

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MÉDICALE.

HÔPITAL NOTRE DAME—M. LARAMÉE.

De la fièvre typhoïde. — Étiologie.

A cette époque de l'année où, tous les jours, vous entendez parler de la fièvre typhoïde, de cette maladie qui sévit, non seulement dans notre ville de Montréal, mais encore par tout le *Dominion*, j'ai cru pouvoir vous intéresser, en même temps que vous être utile, en vous entretenant de quelques particularités relatives à cette affection. Nous allons, pour aujourd'hui, nous contenter d'examiner les causes de la fièvre typhoïde et essayer d'approfondir un peu la question tant et si longtemps discutée de l'étiologie.

Laissez-moi vous dire dès l'abord que la fièvre typhoïde est une maladie produite par un germe inconnu renfermé dans des matières organiques humaines en décomposition.

Les causes de la fièvre typhoïde se divisent en prédisposantes et déterminantes. Parmi les premières nous avons, en premier lieu, l'âge. L'âge, en effet, a une très grande importance au point de vue étiologique. C'est entre 15 et 30 ans que se montre le plus fréquemment la maladie. Chez le nourrisson et chez le vieillard, elle est presque inconnue. Certaines maladies chroniques graves, telles que la maladie de Bright, les affections organiques du cœur, le cancer, la phthisie, etc., confèrent une certaine immunité contre les attaques de la fièvre typhoïde. On peut en dire autant de la grossesse, de la lactation, de l'état puerpéral enfin. La classe commune, grâce à l'encombrement, à l'habitation des lieux bas et humides, et parfois à l'alimentation insuffisante et de mauvaise qualité, est plus exposée que la classe aisée à contracter la maladie, mais il ne faut pas oublier que la fièvre typhoïde n'a d'égard, strictement parlant, pour aucune classe de la société.

Les personnes qui sont sous l'influence de passions tristes ou d'émotions morales déprimantes, v.g. chagrin, peur, mélancolie, hypochondrie, etc., celles qui s'exposent au froid, aux misères ou aux fatigues excessives de tout genre offrent moins de résistance à la maladie, mais toutes ces causes ne donnent pas la fièvre entérique, comme on le croyait autrefois. Un fait qu'il importe de noter et qui surprendra peut-être quelques-uns d'entre vous, c'est que les sujets forts et robustes en sont plus facilement atteints que les sujets faibles et débiles. Les cas de dothiéntérie que nous avons observés étaient pour la plupart, en effet, des individus à constitution relativement forte et robuste.

De toutes les saisons, c'est l'automne qui nous fournit le plus grand nombre de cas de fièvre typhoïde, principalement s'il a été précédé d'un été chaud et sec. C'est pour cela que les Américains ont appelé la maladie "*autumnal fever*." (Loomis).

Si l'été a été frais et pluvieux, la fièvre typhoïde est plus rare à l'automne; c'est du moins ce que nous observons ici. On dit que c'est tout le contraire qui a lieu en Europe, c'est-à-dire que les étés frais et humides ont là une influence favorable au développement de l'affection. (Jaccoud). D'un autre côté, les hivers pluvieux et peu froids, les hivers *doux*, comme nous les appelons, favorisent davantage le développement de la maladie le printemps suivant, et c'est précisément ce qui s'est présenté souvent ici, depuis que nos hivers ont perdu passablement de leurs rigueurs d'autrefois.

Ceux qui demeurent dans les grands centres et qui, par conséquent, sont continuellement exposés à la contagion de la fièvre, finissent par acquérir contre celle-ci une certaine immunité. Par contre, ceux de nos citadins qui vont passer l'été à la campagne en reviennent moins armés contre la fièvre et sont plus aptes à la contracter. Cette dernière remarque s'applique avec plus de force encore aux campagnards qui viennent se fixer à la ville. Leur acclimatement débute souvent par la fièvre typhoïde. Il faut aussi tenir compte que la fièvre typhoïde a ses principaux quartiers dans les grands centres et que souvent, si les gens de la campagne qui viennent fixer leur demeure à la ville prennent si facilement la fièvre typhoïde, à tout âge, c'est qu'ils en avaient été protégés jusque là, car le fait d'avoir eu la fièvre typhoïde une fois, préserve contre des attaques subséquentes, mais cette règle souffre des exceptions.

La durée de l'incubation n'est pas encore bien déterminée; ordinairement cette durée est de 8 à 10 jours, parfois de 20 jours et plus; quelques faits bien exceptionnels prouvent qu'elle peut ne pas dépasser 24 à 48 heures.

Je vous ai dit tout à l'heure que la fièvre typhoïde est produite par un germe inconnu (microbe, contagion vivante que l'on n'est jamais parvenu à isoler,) provenant de la décomposition des matières organiques humaines. C'est dans les matières fécales des fébricitants que le microbe se développe, et ce sont elles, par conséquent, qui sont la véritable source ou cause déterminante, immédiate et directe de la fièvre typhoïde. *Si le fébricitant n'avait pas de selles, la contagion deviendrait en quelque sorte impossible.* Mais il ne suffit pas qu'il y ait des matières fécales, il faut de plus qu'elles soient en décomposition.

Les déjections alvines des fébricitants ne sont pas aptes à servir de véhicule au germe contagieux immédiatement après leur sortie de l'intestin. Il est nécessaire qu'elles aient subi un certain degré de putréfaction favorable à l'évolution et au développement des microbes. Cet agent toxique possède une viabilité remarquable, mais l'on ignore encore combien de temps il conserve cette activité malfaisante. *La maladie n'origine pas de novo, mais il faut la présence du germe morbifique, c'est-à-dire qu'elle provient d'un cas ou de cas antérieurs de fièvre typhoïde.* Les déjections alvines sont donc, je le répète, la seule origine du germe spécial de la fièvre typhoïde.

Les véhicules ordinaires de ce virus spécial sont les exhalaisons des lieux d'aisance et des égouts, des puisards, des boîtes à fumier et à

déchets, les linges et les effets souillés qui ont servi aux fiévreux (c'est ce qui explique la fréquence de la maladie chez les laveuses). Enfin, l'eau potable et certains aliments, et plus particulièrement le lait.

De ce que le microbe de la fièvre typhoïde existe dans les seules déjections (putréfiées) des fiévreux, il suit que la maladie ne peut pas se propager au moyen de l'air exhalé par le malade ni par les émanations de sa peau, et qu'il y aura d'autant moins de chances d'infection que le malade aura moins de diarrhée, comme, par exemple, dans la forme légère de la maladie. De fait, celle-ci est surtout transmissible dans la 3^e et la 4^e semaine, jusque dans la convalescence, et l'est assez rarement dans les 15 premiers jours.

L'absorption des germes se fait par l'intermédiaire des poumons et des voies digestives, et les véhicules du poison morbifique sont donc le sol, l'air, l'eau et les substances alimentaires; vous voyez par là que la fièvre typhoïde est miasmatique et contagieuse, endémique et parfois épidémique. Il est facile de comprendre comment le germe de la fièvre typhoïde peut se propager au moyen des égouts et des lieux d'aisance non suffisamment nettoyés et désinfectés. C'est ce mode de propagation, particulièrement, que nous avons dans les grandes villes. Les lieux d'aisance qui ne communiquent pas avec les égouts communs sont aussi une source active de contagion dans nos faubourgs. Dans les quartiers réputés plus sains, les cabinets d'aisance qui ne sont pas parfaitement lavés ou désinfectés, répandent dans les habitations mêmes les germes morbifiques. Si un égout fonctionne mal, s'il est obstrué ou si l'irrigation se fait imparfaitement, les matières fécales subissant la décomposition putride, cet égout déversera des émanations qui deviendront une source féconde de fièvre typhoïde. Remarquez ici que les mauvaises odeurs ne sont pas nécessairement nuisibles, puisqu'elles peuvent provenir et proviennent très souvent de matières qui ne contiennent pas des déjections typhiques et qui, par conséquent, ne renferment pas non plus les germes ou microbes particuliers à la maladie qui nous occupe.

Comment la fièvre peut-elle se transmettre à la faveur de l'eau potable? C'est à la campagne, principalement, que l'eau potable sert le plus souvent de véhicule au microbe typhique et cela grâce aux puits, placés généralement dans le voisinage des habitations et non loin desquels sont souvent déposées les déjections des fiévreux. A la faveur des eaux de pluie, ces déjections et les germes qu'elles contiennent sont absorbés dans le sol et filtrent jusque dans les puits. Dans les centres où l'eau est fournie par un aqueduc, le danger de propagation de la maladie par cette voie est peu à craindre, sauf dans des cas bien exceptionnels. Avec un aqueduc élevé comme l'est le nôtre, la contamination n'est pas facile.

La contagion par le lait se fait surtout dans les villes. La plupart de nos laitiers résident à la campagne, (aux alentours de la ville,) où, comme nous venons de le voir, les eaux potables sont assez souvent souillées. Dans ce cas-ci, ces gens, pour nettoyer les vases dans lesquels ils transportent le lait, se servent de ces mêmes eaux contaminées, créant ainsi une première source de danger assez commune, et s'ils s'en rencontrent parmi eux qui diluent très honnêtement le lait au moyen d'une certaine proportion d'eau, il constituent de la sorte une autre source plus féconde encore de contagion.

L'abaissement du niveau des eaux souterraines est favorable à la propagation de la maladie; on peut en dire autant du dessèchement subit d'un sol humide; l'explication est facile à comprendre si l'on veut bien se rappeler que l'abaissement du niveau de l'eau mettant à nu les matières excrémentielles qui imprègnent le sol, favorise la décomposition des matières animales renfermant les germes typhiques. (Jaccoud).

Des auteurs très recommandables ont attribué à la fièvre typhoïde une origine spontanée, C'est là une théorie qui va s'affaiblissant de jour en jour avec les progrès de la science. Il est certain que des maladies ressemblant beaucoup à la fièvre typhoïde se sont déclarées à la suite de l'usage d'aliments malsains ou putréfiés. On cite même le cas d'un village presque entier dont le plus grand nombre des habitants avaient mangé certaine viande et qui tous présentèrent des symptômes assez semblables à ceux de la fièvre typhoïde; mais des recherches minutieuses ont bientôt démontré qu'il n'y avait pas là de véritable fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde se propage donc toujours par contagion indirecte et jamais directement, d'individu à individu, comme c'est le cas pour la variole, la scarlatine etc. De fait le mode d'infection de la fièvre typhoïde ressemble beaucoup à celui du choléra.

Le germe typhique, je le répète, est doué d'une très grande vitalité et peut se conserver durant des mois et des années. C'est par ce fait que l'on explique les cas de fièvre typhoïde endémique se maintenant ou se déclarant dans une localité plusieurs mois ou même deux ou trois ans après que toute trace de la maladie eût été effacée et alors que celle-ci n'avait pu être apportée d'ailleurs. Cette vitalité extraordinaire du virus nous dit assez combien nous devons prendre de précautions pour bien nettoyer et désinfecter les cabinets d'aisance, *water-closets*, *égoûts* etc., dans nos demeures. Il ne suffit pas de dire: "les canaux d'égoûts sont en bon ordre." Il faut encore que leur irrigation soit parfaite et que l'on se serve de désinfectants afin de détruire les germes. Propreté, aération et désinfection, voilà les véritables prophylactiques de la fièvre typhoïde. La chambre du malade doit être grande et bien ventilée. Les linges seront désinfectés avec soin, et pour cela, passés à l'eau bouillante carbolisée. Les déjections seront aussi soigneusement désinfectées à l'acide carbonique au 1/20 ou au 1/40 ou encore au sulfate de fer en solution concentrée, et cela immédiatement après que le malade les aura rendues et avant qu'elles soient jetées à l'égoût. Il est donc important de proscrire les visites inutiles, le séjour prolongé dans la chambre du malade, et surtout de défendre la conservation des déjections dans la chambre etc. etc. Il est beaucoup plus difficile de désinfecter les matières fécales dans les fosses d'aisance qui ne communiquent pas avec l'égoût, et il est opportun d'y répandre les désinfectants en quantité considérable. Un excellent plan serait alors de déposer les matières fécales des fiévreux, dans la terre, après les avoir préalablement désinfectées.

Dans une prochaine leçon nous nous occuperons des signes les plus importants de la fièvre typhoïde et de son traitement.

Croup et Diphthérie.—Bureau de Santé.

par SÉVERIN LACHAPPELLE, M.D., Saint-Henri de Montréal.

La saison froide va nous apporter les angines et avec les angines le croup et la diphthérie plus particulièrement. Pour un grand nombre, un très grand nombre de médecins, une simple angine tonsillaire constitue l'une ou l'autre de ces deux dernières maladies. Mon Dieu ! qui nous débarrassera de ces praticiens fourbes et fourbus ? Quelle satisfaisante habitude que celle qui consiste à tromper les autres et à se tromper soi-même ! La réputation célèbre ne peut-elle donc s'acquiescer qu'aux dépens de la vérité, et pour avoir guéri ce que j'appellerai des maux de gorge ordinaires, va-t-on se proclamer guérisseurs de la diphthérie ?

Mais ce n'est pas une boutade inutile que je veux faire,—M^{me} de Girardin a dit depuis longtemps que le médecin est né incorrigible—je veux seulement attirer l'attention sur ces deux maladies, devenues sœurs et enfants de nos hivers.

Le temps n'apporte pas de modification importante dans le traitement de l'une ou l'autre de ces affections infantiles.

Dans la médication du croup, il ressort une vérité, c'est que la médication nauséuse est aussi nécessaire que l'action vomitive. On se contente trop du vomitif, tout le traitement est là ; si la guérison n'est pas opérée par l'émétique ou l'ipéca, on se résigne à la mort. Erreur ! Il faut se souvenir que l'action nauséuse de certains médicaments a pour effet le dégagement plus prompt de toute sécrétion anormale dans les tuyaux aériens, et dans le croup comme dans la bronchite, on doit recourir à leur salutaire influence. Ainsi le sirop d'ipéca, la *lobelia inflata* chez les enfants moins forts, et l'émétique en lavage chez les enfants plus vigoureux, sont autant d'adjuvants à petite dose qu'à large dose. Donnez largement au début, et continuez à doses fractionnées et fréquemment répétées, jusqu'à ce que le danger soit disparu.

Les contre-irritants qui agissent promptement doivent être également employés, l'huile de croton et l'onguent cantharidien sont ceux qui opèrent le plus activement la dérivation voulue. Dans un cas désespéré, j'obtiens guérison au moyen de l'onguent de cantharide que je laissai agir de la manière la plus cruelle.

Dans la diphthérie, l'opinion médicale se rallie à la médication mixte ; les deux théories, française et allemande, qui veulent, l'une une affection locale, l'autre une affection générale dans la diphthérie, se sont fondues en une seule quand il s'agit du traitement. C'est là une quasi-révolution, au moins parmi nous. Si ma mémoire ne me fait pas défaut, il y a trois ou quatre ans, lors d'une discussion sur ce sujet à la Société médicale de Montréal, l'opinion presque générale avait été contre le traitement local.

Il faut donc combiner les deux traitements ; attaquer le mal, *loco dolenti*, par les caustiques, par l'enlèvement des fausses membranes, est aussi nécessaire que d'agir directement sur le sang au moyen de médicaments antiseptiques, microzoïcides, etc. Le praticien qui, esclave de l'une ou de l'autre des deux théories sur la diphthérie, fait suivre à son petit patient un traitement uniquement local, ou uniquement général, semble être en désaccord avec l'autorité de l'expérience.



L'hygiène semble être devenue un mot assez sérieux dans l'esprit de notre population, si l'on en juge d'après les apparences. Ainsi, l'on a parlé tour à tour depuis quelque temps de la grande convention hygiénique à Kingston, lors de la convention médicale; il semblait même que cette convention devait être plus hygiénique que médicale. On a murmuré aux environs des bureaux de santé, qu'un journal hygiénique allait bientôt naître. On a annoncé un peu plus loin qu'une assemblée serait tenue dans le but de jeter les bases d'une Société hygiénique. Comme on le voit, le mot se répète, l'ébranlement se fait, est commencé; c'est un bon signe; néanmoins, je n'exagérerai pas le sérieux et je dirai que fonder une société d'hygiène devant fonctionner à souhait, et que créer un journal qui ne devra pas mourir au maillot n'est pas chose facile. Et pourtant c'est bien le journal d'hygiène populaire qu'il faut à notre ville de Montréal. En effet, il est une chose qu'on semble méconnaître, c'est que la maladie et la mortalité de notre ville sont bien plus le résultat de l'ignorance que de la malpropreté de nos rues, de nos cours, etc., je parle ici surtout du chiffre de la mortalité infantile. C'est la connaissance des notions élémentaires d'hygiène dans la santé et dans la maladie qu'il faut introduire dans notre population ignorante, et cela ne peut se faire qu'au moyen de l'enseignement du journal, en attendant que nous ayons cet enseignement dans nos écoles.

Je dis que c'est bien plus l'ignorance que toute autre raison qui est cause du chiffre exagéré de la mortalité infantile à Montréal, et personne ne devrait en douter. Par ignorance j'entends ici cette ignorance des choses élémentaires nécessaires à la santé, des lois de la digestion, de la nutrition, de l'absorption, de la respiration, de celles qui président aux fonctions des sens etc., l'ignorance sur ce sujet est si profonde qu'il y a quelque chose qui révolte dans la constatation de ce fait: on tue ses enfants sans le savoir, tout naïvement. Quelle terrible tragédie!.....

Allons, Messieurs du Bureau de Santé, soyez convaincus de cette vérité, à laquelle vous n'attachez pas autant d'importance qu'il est nécessaire, puisque vous ne nous parlez presque toujours que de nettoyage. Prenez pour devise: instruire le peuple, et le peuple comprendra la propreté, qui ne sera qu'une conséquence de son instruction, de son amélioration intellectuelle.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE,

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

Professeur à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Nitrite de soude. — Injections hypodermiques d'eau distillée. — Acide borique. — Kairine. — Bromure de potassium. — Sels de nickel.

Nitrite de soude.—Ce médicament vient d'être employé par Ralfe (*British Medical Journal*), et l'avait déjà été, l'an dernier, par le Dr Law, dans le traitement de l'épilepsie. Le nitrite de soude, si l'on en croit ces deux expérimentateurs, ressemble beaucoup, quant à ses effets, au

nitrite d'amyle et à la nitro-glycérine. Plus lents à se produire, ils sont aussi plus persistants. La dose du remède ne doit pas être assez forte pour donner lieu à un effet physiologique marqué.

