination qui doit lui être donnée. Le rattacherait-on à l'arthritisme ou à l'herpétisme? Question jusqu'à présent insoluble. Certains sujets, affectés de cette variété d'herpès, présentent les attributs de l'arthritisme; d'autres, au contraire, ceux de l'herpétisme. Quelques uns ne paraissent soumis ni à l'une ni à l'autre de ces deux diathèses.

Dans certains cas de syphilis, on observe des poussées multiples d'éruptions d'herpès sur la muqueuse buccale; existant surtout chez les malades qui ont eu beaucoup de plaques muqueuses, cet herpès est très-souvent confondu avec des syphilitides mais c'est surtout aux organes génitaux qu'on observe cette variété d'herpès récidivant, accompagné souvent de douleurs névralgiques intenses, et constituant, par ce fait même, et surtout par la répullulation constante de l'éruption une affection des plus pénibles, réagissant profondément sur le moral des malades qui en sont affectés.

Constitué quelquefois par quelques vésicules seulement, cet herpès peut être beaucoup confluent. Les poussées nouvelles, quelquefois séparées par un long espace de temps, sont quelquefois subintrantes, et l'affection peut durer pendant des mois, et même des années. Doyon a cité un malade qui, pendant trente ans, fut sujet à cette affection; le même médecin a

remarqué que les apparitions de l'herpès étaient souvent causées par l'évolution d'une affection vénérienne ou syphilitique, mais ce serait une erreur de vouloir en déduire un lien entre ces différentes affections; la syphilis et la blennorrhagie jouent seulement le rôle des causes déterminantes locales.

Nous ne reproduirons pas ici la longue description donnée par M. Fournier des caractères objectifs de l'herpès, mais il est important, croyons-nous, d'insister sur la forme particulière des érosions consécutives à la rupture des vésicules d'herpès. Cette forme n'est caractéristique que dans le cas où plusieurs érosions sont réunies; le contour de l'exulcération qui résulte de cette réunion est alors polycyclique, composé d'une série de segments de petites circonférences. C'est là un signe pathognomonique; il permet de différencier l'herpès de toutes les autres ulcérations, et spécialement du chancre mou ou induré.

On comprend toute l'importance de ce signe quand on se rappelle que c'est surtout avec le chancre induré et les syphilides des muqueuses que l'herpès est le plus souvent confondu.

Le diagnostic entre l'herpès labialis et les syphilides buccales est d'autant plus difficile que, dans bien des cas, on trouve ces deux lésions réunies, la syphilis étant souvent l'origine d'herpès labialis à fréquentes répétitions, sur quels signes devra-t-on se baser pour établir cet important diagnostic? M. Fournier en signale quatre :

1^o L'herpès buccal présente des érosions plus petites; il est miliaire, tandis que les syphilides buccales sont lenticulaires;

2^o L'herpès buccal est bordé d'un liséré blanchâtre, collerette qui ne se rencontre pas dans les syphilides;

3^o L'herpès buccal est polycyclique;

4^o Enfin les résultats du traitement exercent, dans les cas douteux établis, des distinctions entre ces affections différentes.

Le diagnostic de l'herpès et du chancre induré est entouré dans beaucoup de cas de difficultés extrêmes, quelquefois même insolubles. Certes, le chancre induré, type, diffère de l'herpès par des caractères si nettement tranchés que la confusion semble impossible; mais les formes insolites des chancres et les formes également insolites de l'herpès présentent des ressemblances si grandes que la distinction entre ces deux affections, souvent fort difficile, est dans certains cas absolument impossible.

Cet difficulté se rencontre si souvent dans la pratique qu'on l'a exprimée par les dénominations suivantes :

Le chancre herpétiforme, jeune, érosif, sans induration appréciable de la base.

L'herpès chancriforme, avec large ulcération à base indurée et retentissement ganglionnaire.

Pour arriver à distinguer ces deux lésions, on doit se baser sur les trois signes différentiels suivants :

1^o Avec l'herpès base molle, souple, même lorsqu'elle présente une certaine induration.—Le chancre, au contraire, même lorsqu'il est jeune et simplement érosif, présente une base un peu résistante, donnant aux doigts la sensation du parchemin ;

2^o Le retentissement ganglionnaire qui accompagne quelquefois l'ulcération consécutive et la rupture des vésicules herpétiques ne ressemble jamais à l'engorgement froid, indolent, multiple, qui est le compagnon inséparable du chancre induré ;

3^o Enfin la forme de l'érosion, dont les contours polycycliques dans l'herpès ne présentent pas de forme spéciale dans le chancre induré.—C'est là le signe le plus important. On vient de voir, en effet, que l'induration de la base et le retentissement ganglionnaire peuvent exister dans l'herpès comme dans le chancre.

