

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.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

RÉDACTEUR : LE DR. GEORGE GRENIER.

Vol. V.

AVRIL 1876.

No. 4.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ENTROPION, TRICHIASIS, ECTROPION ;

Par ED. DESJARDINS, M. D. Professeur d'Ophthalmologie à l'École de médecine, directeur de l'Institut Ophthalmique, médecin de l'Hôtel-Dieu, etc.

Lu devant la Société Médicale de Montréal.

M. le Président, MM.

Entropion.—M. Snellen, d'Utrecht, a imaginé une méthode opératoire pour corriger l'entropion de la paupière supérieure, dont je vous dirai quelques mots ce soir. J'ai eu occasion de pratiquer cette opération sur plus de vingt malades, et les succès que j'en ai obtenus sont des plus satisfaisants. Ce procédé réussit surtout dans les entropions causés par l'épaississement du cartilage tarse à la suite de trachôme.

Les instruments nécessaires pour cette opération, sont : les deux pinces (une pour chaque œil) que M. Snellen a fait construire sur le même principe que celle de Desmarres, ou la pince en écaille de Knapp qui a le grand avantage de pouvoir être appliquée indifféremment sur les quatre paupières, un bistouri, un couteau à cataracte, une paire de ciseaux courbes sur le plat, une petite pince à dissection et des aiguilles à suture avec fil de soie.

La pince de Snellen ou celle de Knapp est d'abord appliquée, de manière à protéger l'œil pendant l'opération, et à tendre le plus possible la paupière, afin d'empêcher tout écoulement de sang. On pratique ensuite une incision dans la peau à une ligne et demie environ du bord palpébral et dans toute la longueur de la paupière, la rétraction de la peau qui en résulte laisse à découvert une partie du muscle orbiculaire qu'on enlève jusqu'au tarse au moyen de la petite pince à dissection et des ciseaux courbes. Alors avec le couteau à cataracte (de Beer ou de Græfe) on pratique l'évidement du car-

tilage de manière que la portion enlevée du tarse ait la forme d'un prisme dont l'arête regarde en bas. Cette perte de substance du tarse doit être faite dans toute la longueur de l'incision cutanée.

Jusqu'ici, le mérite de cette opération ne revient pas complètement à M. Snellen, puisque M. Streatfield, de Londres, avait proposé, déjà depuis plusieurs années, de faire une incision à peu près semblable dans le tarse pour corriger aussi l'entropion. Son procédé opératoire était connu sous le nom de *grooving the cartilage*. Mais ce qui appartient en propre à M. Snellen, ce sont les sutures qu'il pratique dans le tarse, et c'est, à mon avis, cette modification qui assure presque toujours maintenant le succès de l'opération. Les sutures sont au nombre de trois, et voici comment l'on procède pour les appliquer : (chacun des trois fils doit être muni de deux aiguilles) à une demi-ligne environ du bord supérieur de la plaie tarsienne, on introduit une des aiguilles de façon à faire sortir la pointe tout près de ce bord ; cette aiguille est ensuite dirigée vers le bord inférieur de la même plaie et glissée sous la peau qui le recouvre jusqu'à une très petite distance de la racine des cils, en prenant garde toutefois de ne pas la faire sortir à la base même des cils, ce qui pourrait être une cause de trichiasis. Quant à la seconde aiguille attachée au même fil, on n'a qu'à lui faire suivre la dernière partie de ce trajet, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de l'introduire dans le tarse.

On procède de la même manière pour les deux autres sutures. Les points de sortie des six aiguilles doivent être séparés l'un de l'autre, de deux lignes environ. Enfin on attache ensemble les deux bouts de fil de chacune des trois sutures, en ayant le soin de passer auparavant une perle dans chaque fil. Ces perles ont pour but d'empêcher les sutures de couper la peau, elles favorisent aussi la coaptation des deux lèvres de la plaie tarsienne.

Vous avez remarqué qu'en appliquant les sutures, il n'a pas été question du bord supérieur de la plaie cutanée, c'est que, une fois les sutures fermées, les deux bords de cette plaie viennent en contact, et cela suffit pour amener la cicatrisation.

Les sutures peuvent être enlevées dès la quatrième journée.