Sur dix-sept cas traités au moyen de cet agent, trois n'ont pas été du tout améliorés, un a donné un résultat douteux, quatre ont été quelque peu soulagés et neuf considérablement améliorés. Le Dr Law en vient aux conclusions suivantes (*Weekly Med. Review*): 1° Le nitrite de soude ne convient pas aux cas dans lesquels les bromures sont efficaces. 2° Les cas où les bromures sont mal supportés s'amélioreront probablement sous l'influence du nitrite. 3° Quand les bromures ne produisent plus les effets désirés, ou quand il se développe du bromisme, il est bon de remplacer le composé de brome par le nitrite de soude. 4° Celui-ci est principalement utile dans les cas où les convulsions sont légères et se montrent surtout la nuit. On peut ajouter que, se basant sur l'action physiologique du remède, on est justifiable de l'adapter aux cas d'épilepsie caractérisés par l'anémie cérébrale, comme dans le vertige ou petit mal.

Des expériences récentes, faites par le Dr Mathew Hay, d'Edimbourg, et publiées dans le *Practitioner*, démontrent les bons effets du nitrite de soude dans l'angine de poitrine.

Injections hypodermiques d'eau distillée.—Le Dr Landouzy (*Médecin praticien*) assure qu'il a pu, chez un nombre déjà assez considérable de malades atteints de phthisie, de bronchite, de pleurésie, arrêter les quintes de toux en injectant dans le tissu cellulaire des parois thoraciques, tantôt de l'eau distillée simple, tantôt de l'eau distillée additionnée de quelques gouttes d'eau de laurier-cerise.

La dose employée est le contenu d'une seringue de Pravaz. Lorsque le malade se plaint de douleurs thoraciques, c'est au voisinage des points douloureux que l'on pratique l'injection. Dans le cas de phthisie laryngée il faut opérer sur les côtés du larynx.

Acide borique (ACIDE BORACIQUE).—Les propriétés antiseptiques de l'acide borique semblent avoir été mieux étudiées depuis quelque temps. A l'heure qu'il est, un certain nombre d'observateurs le regardent comme un désinfectant et un antiputride égal à l'acide phénique et l'emploient dans plupart des cas auxquels convient celui-ci :

Le Dr George Thin, de Londres, avait recommandé l'acide borique contre les sueurs fétides des pieds. Il l'employait, soit en solution dans laquelle on fait tremper les chaussettes et les bas, soit en onguent, soit en glycérolé dont on enduit les pieds. En même temps l'acide était mis à l'épreuve dans le service de chirurgie d'un grand nombre d'hôpitaux, et l'on en a obtenu des résultats très satisfaisants. Dans une lettre adressée au *Medical Record*, de New-York, le Dr W. T. Parker rapportait, l'an dernier, les succès remportés à l'hôpital de Charing Cross au moyen des pansements au glycérolé d'acide borique. "Les cas les plus désespérés, disait-il, ont été traités à l'acide borique, et toujours avec succès. Il n'y a pas ici de danger d'intoxication comme dans le cas de l'acide phénique et de l'iodoforme. Les plaies se nettoient rapidement et se cicatrisent promptement aussi. En solution, l'acide borique rend des services dans la vaginite, l'otorrhée, etc."

Le Dr H. Leliard, chirurgien du *Cumberland Infirmary*, a aussi

expérimenté les effets du glycérolé d'acide borique (boroglycérine) comme pansement et topique chirurgical, et il arrive aux conclusions suivantes (*Lancet et Bull. de thérapeutique*)

“ Appliquée au traitement des plaies exposées ou des blessures qui communiquent largement avec l'extérieur, la solution de boroglycérine se montre un puissant antiseptique qui a l'avantage de ne point irriter les téguments voisins ni les tissus, dont elle ne trouble ni n'accélère d'ailleurs le travail de réparation. Mais dans les cavités fermées, comme dans les moignons d'amputation, même en irrigation, elle est impuissante à modifier le pus qui s'y collecte dont l'odeur n'est pas améliorée. Il reste donc beaucoup à faire pour propager l'emploi de la boroglycérine, que sa propriété d'antiseptique non irritant et de topique non toxique désigne pour rendre certains services. Cependant, on pourrait essayer d'une solution au vingtième et de l'application d'un linge constamment imbibé de cette solution.”

Il est certain que l'acide borique est d'un grand secours dans le traitement des affections des membranes muqueuses. Ainsi le Dr King rapporte quatre cas de *vaginite chronique* promptement améliorés par l'usage local du remède, un grand nombre de cas de *leucorrhée* ou *catarrhe du col utérin* guéris par l'application de tampons de glycérolé d'acide borique, ou de l'acide pulvérisé; plusieurs cas d'*ozène*, de *pharyngite*, *catarrhe nasal*, etc.

Un cas d'*endométrite du col* traité avec succès au moyen de l'acide borique par le Dr W. H. Dewitt, de Cincinnati, et publié d'abord dans le *Cincinnati Lancet and Clinic* fait actuellement le tour de la presse médicale. Le médicament avait été introduit dans la cavité du col en même temps qu'appliqué extérieurement sur le col, deux applications avaient suffi à amener la guérison en deux semaines. On sent que ces expériences ont besoin d'être contrôlées par un bon nombre d'autres avant que l'emploi de l'acide borique se généralise, mais on avoue que la théorie a du bon et que les propriétés antizymotiques de l'acide borique en indiquent l'usage dans les maladies catarrhales. Dans le *catarrhe chronique du conduit auditif externe*, les insufflations d'acide borique pulvérisé ou les injections au moyen d'une solution du médicament ont donné des résultats réellement merveilleux, et qui n'avaient été obtenus jusqu'ici par aucune autre méthode.

Goodheart a rapporté devant la Société clinique de Londres, (novembre 1882), six cas de *diphthérie* traités au moyen de l'acide borique et du borate de soude en applications locales, et chez lesquels il a obtenu des succès jusqu'alors inouïs dans la thérapeutique de cette maladie. Dès février 1882, le Dr F. D. Harries avait publié dans le *Lancet* les résultats de son expérience dans le traitement local de la diphthérie par l'acide borique, résultats tout à fait heureux, paraît-il, puisque sur une série de dix-sept cas traités de cette façon au cours d'une épidémie de diphthérie, il n'avait enregistré qu'un seul cas de mort. Ce traitement, ajoute M. Harries, a d'autant plus de cas d'application que la diphthérie commence le plus souvent sur des parties accessibles à l'emploi du traitement local. L'auteur se sert de la solution suivante. Acide borique, 7 parties, glycérine et eau, de chaque, 15 parties. On en badigeonne la surface malade, d'abord toutes les heures, puis à intervalles de plus en plus longs, à mesure que diminuent la formation de fausses membranes et les symptômes de la

maladie. Il importe de continuer ce traitement quelque temps encore après que la membrane muqueuse paraît débarrassée du produit morbide. C'est une règle posée par l'auteur de continuer les applications jusqu'au huitième jour.

L'acide borique est encore conseillé par Gourgues (*Journal de médecine de Paris*) dans le traitement du *furoncle*. On fait usage d'une pommade contenant 4 parties d'acide borique pour 20 de vaseline et $\frac{1}{2}$ d'acide benzoïque. Cette pommade, appliquée constamment, soulage promptement la douleur et fait disparaître le furoncle au bout de trois ou quatre jours.

Kairine.—M. le Prof. Filehne, d'Erlangen, a récemment introduit ce nouveau médicament dans la thérapeutique. "Le véritable nom du médicament, dit M. Hallopeau dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (*Union médicale*, juin 1883), est méthylhydrure d'oxyquinoline; c'est, comme la quinine, un dérivé chimique de la quinoline." On emploie généralement le chlorhydrate.

Le principal effet du médicament administré à dose convenable, i. e. 25 grains, est d'abaisser la température chez les fébricitants. Chez un sujet sain, il ne produit aucun effet physiologique appréciable. L'effet antipyrétique étant obtenu par quelques doses répétées à de courts intervalles, on le soutient par l'administration continue du médicament toutes les 2 ou 3 heures jusqu'à la fin de l'accès. On conseille de prendre la température du malade de temps à autre afin d'élever ou diminuer les doses suivant l'effet produit.

"Le médicament, dit M. Hallopeau, paraît être généralement bien toléré; Filehne ne l'a vu que très exceptionnellement produire des vomissements; un de ses malades a accusé une sensation pénible de picotement dans les fosses nasales et de douleur dans le front. Chez aucun on n'a observé les vertiges et les étourdissements qui rendent pénible l'administration à hautes doses du sulfate de quinine et du salicylate de soude. L'action antipyrétique de la kairine paraît s'exercer dans toutes les maladies. Filehne l'a employée avec un succès constant dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la septicémie, la tuberculose et la pneumonie franche. Les résultats obtenus dans cette dernière affection sont particulièrement dignes de remarque, car c'est peut-être celle dans laquelle la fièvre résiste le plus énergiquement aux autres moyens antipyrétiques. Avec la kairine, on peut la faire évoluer toute entière dans l'apyrexie. Il ne paraît y avoir aucun inconvénient à laisser les malades soumis pendant longtemps à l'action du médicament; une malade de Filehne, atteinte de septicémie avec accès vespéraux, a pris chaque jour, pendant cinq semaines, de quatre heures du soir à quatre heures du matin, 63 grains de chlorhydrate de kairine sans en éprouver aucun phénomène fâcheux; elle désirait le médicament et craignait de le voir manquer."

M. Hallopeau a lui-même administré la kairine à trois de ses malades, dont deux cas de pneumonie et un de tuberculose miliaire aiguë, et dans les trois cas il a obtenu des effets antipyrétiques très marqués. Il conclut ainsi le rapport de ses observations :

"Nos observations sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions nous rendre un compte exact des services que le nouveau médicament est appelé à rendre. elles nous ont permis seulement de

constater par nous-même l'exactitude des propositions du professeur Filehne relativement à l'énergie de son action antithermique; nous pouvons cependant affirmer, dès à présent, que *c'est, de tous les agents antipyrétiques, celui dont l'action, à doses non-toxiques, est la plus sûre, la plus puissante et la plus rapide.* Il ne résulte pas de là qu'il soit inoffensif et il est possible que l'intensité même de son action antithermique le rende dangereux. Il ne nous paraît pas douteux néanmoins qu'il ne constitue une ressource précieuse pour la thérapeutique; il permettra d'éviter, à coup sûr, les dangers que l'hyperthermie entraîne par elle-même. Faudra-t-il s'en servir pour faire évoluer sans fièvre une pneumonie, une fièvre typhoïde ou toute autre maladie? Serait-ce là une pratique sans inconvénients? la réaction fébrile n'est-elle pas, dans une certaine mesure, une action de défense de l'organisme contre la cause morbide et n'y aurait-il pas danger à la supprimer brusquement? La question est à l'étude; si elle se résout par l'affirmative, on pourra encore donner la kairine, mais à doses plus faibles, de manière à modérer la fièvre sans l'annihiler."

A la suite d'une étude approfondie sur le même sujet, le prof. de Reuzi présente les conclusions suivantes (*Rivista clinica e terapeutica et Revue médicale*):

La kairine diminue le nombre des battements du *pouls* tout en augmentant la force de contraction cardiaque (sphygmographe.)

Elle diminue généralement le nombre des *mouvements respiratoires*.

Elle peut abaisser la *température* jusqu'à celle du collapsus.

Elle augmente la quantité des *secrétions* et exagère leur acidité.

Elle élève l'*activité nerveuse* motrice, directe, sensitive, psychique.

Son élimination se fait surtout par le rein. Elle est rapide et peut être constatée dans l'urine avec le perchlorure de fer (en ajoutant quelques gouttes d'une solution au 20^e avant l'ébullition).

Le professeur de Reuzi emploie la kairine dans sa clinique à la dose de 5 à 9 grains toutes les heures ou toutes les demi-heures, en faisant boire immédiatement après, aux malades, un demi-verre d'eau. On suspend l'administration quand la température s'abaisse, mais le meilleur moyen de la donner, c'est 9 grains toutes les demi-heures, jusqu'à ce que le thermomètre marque 38°. Chez les femmes et les enfants, la dose sera réduite à 5 grains; quand la température s'abaisse brusquement, on suspend l'administration et on évite, de la sorte, les phénomènes du collapsus.

Voici maintenant les résultats thérapeutiques obtenus :

1^o *Action fébrifuge*.—L'abaissement thermique est constant et très marqué, il va parfois jusqu'aux extrêmes limites physiologiques. D'autres fois, il n'atteint pas le même degré. L'état d'apyrexie ainsi produit a une durée variable. Dans quelques cas la température s'est relevée au bout de trois à quatre heures. Ainsi, dans une observation (8^e), l'abaissement de 0°.6 s'est maintenu pendant une demi-heure. Parfois, il n'a fallu que 18 grs pour atteindre l'abaissement maximum; dans trois autres cas, il a fallu 27 grains; dans un autre, 81 grains. Dans d'autres cas, des quantités plus élevées de kairine produisirent un état d'apyrexie complète.

2^o *Action antiseptique*.—Elle est certaine; on a mis dans deux épreuves une demi-once d'urine du même malade; dans l'une, cette $\frac{1}{2}$ once fut mélangée avec $\frac{1}{2}$ once de kairine. Au bout de vingt-quatre heures,

cette dernière avait toujours une réaction acide sans odeur ammoniacale, tandis que l'autre présentait cette odeur avec un aspect trouble et une réaction alcaline. Dans deux autres éprouvettes, on a mis 1½ drachme d'une solution de l'expectoration pulmonaire, l'une mélangée de 5 grains de kairine. Après vingt-quatre heures, la solution sans mélange présentait une coloration blanc opalescent et une odeur fétide; l'autre avait une couleur rouge orangé et une odeur légèrement aromatique. Au microscope, on trouvait beaucoup de bactéries dans la première, rien dans l'autre.

En résumé, la kairine présente une action antipyrétique certaine, sans phénomènes reconstituants marqués. Chez un seul malade de la pratique privée de l'auteur, il y a eu des douleurs intenses, s'irradiant du nez vers le front; elles disparurent très vite, quand on eut cessé de donner le médicament. L'augmentation de la force musculaire a été notée dans presque tous les cas; elle est même plus remarquable qu'avec la quinine. En outre, la kairine ne produit ni bourdonnements d'oreilles, ni surdité, ni anhalagie, ni vomissements.

Bromure de potassium.—Le Dr. L. Emmett Holt, de New-York, rapporte (*Boston Medical and Surgical Journal* 18 octobre 1883) un cas de *tétanos des nouveaux-nés* traité par lui avec succès au moyen du bromure de potassium.

Le tétanos des nouveaux nés est, comme chacun le sait, d'une extrême gravité; la plupart des cas se terminent fatalement. Ainsi Vogel n'a pas enregistré un seul cas heureux; J. Lewis Smith n'a observé lui-même qu'un seul cas de guérison. Le malade, sujet de l'observation du Dr. Holt, était un enfant âgé de dix-sept jours seulement. Huit grains de bromure de potassium lui furent administrés toutes les trois heures (nuit et jour) durant cinq jours. En moins de trente-six heures, il y avait déjà une amélioration telle que l'enfant prit alors le sein, ce qu'il n'avait pas fait depuis sept jours. Dès le cinquième jour, voyant que le petit malade allait décidément mieux, on diminua la dose du remède, ce qui eut pour effet de provoquer une recrudescence de la maladie. Il fallut revenir aux premières doses que l'on diminuait encore, pour les cesser tout-à-fait, environ vingt-six jours après le début des accidents. Pour le Dr. Holt, le bromure est plus efficace et plus sûr que le chloral dans le traitement du tétanos chez les enfants, qui peuvent supporter des doses relativement considérables du remède. Au reste, pour obtenir de celui-ci les effets voulus, il faut l'administrer à doses élevées et soutenues.

Sels de nickel.—Le Dr. J. M. DaCosta, professeur au *Jefferson Medical College* publie dans le *Medical News* une note relative aux propriétés physiologiques et thérapeutiques des sels de nickel et en particulier du sulfate et du bromure qu'il a employés dans plusieurs cas.

Le sulfate, qui est déliquescent et très soluble dans l'eau a été administré en solution et quelquefois en pilule à dose de un à trois grains. La dose de un grain est bien supportée par l'estomac; avec cinq grains, plusieurs sujets ont éprouvé du vertige et des nausées, mais il n'y a eu, à cette dose, aucun effet marqué sur le pouls ou la température, si ce n'est un léger abaissement de l'un et de l'autre. Le Dr. DaCosta n'a remarqué aucun effet hypnotique, seulement il est porté à croire que

le sulfate de nickel est quelque peu *anodin*, car, dans un cas de rhumatisme articulaire sub-aigu où le sel avait d'abord été prescrit puis discontinué, le malade demanda instamment qu'on lui administrât de nouveau le remède attendu que ses douleurs en étaient grandement soulagées. Pas d'action tonique, contrairement à ce qu'on a prétendu; léger effet sur les sueurs nocturnes. Par contre, l'auteur en a obtenu d'excellents résultats en l'administrant à petites doses (de un à deux grains, quatre fois par jour), dans la *diarrhée rebelle*. Dans un de ces cas, où un malade était affecté de *tréblement* associé à un commencement de sclérose et de lésion valvulaire du cœur, le médicament fut efficace après que plusieurs autres remèdes eurent échoué. Par l'usage subséquent du sulfate de nickel, le cœur devint un peu plus régulier, les symptômes nerveux restant nonobstant les mêmes. Dans quelques cas de *catarrhe chronique de l'estomac*, ce sel a semblé faire beaucoup de bien, mais ici, le chlorure est encore préférable. Chez un homme de profession se plaignant de *dyspepsie*, dont l'urine contenait de l'albumine, et pour qui, en outre, les préparations de fer étaient une cause de céphalalgie etc, les facultés digestives s'améliorèrent rapidement, et l'albumine disparut de l'urine sous l'action du chlorure de nickel à dose de un grain trois fois par jour. Une dose plus élevée était mal supportée. Le remède avait également un effet calmant sur le système nerveux. Le sulfate fut aussi mis à l'épreuve dans des cas de *fièvre typhoïde* avec diarrhée abondante, mais sans succès bien marqué, peut-être parce que le nombre de cas observés fut assez limité.

Quant au bromure de nickel qui n'avait pas jusqu'ici été employé en médecine, son action sur le système nerveux est plus évidente. Il est aussi lui déliquescence et soluble dans l'eau. A dose ordinaire, il est très bien toléré par l'estomac. On le prescrit sous forme de pilule ou mieux en sirop. Le bromure de nickel produit les effets ordinaires des bromures, mais à doses beaucoup plus petites. Ainsi, la dose ordinaire est de cinq à sept grains et demi; dix grains constituent une pleine dose. Quand il est indiqué de donner de bonnes doses, il vaut mieux administrer cinq grains et les répéter souvent; de la sorte l'estomac n'est pas irrité.