Enfin, d'autres considérations accessoires peuvent venir en aide au diagnostic.—Le plus souvent, en effet, l'herpès est accompagné, au début, d'un prurit, qui manque dans le chancre. En outre, les érosions herpétiques, le plus souvent multiples, diffèrent sous ce rapport du chancre, qui est, comme on le sait, le plus ordinairement solitaire ; enfin, l'évolution de ces deux lésions est bien différente. Si l'herpès est lent à se limiter, en effet, sa cicatrisation est toujours rapide.

La lésion initiale de la syphilis, au contraire, est d'emblée localisée, du moins dans l'immense majorité des cas, mais sa cicatrisation est lente.

L'examen minutieux de la lésion, appuyé de la connaissance exacte de ces signes différentiels, permettra, presque toujours, de faire un diagnostic exact. Dans quelques cas cependant toute distinction est impossible. Il faut, alors, savoir attendre et faire tous ses efforts pour faire prendre patience au malade, anxieux d'être fixé sur la nature de son affection.

M. Fournier a ensuite abordé la question du traitement de l'herpès. Il l'a divisé en local et général. Le traitement local doit être aussi simple, aussi peu énergique que possible. On peut presque se borner à des soins de propreté :—lotions répétées sur les parties exulcérées avec de l'eau de roses, de la liqueur de Labarraque, étendue de moitié d'eau,—on les recou-

vrira ensuite d'un léger tampon d'ouate saupoudré avec le mélange suivant :

Sous-nitrate de bismuth..	3j	} de chaque ... grs. 15
Calomel.....	}	
Oyde de zinc.....		

Ce mélange est bien préférable à la poudre d'amidon, qui, une fois mouillée, fait pâte.

Doit-on percer les vésicules et les cautériser avec le crayon de nitrate d'argent? C'est une pratique nuisible quand l'herpès siège au niveau de la peau. S'il s'agit de l'herpès développé sur les muqueuses, et surtout à la bouche, la cautérisation est, au contraire, utile. Elle semble amener la disparition de la douleur.

Mais lorsque l'éruption herpétique est étendue, le traitement si simple, indiqué plus haut, ne suffit pas. Les douleurs sont quelquefois très-intenses, et il y a, dans certains cas, un éréthisme nouveau, très-difficile à modérer : le repos absolu, des grands bains tièdes d'eau de son ou d'amidon, des pansements isolants, avec la poudre d'oxyde de zinc. A l'intérieur l'opium, le bromure de potassium. Tels sont les moyens qui doivent être employés. Dans quelques cas rares, heureusement, l'héréthisme est tel qu'on ne peut parvenir à calmer les malades. Toutes ces applications, loin de les soulager, agmentent leur malaise. Ce qui réussit le mieux alors, c'est l'application de simples compresses d'eau froide.

Enfin, dans les cas où l'on est en présence d'un herpès récidivant, un traitement général doit être institué. Il variera suivant la nature de l'affection. Si elle peut être rattachée à l'arthritisme, on donnera aux malades des eaux minérales alcalines. Si c'est l'herpétisme qui semble les tenir sous sa dépendance, c'est à l'arsenic, aux sulfureux qu'on aura recours. Les eaux d'Uriage, de Saint-Gervais, de Luchon, seront administrées avec avantage aux malades de cette catégorie.

Souvent tous les traitements restent sans effet. Le rôle des médecins alors devient très-difficile, surtout lorsqu'il s'agit de ces herpès des organes génitaux à récives fréquentes, et accompagnés de violentes douleurs névralgiques. Les malades finissent par le désespoir ; il deviennent hypochondriaques ; et il est trop souvent impossible d'apporter une amélioration sérieuse à une aussi misérable situation.

—M. Fournier a consacré une partie d'une de ses leçons cliniques à l'étude des "syphilis ignorées."—Ces deux mots

qui, au premier abord, semblent incompatibles, expriment néanmoins une réalité qui se rencontre assez fréquemment.