Trichiasis partiel.—L'habile chirurgien d'Utrecht a aussi adopté un procédé très simple pour le redressement des cils déviés, et que je vous engage d'essayer, parce qu'il donne souvent de bons résultats. Ce procédé convient parfaitement dans les cas où quelques cils seulement sont renversés en dedans. On sait combien cette affection est nuisible aux malades, en effet le frottement de ces cils sur l'œil, y entretient une irritation permanente, et finit même par déterminer un pannus.

Arracher les cils, serait un moyen excellent s'il ne fallait pas recommencer toutes les semaines ; la cautérisation des bulbes après

leur extirpation remédie, il est vrai, à cet inconvénient, mais elle produit souvent des difformités de la paupière, et quelquefois aussi elle est une cause de déviation pour les cils voisins.

Avec le procédé de M. Snellen, nous n'avons rien de cela à craindre, les cils déviés sont conservés, et nous avons l'avantage de leur faire prendre une direction normale ou à peu près.

Cette opération n'exige pas un grand nombre d'instruments : une aiguille à suture très-fine, un fil de soie, ou même un cheveu et une petite pince.

On passe dans le chas de l'aiguille les deux bouts du fil, de manière à obtenir une anse ; l'aiguille est ensuite introduite dans le bord de la paupière, immédiatement au-dessus de la racine du cil dévié, et on la fait sortir à un endroit qui correspond autant que possible à l'insertion des autres cils. Alors, au moyen de la pince que l'on fait d'abord passer dans l'anse du fil, on saisit le cil dévié, puis en attirant doucement les deux bouts du fil, l'anse se rétrécit et finit par emprisonner le cil qui s'engage dans l'ouverture pratiquée par l'aiguille.

Le résultat de cette opération est généralement permanent, c'est-à-dire que le cil continue de croître dans sa nouvelle direction.

Ectropion.—Je vous ferai encore part d'une opération extrêmement simple proposée par le même chirurgien pour corriger l'ectropion de la paupière inférieure. Cette opération donne des résultats très-avantageux, souvent même supérieurs à ceux que l'on obtient par les autres procédés opératoires, lesquels, comme vous le savez, sont plus ou moins longs et compliqués.

Un fil de soie passé dans deux aiguilles courbes de moyenne longueur, voilà tout ce qui est nécessaire pour cette petite opération.

On introduit une des aiguilles dans la conjonctive au point le plus élevé du pli que cette membrane forme en se retournant en dehors, et l'on dirige la pointe de l'aiguille de manière à la faire sortir sur la joue, à environ un pouce au-dessous du bord de la paupière ; on répète la même manœuvre avec l'autre aiguille, en ayant le soin d'introduire celle-ci à trois ou quatre lignes de distance de la première. Les deux bouts du fil cependant doivent être séparés l'un de l'autre, à leur sortie sur la joue, d'un demi-pouce à peu près.

Alors on n'a qu'à tirer sur chaque extrémité du fil, et l'on réussit presque toujours à ramener la paupière dans sa position normale, à cause du mouvement de bascule qu'elle est obligée de subir sous l'influence de cette traction.

Afin d'empêcher les fils de couper la peau, on a la précaution de les lier sur un petit morceau de peau de chamois, préalablement placé entre les deux trous de sortie. L'opération terminée, on applique sur l'œil opéré, un bandeau compressif, que le malade garde trois ou quatre jours. Après la quatrième journée, les sutures peuvent être enlevées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

Séance du 8 Mars, 1876.

Le Dr. A. Dagenais, président, au fauteuil. Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Le Dr. Ed. Desjardins communique un travail intitulé : Entropion, Trichiasis, Ectropion, et donne la description de trois nouveaux procédés opératoires employés avec succès pour remédier à ces maladies.

Le secrétaire donne lecture d'une pétition demandant de changer l'heure des séances de la Société.

Et la séance est levée.

Dr. G. GRENIER.

Sec-Trés- S. M.

—:0:—

COMMUNICATION.

VACCINATION.

—

A Son Honneur le Maire W. H. Kingston, M.D.