L'action du bromure de nickel sur le système nerveux se manifeste dans le fait que ce sel soulage la *céphalalgie*, surtout quand elle est de forme congestive, et calme les *convulsions*, etc. La principale question est celle-ci: Le bromure de nickel est-il de quelque utilité dans l'*épilepsie*? Le Dr DaCosta a trouvé qu'il agit tout aussi bien que les autres bromures, et il cite des exemples à l'appui. Le fait que la dose de bromure de nickel nécessaire à produire les effets désirés est toujours moindre que celle des autres bromures est très remarquable et doit être rapporté à une action toute spéciale de ce sel. Il va sans dire que l'on a dû se livrer à des essais et que, dans le traitement de l'épilepsie par les composés de nickel, on a dû administrer aussi d'autres sels, tels que le sulfate et le chlorure. Le Dr. DaCosta en est alors venu à la conclusion que ces derniers, tout en n'étant pas absolument inertes, sont cependant loin d'égaliser les effets du bromure.

HOPITAUX.

HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.

Blessure par arme à feu; non-intervention; guérison.

Antoine P..., 32 ans, est admis à l'hôpital le 16 septembre, vers 9 heures a.m. Étant à manipuler un revolver, une heure auparavant, la détente de l'arme partit accidentellement et la balle vint frapper P... à l'angle interne de l'œil droit et pénétra profondément dans l'orbite. L'arme était tenue à environ six pieds, au niveau de l'œil à peu près. Le blessé de perdit pas connaissance; il vomit environ une demi-heure après l'accident. A son entrée à l'hôpital sa connaissance est encore parfaite; il se plaint seulement de céphalalgie; aucun symptôme de paralysie. Pouls à 60, régulier mais faible. On constate bien le point d'entrée de la balle qui a longé en la déchirant sur son passage la peau de la face latérale du nez, au niveau de l'angle interne de l'œil. La paupière inférieure est fortement ecchymosée, de même que la moitié interne de la paupière supérieure. En entrouvrant les paupières on constate un chemosis et une ecchymose sous-conjonctivale surtout à la partie externe. L'œil est proéminent; les milieux sont transparents, le fond est grisâtre; pas de strabisme, pupille dilatée; l'œil gauche est normal.

Après consultation, il est convenu que l'on n'interviendra, pour le moment du moins, par aucun sondage de la blessure, jusqu'à ce que la réaction se soit faite et que le pouls se soit rétabli. On prescrit des compresses glacées sur l'œil ainsi qu'une compression modérée; brandy et eau, p. r. n. Vers midi, le malade vomit deux fois.

A 6 hs. p.m., le pouls est à 84. Le patient a été calme durant toute la journée et a même dormi un peu.

8 p.m.—Un magistrat prend la déposition du malade; celui-ci répond avec une parfaite lucidité à toutes les questions qui lui sont posées.

17 septembre, 9hs. a.m.—La tuméfaction des paupières augmente; l'ecchymose s'est étendue davantage et prend une teinte plus violacée. Le chemosis proémine entre les paupières, le malade ouvre celles-ci avec difficulté, mais suffisamment pour découvrir la partie inférieure de la cornée. Pupille encore dilatée; aucune altération de la cornée. Les mouvements de l'œil sont très limités et douloureux. Le chemosis occupe le segment inférieur de la cornée; le malade voit distinctement les doigts qu'on lui montre à huit pieds de distance.

Examen à l'ophtalmoscope: Un foyer d'hémorragie siège le long d'un des vaisseaux de la rétine; la teinte grisâtre du fond de l'œil persiste; la papille est très visible; les vaisseaux sont à l'état normal. Etat général le même qu'hier. Pas de paralysie, même traitement.

18 septembre.—Le chemosis est moindre; les milieux sont encore transparents, et les veines rétiniennees dilatées. Même état général. Le pouls est plus fréquent; un peu de fièvre. Même traitement. On cesse le brandy.

19 septembre.—La dilatation des vaisseaux rétiniennees persiste. Le chemosis a disparu. Conjonctivite; il y a du pus dans les culs-de-sac.

A partir de ce jour tout revint graduellement à l'état normal et P... put sortir de l'hôpital, guéri, le 5 octobre. Il n'y a eu aucun symptôme de paralysie.

On voudra bien remarquer que dans le cas qui vient d'être rapporté, la balle n'a pas été extraite; la blessure a été délicatement sondée avec un simple stylet.

En cherchant minutieusement, en agrandissant le trajet il eut été facile de trouver la balle et le chirurgien aurait eu la satisfaction et la gloriole d'avoir fait avec art une opération délicate, mais le malade, lui, y aurait-il gagné?

Une hémorrhagie assez abondante avait eu lieu dans le fond de l'orbite immédiatement après l'accident, qui avait refoulé l'œil en dehors; il y avait déjà exophthalmie lorsque le malade est entré à l'hôpital. Était-il de saine pratique d'aller avec les instruments à la recherche de la balle? certainement non; les lésions causées par cette recherche auraient été bien plus graves que la présence de la balle ne pouvait l'être.

D'après la direction du sillon qu'il y avait sur la peau du nez, nous pouvions conclure que la balle était logée dans la *paroi externe* des os qui constituent la cavité orbitaire, pour arriver là, il fallait passer en arrière du globe oculaire, et risquer de blesser le nerf optique, les vaisseaux etc. Prenant en considération ces dangers, nous nous sommes abstenus d'intervenir sur le moment; réservant toutefois notre liberté d'action pour le moment où la suppuration devait se déclarer et faciliter l'intervention. Mais grâce aux applications antiphlogistiques, à la diète sévère etc., il n'est pas survenu de suppuration. La guérison a suivi une marche lente mais régulière.

Quelles conclusions devons-nous tirer de ce cas? C'est que trop souvent, dans ces cas de blessure par armes à feu, l'intervention chirurgicale est trop hâtive et trop hardie. On ne mesure pas assez les désordres qui peuvent résulter des recherches, des débridements etc.

La balle qui avait probablement pénétré dans la paroi osseuse de l'orbite, y est restée enchassée, elle s'est enkystée, et le sang répandu en arrière de l'œil s'est resorbé et tout a rentré dans l'ordre.

Le chirurgien a sans doute été privé d'un trophée, son habileté opératoire a été lésée; mais d'un autre côté il a l'extrême satisfaction ce qui doit toujours guider ses actes d'avoir obtenu un grand bien avec très peu de dépens pour le malade.

Quand il s'agit d'aller chercher un corps étranger dans une cavité ou dans un organe important, l'abstention vaut mieux que l'intervention, dans la grande majorité des cas.

Hémoptisie.—D'après le Dr Brown, l'ergot est le meilleur agent auquel nous puissions avoir recours dans le traitement de l'hémoptisie. Il l'administre sous forme d'extrait fluide à dose de 1 drachme tous les quarts d'heure jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait cessé, et continue ensuite à doses fractionnées. Dans les cas où l'estomac est irrité, il administre l'ergotine en injections hypodermiques ou anales. Si l'ergot reste sans effet, le Dr B. emploie l'acide gallique de préférence aux autres hémostatiques, et le combine à l'acide sulfurique aromatique.—*Medical Brief.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la tuberculose parasitaire (1).—Clinique de M. DEBOVE à l'hôpital de la Pitié.—La bacille peut pénétrer par effraction de la peau, les expériences de Villemain en ont montré la possibilité. Les médecins qui font des autopsies, les garçons d'amphithéâtre y sont exposés; on a invoqué cette cause pour Laënnec, qui succomba phthisique, alors que plusieurs années avant il s'était fait une piqûre anatomique. Il faut ajouter que Laënnec, pour faire ses admirables travaux sur la tuberculose, dut vivre pour ainsi dire dans un foyer de contagion tuberculeuse, et que, chez lui, tous les modes de contagion pourraient être invoqués. C'est à ce point que si ce grand médecin n'avait pas été phthisique, une semblable immunité pourrait presque être invoquée comme un argument contre la doctrine de la contagion.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que la contagion à la suite d'une plaie cutanée est chose exceptionnelle.

Il est une autre voie, bien plus fréquemment suivie par le bacille, c'est la voie pulmonaire, et les crachats des phthisiques peuvent être considérés comme l'élément habituel de cette contagion.

Les crachats, en effet, contiennent les bacilles, et ceux-ci se retrouvent dans la poussière qui résulte de leur dessèchement. L'action de ces crachats est d'autant plus efficace, que le bacille qu'ils renferment présente une résistance très grande. On a pu donner la tuberculose en inoculant de la poussière de crachats desséchés depuis plus d'un mois.

Tappeiner a enfermé des chiens dans des cages étroites, dans lesquelles arrivait de l'air chargé de cette poussière provenant de crachats tuberculeux. Ce résultat est d'autant plus intéressant, que le chien est un animal qui ne devient que très difficilement tuberculeux: il faut pour cela une dose de poison considérable.

On a dit, il est vrai, que ces poussières de crachats agissaient comme une poussière inorganique quelconque, qu'elles produisaient des nodules pseudo-tuberculeux, et non pas du tubercule véritable. A cela, je répondrai que la tuberculose produite par une poussière quelconque ne se généralise jamais, tandis que la tuberculose qui résulte de l'action des poussières de crachats se généralise.

Les garde robes contiennent, elles aussi, des bacilles, mais c'est là un mode de contagion très accessoire par rapport au précédent.

Un autre mode de contagion consiste dans l'ingestion de matière tuberculeuse. Chauveau a fait ingérer ce produit à des génisses vivant en liberté et chez lesquelles, par conséquent, la tuberculose est tout à fait exceptionnelle; ces génisses sont devenues tuberculeuses et en sont mortes.

Ce fait, vous le comprendrez sans peine, a une grande importance au point de vue de l'hygiène. Sans doute, on ne connaît pas d'exemple de contagion chez l'homme par les voies digestives, mais il n'en est pas moins vrai que ces faits doivent nous tenir en garde, et il faut

(1) Voir la livraison d'octobre.

éviter autant que possible de se nourrir de viscères des animaux de boucherie, parce que c'est dans ces viscères que se dépose la matière tuberculeuse. Je ne serais même pas éloigné de croire que si la tuberculose, par ingestion de substance tuberculeuse, est si rare chez l'homme, cela résulte surtout de ce fait, que nous ne nous nourrissons guère que des muscles des animaux de boucherie; or, fort heureusement, la matière tuberculeuse ne siège qu'exceptionnellement dans les muscles.

On a dit que le lait de vaches tuberculeuses pouvait rendre tuberculeux. Ce fait, s'il était démontré, aurait une grande importance, car les vaches qui fournissent le lait à Paris, sont presque toutes tuberculeuses. Aussi, dans le doute, vous engagerai-je à éviter l'usage du lait cru, et à ne vous servir, autant que possible, que du lait bouilli.

Un autre mode de contagion possible sur lequel M. Verneuil attirait l'attention, c'est la contagion par les voies génitales, par le coït. On cite des exemples, qui paraissent authentiques, de tuberculose débutant par le testicule, chez des individus qui auraient eu la blennorrhagie à la suite d'un coït avec une femme tuberculeuse.

Les orchites tuberculeuses débutant à la suite d'une blennorrhagie sont connues depuis longtemps; il est vrai qu'on les expliquait autrement que par le fait d'une contagion tuberculeuse; on disait que l'orchite chez les individus, d'ailleurs prédisposés, devenait facilement tuberculeuse, tout comme chez ces mêmes individus les bronchites vulgaires se transformaient en bronchite tuberculeuse.

Aujourd'hui que nous savons que l'intervention d'un parasite est nécessaire pour que le tubercule se développe, cette ancienne explication n'est plus admissible, et la contagion directe, le passage de bacilles dans l'épididyme et leur développement ultérieur, rend bien mieux compte des faits observés.

Il faut reconnaître toutefois que ce n'est encore là qu'une hypothèse, qu'il est malheureusement impossible de vérifier par des expériences analogues à celles qui ont été faites pour les autres modes de contagion.

Il me reste maintenant un dernier point à examiner. Je dois répondre à une objection que chacun de vous, sans aucun doute, s'est faite à lui-même, et qui est la suivante :

Puisque la contagion est l'unique cause de la phthisie, comment donc se fait-il que tout le monde ne soit pas phthisique? Tous, tant que nous sommes, nous vivons au milieu de phthisiques sans le devenir. Nous autres, médecins, en particulier, qui, par profession, sommes en rapport constant avec des phthisiques, comment se fait-il que nous ne soyons pas tous poitrinaires?

C'est une question que nous allons examiner.

Dans la précédente leçon, je vous ai montré que la phthisie pouvait être considérée comme une maladie essentiellement contagieuse. Comme à cette affirmation on ne manque pas d'objecter que nous ne sommes pas tous phthisiques, alors cependant que tous sans exception — dans les grandes villes du moins — nous sommes exposés à la contagion, je vais essayer de vous montrer que cette objection n'est pas fondée.

Je vous répondrai, tout d'abord, que le nombre des phthisiques est considérable; d'autant plus considérable que l'on est plus exposé à la contagion, et c'est là un premier argument qui n'est pas sans valeur.

Rappelez-vous l'histoire de nos malades, et voyez ce qui se passe

dans les grandes villos, dans les ateliers; examinez surtout l'influence hospitalière.

Je vous ai cité quelques cas démontrant l'efficacité de cette dernière influence. Je pourrais vous en citer bien d'autres.

Je pourrais vous citer tous les paraplégiques, les ataxiques, les rhumatisants, et d'une façon générale tous ces malheureux atteints d'affections chroniques qui sont obligés à un long séjour à l'hôpital. La fréquence de la tuberculose, chez tous ces individus atteints d'affections n'ayant aucun rapport entre elles, est un fait bien connu que l'on a cherché à expliquer de mille manières. Ne croyez-vous pas que l'explication la plus rationnelle est celle que je vous propose: le séjour dans un milieu essentiellement contagieux?

Voyez encore ce qui se passe dans l'armée. Les soldats sont choisis parmi les jeunes gens les plus robustes de la population; eh bien, cependant, l'armée fournit à la phthisie un nombre de victimes bien plus considérable que la population civile de même âge.

Ce que je dis des hôpitaux et de l'armée, je puis le dire aussi des ateliers, des pensionnats. Plus les individus sont agglomérés, plus grand est le contingent qu'ils fournissent à la phthisie. Par contre, plus la population est disséminée, plus la phthisie est rare. La phthisie, vous le savez, est tout à fait exceptionnelle dans les campagnes. Elle est tout à fait exceptionnelle aussi chez les populations nomades qui se déplacent continuellement.

Ce qui est vrai pour l'homme est vrai aussi pour les animaux. Les animaux qui vivent à l'état de liberté sont rarement phthisiques. Par contre, les vaches qui vivent dans les étables parisiennes deviennent facilement phthisiques. On a prétendu que cette fréquence de la tuberculose des vaches parisiennes résultait de la lactation prolongée et forcée à laquelle elles étaient soumises, au déperissement résultant du manque d'air et d'exercice; mais je vous ai déjà dit que l'influence de ces causes banales était plus qu'hypothétique et que la contagion rendait bien mieux compte des phénomènes observés.

Une observation de même ordre que les précédentes, qui, si elle était absolument authentique, serait péremptoire, c'est la constatation de ce qui se serait passé dans certaines îles du Pacifique, après qu'elles sont entrées en communication avec nous. La phthisie, qui était inconnue avant l'apparition des Européens, serait devenue fréquente depuis que nous avons des rapports constants avec les habitants de ces îles.

Cet argument, tiré de la fréquence de la maladie, dans certaines conditions déterminées, n'est pas le seul que l'on puisse opposer aux auteurs qui font valoir l'immunité d'un grand nombre d'individus journellement exposés à la contagion.

Il ne faut jamais oublier, en effet, que, dans le développement d'une maladie parasitaire, quelle qu'elle soit, il y a toujours deux termes que l'on ne peut séparer l'un de l'autre: il y a d'une part, le parasite, organe essentiel de la contagion, et d'autre part, le terrain sur lequel il vient se greffer. Sans parasite, pas de tuberculose, cela est certain; mais il peut se faire que ce parasite ne se développe pas, lorsqu'il tombe sur un milieu de culture défavorable.

Diverses circonstances exercent sur l'organisme une influence mal connue, mais incontestable, qui le place dans des conditions telles que les bacilles, introduits par le mécanisme de la contagion, peuvent s'y développer facilement.

Ce sont ces circonstances qu'il est de la plus haute importance de connaître, puisque, sans leur intervention, il n'y a pas de contagion possible.

C'est tout d'abord l'alimentation; le rôle qu'elle joue au point de vue qui nous occupe est tel, que, pendant longtemps, on a cru, beaucoup d'auteurs croient encore aujourd'hui, que cette cause suffit à elle seule pour produire la phthisie.

C'est à l'insuffisance de l'alimentation qu'il faut attribuer la fréquence de la phthisie chez les malades atteints de rétrécissements de l'œsophage, d'ulcère simple de l'estomac, de diarrhée chronique, d'anorexie hystérique.

Je puis vous citer à propos de cette dernière affection, l'histoire de deux femmes malades, qui me paraît intéressante, car elle apporte un appui nouveau à la doctrine de la contagion.

Ces malades avaient, l'une et l'autre, une répugnance invincible pour toute espèce de nourriture; elles ne pouvaient rien manger et en étaient arrivées au dernier degré d'émaciation.

L'une d'elles, qui habitait Paris, vint nous trouver à l'hôpital et y resta pendant assez longtemps en traitement.

Les efforts que nous fîmes contre son anorexie furent vains et la malade succomba, mais elle succomba phthisique.

La seconde était une campagnarde qui vint me consulter, puis retourna dans son pays. Son état était identique à celui de la première, et comme elle, elle succomba. Mais avant de mourir elle ne présentait aucun signe de tuberculose; un jour, elle eut un éblouissement, une syncope, et s'éteignit à peu près comme une lampe qui manque d'huile. Je crois que si cette seconde malade eut été traitée à l'hôpital, elle serait morte phthisique comme la première.

L'alimentation peut être insuffisante d'une manière relative. C'est le cas des individus surmenés qui, faisant un travail excessif, n'ont pas une alimentation en rapport avec l'exagération de leur travail. C'est le cas également des enfants qui grandissent trop vite.

La grossesse, la lactation, connues de tout temps comme de puissantes causes prédisposantes de phthisie, n'agissent pas autrement. Il en est de même du diabète qui, comme vous le savez, se complique souvent de phthisie pulmonaire.

Quant un diabétique boit et mange bien, qu'il répare, par l'excès de son alimentation, ses pertes exagérées en sucre et en azote, il se porte bien, ses poumons restent normaux. Mais que cette suralimentation fasse défaut, qu'il perde l'appétit à la suite d'un trouble gastrique parfois léger, il maigrit et devient phthisique.

On a voulu faire de la phthisie diabétique une phthisie à part, c'est une erreur, dans l'immense majorité des cas, du moins. On trouve des bacilles chez les phthisiques diabétiques comme chez les autres malades.

Toutefois, Riegel affirme que ces bacilles font quelquefois défaut, et que, dans ces cas, on trouve une ulcération pulmonaire n'ayant aucun rapport avec la phthisie. La chose est possible, mais elle aurait besoin d'être vérifiée par d'autres observations.