Il faut bien savoir cependant qu'on ne rencontre guère ces faits que dans un certain milieu, dans une certaine classe. A l'hôpital Saint Louis, par exemple, ils sont excessivement fréquents, et on les observe quelquefois aussi dans la pratique de la ville. Il est donc important d'en connaître la possibilité, afin de ne pas être influencé par la dénégation du malade.

Les causes de ces faits peuvent être classées en plusieurs groupes.

C'est d'abord, comme on le disait tout à l'heure, dans la classe ouvrière qu'on les observe le plus souvent; cela est facilement explicable par l'ignorance, la négligence qu'on y rencontre trop souvent.

Chez les femmes, la syphilis est beaucoup plus fréquemment ignorée que chez l'homme, et il est facile de comprendre pourquoi l'accident primitif peut si fréquemment passer inaperçu chez elles.

Un certain nombre de syphilis restent ignorées, parce qu'elles n'ont pas une origine vénérienne. Je citerai, par exemple, les syphilis transmises par un enfant, par un objet domestique, par une sage-femme, par un médecin: les faits de cette dernière catégorie sont assez connus pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister. Enfin, dans certains cas, les phénomènes objectifs de la syphilis sont si peu accentués, qu'ils peuvent facilement passer inaperçus, et cela n'a rien qui puisse surprendre quand on sait combien de malades sont affectés de roséole, sans le savoir. En outre, ces phénomènes secondaires peuvent être à peine appréciables, et la vérole, bénigne à ses débuts, pourra se manifester plus tard par des lésions tertiaires d'une grande gravité, sur la nature desquelles les dénégations énergiques des malades pourront jeter une grande obscurité.

Il est donc important, dans la pratique, de ne pas s'en rapporter d'une façon absolue aux dénégations des malades, en présence d'une altération qui présente tous les caractères de la syphilis, et de bien se rappeler qu'il est des cas relativement nombreux dans lesquels l'évolution de la syphilis a pu être ignorée.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Dr MOITARD,

Ancien interne des hôpitaux.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, SEPTEMBRE 1878.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

Le Bureau de Santé.

Notre Bureau de Santé est enfin ressuscité et comme nous nous faisons un devoir de le supposer d'avance, nos échevins récalcitrants ont compris, après plus mûre considération, que ce serait pour Montréal un déshonneur, une fausse économie et un attentat volontaire à ses intérêts sanitaires et commerciaux que de manquer d'un instrument de protection et de prospérité tel qu'un Bureau de Santé. Nous ne nous attendons certes pas que ce Bureau fera beaucoup mieux que celui des cendres duquel il renaît et M. l'Échevin Jeannotte trouvera sans doute plus d'une fois matière à dire d'un air madré : "Je vous le disais bien"..... le bureau est encore trop jeune et trop pauvre pour satisfaire à toutes les exigences, mais ne dut-il renouveler dans l'avenir que ce qu'il a accompli par le passé que c'en serait assez pour motiver son existence et légitimer les dépenses que le Conseil lui paie avec tant de parcimonie. Toute la population a les yeux sur le nouveau Bureau et nul doute que ses membres sauront redoubler d'activité et de dévouement et dispenser avec la plus sage économie les maigres ressources dont ils disposent. Il y va de leur honneur et des intérêts de la communauté de faire voir le Bureau de Santé sous un jour pratique tel qu'on ne puisse plus remettre la question de son existence sur le tapis. Un seul échevin, M. Jeannotte, s'est opposé, cette fois, à la nomination du Bureau et si nous sommes bien renseignés, c'est à titre d'anti-vaccinateur qu'il a agi de la sorte; nous ne prétendons changer en rien les opinions de M. Jeannotte sur la vaccination, mais si parce qu'il ne croit pas à la vaccine il refuse pour cela de croire à l'hygiène et de reconnaître l'utilité d'un Bureau de Santé, c'est faire peu d'honneur à ses convictions et à son parti, et nous aimons mieux croire à

Jenner qu'à M. Jeannotte. De ce qu'on ne croit pas au vaccin, s'en suit-il qu'on doive laisser déborder les égouts, croupir l'eau dans les rues, vicier l'atmosphère par les matières en putréfaction et laisser sans aucune protection sanitaire 134,000 citoyens. Allons donc ! on n'est pas si misantrope. Quant à la question d'économie n'en parlons plus, cette deuxième raison ne vaut pas même la première. Le Bureau de Santé se composera d'ici au mois de mars 1879 des membres suivants : l'échevin Childs, président, les échevins Grenier, Melançon, Kennedy, Thibault, Taylor, Généreux et Robert, les Docteurs Hingston, Wm. Mount et Tassé et MM. Weaver et Shelton. Succès à ces Messieurs dans leur philanthropique mission.