L'air confiné, ce que M. Peter appelle l'alimentation insuffisante par l'air, joue un rôle analogue.

Le séjour dans les casernes, les ateliers, en un mot toutes les ag-

mérations d'individus, sont incontestablement une cause prédisposante à la phthisie; mais, comme dans ces conditions la contagion s'exerce de la manière la plus efficace, il est assez difficile de faire le point de départ de ce qui est propre à chacune de ces causes.—*Tribune médicale.*
(à suivre.)

Traitement de la migraine, par W. J. MORRIS, M.D.—Communication à l'Association Américaine de Neurologie.—Il règne encore une telle confusion dans nos connaissances au sujet de la thérapeutique de la migraine qu'il est difficile d'en énumérer d'une manière satisfaisante les divers modes de traitement. Il est vrai qu'il n'y a peut être pas deux praticiens qui traitent cette maladie d'une manière tout-à-fait semblable. Le fer, la quinine, l'arsenic, l'opium, l'ergot et l'huile de foie de morue comptent parmi les médicaments les plus employés. L'un vante la caféine, l'autre le guarana. Quelques-uns emploient le chanvre indien, d'autres le nitrite d'amyle. Celui-ci a recours à l'électricité et à l'hydrothérapie, celui-là administre la pepsine, le charbon, les alcalis, les amers et les cathartiques.

Je ne prétends pas apporter ici des données nouvelles au sujet de cette maladie, ni suggérer de nouveau remède ou de nouvelle méthode de traitement; je veux seulement rassembler les faits acceptés par tous les observateurs et, me basant sur la théorie vaso-motrice de la maladie, vous exposer rapidement les moyens thérapeutiques mis à notre disposition.

Les symptômes de la migraine peuvent trouver leur explication dans la contraction tétanique de la couche musculaire des vaisseaux du côté malade. Dans ces cas, l'apparence cordée de l'artère, l'enfoncement de l'œil, la dilatation pupillaire et la douleur, tous symptômes siégeant du côté malade, donnent raison à cette théorie. Ces symptômes indiquent un état de spasme des vaisseaux sanguins qui peut être produit par l'irritation du sympathique cervical. A l'appui de cette théorie de l'ischémie artérielle, il y a le fait que la pression exercée sur le côté malade est douloureuse, et que le fond de l'œil du côté affecté est pâle, tandis que celui du côté sain est de couleur normale.

Berger a rapporté en 1874 un exemple de la variété dite paralytique. Son malade, âgé de 45 ans, présentait tous les symptômes caractéristiques de la migraine, plaque rouge au-dessus du sourcil droit, s'étendant graduellement à toute la joue du même côté; congestion de l'oreille externe et finalement de tout ce côté de la face. Le malade éprouvait une sensation de chaleur intense dans la partie congestionnée, surtout dans l'oreille. Dans des cas rares de cette forme, les symptômes précédents disparaissent au bout de dix ou quinze minutes, puis survient une attaque de migraine qui dure trois ou quatre heures.

Erb a appliqué à ces deux formes de migraine les termes d'*angio-spasme* et de *paralyse angio-motrice*. Nous avons donc dans la théorie vaso-motrice une explication des phénomènes cliniques en même temps que des données de la physiologie expérimentale. La dilatation ou la contraction des artères, correspondant à un état semblable des parties externes, ainsi que certains phénomènes caractéristiques du côté du fond de l'œil, forment, si on les réunit, un groupe de symptômes semblables à ceux que l'on constate dans la maladie analogue du système vaso-moteur. Une des causes d'erreur les plus fréquentes dans le diagnostic

de cette maladie réside dans le fait que, se fiant trop aux dires du malade, le médecin prend la rougeur secondaire qui, dans la forme spasmodique, fait suite au spasme artériel primitif, pour la rougeur initiale de la forme paralytique. On doit se rappeler que la rougeur ou la pâleur initiale peut durer cinq minutes, et cependant être suivie d'une céphalalgie qui persiste durant vingt-quatre heures. Le fait est que la condition primaire, spasmodique ou paralytique, se continue pendant la période de prodromes et la période ultime. Il devient donc assez facile de comprendre contre laquelle de ces deux formes il faut diriger notre traitement. Quelques auteurs ont prétendu que, de même que dans la forme spasmodique le spasme fait place au bout d'un certain temps à un relâchement vasculaire, de même, dans la forme paralytique, la dilatation vasculaire est suivie de spasme et d'ischémie. La période initiale dans la forme paralytique est bien caractérisée et peut servir de type. Sur trente-cinq cas privés, je ne puis en trouver que six d'angio-paralysie. Il est généralement admis, je crois, que la forme spasmodique est la plus fréquente. C'est pourquoi nous allons en étudier le traitement tout d'abord.

J'ai constaté que ce qui réussit le mieux contre cette forme est l'administration du bromure de sodium à dose d'une drachme dès le début et répétée au bout d'une heure et demie si l'attaque ne cède pas. J'ai rarement vu le bromure manquer son effet et ne pas produire un soulagement immédiat. Le malade doit suivre un cours de bromure et en prendre dix grains trois fois par jour, et cela pendant trois ou six mois. L'huile de foie de morue et les préparations de fer peuvent être employées en même temps. Dans le cas où le diagnostic a été établi d'une manière positive, on obtiendra à coups sûrs un bon résultat suivant, moi, soit la guérison complète, soit une amélioration équivalant à une guérison. Ne font exception à cette règle que les cas de migraine invétérée existant généralement depuis l'enfance, et comparables dans leur résistance à tout traitement à des cas d'épilepsie chronique.

Je sais qu'il y a un préjugé bien établi contre le traitement par les bromures, vu les effets déprimants de ceux-ci sur l'économie. Je crois que ceci ne s'applique qu'au bromure de potassium. L'expérience clinique est là pour prouver que de fortes doses de bromure de sodium peuvent être tolérées durant des mois entiers sans qu'il se montre aucune éruption cutanée et sans que la santé générale devienne en souffrance. Bien au contraire, un malade ainsi traité prend de l'embonpoint, mange bien et a un bon teint. Par exemple, M. B., traité pour de l'épilepsie, a pris 90 grains de bromure de sodium par jour durant un an et est tout florissant de santé. Un autre, M. L., en a pris 180 grains par jour, à dose d'une drachme, pendant trois mois, pour se guérir d'une insomnie, sans avoir la moindre éruption, pustule, papule et sans qu'il se produisit de diminution dans la santé générale. Il mange et dort bien et a gagné en poids.

Ces exemples ne sont rapportés ici que pour faire voir combien est peu fondé le préjugé que l'on a contre le bromure de sodium. Dans le traitement de la migraine, les légers effets adynamiques du bromure sont au reste combattus par l'usage des toniques, de l'huile de foie de morue, etc.

Une autre objection que l'on a faite aux bromures est qu'ils tendent à diminuer la masse du sang contenue dans le cerveau. Alors, pour

« quoi s'en servir dans la migraine spasmodique puisqu'il y a déjà de l'anémie? Personne n'ignore probablement que les bromures ont pour effet de diminuer la masse du sang en circulation dans le crâne.

Je réponds à cette objection en disant que, dans la forme spasmodique, quelque paradoxale que soit cette idée, le bromure augmente la quantité de sang dans le cerveau. Il fait cela probablement en diminuant l'excitabilité du système vaso-moteur. Il s'en suit que les vaisseaux se relâchent et il s'établit une circulation plus uniforme là où il y avait asthénie locale. Cette manière de voir est corroborée par le fait (dont tous peuvent s'assurer) que vingt ou trente minutes après l'administration d'une forte dose de bromure de sodium, la pâleur fait place à la coloration normale de la face.

La propriété qu'ont la nitro-glycérine et le nitrite d'amyle de faire cesser les spasmes a suggéré l'emploi de ces deux agents dans le traitement de la forme spasmodique. Il est certain que des accès de migraine spasmodique ont souvent été soulagés par le nitrite d'amyle, mais il n'en est pas moins vrai, comme le prétend Erb, que ces effets ont été transitoires. Pour cette raison il vaut mieux se servir de la nitro-glycérine dont l'action est plus permanente.

Dans quelques cas, la nitro-glycérine est remarquablement efficace. Ainsi, Mlle D., âgée de 30 ans, a souffert de céphalalgie durant ces six dernières années, ayant quelquefois huit ou dix accès par jour. Elle se sentait nerveuse après chaque accès. Je lui ai administré deux gouttes d'une solution de glonoïne au 100^e. Le remède produisit la même céphalalgie caractéristique qui s'effaça au bout de vingt minutes, et l'attaque cessa. Depuis, cette malade a pris une goutte de la solution, trois fois par jour, sans aucun retour de la céphalalgie.

Les recherches récentes du Dr Matthew Hay ont fait voir que l'action de ce remède dépend de son dédoublement en acide nitreux en présence d'un alcali. Il s'ensuit donc que si les liquides de l'estomac ont une réaction alcaline, la nitro-glycérine passe inaltérée dans le sang où elle se décompose plus lentement. Il est de mode de donner le remède avant les repas, mais l'observation clinique montre que l'on obtient de meilleurs effets en l'administrant après les repas. La dose de nitro-glycérine peut être accrue graduellement de une à six gouttes (solution au 100^e) trois fois par jour. La glonoïne soulage donc la forme spasmodique de la migraine. Le bromure de sodium et la glonoïne peuvent être usités à la fois dans le même cas, le bromure avant et la glonoïne après les repas.

Le diagnostic de la forme angio-paralytique étant fait, il est évident qu'il faut employer les moyens nécessaires pour donner du ton aux parois artérielles relâchées. On atteint ce but par l'emploi de la strychnine donnée à doses croissantes. Le principal médicament indiqué ici est l'ergot, qui produit un spasme des vaso-moteurs, et, de même que dans la forme spasmodique de fortes doses de bromure peuvent être prescrites pour faire avorter l'accès, de même dans la forme paralytique j'ai administré de fortes doses d'ergot, soit par la bouche soit par la voie hypodermique. J'ai eu l'intention de traiter de cas actuel au moyen du cautère actuel appliqué à la nuque et du courant électrique. Il est reconnu que l'application du cautère actuel à la nuque produit une contraction des vaisseaux sanguins; l'on met ce moyen à contribution dans le traitement de la céphalalgie vasomo-

trice ordinaire, ainsi que dans celui de l'hémicranie ou de l'hémicéphalalgie. Les expériences minutieuses de Lowenfeld semblent prouver que le courant ascendant produit la dilatation des capillaires et des artères du cerveau, tandis que le courant descendant produit la contraction de ces vaisseaux; de sorte que si le pôle positif est placé sur un côté de la tête tandis que le pôle négatif l'est sur le côté opposé, et si l'on observe bien les membranes, Lowenfeld dit que le pôle positif (courant descendant) produit la dilatation des vaisseaux tandis que le pôle négatif (courant ascendant) en amène la contraction. *New York Medical Gazette.*

Diagnostic précoce de la maladie de Bright.—Le Dr T. A. McBride vient de publier un travail sur cet important sujet, travail qui se résume dans les conclusions suivantes :

1^o Le diagnostic de la maladie de Bright chronique peut être fait avec beaucoup de certitude, après un examen sérieux et attentif de tous les symptômes que présente cette maladie; l'on tire beaucoup de renseignements de l'état de la tension artérielle du cœur et des vaisseaux, de la quantité d'urine sécrétée et de sa gravité spécifique, des troubles de la nutrition et des complications qui existent.

2^o Il est très possible de reconnaître l'existence de la maladie de Bright chronique avant que l'urine présente les troubles ordinaires à cette maladie, avant que l'œdème, l'anasarque ou l'urémie se produisent. Lorsque cette altération du rein existe, la gravité spécifique de l'urine est de 1020 à 1036; elle renferme constamment des dépôts abondants d'oxalate de chaux, d'acide urique cristallisé avec des cylindres hyalins et de la matière granulaire. Le plus souvent, elle ne contient pas d'albumine. La tension artérielle est augmentée ainsi que l'intensité du second bruit aortique; quelquefois il y a un commencement d'hypertrophie du ventricule gauche et souvent un murmure aortique ou mitral. On rencontre invariablement un catarrhe gastrique, bronchique ou naso-pharyngien. L'emphysème pulmonaire, la bronchite, la pneumonie et l'hémorrhagie cérébrale sont des complications fréquentes. La part de l'hérédité est remarquable; on ne doit pas l'oublier dans le diagnostic.

3^o Il paraît exister une prédisposition à cette maladie, et cela en raison des symptômes suivants: l'hérédité, la présence, comme règle, d'une urine dont la gravité spécifique est plus élevée qu'à l'état normal et contenant souvent des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique avec des cylindres hyalins et de la matière granulaire, la présence occasionnelle de l'albumine pendant quelques jours, une tension artérielle augmentée de temps à autre, des altérations du cœur par suite de l'augmentation de la tension artérielle, l'apparition d'un catarrhe quelconque et de l'emphysème.—*Columbus Medical Journal.*

Tremblement et vératrine.—Le Dr FERIS, de Brest, recommande l'emploi de la vératrine dans le traitement du tremblement lié à la sclérose en plaques, à l'alcoolisme et aux états adynamiques. La dose serait de $\frac{1}{100}$ gr. quatre fois par jour.—*Cincinnati Lancet and Clinic.*

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Le péritoine.—Ses propriétés au point de vue chirurgical.—
Leçon clinique de M. TERRILLON, à la Salpêtrière (1).

Wagner a démontré dans un travail récent que l'on ne se préoccupait pas généralement assez, dans les opérations où l'on ouvrait la cavité abdominale, de la pression intra-abdominale.

Cette pression qui, normalement, est équivalente à quelques millimètres de mercure, diminue pendant et après l'opération dans une proportion sensible; l'importance de cette pression est cependant considérable, car, d'une part, elle empêche les liquides de s'épancher trop facilement dans la cavité péritonéale et, d'autre part, elle facilite la résorption de ceux qui se seraient déversés dans la séreuse. Vous voyez donc combien il est utile d'établir une compression énergique après l'opération au moyen d'une épaisse couche de ouate et d'une ceinture de corps bien appliquée. Cette constriction énergique de l'abdomen est toujours recommandée après les opérations abdominales, principalement quand on a enlevé une tumeur volumineuse comme un kyste de l'ovaire.

Vous trouvez encore, dans cette pratique, un moyen de prévenir la transsudation des liquides qui se fait à la surface des plaies intra-péritonéales, liquides qui pourraient subir les phénomènes de la putridité, si malgré vos soins ils se trouvaient mélangés avec des substances nuisibles.

Pour atteindre le même but, c'est-à-dire pour prévenir la production ou l'exhalation secondaire des liquides putrescibles, vous devez, dans quelques circonstances, cautériser les plaies où même les pédicules des tumeurs que vous enlevez, soit au fer rouge, soit au perchlorure de fer. Le feu substitue une surface sèche à une surface humide et prévient aussi l'exhalation que vous devez tant redouter.

Nous avons assez parlé de l'absorption péritonéale: étudions maintenant la troisième des propriétés que j'assignais en commençant à notre séreuse. Je veux dire l'*inflammation* si facile à provoquer. Cette étude est capitale et je vous demanderai de me laisser y insister tout spécialement.

Ce n'est pas exagérer la vérité que de dire que le péritoine est peut-être la partie la plus inflammable de l'économie. Il suffit d'une irritation parfois très minime pour provoquer ici une réaction inflammatoire intense.

Je ne veux pas entrer dans les détails relatifs au mécanisme de l'inflammation et aux modifications qu'elle provoque du côté des cellules épithéliales du péritoine. Cette étude est faite très complètement dans vos livres classiques et vous la trouverez principalement complète dans le manuel d'histologie de MM. Cornil et Ranvier.

Nous ne nous occuperons ici que des caractères anatomiques grossiers, ceux qui nous rendent compte des phénomènes faciles à constater à l'œil nu, mais en insistant spécialement sur les vérités cliniques que vous pourrez rencontrer.

En effet, cette inflammation péritonéale n'est pas toujours identique

{1} Suite et fin. Voir la livraison d'octobre.

à elle-même, et elle présente des degrés qui méritent d'être distingués les uns des autres.

Elle peut être, d'après son origine ou son intensité, *adhésive*, *exsudative* ou *purulente* : je laisse de côté pour l'instant l'inflammation septique.

L'inflammation *adhésive* est celle qui nous intéresse le plus à cause de son caractère d'utilité qu'aucun chirurgien ne doit méconnaître.

Vous savez que deux surfaces péritonéales adossées l'une à l'autre adhèrent bientôt ensemble et se confondent par inflammation ; Jobert (de Lamballe) a démontré que dans les sutures de l'intestin il fallait faire en sorte que les surfaces péritonéales fussent adossées ; aussi pratique-t-on toujours les sutures dans ce cas en intéressant le péritoine.

C'est encore grâce à cette inflammation adhésive que les liquides épanchés se trouvent enkystés dans le péritoine. Vous savez que le même phénomène se passe du côté de la plèvre.

Or, c'est cette inflammation que les chirurgiens ont mise à profit dans certains modes de traitement du pédicule des kystes de l'ovaire ou après l'ablation d'autres tumeurs abdominales.

Il existe, vous ne l'ignorez pas, deux méthodes de traitement du pédicule : ou bien on le fixe en dehors, ou bien on l'abandonne dans la cavité péritonéale.

Dans le premier mode il arrive simplement que la partie du pédicule située au-dessus de la ligature se mortifie et tombe, mais je ne vous rappelle ce fait que pour mémoire, car c'est seulement du second mode de traitement que je veux m'occuper.

Là, point de mortification : mais que se passe-t-il ? Au bout de quelques heures (et c'est ce que nous ont appris soit les autopsies, soit les faits expérimentaux.) on voit qu'une exsudation péritonéale a recouvert le fil et la partie supérieure du pédicule de fausses membranes molles, et que le moignon ainsi encapuchonné adhère à quelque viscère abdominal ; ces adhérences molles s'organisent rapidement, des vaisseaux se forment dans leur épaisseur, et bientôt une circulation active unit le pédicule au viscère sur lequel il s'est fixé. Le fil à ligature qui étrennait le pédicule est dissocié et résorbé, ou du moins enkysté, s'il n'est pas susceptible d'être résorbé. Vous voyez donc combien l'inflammation adhésive nous vient en aide dans le traitement intra-péritonéal du pédicule.

De l'inflammation *exsudative* je vous dirai peu de chose : elle produit un liquide fibrineux riche en globules, qui est susceptible de résorption rapide, mais qui peut aussi persister comme dans une ascite ou subir des mortifications morbides, en devenant purulent ou putride.

L'inflammation *purulente* qui s'accompagne toujours d'une production plus ou moins marquée de fausses membranes est ou localisée ou généralisée : je n'insiste pas, car j'ai hâte d'en venir à la description clinique de la péritonite consécutive aux opérations de la chirurgie abdominale. Cette péritonite peut revêtir différents aspects, différentes formes, qu'on peut grouper sous quatre titres. La péritonite est ici tantôt septique, tantôt aiguë, tantôt chronique ; enfin elle peut être purulente, et il existe une dernière forme clinique singulière sur laquelle j'insisterai ; c'est ce que M. Gubler a décrit le premier sous le nom de *péritonisme*.

La péritonite à forme septique vous est déjà connue dans sa cause et

dans son mode de production: elle est consécutive à l'absorption de liquides septiques intra-péritonéaux. Elle suit de près l'opération et évolue avec rapidité.

Le facies s'altère: il prend cet aspect si caractéristique connu en clinique sous le nom de facies péritonéal; le pouls est petit, la respiration s'accélère; la soif est vive: la malade a de la tendance au refroidissement. Ces phénomènes se montrent dans les 8 à 10 premières heures; la température, qui s'élève parfois au début dans les environs de 40°, descend bientôt au-dessous de la normale.

Les urines sont foncées, le ventre se ballonne: les vomissements surviennent, bilieux, verdâtres, se produisant sans aucun effort et comme par régurgitation: la mort est le plus souvent fatale en 24 ou 48 heures.

La péritonite aiguë simple survient, au contraire, vers le 2^e ou 3^e jour; elle se développe presque sans douleur, sans orage: le tableau clinique est du reste le même, mais ses traits principaux se dessinent moins rapidement: la malade succombe en 2 ou 3 jours.

La péritonite purulente n'est autre chose qu'un mode et une conséquence de la péritonite aiguë: elle évolue souvent lentement avec des phénomènes presque nuls; il y a refroidissement des extrémités, inappétence, altération du facies sans grande douleur abdominale: la mort survient fatalement quoique plus tardivement que dans la forme précédente.

La forme chronique est surtout caractérisée par les phénomènes assez obscurs d'obstruction intestinale survenant au bout de plusieurs heures et aboutissant parfois à l'occlusion et à l'étranglement interne parfaitement caractérisés; il s'est fait pendant tout ce temps un travail d'organisation sans réaction vive.

Quant au *péritonisme*, Gubler a désigné sous ce nom un ensemble de phénomènes douloureux et réactionnels succédant à l'irritation du péritoine. Le tableau clinique est des plus inquiétants: les douleurs sont intenses, les vomissements répétés; mais tout cet appareil si terrifiant se calme par l'application de glace sur le ventre et l'administration d'opium à l'intérieur: et toute trace disparaît bientôt entièrement.

Le péritonisme est donc pour nous un précieux enseignement; il nous prouve que dans la pathologie du péritoine il n'y a pas de corrélation directe entre la gravité des lésions et celle des symptômes qui traduisent ces lésions au dehors. Cette notion qui n'est pas toujours suffisamment répandue a une grande importance, surtout après les opérations portant sur l'abdomen, car il n'est pas rare de voir des malades qui ont pendant les premières heures ou les premiers jours après l'opération des symptômes effrayants en apparence, mais peu graves en réalité.—*Progrès médical.*

Traitement du sac dans la kélotomie.—Le *Weekly Medical Review* reproduit du *British Medical Journal* les remarques suivantes du Dr. McGill à ce sujet: Deux manières de procéder s'offrent au chirurgien: 1^o laisser le sac ouvert et n'y pas toucher, ou 2^o le fixer de façon à fermer la cavité péritonéale. La première méthode est la plus généralement enseignée et employée, mais si on tient compte des progrès accomplis par la chirurgie abdominale, je ne vois pas pourquoi la cavité péritonéale ne serait pas fermée dans tous les cas. Quatre pro-

cédés différents permettent d'obtenir ce résultat. 1^o Les bords de la plaie péritoneale peuvent être compris dans la même suture avec la peau et rapprochés du même coup. 2^o Les lèvres du sac peuvent être détachées des tissus qui les recouvrent et réunies avec du catgut, un second rang de sutures étant appliqué à la peau. 3^o On peut enlever le sac après avoir appliqué une ligature à son collet. 4^o Enfin, le collet peut être ligaturé et le sac laissé en place. Le troisième procédé me paraît devoir être choisi de préférence pour deux raisons, parce qu'il ferme parfaitement la cavité abdominale et prévient jusqu'à un certain point le retour de la hernie, en d'autres termes il diminue les risques de l'opération et en améliore les résultats. Il est généralement assez facile de séparer le sac des tissus environnants dans la hernie fémorale, mais dans la hernie inguinale, surtout si elle est grosse et de date ancienne, on peut s'attendre à quelque difficulté. Dès qu'on a isolé le sac on y applique une forte ligature de catgut n^o 3 et on enlève le sac avec des ciseaux. Pendant l'année qui vient de finir, on a pratiqué la kœlotomie 17 fois au *Leeds Infirmary*, l'occlusion de la cavité péritoneale a été pratiquée dans tous les cas où il était possible de le faire. Sur ces 17 cas, 3 eurent un résultat fatal, dans deux cas l'intestin était gangrené au moment de l'opération, et dans le troisième, un enfant âgé de cinq mois, il y eut rupture subséquente de l'intestin à l'intérieur de la cavité abdominale. L'auteur, pendant les quatre derniers mois, a opéré dix fois par l'un ou l'autre des procédés ci-dessus mentionnés, avec deux résultats fatals, chez l'un l'étranglement existait depuis sept jours, il dut réséquer quatre pouces d'intestin, le patient, extrêmement faible au moment de l'opération, mourut quelques heures après. Chez le second cas, une femme âgée de 76 ans, il s'agissait d'une hernie ombilicale étranglée très volumineuse, tout alla bien pendant quinze jours, puis la diarrhée survint, et la malade mourut pendant la quatrième semaine. En réunissant ces deux séries, on a pour résultat de 27 opérations, cinq morts qu'il était impossible d'éviter quelque fut le procédé opératoire mis en usage. Ces statistiques sont donc satisfaisantes et me portent à croire qu'en fermant le sac dans les cas de hernie étranglée, on obtiendra de meilleurs résultats que par le passé.

Traitement de la coxalgie tuberculeuse infantile, par le Dr Simonneaux (thèse de Paris, 1853).

La coxalgie tuberculeuse est une maladie très fréquente chez l'enfant, sérieuse dans ses conséquences, qui demande à être reconnue le plus tôt possible pour que l'intervention soit efficace.

Or : 1^o Il est possible d'en faire le diagnostic au début. Le gêne de la marche, la douleur, la claudication, signes accusés par les enfants ou par les parents, viennent souvent de bonne heure mettre le chirurgien en garde contre la possibilité d'une évolution tuberculeuse du côté de l'articulation coxo-fémorale. Si ces signes éveillent l'attention, ils ne suffisent pas pour faire le diagnostic.

Un examen minutieux de l'enfant, plusieurs fois répété, s'il le faut, la recherche méthodique de la douleur, de la contracture, de l'atrophie de la cuisse, très souvent appréciable, le signe de l'épreuve (Lance-longue) permettent d'affirmer l'existence de l'affection.

2^o Si quelques-uns de ces symptômes appartiennent aussi à la paralysie infantile, à la contracture des adducteurs (Vernenil), à la luxation congénitale, d'autres signes permettent d'en faire le diagnostic.

3^o Tout en reconnaissant la valeur des différents appareils, la gouttière de Bonnet, etc., nous croyons que le meilleur traitement est le traitement par le repos et l'extension continue, et la préférence que nous donnons à l'appareil employé par M. Lannelongue nous paraît justifiée par les succès antérieurs du chirurgien de l'hôpital Trousseau, par la facilité avec laquelle les petits malades le supportent, par la simplicité de son application et le modique prix de revient.

Le critérium de tout appareil bien fait, pour M. Lannelongue, doit être celui-ci : on doit constater par l'examen direct que les mouvements de l'articulation sont aussi étendus que normalement, sans gêne, sans douleur, dans tous les sens. Alors on est réellement sûr que la contracture a cessé. Et, en effet, on ne constate, dans ce cas, ni enswellure, ni allongement des membres, ni aucune flexion.

Cela donné, voici la description de l'appareil que M. Simonneaux a vu employer :

1^o La *contre-extension* est faite sur le tronc de la manière suivante : une ceinture bouclée est appliquée sur le tronc de l'enfant, de façon à passer au-dessous des aisselles ; de cette ceinture partent en arrière deux courroies solidement attachées, qui vont se fixer sur les barreaux du lit en fer sur lequel repose l'enfant : ces courroies sont fixées du côté de la tête, bien entendu.

La ceinture est faite en tissu mou, de manière à ne pas gêner l'enfant, qui la supporte très bien.

2^o Un *bandage en toile* est appliqué sur le tronc, par-dessus la chemise, et ce bandage est construit de telle manière qu'il fixe le tronc de l'enfant dans le sens de la longueur, l'empêchant à la fois de glisser dans le lit, du côté de la tête ou du côté des pieds.

Ce bandage est en toile, il a de 0 m. 30 à 0 m. 40 de large ; il porte sur son milieu une fente qui en permet l'application. Il a 4 ou 5 mètres de long et il est placé de la manière suivante :

La partie qui correspond à la fente qui existe sur le milieu est placée verticalement sur le tronc de l'enfant, en regard du sternum ; puis un de ses côtés fait le tour du corps et vient s'engager dans cette fente, embrassant ainsi le corps de l'enfant qui se trouve compris dans le bandage. Les extrémités sont ensuite dirigées de chaque côté du lit et nouées ensemble sur un des côtés.

Jusque-là, l'appareil est de contention ; mais il présente en outre quatre lacs attachés, deux en haut et deux en bas, qui vont se fixer aux extrémités inférieure et supérieure du lit.

L'appareil étant bien appliqué sur le tronc, il en résulte que celui-ci ne peut ni monter, ni descendre. Dès ce moment, on peut faire sur le membre inférieur une extension qui offre toutes les garanties, car le bassin est intimement fixé au tronc par les bandages précédents. Mais pour que cette extension soit encore meilleure, les deux membres inférieurs sont placés côte à côte dans un bandage semblable au précédent, dépourvu de lacs seulement. Il suffit alors d'attacher un poids au membre inférieur avec une bande ou avec du diachylum. On élève le poids en raison de l'extension que l'on veut obtenir. Il est très important que l'enfant repose complètement à plat sur un matelas dur, ou du moins fabriqué de telle manière qu'il ne puisse pas s'y creuser un trou ; et pour cela, il faut que le matelas soit en crin, fougère ou varech, et surtout capitonné de très près.—*Rev. de thérap. méd. chirurg.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Des anesthésiques pendant le travail.—Les remarques suivantes sur cet intéressant sujet étaient faites dernièrement et soutenues par Thomas Savill devant la Société des médecins anglais du Sud Est.

I. Certaines femmes ont à chaque accouchement tendance aux hémorrhagies, ou bien cette tendance va s'accroissant après plusieurs accouchements : il est bon chez elles de s'abstenir des anesthésiques. Heureusement ce ne sont pas ces femmes qui souffrent le plus, ce sont plutôt celles qui sont vigoureuses, ces primipares solidement bâties, dont le bassin se rapproche par sa conformation de celui de l'homme.

II. Les vomissements répétés pendant une partie de la durée de la grossesse, quelques lésions, soit du côté du cœur, soit du côté des poumons, sont une contre-indication formelle du chloroforme.

III. Jamais il ne faut administrer ce dernier jusqu'à perte complète de connaissance, excepté s'il y a des convulsions ou un spasme du col.

IV. Si le pouls devient faible, la respiration irrégulière, il faut s'arrêter immédiatement.

V. Soupçonne-t-on un cœur atteint de dégénérescence graisseuse, il faut se garder de prudence, non point tant à cause des affections valvulaires le plus souvent compensées par des hypertrophies, mais pour éviter la rupture des parois qui subissent, sous l'influence de la dilatation due au plus grand afflux sanguin pendant les efforts, une pression énorme. Malheureusement ce diagnostic est fort difficile, et l'on n'a guère que des présomptions lorsqu'on se trouve en présence d'un pouls petit, de pulsations cardiaques faibles, à peine perceptibles. On peut en dire autant des attaques de dyspnée, des vertiges, des syncopes, et des œdèmes sans cause apparente.

Les adhérences se reconnaissent plus aisément à la position anormale de la pointe du cœur, au caractère ondulant de son impulsion, à la dépression au lieu de la saillie des espaces intercostaux.

VI. Dès que la tête a atteint le périnée, il faut donner une forte dose d'ergot pour empêcher l'hémorrhagie de survenir, cesser immédiatement le chloroforme, et ranimer la patiente.—*France médicale.*

Valeur diagnostique de l'hémorrhagie utérine après la ménopause.—Le Dr GAILLARD THOMAS pose comme axiome de gynécologie, que chez toute femme qui a normalement cessé d'être menstruée et qui a des hémorrhagies utérines, on doit toujours soupçonner l'existence d'un carcinôme. Les journaux de médecine publient de temps à autre le rapport de cas où certaine femme ayant dépassé la ménopause a recommencé à être régulièrement menstruée ; on ne doit accorder aucune confiance à de pareils rapports, et si on pouvait suivre ces cas, on s'assurerait que, chez presque tous, l'écoulement utérin n'est que l'indice du développement d'une affection maligne. En d'autres termes, il est impossible que les règles reparassent chez une femme qui a physiologiquement atteint la ménopause. Il y a quelque temps, chez une de mes patientes du *Women's Hospital*, âgée de 60 ans, il se déclara une hémorrhagie utérine, et comme je ne pus constater aucune maladie externe, j'introduisis la curette dans l'utérus et en retirai des débris pulpeux que je fis examiner par un micrographe bien connu.

Il me dit que le néoplasme ne présentait aucun caractère de malignité, mais qu'il appartenait à une variété de polype. Pourtant je suis parfaitement convaincu que le micrographe s'est trompé, pour la raison qu'il ne se développe jamais de polype dans l'utérus d'une femme de 60 ans. L'organe à cet âge est complètement atrophié. Chez certaines femmes qui ont dépassé la ménopause vous rencontrerez des néoplasmes qui ont toute l'apparence de tumeurs fibreuses. Ce ne sont pas des tumeurs fibreuses, mais bien des sarcomes.—*N. Y. Med. Journ.—N. Or. Med. and Surg. Journ.*

De l'emploi local des antiseptiques après l'accouchement et l'avortement.—Le Dr GILL WYLIE termine par les conclusions suivantes un article publié dans le *New York Medical Journal*.

Mon but en vous faisant cette communication est : 1° De préconiser l'emploi, comme mesure préventive, des antiseptiques dans tous les cas d'avortement et d'accouchement, et cela pour les mêmes raisons qui en fournissent l'indication dans les plaies pénétrantes et autres blessures graves où le drainage est sinon incomplet au moins lent. 2° De recommander l'emploi fréquent et longtemps continué des injections antiseptiques quand on en a une fois commencé l'usage dans la septicémie puerpérale, et de prouver que trois ou quatre injections vaginales ou intra-utérines par vingt-quatre heures ne sauraient suffire à produire un bien sensible et ne peuvent que jeter du doute sur le meilleur sinon l'unique moyen de prévenir la mort par septicémie. 3° Que même lorsque les douches sont répétées toutes les trois heures, la maladie peut reparaître pendant qu'on pratique les injections ou après qu'on les a discontinuées. 4° De prétendre que les douches vaginales ou intra-utérines d'acide carbolique au $\frac{1}{30}$ ou au $\frac{1}{20}$ sont presque toujours efficaces au début et souvent efficaces même dans les cas désespérés.—*Quart. Comp. of Med. Science.*

Thérapeutique de la fièvre puerpérale, par M. FISCHEL.—Les faits observés à la clinique obstétricale de Prague semblent démontrer que l'on ne doit employer qu'avec une extrême prudence les lavages antiseptiques de l'utérus. C'est du côté des organes génitaux externes que doit se diriger l'attention de l'accoucheur. Les érosions du vagin et de la vulve sont bien plus fréquemment le point de départ de l'intoxication septique que la plaie utérine. En tout cas se contenter d'un lavage. Fischel emploie la teinture d'iode, le permanganate de potasse et l'acide plénique (5 pour 100).—*Arch. für Gynæk., t. XX.—Rev. de thérap. méd. chirurg.*

Effets de la trachelographie sur la fertilité et l'accouchement.—Le Dr MURPHY (*Am. Journ. of Obst.*) conclut de recherches étendues que : 1° La réparation des déchirures du col utérin est généralement suivie de stérilité. 2° Le travail est beaucoup plus laborieux et prolongé, et dans la majorité des cas une nouvelle laceration se produit. 3° Pour apprécier les avantages de l'intervention chirurgicale en pareil cas il faudrait faire un examen plusieurs mois après l'opération, afin de déterminer l'état du canal cervical, et après l'accouchement, s'il a conception, pour constater l'état du col après la délivrance.—*Maryl. Med. Journal.*

SYPHILIGAPHIE.

Traitement de la syphilis.—Nous empruntons au correspondant Viennois du *Canada Medical and Surgical Journal* le résumé suivant du traitement anti-syphilitique tel qu'adopté à l'Hôpital Général de Vienne par feu le prof. Sigmund et son successeur le prof. Neumann.

1. *Traitement de l'ulcère primitif.*—Le mot chancre dur n'est jamais employé, maintenant, pour désigner l'ulcère primitif, pour la raison toute simple qu'un chancre infectant peut être dur ou mou. Ces deux états dépendent, non pas de la nature du virus inoculé, mais bien de la structure anatomique de la partie qui est le siège de l'ulcération. Là où il y a beaucoup de tissu conjonctif, comme au prépuce, le chancre sera dur; par contre, il sera mou là où le tissu conjonctif est très peu abondant, comme dans le gland. On ne se sort jamais des acides minéraux ou du thermo-cautère pour détruire la lésion primitive. On en est venu à la conclusion que si quarante-huit heures se sont écoulées depuis le moment de l'inoculation syphilitique, il est tout-à-fait inutile de cautériser l'érosion locale dans le but d'empêcher l'infection générale. Il est très rare, d'un autre côté, qu'un médecin soit appelé à cautériser une lésion infectante en dedans de quarante huit heures. On a abandonné l'ablation des chancres infectants au moyen des ciseaux ou du bistouri, car jamais on n'a réussi, par cette méthode, à empêcher l'infection générale.

Le traitement du chancre est toujours aussi doux que possible. S'il y a ulcère, on emploie invariablement l'iodoforme, le plus souvent sous forme de *spray*. Une partie d'iodoforme est dissoute dans six parties d'éther sulfurique et projetée sur l'ulcère au moyen d'un vaporisateur; une mince couche d'iodoforme reste ainsi adhérente à toutes les parties de la surface ulcérée. Ce dernier point constitue un grand avantage sur l'emploi du remède à l'état de poudre. Au bout de quelques jours de cette médication, l'ulcère présente une meilleure apparence, et quand les granulations sont de meilleure nature, il vaut mieux remplacer l'iodoforme par une solution d'acide carbolique au 50°; quand le chancre est guéri et qu'il ne reste plus qu'un petit nodule, ce qu'il y a de mieux à faire est d'appliquer une solution de sublimé (1 partie pour 50 parties d'eau) ou un emplâtre mercuriel mitigé.