Le système décimal.

La presse médicale des États-Unis s'occupe beaucoup actuellement de la substitution projetée du système métrique et du thermomètre centigrade au système avoir-du-poids et au thermomètre Fahrenheit pour les fins de médecine et de pharmacie. Le système décimal est depuis longtemps déjà légalisé aux États-Unis ainsi qu'en Angleterre, et la grande république fait actuellement des efforts pour le rendre compulsatoire. Ainsi, à l'hôpital de marine de Washington, son emploi est de rigueur, et nul doute qu'avec l'esprit de progrès que nous leur connaissons le nouveau système ne remplace bientôt le système actuel chez nos voisins.

Le système décimal est en usage dans presque tout le monde civilisé, excepté en Amérique et en Angleterre, où il est permis de présumer qu'il le sera bientôt ; en Russie, où il est optatif depuis longtemps et sera obligatoire sous peu ; et en Suède, où il sera optatif jusqu'en 1889 et obligatoire ensuite. A quand le Canada ?

Tout le monde convient bien de la supériorité du système décimal qui, comme le dit Sumner, a l'avantage d'être universel, uniforme, précis, expressif, bref et complet, un système de poids et mesures né de la philosophie plutôt que du hasard.— Mais il en coûte de rompre avec les vieux péchés. Un jour ou l'autre nous serons bien forcés d'emboîter le pas, le plus tôt sera le mieux.

Le mètre est la dix-millionième partie du quart de la surface du globe, de l'équateur au pôle Nord, soit trois pieds trois

pouces et un tiers. Le litre mesure deux livres et deux onces fluides, le gramme égale dix-huit grains. Suivant nous, on aurait à l'échange autant d'avantage que nous en avons eu à propos de monnaie, quand le dollar et le centin ont remplacé le louis, le chelin et le denier.

Rapport du Dispensaire de l'Asile de la Providence.

Nombre de patients traités par le Dr. Meunier, durant le mois de Juillet 1878, 321, réparti comme suit : 124 du sexe masculin et 230 du sexe féminin. Nombre des prescriptions, 354.

MALADIES TRAITÉES.	MALADIES TRAITÉES.	MALADIES TRAITÉES.	
Carie des os.....	1	Cholera infantum.....	1
Bronchite.....	48	Cephalagie.....	3
Pleurodynie.....	8	Scrofules.....	2
Fièvre.....	1	Herpès.....	2
Hystérie.....	6	Constipation.....	3
Conjonctivite granuleuse.....	2	Scabies.....	7
Rhumatisme.....	12	Hystéralgie.....	2
Embarras gastrique.....	31	Prolapsus uteri.....	4
Phthisie.....	9	Anthrax.....	1
Débilité.....	9	Scorbut.....	1
Age critique.....	9	Exanthème.....	1
Néuralgie.....	8	Dysménorrhée.....	2
Diarrhée.....	7	Dyspepsie.....	5
Adénite.....	5	Douleurs rhumatismales.....	7
Odontalgie.....	26	Apthes.....	2
Contusions.....	3	Aménorrhée.....	4
Aménorrhée.....	6	Cancer.....	3
Bronchocèle.....	7	Catarrhe.....	1
Conjonctivite siph.....	3	Métrorrhagie.....	4
Prurigo.....	4	Ophthalmie.....	1
Leucorrhée.....	21	Ulcères.....	3
Coqueluche.....	4	Amygdalite.....	5
Vers intestinaux.....	5	Eczema.....	3
Blépharite.....	2	Cataracte.....	1
Parotidite.....	1	Fièvre hectique.....	3
Asthme.....	1	Palpitations nerveuses.....	1
Synovite.....	2	Hémorrhoides.....	1
Phlegmon.....	2	Hépatite chronique.....	1
Lumbago.....	2	Nombre de visites faites à domi-	
Dysurie.....	4	cile.....	75
Abcès.....	2	Prescriptions données par autres.....	200

Brochures reçues.