2. *Traitement de la deuxième période.*—Est-il possible d'empêcher la manifestation des symptômes secondaires? Ici, l'on répond non! On tient pour certain qu'aucune mesure diététique, hygiénique ou thérapeutique ne peut empêcher l'infection générale une fois que la lésion primitive est bien confirmée. Après avoir eu sous les yeux plusieurs milliers de cas non traités, Sigmund a constaté que sur cent cas il y en a quarante chez qui les symptômes secondaires sont très légers, si légers que très souvent ils passent inaperçus du malade lui-même. Le traitement de la période secondaire n'est pas institué avant que l'on ait bien reconnu la forme particulière que doivent revêtir les accidents. Si la constitution du malade est bonne, ainsi que l'appétit, on ne considère pas comme nécessaire l'administration de l'iode ou du mercure; car on est d'avis qu'une santé robuste accompagnée d'un excellent appétit et d'une exquisite propreté, vont de pair avec le mercure et l'iode comme antidotes du poison syphilitique. Pendant les deux

ou trois années que la seconde période est censée durer, il y a deux ou plusieurs rechutes, (recrudescences des symptômes) et comme il est toujours plus difficile de se débarrasser d'une rechute, on recommande de ne pas donner de mercure ou d'iode lors des premières manifestations secondaires, mais d'en réserver l'emploi pour une époque ultérieure. Si on prescrit l'iode à l'apparition des premiers symptômes, on verra qu'il sera moins efficace contre les accidents de la deuxième ou de la troisième recrudescence que si on ne l'avait pas donné dès le début. Ce qui précède s'applique également au mercure. L'on maintient aussi que ce qui est vrai pour les différentes phases de la période secondaire l'est également pour celles de la période tertiaire. Si on a administré l'iode dans la période secondaire, il deviendra moins efficace que le mercure contre les symptômes tertiaires; par contre si le mercure a été prescrit contre les accidents secondaires, il sera moins actif que l'iode contre les manifestations tertiaires.

En règle générale, ici, l'on donne l'iode durant la période secondaire quand les symptômes sont bien accentués. S'ils ne cèdent pas rapidement ou si l'iode est mal supporté, l'on prescrit le mercure. On prescrit aussi le mercure quand le cas est particulièrement grave. On regarde l'iode comme étant aussi utile dans la période secondaire que dans la période tertiaire. Dans ces deux périodes, l'iode n'est pas comme le mercure l'antidote direct du virus syphilitique, mais il agit en favorisant le mouvement de dénutrition et en augmentant le pouvoir de résistance du malade.

De quelque préparation d'iode ou de mercure que l'on se serve, elle fera du mal si elle a pour effet de déranger la digestion. Ceci est un point d'une extrême importance et que l'on néglige beaucoup trop. Contre les formes rebelles des accidents il faut se servir du mercure.

Chez les sujets scrofaleux et tuberculeux on remarque bien souvent que ni le mercure ni l'iode ne produisent l'effet désiré tant que le malade n'a pas suivi, durant un certain temps, un cours de ferrugineux ou d'huile de foie de morue.

Ici l'on donne généralement l'iode dans les formes humides des phénomènes secondaires et le mercure dans les formes sèches. Cette division des accidents secondaires en secs et humides est regardée comme étant d'une haute importance pratique.

On remarque que les formes sèches se montrent chez les sujets faibles et mal nourris, tandis que les formes humides se manifestent chez les individus robustes et dont la nutrition générale est parfaite.

On reconnaît trois modes d'administration du mercure: 1^o les onctions; 2^o l'administration par les premières voies; 3^o l'injection sous-cutanée. Les fumigations sont entièrement mises de côté.

Les onctions constituent le mode généralement employé. C'est certainement le plus sûr dans la plupart des cas, et celui au moyen duquel on parvient le plus promptement à mettre le système sous l'influence du mercure. On doit toujours l'utiliser dans les cas de gommes de la cloison du nez ou du palais dur, alors qu'il importe de pas perdre de temps pour empêcher les tissus d'être détruits.

Dans les accidents syphilitiques du système nerveux, là où les lésions peuvent en peu de temps devenir irrémédiables, on doit toujours administrer le mercure en onctions. Quelqu'autre remède que l'on donne, on ne doit jamais négliger le mercure dans ces cas; traiter ceux-ci à

l'iodure de potassium seul, comme cela se fait souvent, n'est, suivant Neumann, qu'une thérapeutique incomplète. Dès la troisième onction on découvrira des traces de mercure dans l'urine, et peut-être même des symptômes de stomatite après la cinquième. (Le correspondant du *Can. Med. and Surg. Journ.* décrit ici la méthode employée, à Vienne, pour faire les onctions ou frictions mercurielles. Cette méthode ne diffère guère de celle employée par la généralité des praticiens).

3° *Administration du mercure par les premières voies.*—Quelque préparation que l'on emploie, elle expose au catarrhe de l'estomac. Cette méthode est en outre assez incertaine, car nous ne pouvons jamais être sûrs de la quantité de mercure absorbée. On se sert du calomel chez les enfants et les sujets affaiblis; ce sel est surtout efficace dans les cas de syphilis héréditaire. On l'administre généralement sous forme de poudre, mêlé à du sucre, à dose de $\frac{1}{4}$ à $\frac{3}{4}$ gr. trois fois par jour pour les adultes; le sublimé corrosif n'est usité que chez ces derniers, soit sous forme de pilule, soit en solution.

4° *Injections sous-cutanées.*—Ce mode d'administration du mercure est employé sur une grande échelle dans le service de Neumann. Cependant on ne s'en sert que durant la période secondaire et pour les accidents légers de la troisième période. Son action est trop lente quand il s'agit de combattre les formes aggravées de la période tertiaire. C'est le formiamide que l'on emploie le plus souvent; sur 200 cas, il a toujours donné de bons résultats à Neumann; une fois seulement l'injection a été suivie d'abcès. Le sublimé corrosif a été beaucoup employé aussi en injections sous-cutanées, mais il cause une sensation de brûlure qui dure deux ou trois heures. Le peptonate et l'albuminate, recommandés par Bamberger, sont aussi usités. Ils ne sont pas irritants, mais il faut faire usage de préparations fraîches, c'est pourquoi ils ne seront peut-être pas employés sur une grande échelle.

On se sert ici de trois différentes préparations d'iode dans le traitement de la syphilis: ce sont l'iodure de sodium qui renferme 60 p. 100 d'iode, l'iodure de potassium qui en contient 80, et l'iodoforme qui en contient 93 ou 94. L'iodure de sodium convient mieux aux enfants et aux sujets débilités. L'iodoforme n'est employé qu'en injections sous-cutanées, une partie d'iodoforme étant dissoute dans six parties d'éther. Il ne donne lieu à aucune réaction locale et l'injection n'est pas douloureuse. Pour les cas légers, vingt injections suffiront, mais dans les cas plus graves, il en faudra souvent cinquante. On regarde l'iodoforme comme étant aussi utile que l'iodure de potassium dans les deuxième et troisième périodes de la maladie.

Tandis que, à Vienne, le prof. Neumann préconise, comme on vient de le voir, le traitement mixte, MM. Gouguenheim et Morin (*Société thérapeutique de Paris*) vantent l'emploi de l'iodure de potassium à toutes les périodes de la syphilis. Pour eux: 1o il est inexact que le mercure soit un spécifique des accidents secondaires seuls et l'iodure de potassium uniquement des accidents tertiaires; tous les deux sont spécifiques de la syphilis à toutes les périodes de son évolution; 2o les indications et contre-indications sont différentes pour chacun de ces médicaments; elles résultent de l'âge de la maladie, du tempérament des sujets, du siège et de la nature des lésions. L'iodure serait supérieur au mercure dans le traitement des syphilitides buccales et pharyngées, surtout dans les lésions diffuses et hypertrophiques de caractère grave.

laryngite syphilitique hypertrophique diffuse, syphilides ulcéreuses. Le mercure est supérieur contre la céphalée, les arthralgies, les myalgies. Pour empêcher les troubles gastriques de l'iodure de potassium, il faut le donner avant le repas, dilué dans une suffisante quantité de liquide. Le coryza et la pharyngite iodiques sont toujours légers et se montrent surtout avec les faibles doses. La conjunctivite et l'aécné confluent iodiques sont rares et disparaissent avec la cessation de l'iodure.—*Lyon médical.*

Syphilis et ataxie locomotrice.—Société médicale des hôpitaux.—

M. DESPLATS, de Lille, envoie (séance du 22 juin 1883) l'observation d'un homme de 54 ans, ayant eu la syphilis à l'âge de vingt ans, et qui présenta, vingt ans plus tard, quelques phénomènes d'amblyopie, de la diplopie, et des vertiges parfois accompagnés de chutes. Ces accidents persistèrent pendant une dizaine d'années environ, et, il y a cinq ans, apparurent des douleurs fulgurantes et tous les symptômes d'une ataxie locomotrice à marche rapide : anesthésie des membres inférieurs, perte de la notion de position, incoordination motrice extrême, aggravée par l'occlusion des yeux, disparition du réflexe rotulien. L'auteur prescrivit deux cuillerées par jour de sirop de Gubert et des frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain ; sous l'influence de ce traitement, la guérison était complète en trois mois. elle se maintient depuis deux mois et semble définitive.

M. RATHERY a observé récemment un ataxique qui avait présenté une période de rémission de plus de six mois : cette guérison apparente, au moment où l'incoordination motrice était très marquée, avait suivi le traitement d'un empirique. Il faut se défier des guérisons apparentes, et prendre garde d'attribuer au traitement antisiphilitique une rémission toute spontanée.

M. RENDU tient compte de l'objection ; mais il n'en est pas moins remarquable de voir une guérison, au moins momentanée, succéder rapidement à l'emploi du traitement spécifique. D'ailleurs, chez un autre ataxique dont M. Desplats a déjà publié l'observation, la guérison ne s'est pas démentie depuis plusieurs mois.

M. Albert ROBIN a vu la guérison persister chez un ataxique syphilitique soumis, quatre ans auparavant, par Gubler à un traitement spécifique énergique.

M. DEBOVE, qui a fait beaucoup d'autopsies d'ataxiques, dit que, même à la période des douleurs fulgurantes, avant tout symptôme d'incoordination motrice, il existe des lésions scléreuses irréparables dans les cordons postérieurs de la moelle. Il a essayé, à Bicêtre, le traitement antisiphilitique chez quarante ataxiques et n'a obtenu aucun résultat. Il est porté à croire que l'ataxie syphilitique n'a pas les mêmes lésions médullaires que l'ataxie locomotrice vraie. En admettant la nature syphilitique de l'ataxie, on peut à la rigueur comprendre l'arrêt des lésions et de la marche de l'affection sous l'influence du traitement spécifique, mais non le retour à l'état normal : la sclérose médullaire ne peut rétrocéder.

M. DESNOS a observé un ataxique confirmé, avec incoordination motrice, qui mourut de la variole : la moelle n'était pas sclérosée, il n'y avait que les lésions congestives.

M. DEBOVE ne peut admettre l'existence de l'ataxie sans sclérose con-

firmée des cordons postérieurs. Il cite une malade atteinte de lésion cardisque, et qui ne présentait que de rares douleurs fulgurantes; il diagnostiqua à ce seul signe un début d'ataxie locomotrice; la malade étant morte subitement, il examina la moelle avec grand soin et trouva une sclérose déjà avancée des cordons postérieurs.

A la séance du 13 juillet. M. Desnos rappelle l'opinion émise par M. Debove, dans la précédente séance, relativement aux lésions de sclérose médullaire qui existeraient dès le début de l'ataxie locomotrice, à la période des douleurs fulgurantes, et qui ne permettraient pas d'espérer la curabilité de cette maladie. Pour lui, au contraire, il n'existe, au début, dans un certain nombre de cas, que des lésions congestives justiciables d'une thérapeutique appropriée. L'opinion de M. Debove explique les insuccès constatés par M. Fournier lui-même dans le traitement de l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique par la mélication spécifique. Mais il existe des observations dans lesquelles la guérison, au moins momentanée, des accidents semble démontrer que les cordons postérieurs de la moelle n'étaient pas le siège de lésions scléreuses irréparables.

Dans un cas d'ataxie cité par M. Desnos, arrivé à une période avancée, l'examen histologique de la moelle n'a révélé que des lésions congestives.

Voici maintenant une preuve clinique. Au mois de mai dernier, un homme de 24 ans, surmené par des travaux intellectuels et épuisé par des excès vénériens prolongés, entré à l'hôpital de la Charité: il avait contracté la syphilis quelques années auparavant. Il présentait alors des douleurs constrictives violentes dans les mollets, augmentées par les efforts de la marche et bientôt accompagnées de douleurs fulgurantes très nettes et d'incoordination des mouvements: l'occlusion des yeux rendait la marche ou la station verticale presque impossibles; la sensibilité cutanée, d'ailleurs, était conservée dans ses divers modes. Il s'agissait bien là d'une ataxie de nature syphilitique. Dans la pensée que l'affection médullaire était sous la dépendance de la syphilis, M. Desnos institua aussitôt le traitement spécifique; 5 centigrammes de protoiodure de mercure, 4 à 5 grammes d'iodure de potassium, 4 grammes de bromure. Vers le milieu de juin, il se produisit une légère amélioration des phénomènes douloureux, et, à la fin de juin, la marche était normale et facile, l'occlusion des yeux n'amenait plus aucun trouble dans les mouvements. Depuis lors la guérison s'est maintenue.

Cette observation tendrait à démontrer la curabilité du tabes syphilitique par le traitement spécifique, mais la guérison est encore trop récente pour pouvoir être regardée comme définitive. Toutefois elle peut fournir une preuve manifeste de rétrocession des lésions médullaires à une période de l'ataxie confirmée, ce qui est incompatible avec l'existence de la sclérose. La disparition complète des troubles fonctionnels ne peut s'expliquer que si l'on admet l'existence de lésions simplement congestives des cordons postérieurs. En tout état de cause, on est autorisé à conserver quelque espoir en présence d'un ataxique syphilitique.

M. DUJARDIN-BRAZMETZ. Les cas de guérison de l'ataxie locomotrice par le traitement antisiphilitique sont extrêmement rares, et M. Fournier n'en rapporte que deux ou trois.

Il est incontestable que le plus grand nombre des ataxiques sont

syphilitiques; et pourtant le traitement spécifique, institué même dès le début de l'ataxie, ne donne aucun résultat satisfaisant. Les cas rapportés par M. Desplats et M. Desnos sont absolument exceptionnels. Il est remarquable, au contraire, de voir avec quelle rapidité et quelle sûreté le traitement agit dans les autres affections syphilitiques des centres nerveux.

M. DEBOVE. L'existence de lésions purement congestives des cordons postérieurs dans l'ataxie n'est pas suffisamment établie. Je n'ai jamais observé pareils faits, et il est bien difficile de les concevoir même théoriquement, car il n'existe pas de réseau vasculaire spécial aux cordons postérieurs et qui permette une localisation exacte de la congestion.

Quand au traitement spécifique, il ne m'a pas plus réussi contre l'ataxie qu'à Fournier et à Westphal.

L'observation clinique de M. Desnos est passible de quelques objections: l'ataxie paraît avoir suivi une marche bien rapide, aiguë pour ainsi dire, tant à la période d'augment qu'à celle de déclin, ce qui n'est pas dans les allures ordinaires de la maladie. Il serait tenté d'admettre à côté de l'ataxie locomotrice vraie, l'existence d'un syndrome clinique simulat' le tabes, mais relevant de la syphilis et offrant des lésions justiciables du traitement spécifique.

M. GUYOT. La proportion des ataxiques syphilitiques est moins élevée qu'on ne l'a dit. J'ai soigné, dans ma clientèle de ville, deux ataxiques, l'un depuis vingt-cinq ans, l'autre depuis quatorze ans; ces deux malades n'ont pas la syphilis. Le premier est un cas de guérison relative; car s'il conserve une certaine incoordination des mouvements, et parfois des crises de hoquet convulsif, il peut néanmoins vaquer à ses occupations journalières.

M. DEBOVE. Il est souvent très difficile de savoir si le malade ataxique a eu la syphilis. D'un autre côté, je soigne actuellement dans mon service deux ataxiques confirmés, chez lesquels l'ataxie a débuté longtemps avant l'apparition de chancres infectants; il est donc bien évident que chez ces malades l'ataxie ne pouvait être syphilitique.

M. VIDAL a observé dans sa clientèle deux ataxiques chez lesquels il est certain qu'il n'existe aucune trace de syphilis.

M. MARTINEAU. On a beaucoup exagéré l'influence étiologique de la syphilis par rapport à l'ataxie. Il n'y a le plus souvent qu'une coïncidence: un syphilitique peut devenir ataxique tout aussi bien qu'un profaneux, un arthritique, un tuberculeux. Parce que la plupart des malades des hôpitaux ont eue la syphilis, il ne s'ensuit pas que toutes les maladies soient d'origine syphilitique. L'impuissance du traitement spécifique dans l'ataxie, comparée à son efficacité dans les affections réellement syphilitiques, montre bien l'indépendance de l'ataxie et de la syphilis.—*Praticien.*

Pronostic général de la syphilis.—L'hygiène publique réclame impérieusement des mesures sérieuses et efficaces contre ce qu'il faut considérer comme un danger social véritable; car la vérole constitue pour le pays même une cause de décadence qu'il importe de ne pas laisser longtemps sévir.

Certes la syphilis guérit dans un grand nombre de cas; mais nombreux sont aussi les cas où elle devient dangereuse: tantôt c'est un organe qu'elle matifie ou détruit, soit le nez, soit le voile du palais, soit

la langue, soit les testicules; tantôt c'est une véritable infirmité qu'elle détermine en donnant lieu à une paralysie plus ou moins étendue, ou à une cécité plus ou moins complète; tantôt, enfin, c'est la mort qu'elle produit, soit par le cerveau, soit par la moelle, soit par le foie, pour ne parler que des cas les plus fréquents.

D'un autre côté, la syphilis est une des maladies qui causent le plus d'avortements: elle anéantit, décime des familles. Des enfants qui résistent, qui survivent, les uns deviennent rachitiques, les autres aveugles, sourds, épileptiques, idiots, déments.

Cette syphilis si redoutable et pourtant si peu redoutée, contribue non seulement à la dépopulation d'un pays, mais encore à l'abâtardissement d'une race.

Les syphilitiques sont des malades; mais ils sont des malades longtemps contagieux et éminemment dangereux pour les autres personnes: voilà ce qu'on ne devrait jamais oublier. Ils ne sont pas dangereux momentanément; ils le sont à plusieurs reprises et pendant de longs mois. Voilà pourquoi la protection contre la syphilis, cette maladie si grave, doit être réglementée d'une manière absolument spéciale.

On empêche les gens, qui en ont envie, de tirer des coups de revolver sur le boulevard. N'est-ce pas là attenter à la liberté individuelle si tirer un revolver fait plaisir à ces gens? Il y a donc lieu d'empêcher la vérole de séjourner sur les boulevards et d'envahir les brasseries. C'est une question de voirie commandée par l'hygiène. Il faut assainir les rues et épurer les lieux publics. La liberté individuelle ne saurait être ici un obstacle absolu; il s'agit d'un péril véritablement national.

La seule pensée que le choléra peut arriver en Europe fait frémir bien des gens qui restent absolument calmes devant le péril vénérien. Et pourtant la vérole n'est pas moins à craindre que le choléra. Si ce dernier frappe vite et fort, il ne frappe pas longtemps. La vérole, au contraire, poursuit sans relâche et d'une façon continue. On s'organise contre le choléra parce que les désastres qu'il produit sont grossièrement visibles; il faut se liguer contre la vérole dont les dégâts sont d'aspect plus terribles qu'ils sont plus latents et plus insidieux; bien plus, ils s'entourent d'attraits et de séductions! A mon sens, non seulement il faut prendre les mesures nécessaires pour rendre le plus rare et le plus difficile possible les occasions de contamination; mais encore il faut instituer des amendes compensatrices, des dommages et intérêts pour les victimes innocentes de l'affection transmise; de plus, il y a lieu d'instituer des peines contre tous ceux qui, soit par volonté ou par négligence, à répandre une maladie contagieuse.

Sous le prétexte de ne pas porter atteinte à la liberté d'un individu est-il possible de laisser cet individu porter l'atteinte la plus grave à sa santé et à la vie de tous?—*Archives générales de médecine.—Revue médicale.*

Traitement des cas rebelles de masturbation et de pollutions nocturnes.—Dans une communication au *Boston Medical and Surgical Journal*, le Dr T. HAYNES de Concord dit avoir employé avec succès dans des cas de ce genre, non pas la castration à laquelle les patients se refusent presque toujours, mais la résection d'une partie des canaux spermaticques.

FORMULAIRE.

Chorée.—*Da Costa.*

R.—Valérianate de zinc.....	gr. XLV
Sulfate de cinchonino.....	gr. xxii
Conserve de roses, q. s. pour faire 20 pilules.	

Dose.—Une pilule, trois fois par jour.

Laryngite ulcéreuse.

R.—Balsam. peruvian.....	ʒii
Spirit. vini rectific.....	ʒi

M.—Dix gouttes dans huit onces d'eau bouillante dont on inhale le vapeur pendant quelques minutes, trois fois par jour.—*Quart. Epitome.*

Bronchite aiguë.—*Dr Main.*

R.—Pot. bicarb.....	ʒiii
Tr. hyoscyam.....	ʒiii—iv
Spt. æth. nitrosi.....	ʒss
Spt. chloroformi.....	ʒii—iii
Aquæ ad.....	ʒxii

M.

R.—Acid. citrici.....	ʒii
Aquæ.....	ʒvi

M.—*Dose.*—Deux cuillerées à soupe de la première potion mêlées à une cuillerée à soupe de la seconde doivent être prises (durant l'effervescence) toutes les 3 ou 4 heures. Cette dose convient à un adulte.

Si la sécrétion bronchique est profuse et le pouls faible, l'auteur recommande la formule suivante :

R.—Acid. nitrici dil.....	} ʒii
Tr. belladon.....	
Spt. chloroformi.....	
Aquæ ad.....	

M.—*Dose.*—Deux cuillerées à soupe toutes les deux heures (adultes).—*Glasgow Med. Journ.—Med. and Surg. Reporter.*

Dyspepsie atonique.—*Fothergill.*

R.—Strychniæ sulph.....	gr. $\frac{1}{6}$
Pulv. ipecac.....	gr. $\frac{3}{4}$
Pulv. pip. nig.....	gr. i ss
Extr. gentianæ.....	gr. i

M.—Faites une pilule à prendre deux ou trois fois par jour.—*N. Y. Med. Record.*

Inappétence des femmes enceintes.—*Forwood.*

R.—Pulv. rad. calumbæ.....	} ʒii ʒss
Pulv. rad. zingib.....	

Fol. sennæ.....	3i
Aq. bullientis	3xvi

Faites infuser.
Dose.—Un petit verre avant chaque repas.

Strangurie.—Dr Bush.

R.—Tr. hyoscyami.....	3ix
Potassæ bicarb.....	3ii ss
Mucilag. acaciæ.....	ad 3vi

Dose.—Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.—*Med. Tim^t and Gazette.*

Pilules hémostatiques.—Huchard.

R.—Ergotine	} 6â		
Sulfate de quinine		} gr xxxvi	
Digitale pulvérisée			} 6â
Extrait de jusquiame.			

M.—Faites 20 pilules.

Dose.—De 5 à 8 et 10 pilules par jour dans diverses formes d'hémorrhagie, telles que métrorrhagie, épistaxis, hémoptisie.—*Rev. de thérap. méd. chirurg.*

Association de l'ergot de seigle au salicylate de soude et au sulfate de quinine pour prévenir les troubles de la vue et de l'ouïe qu'occasionne l'ingestion de fortes doses de ces médicaments.

R. 1° Seigle ergoté.....	3ii ss
Pour p. s. a. une infusion	3vi

Ajouter :

Salicylate de soude.....	3ii ss
Eau de vie de bonne qualité	3i 3ii

M. S. A. Une cuillerée à bouche toutes les heures.

R. 2° Ergotine	grs xv
Salicylate de soude.	3ii ss
Eau	3viii.

M. S. A. Une cuillerée à bouche toutes les heures.

R. 3° Seigle ergoté.....	grs xxxv
Sulfate de quinine.....	grs xv

A prendre dans du pain azyme.

R. 4° Ergotine.....	grs xv
Sulfate de quinine	grs xv

A prendre dans du pain azyme.

D'après M. Schilling le seigle ergoté aurait pour effet de combattre l'hypérémie du tympan et des autres parties de l'oreille qu'engendre l'administration du salicylate de soude et du sulfate de quinine à hautes doses et qui est la cause prochaine de troubles de l'ouïe.—*Franç. médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1883.

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHARTEAU pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la baïe de St. Lawrence.

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

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

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

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

L'Acte d'anatomie.

Le nouvel Acte d'anatomie a soulevé en différents quartiers de violentes récriminations. On ne s'est pas gêné pour le flétrir avec l'emportement que peut souffler le sentimentalisme le plus exagéré, et, nous l'admettons, si on envisage la question uniquement à ce point de vue, l'Acte devrait être rayé de notre législation, mais après, il serait bon de fermer les yeux et de ne pas trop s'armer de logique. car on s'exposerait à faire main basse sur une foule de lois et d'institutions entachées du même vice et que nos législateurs ont cru devoir sanctionner à titre de pis-aller.

Un citoyen distingué de Montréal, gouverneur d'une institution subventionnée par le gouvernement, disait dernièrement qu'il ne pouvait concevoir qu'il fut possible de trouver dans cet Acte autre chose qu'une grave injustice et une monstrueuse cruauté, et il ajoutait. "Comme la violation des cimetières ne nous concerne pas, notre seul intérêt consiste à empêcher qu'on vienne violer notre institution." Cette opinion résume parfaitement, suivant nous, toutes les objections que l'on soulève contre l'Acte d'anatomie. Mais, on le conçoit sans peine, s'il se fait en pareille matière accepter l'opinion de gens qui ne voient pas au delà de leur intérêt particulier et qui voudraient faire graviter toute la chose publique vers leur bonheur, il serait difficile de faire des lois.

Ce sentimentalisme que l'on puise dans une sphère restreinte nous amène à une conclusion bien différente, si on en brise les entraves et si on l'élève au-dessus de l'intérêt individuel. Quel est le but principal qu'ont voulu atteindre ceux qui ont élaboré cet Acte et toute la profession médicale qui en a demandé la sanction, sinon de sauvegarder les sentiments de vénération dont la famille est animée envers les restes de ses membres défunts et de prévenir ces scènes déchirantes autrefois trop fréquentes dans nos écoles de médecine alors qu'un fils retrouvait sur la table de dissection le cadavre de son père défiguré par le scalpel et la putréfaction. Là était l'odieux, la cruauté, la violation des sentiments, quo le défaut de législation rendait nécessaire et par conséquent pardonnable. Mais supprimez la famille, supprimez la voix du sang, le cri du cœur, et il ne reste plus que l'œuvre de Dieu, admirable encore dans la mort, qu'un livre précieux que l'étudiant sait feuilleter avec respect sans qu'on le lui dise.

Si encore on pouvait se dispenser de la dissection ou remplacer le cadavre par des pièces artificielles, mais c'est malheureusement impossible. Le problème se résume donc à régler le plus sagement possible l'alimentation des salles de dissection. Si l'Acte d'anatomie ne résout pas la question, qu'on nous suggère une solution plus convenable et nous l'accepterons avec reconnaissance. Si on rappelle l'Acte d'anatomie, cela n'empêchera pas les écoles d'avoir besoin de cadavres et l'on verra se renouveler les scènes regrettables du passé.

Nous n'avons pas la prétention de dire que l'Acte d'anatomie actuellement en force est parfait, il est de date relativement trop récente pour cela, mais nous prétendons qu'il constitue un immense progrès sur le passé et que c'est la forme la plus acceptable qu'on ait pu, jusqu'à ce jour, donner à une pénible nécessité.

Examens pour l'admission à l'étude de la médecine.

Comme on le sait déjà, le résultat des derniers examens préliminaires a été à peu près le même qu'aux semestres précédents : sur 47 candidats, 19 ont été admis. Cependant, si on en réfère aux programmes que nous avons publiés, ces examens ne semblent pas être d'une sévérité exagérée, nous avons d'ailleurs une garantie de ce fait dans la position des examinateurs, compétents en pareille matière, et qui n'ont aucun motif possible de s'armer de rigueur. A quoi donc peut tenir le résultat déplorable de tous les examens qui ont été faits jusqu'à ce jour. Telle est la question dont le Bureau des Gouverneurs cherche en ce moment la solution. Espérons que l'assemblée des directeurs des maisons d'éducation et des examinateurs du Bureau que l'on a résolu de solliciter, aura l'effet qu'on en attend, c'est-à-dire de faire concorder le programme des examens avec l'enseignement donné aux aspirants, de manière à ce que l'incapacité seule puisse leur fermer l'accès des écoles de médecine. L'importance de cette question est évidente, surtout lorsqu'on se rappelle l'ancien régime, alors que devenait étudiant et médecin qui voulait. On ne saurait nier que le nouveau système d'examen a sensiblement relevé le niveau des aspirants à l'étude. Si une bonne éducation classique est une recommandation et une garantie

morale, la profession médicale devra bénéficier des qualifications qu'elle a exigées des aspirants à l'étude. Aussi, l'enquête qu'on se propose de faire n'a-t-elle pas pour but de diminuer la sévérité des examens, mais uniquement, comme nous venons de le dire, de faire concorder le programme d'examens avec l'instruction donnée par les maisons d'éducation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—BORCK (EDW.) A.M., M.D., Professeur de Chirurgie—*Diagnosis of Ovarian Tumors.*

—PITFIELD MITCHELL.—*The treatment of wounds as based upon evolutionary laws.*

—*Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's Office, United States Army.*—Vol. 4. E.—FIZES.—Washington, Government Printing House.—Ce monument consacré à la littérature et à la bibliographie médicales continue à être publié chaque année par volumes splendides in-quarto de plus de mille pages.

—*Medical Education and the Regulation of the Practice of Medicine in the United States and Canada.* Illinois State Board of Health. Exposé complet des lois médicales et nomenclature et description de toutes les institutions médicales des États-Unis et du Canada.

—*Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.* Compte-rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pour 1881, par Bourneville, Bonnaire et Wuillamié. Un volume in-8o de 180 pages, avec 18 fig. et 7 planches, en chromo-lithographie. Prix: 6 frs. Publié par le *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles, Paris, France.

NECROLOGIES.

E. H. TRUDEL, M.D.—Nous avons le regret d'annoncer aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE la mort d'un des doyens de la profession médicale de Montréal. M. le Dr E. H. TRUDEL est décédé lundi, le 5 octobre courant, à l'âge de soixante-trois ans. M. Trudel était né en 1820, à Ste-Geneviève de Batiscan et fit son cours d'études au collège de Nicolet. Il était de la génération collégiale de Mgr Taché, Mgr Laflèche, des honorables juges Loranger, Dorion et Torrance, de MM. Carter, Bellemare, Turcotte, Gérin-Lajoie, de MM. les abbés Olivier Caron, Dorion, Ferland, etc., etc.

Il commença ses études médicales aux Trois-Rivières, sous M. le Dr Kimber, et les poursuivit à Montréal, sous le même médecin.

Il suivit ici les cours de l'Université McGill et fut admis à la pratique en mai 1844. Il se distingua dès l'abord dans la profession médicale et acquit bientôt la réputation dont il a joui jusqu'à la fin. De 1847 à 1849, il posséda une pharmacie, en société avec le Dr Coderre. Puis il fut nommé professeur d'obstétrique à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, charge qu'il a occupée jusqu'à sa mort. En 1861, il

devint secrétaire-trésorier de la même institution, puis président en 1872.

Comme professeur, le Dr Trudel se distinguait par la clarté méthodique de son enseignement et la sûreté de sa doctrine. L'ordre le plus parfait régnaît à ses leçons; ses élèves l'estimaient hautement, le craignaient un peu, surtout aux examens, ce qui ne les empêchait pas de lui prouver, en temps et lieu, toute la considération qu'ils lui portaient.

De tous ceux qui ont occupé des chaires à l'École de Médecine, le Dr Trudel était à coup sûr un des plus distingués, et peut-être celui qui a jeté le plus d'éclat sur cette institution, et qui a le plus contribué à la réputation dont elle a joui.

Aux soins qu'il réclamait de lui l'une des plus vastes clientèle, le Dr Trudel ajoutait le soin des pauvres et le service des institutions de charité. Durant presque toute sa carrière professionnelle, il a été en même temps médecin de l'Hôtel-Dieu, de la Miséricorde, de Bon-Pasteur, et des nombreuses et importantes maisons de la Congrégation de Notre-Dame, des Sœurs de l'Asile de la Providence, des RR. Dames du Sacré Cœur, etc.

DEPAUL.—Le professeur DEPAUL est mort le 22 octobre dernier, dans son pays natal, au troisième jour d'une pneumonie.

Né le 26 juillet 1811 à Morlaas, près de Pau (Basses-Pyrénées), Jean-Anne-Marie Depaul descendait d'une famille de magistrats. Il commença ses études médicales à Paris en 1831. Il fut reçu interne des hôpitaux en 1835, et soutint, le 19 décembre 1839, sa thèse inaugurale sur l'Auscultation obstétricale étudiée surtout comme moyen de diagnostic des présentations et positions du fœtus. Élève de Paul Dubois, il fut pris par lui comme chef de clinique de 1841 à 1843 et il tenta, sans succès, le concours d'agrégation en 1844; il fut plus heureux en 1847.

Le 20 avril 1852, il fut élu membre de l'Académie de médecine (section d'accouchements), et, en 1853, chirurgien des hôpitaux.

Comme agrégé, Depaul eut à remplacer fréquemment le professeur Dubois, empêché, par ses fonctions de doyen et par sa santé, de remplir ses devoirs de professeur de clinique d'accouchements, ce qui nécessita le rappel de Depaul à l'agrégation en 1856.

Lorsque le professeur Dubois eut été admis à la retraite, Depaul fut nommé professeur de clinique d'accouchements, par décret impérial du 25 novembre 1862.

Esprit lucide, droit, méthodique, Depaul fut un remarquable professeur de clinique, très dévoué à son enseignement, très consciencieux. Sa mort est une perte réelle et considérable pour la science de l'obstétrique, dans laquelle il montrait autant de prudence que Dubois et plus de résolution.

Pendant quelques années, il fut chargé des rapports généraux sur les prix de l'Académie de médecine et mis à la tête du service de la vaccine. Il prit part à toutes les discussions importantes sur cette question, sur l'origine réelle du virus vaccin, sur la syphilis vaccinale, sur le cow pox, etc., etc.

Sa réputation comme accoucheur était universelle, et on se rappelle que c'est lui qui fut appelé, il y a quelques années, au Brésil, pour assister à la naissance du futur héritier du trône impérial.

M. le professeur Depaul faisait partie du comité de rédaction de la *France médicale* qui perd en lui un collaborateur éminent et un conseiller précieux.

Depaul avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1855, officier en 1863 et commandeur en 1874.

Depaul n'a pas laissé d'ouvrage didactique proprement dit sur les accouchements, mais il a publié des *Leçons de clinique obstétricale*, qui ont été recueillies par le Dr de Soyre, son élève et son ami (1872-1876).

On a de lui : Le torticolis (thèse d'agrég., 1844).—De l'emploi des caustiques dans les maladies chirurgicales (agrég., 1847).—Mémoire sur l'insufflation de l'air dans les voies aériennes chez les enfants nouveaux-nés (1845).—Traité théorique et pratique de l'auscultation obstétricale (1847).—Influence de la saignée ou régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intra utérine (1849).—De l'opération césarienne port-morton (1861).—Mémoire sur l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte.—Origine réelle du virus vaccinal (1864), etc.—*France médicale*.

JAMES ARTHUR SEWELL, M.D. Edin.—Le Dr SEWELL est décédé à Québec le 20 octobre dernier. Il naquit à Québec en 1810 et était le fils de feu le Juge-en-Chef Sewell. Il fit ses études médicales à Edimbourg et y prit ses degrés en 1833, puis revint s'établir à Québec. Il était le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval où il occupait la chaire de pathologie interne et de thérapeutique spéciale. Il était aussi professeur de clinique interne à l'Hôtel-Dieu. Il fit partie, pendant plusieurs années, du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province et de l'Association Médicale du Canada dont il fut élu président en 1871.

Le Dr Sewell laisse plusieurs enfants. Deux de ses fils sont médecins, gradués d'Edimbourg. L'un pratique en Angleterre et le second à Québec. Comme citoyen et comme médecin, le Dr Sewell laisse un bon souvenir qui restera longtemps vivace au cœur de ceux qui l'ont connu.

—Le Brigadier-Général, CHARLES H. CRANE, Chirurgien-Général de l'armée des États-Unis, est décédé subitement le 10 octobre dernier à l'âge de cinquante-huit ans. Il n'occupait sa haute position officielle que depuis un an et deux mois. Crane et Barnes, son prédécesseur, étaient au nombre des médecins qui assistaient le Président Lincoln à ses derniers moments.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Pourquoi enseigne-t-on la botanique dans les écoles de médecine? Ceux qui ont consacré quarante-huit heures à préparer cette partie de leur examen primaire (et ils se comptent par milliers) seraient bien embarrassés de répondre. Plusieurs même de ceux qui l'ont enseignée seraient dans le même cas. Pour notre part nous ne voyons à cela qu'une raison : c'est l'usage. L'usage, si souvent l'ennemi le plus acharné du progrès.