University of Bishop College, eight annual announcement of the Faculty of medicine. Montréal Session 1878-79.

The Annual Announcement of the departement of medicine and Surgery of the University of Michigan for 1878-79.

Boston University School of medicine, sixth annual announcement and catalogue. June 1878.

VARIÉTÉS

Statistique.—Le ministère de l'agriculture et du commerce vient de publier la statistique du personnel médical de la France. Nous y relevons les quelques chiffres suivants :

En 1856, il y avait en France 11,254 docteurs en médecine, et 5,568 officiers de santé, soit au total : 16,822 médecins.

En 1876, il n'y avait plus que 10,743 docteurs, en médecine et 3,633 officiers de santé, soit au total, 14,376 médecins et une différence en moins de 2,446.

Le nombre des pharmaciens était, en 1876, de 6.232, celui des sages-femmes, de 12,847, et celui des herboristes, de 983.

Dans 3,484, communes, exercent des docteurs seuls, dans 2,111, il n'y a que des officiers de santé, dans 764, des docteurs et des officiers de santé ; enfin dans 29,697, ne résident ni docteurs, ni officiers de santé.

Comment l'enfant faillit mourir et la sœur manquer ses vêpres.—Un dimanche du mois d'octobre 187..., on achevait de déjeuner à la salle de garde des internes en médecine d'un hôpital d'enfants, quand un coup de sonnette avertit l'interne de garde qu'on réclamait sa présence pour un entrant. X... se rendit à l'appel, reconnut un *croup à la période asphyxique* et reçut l'enfant pour l'opérer immédiatement,—dernière chance à tenter!—En conséquence, il pria les parents de conduire leur enfant à la salle Sainte-M..., pendant que lui-même irait à la salle de garde réclamer l'aide de ses collègues pour une opération qui pouvait être difficile.

La salle de garde est séparée des bâtiments de l'hôpital par un grand jardin. Quel ne fut pas l'étonnement de l'interne qui revenait, avec les aides requis, quand il rencontra, au milieu de l'allée principale, les parents qui portaient, remportant leur enfant.

Il interroge ; on lui répond en pleurant que l'on s'est bien rendu à la salle désignée, mais que la sœur du service a jugé l'enfant tout à fait désespéré et qu'elle a vivement engagé les parents à remporter leur petit malade, s'ils ne voulaient point le voir mourir à l'hôpital sous la main du chirurgien.

L'interne hésite à croire à la réalité d'un tel langage ; puis il tire sa montre et sourit ;—il était deux heures, *l'heure des vêpres* !—D'ailleurs, on pouvait apercevoir, à l'autre bout de l'allée, la bonne sœur se rendant à la chapelle, son paroissien sous le bras.

X... court après elle, la rattrape et s'informe de l'exactitude d'un récit que la sœur confirme, tout en cherchant à déguiser la noirceur du fait sous un flot d'explications confuses, de paroles mielleuses. Puis, par un revirement habile : " Mais, puisque vous y tenez, Monsieur, je vais remonter tout préparer, enfin... c'est bien inutile... pauvre petit... mais..."

" Assez ! ma sœur, nous n'avons guère de chance de sauver cet enfant (le petit malade avait quinze mois), mais nous avons encore moins le droit de négliger cette dernière ressource, si faible qu'elle soit. Quant à votre concours, merci, je n'en veux pas, allez à votre office ; je m'occuperai de cet enfant, je défends d'y toucher ; vous l'avez abandonné et renvoyé, je le prends, il est à moi."

On remonta dans la salle, où l'opération fut faite au milieu d'un silence général ; cette petite scène avait ému. La canule une fois mise en place, on recoucha l'enfant, qui respirait plus facilement.

Les jours suivants, ce fut l'histoire de toutes les trachéotomies : alternatives d'espérance et de crainte ; l'interne soignait son malade et gardait rancune à la sœur, qui, tout au contraire, tournait autour de lui et se montrait aimable jusqu'à l'obséquiosité. Un mois après, l'enfant sortait guéri.

Pour ceux qui aimeraient à voir là le doigt de Dieu, nous répéterons que l'enfant avait quinze mois, et nous ajouterons qu'à ce moment nos statistiques accusaient un succès sur dix opérés.—(*Progrès Médical*)—*Le Bordeaux Médical*.