L'origine de la médecine raisonnée, scientifique ne se perd pas dans la nuit des temps. Il n'y a pas des siècles qu'elle a enlevé le haut du

pavé à l'empirisme et à la médecine des simples ou végétale. L'empirisme eut pour mère la superstition et pour père le hasard. Mais on revanche un grand maître, l'expérience se chargea de son éducation. Aussi fit-il de rapides progrès. Les auteurs de ses jours en étaient émerveillés et n'y comprenaient plus rien. Il marcha de succès en triomphes, mais un jour, ne pouvant suffire à la consommation et toujours dévoré d'une louable ambition, il s'adjoignit un aide sous les nom et raison sociale d'*empirisme et médecine des simples*. Le nouveau venu, grâce sans doute à l'activité de la jeunesse, prit un rapide ascendant et éclipsa bientôt son aîné; de là date, dit-on, l'antipathie qu'éprouvent les médecins à pratiquer de société. J'ai peine à le croire, mais quoiqu'il en soit, la botanique triompha. Elle eut de nouveaux admirateurs et des légions de disciples à qui elle ne fit pas mystère de ses panacées. Le médecin d'alors, qu'on appellerait aujourd'hui un herboriste, allait périodiquement et pour le plus grand bien de l'humanité ravitailler son officine sur la cime des montagnes, au fond des ravins et dans la vase des marais. Mais c'était alors comme aujourd'hui: tout nouveau tout beau; nos arrière grand-pères se dégoûtèrent de la besogne et la passèrent, moyennant finance, tout comme aujourd'hui on fait collecter ses comptes à 20 pour cent, à des gens qui s'en créèrent un état; de là naquirent les pharmaciens de 1^{re}, 2^{me} et 3^{me} classe. Sous les habiles efforts de cette industrielle confrérie, inspirée de conseils de ses patrons les médecins, on vit toute la médecine végétale se concentrer en extraits, en pilules, granules, capsules, parvules, globules, huiles, juleps, potions, loochs, bols, etc., etc., toutes choses en vente chez l'apothicaire du coin, et dont la matière médicale et la thérapeutique nous enseignent les propriétés et les indications. Du médecin herboriste des temps passés il ne reste plus que deux reliques: le pilon, congénère du bâton des barbiers chirurgiens et le simulacre de cours de botanique que l'on s'obstine à imposer aux élèves en médecine. On sait parfaitement à quoi se résume le cours de botanique. Aux notions les plus élémentaires, à l'A. B. C. de cette science dont le futur médecin ne pourra tirer le moindre profit. Evidemment, il y a là matière à réforme. C'est trop ou trop peu. Pourquoi ne pas laisser l'enseignement de cette branche des sciences naturelles aux collèges classiques ou aux facultés des arts et la remplacer dans les facultés de médecine par la dermatologie la syphiligraphie, la gynécologie, les maladies des enfants et des vieillards, la microscopie ou les maladies nerveuses? Notre acte médical ne semble pas bien convaincre de l'importance de la botanique puisqu'il n'en fait pas mention dans le curriculum imposé aux écoles de médecine. Qu'attendons-nous pour nous rendre à l'évidence et pour rendre justice aux étudiants?

* * *

Il y a des confrères qui ont la bosse de l'ordonnance! J'en connais qui passent leur temps à combiner les drogues de leur pharmacie, à composer des *mixtures* destinées à rencontrer toutes les indications qui pourraient s'offrir dans le cours d'une maladie. Un cas de fièvre typhoïde se présente-t-il, le confrère aura, dans la même ordonnance, un peu de quinine pour tonifier le système nerveux, un peu de digitale pour agir sur le poulx, du salicylate de soude pour abaisser la température, des acides minéraux pour aider le travail digestif, du bismuth pour combattre

la diarrhée, de l'ergot contre un saignement de nez trop abondant, et ainsi de suite. Il n'y a pas de raison pour que cela finisse.

Un journal anglais de la province publiait, il y a quelque temps, une prescription qui aurait, paraît-il, été donnée par un médecin éminent de nos provinces maritimes, et qui offre de quoi satisfaire les plus difficiles. Avec cela, on doit pouvoir guérir toutes les maladies, excepté la fracture du coccyx! Oyez donc!

R.—Pot bromidi.....	}	ââ ʒii
Pot. chlorat.....		
Pot. iodid.....		
Pot. acetat.....		
Pot. bicarb.....		
Ammon. chlorat.....		
Ammon. bromid.....		
Extr. calumbæ.....		
Extr. gentianæ.....		
Extr. taraxaci.....		
Ferri pyrophosphat.....	}	ââ ʒi
Syrup. ferri iodid.....		
Tinct. valerian ammon.....		
Acid. phosphoric. dil.....	}	gr. xxx
Pepsinæ.....		
Tinct. cannab ind.....	}	ââ ʒss
Tinct. digitalis.....		
Syrup calcis lacto-phosphat.	}	ââ ʒii
Glycerinæ.....		
Syrup. toltutan.....	}	ââ ʒss
Tinct. cinchonæ. co.....		
Liq. arsenicalis.....	}	gr. x
Tinct. arnicæ.....		
Extr. nucis vomicæ.....	}	gr. vi
Extr. conii.....		
Extr. bellad.....	}	gtt x
Extr. hyoseyami.....		
Chloroformi.....	}	ʒi
Quiniæ.....		
Spt. vini.....		q. s. ad ʒxvi

M.—Dose: Deux cuillerées à thé dans un verre de lait, trois fois par jour, après le repas.—SECUEZ LA BOUTEILLE—
Of course!

* * *

M. GEORGE STEPHEN, Président du chemin de fer Pacifique Canadien, vient de faire un joli petit cadeau de \$50,000 au *Montreal General Hospital* pour couvrir les frais des agrandissements projetés; et pour faire pendant à ce royal cadeau. l'Hon. Donald A. Smith a doté une des chaires de la Faculté de médecine de l'Université McGill de \$50,000 aussi. De pareilles munificences dans un tel but n'ont pas besoin de commentaires et nous ne doutons pas que l'immense somme sera aussi fructueusement utilisée qu'elle a été libéralement donnée. Si pareilles choses se répétaient!

Quel esprit ne bat la campagne?
Qui ne fait châteaux en Espagne!—LAFONTAINE.

**

Histoire de blaguer! L'Événement, de Québec, nous apporte l'ébahissante nouvelle suivante que nous aurons garde de ne pas communiquez à nos lecteurs—a titre gracieux.

DÉCOUVERTE IMPORTANTE!

Diphthérine ou anti-diphthéritique!

Spécifique contre la diphthérie et autres maux de gorge, guérissant Consomption, Rhumes et Bronchites.

LA DIPHTHÉRIE VAINCUE!

Aux ravages de cette maladie terrible et réputée incurable on a trouvé un remède qui n'a jamais failli. L'expérience de plus de dix années de succès constants et des centaines de certificats adressés à l'inventeur par des personnes notables et dignes de foi attestent l'efficacité vraiment étonnante de ce remède.

Inventé et préparé par le charlatan....pardon! par le Docteur XXX.
En vente partout. Prix, 50 centins la bouteille.

— MAX.

NOUVELLES MÉDICALES.

ON EST à traduire en chinois l'ouvrage du prof. Bartholow, intitulé: "A Treatise on the Principles and Practice of Medicine."

NOUVEAU JOURNAL.—On vient de fonder un journal de médecine quotidien à Paris.

M. le DR J. A. FORT, professeur libre d'anatomie à Paris, a laissé la France pour aller se fixer à Rio de Janeiro.

M. LE PROF. HORATIO C. WOOD vient d'abandonner la direction du *Philadelphia Medical Times*. Il est remplacé par son ci-devant assistant, le Dr Frank Woodbury.

DR PICAULT.—Les sociétés françaises et les amis du Dr Picault ont célébré, le 20 octobre, par un dîner somptueux, le 50^e anniversaire de l'arrivée du docteur au Canada.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.—Le prof. Jaccoud a été transféré, sur sa propre demande, de la chaire de pathologie interne à celle de clinique médicale devenue vacante par le décès de M. Lasègue:

LA PROFESSION MÉDICALE A PARIS.— Il y a à Paris et dans les communes du département de la Seine: 1,915 docteurs en médecine, 12 docteurs en chirurgie, 83 officiers de santé, 43 médecins étrangers, 1,500 sages-femmes, 845 pharmaciens, enfin 95 médecins vétérinaires.

Le doyen des médecins est M. Ségalas, né en 1792 et reçu docteur en 1817. Il a donc soixante-six ans d'exercice. Après lui vient le docteur Ricord, né en 1800 et reçu docteur en 1826.

St. Luc.—Les Professeurs et les Elèves de l'Ecole de Médecine Victoria ont célébré avec pompe, le 18 octobre, la fête patronale de St. Luc. Il y eu grand'messe à Bonsecours. Le Rév. Messire Lamarche officiait. Le chœur était sous la direction de M. Birtz, étudiant en médecine.

Mutations.—Les changements suivants viennent d'être faits dans le personnel de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec :

M. le Dr A. JACKSON remplace feu le Dr Sewoll comme doyen de la Faculté et M. le Dr J. C. FACHÉ devient membre du conseil universitaire.

M. le Dr CHS VERGE, ci-devant professeur de matière médicale et de thérapeutique, devient professeur de pathologie interne au lieu et place du Dr Sewoll, et est à son tour remplacé dans la chaire de matière médicale par le Dr P. WELLS, ci-devant professeur d'hygiène.

M. le Dr D. BROCHU est nommé professeur titulaire et occupe la chaire d'hygiène.

Enfin M. le Dr A. VALLÉE est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu.

Université Harvard.—La Faculté de médecine de l'Université Harvard, de Boston, E.-U., a célébré, le 17 octobre dernier, le centenaire de sa fondation et a inauguré les nouveaux édifices qu'elle vient d'ouvrir à ses élèves. Le discours de circonstance a été prononcé par le Prof. Oliver Wendell Holmes.

Société Médicale de Montréal.—Cette société a repris le cours de ses séances, vendredi, le 26 octobre. Les officiers suivants ont été élus pour l'année courante : Président, DR C. M. FILIATRAULT ; 1er Vice-Président, DR N. FAFARD ; 2me Vice-Président, DR J. I. DESROCHES ; Secrétaire-Trésorier, DR H. E. DESROSIERS ; Assist. Sec.-Trés., DR Aimé TRUDEL. Comité de Régie : Drs A. LAMARCHE, A. DAGENAI, J. W. MOUNT, G. ARCHAMBAULT et L. J. V. CLÉROUX.

Société d'hygiène.—Une nouvelle association vient de se former à Montréal, sous le nom de " Société canadienne française d'Hygiène." Un grand nombre de médecins et de citoyens éminents se sont déjà inscrits et ont promis leur concours le plus dévoué. Aux élections qui ont eu lieu à la fin d'octobre, le scrutin a donné le résultat suivant : Président, DR N. FAFARD ; 1er Vice-Président, M. F. X. COCHUE ; 2me Vice-Président, M. Emile VANNIER ; Secrétaire, DR L. LABERGE ; Trésorier, M. S. LACHANCE.—Comité de Régie. MM. les Drs Aimé TRUDEL, J. I. DESROCHES et H. E. DESROSIERS. M. C. A. PFISTER, et M. le PRÉSIDENT (*ex-officio*).

Université Laval.—L'ouverture des cours de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec a eu lieu mercredi, le 17 octobre. On se rappelle que ce retard a été nécessité par les réparations faites au pensionnat. Le pensionnat est redevenu obligatoire pour tous les élèves dont la famille ne réside pas à Québec.

—A Montréal, durant le premier terme (octobre, novembre et décembre 1883), les cours de la Faculté de médecine se donnent dans l'ordre suivant :

Pathologie générale.—DR E. P. LACHAPPELLE.—8 h. A.M., tous les jours. (Ce cours se donne en entier durant le terme).

Chimie.—DR N. FAFARD.—9 h. A.M., tous les jours.—*Exposé du cours : Notions générales ; physique ; théorie atomique ; analyse des substances inorganiques.*

Médecine légale.—DR C. M. FILIATRAULT.—9 h. A.M., tous les jours. (Ce cours se donne en entier durant le terme).

Anatomie descriptive.—DR A. LAMARCHE.—10 h. A.M., tous les jours.
Ostéologie, myologie, angéiologie.

Anatomie pratique.—DR J. E. BERTHELOT.—1½ h. P.M., tous les jours depuis le 1er novembre. *Démonstrations quotidiennes d'anatomie; dissection; enseignement pratique de la myologie et de l'angéiologie.*

Pathologie interne.—DR J. P. ROTTOT.—3 h. P.M., tous les jours.

Ophthalmologie et Otologie.—DR A. A. FOUCHER.—4 h. P.M., tous les jours. (Ce cours se donne en entier durant le terme).

Pathologie externe.—DR A. T. BROSSEAU.—5 h. P.M., tous les jours.
Maladies du rectum; maladies de la vessie.

CLINIQUES.—HÔPITAL NOTRE-DAME.

Clinique ophthalmologique.—DR A. A. FOUCHER.—0 h. A.M., tous les jours; visite des malades; examens à l'ophthalmoscope le vendredi; conférences cliniques le samedi.

Clinique médicale.—DR J. A. LARAMÉE.—11 h. A.M., visite au lit des malades le lundi; conférences cliniques le mercredi et le vendredi.

Clinique chirurgicale.—DR A. T. BROSSEAU.—11 h. A.M., conférences cliniques le mardi et le jeudi; visite au lit des malades le samedi.

NAISSANCES.

PHÉNIX.—A St-Sébastien, le 2 octobre, la dame du Dr T. Phénix, une fille.

MERRILL.—A Montréal, le 10 octobre, la dame du Dr H. Merrill, un fils.

OUMET.—A Ely, (Valcour) comté de Shefford, le 26 octobre, la dame du Dr J. Alex. Oumet, un fils.

MARIAGES.

LAFONTAINE-POISSANT.—A St-Philippe, comté de Laprairie, le 25 septembre dernier, par le Rev. Geo. Laporte, M. le Dr Gustave Lafontaine (gradué de l'Université Laval, classe de 1883), de St-Zéphirin, à Mademoiselle Marie-Louise Poissant.

ASSELIN-LAURIER.—A Montréal, le 10 octobre, M. le Dr Joseph Asselin, de Montréal, à Mademoiselle Albina Laurier.

BOUCHER-BERNIER.—A St. Pie le 16 octobre, M. le Dr L. E. G. Boucher, de St-Dominique, fils de feu le Dr Charles Boucher, de Maskinonge, conduisait à l'autel mademoiselle Selfride Bernier fille de P. H. Bernier, Ecr. M. D. de St. Pie.

MIGNAULT-BERTRAND.—A l'Isle-Verte, le 29 octobre, par M. le chanoine Winter Louis D. Mignault, Ecr., M.D., professeur d'anatomie à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, à Mademoiselle Marie-Louise-Caroline-Alexina Bertrand, fille aînée de Charles Bertrand, Ecr., seigneur de l'Isle-Verte.

PRÉVOST-MUNRO.—En cette ville, le 29 octobre, à l'église St-Jacques par le Rév. M. DeMazure G. Frs. Prévost, Ecr., M.D., à Dile Isabella Munro, dernière fille de feu M. le Dr P. A. C. Munro.

DÉCÈS.

PHÉNIX.—A St-Sébastien, le 2 octobre, Marie-Héloïse-Adine, enfant du Dr T. Phénix.

OUMET.—A Ely, (Valcour) le 26 octobre, Marie-Antoine, fils du Dr J. Alex. Oumet.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame — M. Laramée, — De la fièvre typhoïde (Étiologie): 497. — Croup et Diphthérie. — Bureau de Santé, par Séverin Lachapelle, M.D., St Henri de Montréal 501. Notes de Thérapeutique, par H. E. Desrosiers, M.D., prof. à l'Université Laval, Nitrite de soude. — Injections hypodermiques d'eau distillée. — Acide borique. — Kaïrine. — Bromure de potassium. — Sels de nickel 502	ment. — Thérapeutique de la fièvre puerpérale — Effets de la trachelographie sur la fertilité et l'accouchement 525
HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal 509	SYPHILIGRAPHIE. — Traitement de la syphilis, 526 — Syphilis et ataxie locomotrice, 529 — Pronostic général de la syphilis 531
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — De la tuberculose parasitaire, 511. — Traitement de la migraine, 515. — Diagnostic précoce de la maladie de Bright 518	FORMULAIRE. — Chorée. — Laryngite ulcéreuse. — Bronchite aiguë. — Dyspepsie atonique. — Inappétence des femmes enceintes, 533 — Strangurie. — Pilules homéostatiques. — Association de l'ergot de seigle au salicylate de soude et au sulfate de soude 534
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Le péritoine. — Ses propriétés au point de vue chirurgical, 519. — Traitement du sac dans la kélotomie, 521 — Traitement de la coxalgie tuberculeuse infantile 522	BULLETLN. — L'Acte d'anatomie. — Examens pour l'admission à l'étude de la médecine 536
OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE. — Des anesthésiques pendant le travail — Valeur diagnostique de l'hémorrhagie utérine après la ménopause, 524 — De l'emploi local des antiseptiques après l'accouchement et Pavorte-	BULLETLN BIBLIOGRAPHIQUE 537
	NÉCROLOGIES. — E. H. Trudel, M.D., 537. — Depaul, 538. — James Arthur Sewell, M.D. — Le Brigadier-Général Charles H. Crane, 539
	CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — Pourquoi enseigne-t-on la botanique dans les écoles de médecine? 539
	NOUVELLES MÉDICALES. — St. Luc, 542. — Mutations. — Université Harvard. — Société Médicale de Montréal. — Société d'hygiène. — Université Laval, 533. — Naissances. — Mariages. — Décès. 544

Avis aux Médecins!

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE-PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

COIN DES RUES STE-CATHERINE ET ST-DENIS,

MONTREAL.

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

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

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

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

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

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

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

HYPOPHOSPHITES DE FELLOWS

(Syr : Hypophos : Fellows)

Contenant les

ELEMENTS ESSENTIELS à l'Organisation Animale—Potasse et Chaux :

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

Les **TONIQUES**—Quinine et Strychnine :

Et l'**AGENT EXCITANT**—le Phosphore,

combinés sous forme d'un Sirop à *réaction légèrement alcaline*.

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

Effets spécifiques et Mode d'administration.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DOSES.

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

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

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

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

Syr : Hypophos : Fellows,

et vous serez ainsi moins souvent désappointé.