MONSIEUR LE MAIRE,

Le 8 janvier dernier, je vous adressais une lettre au sujet des observations que vous aviez faites devant le Bureau de Santé, sur les ravages de la variole, surtout parmi la population canadienne française de la cité. Parlant de votre zèle pour faire adopter la pratique de la vaccination, et vous faisant observer que les prétendus effets de cette pratique ne peuvent justifier un tel déploiement de zèle, et que cette pratique ne saurait être considérée comme seul remède contre la variole, je vous proposais dans cette lettre une bonne occasion, la seule peut être, de démontrer l'utilité de la vaccination, en prenant chacun un ou deux médecins, même plus, avec un secrétaire pour recueillir les faits concernant cette pratique; je terminais en disant: je devrai attribuer votre refus d'acquiescer à ma demande, à un manque de confiance de votre part dans la vaccine.

M. le Maire, ayant attendu votre réponse plus de deux mois, je crois être en droit de regarder votre silence comme un manque de confiance dans l'action préservatrice du virus vaccin contre les ravages de la variole. La réflexion et une étude plus approfondie des effets de la vaccination vous ont sans doute fait voir tout ce qu'il y a de contraire à la raison dans cette pratique, qui consiste à introduire un principe virulent et sceptique dans l'organisme de l'enfant. Je conclus donc, M. le Maire, que vous n'avez plus aujourd'hui con-

fiance en la vaccination que vous vouliez, la croyant bonne, voir accepter par toute la population canadienne-française.

Votre conversion aux principes des anti-vaccinateurs ne serait-elle pas due aux faits suivants, publiés par vos officiers de santé :

“ Il y a eu 80 enterrements dans le cimetière catholique, la semaine dernière ; 3 des décès ont été causés par la petite vérole, etc., etc.

“ Dans le cimetière protestant quatorze enterrements ont eu lieu ; un des décès a été causé par la petite vérole, etc., etc. (*Le National*, 16 février 1876).

Vers le 10 février, je visitais l'hôpital des variolés ; dans les salles qui sont sous la direction des Sœurs de la Charité, il y avait 7 petits garçons, deux canadiens-français et cinq irlandais ; on me dit que dans les salles où se trouvent les protestants, il y avait quatre patients dont l'un était mourant (un homme). Eh bien, M. le Maire, sur onze variolés, deux étaient des canadiens-français, et neuf étaient d'origine anglaise. Ces derniers devaient être vaccinés, car, d'après vous, il n'y a que les canadiens-français qui sont victimes de la variole, parce qu'ils sont opposés à la vaccination. Prétendre aujourd'hui que la vaccination préserve de la petite vérole est une aberration de l'esprit, due chez les uns, à un manque d'étude, chez les autres, à une pratique routinière. Mais quant à vous, M. le Maire, ce serait vous faire injure que de penser un instant à vous placer au nombre de ceux qui en connaissent toujours assez pour exercer dignement la profession. Si vous occupez une position élevée comme citoyen et comme médecin, vous le devez à votre aptitude au travail, et surtout à l'étude. De nouvelles études sur la question de la vaccination vous ont fait voir tout ce qu'il y a d'erreurs dans cette pratique, qui aujourd'hui est repoussée par les hommes les plus instruits en médecine, et de première position en Angleterre, en Allemagne et ailleurs.

Je vais maintenant faire des extraits du journal *National anti-compulsory vaccination League*, du 1^{er} février 1876, organe des anti-vaccinateurs d'Angleterre. La vaccination a été condamnée dans les différentes assemblées tenues en décembre et janvier derniers ; et cette condamnation portée unanimement par des hommes distingués, doit faire réfléchir tout homme de bien sur les effets d'une pratique qui compte ses victimes par millions, comme on l'a dit en Angleterre.

La Ligue a différentes branches dans les principales villes où elle fait convoquer des assemblées, sous le patronage du Révd. Hume Rothery, président de la Ligue, expressément pour connaître quels sont les sentiments des citoyens ; et dans chacune de ces assemblées, un sentiment d'indignation s'est manifesté contre cette pratique. Première assemblée :

Leicester, 1^{er} décembre 1875.

A cette grande assemblée tenue sous le patronage du président de la Ligue, le conseiller Clow fut nommé président et expliqua le but de l'assemblée: ensuite M. Booth, secondé par M. Michael Wright, proposa la résolution suivante: — "Qu'au jugement de cette assemblée, la vaccination est une pratique non scientifique, inutile et pernicieuse, que la loi qui la rend obligatoire est une violation des principes de l'économie politique et un attentat à la constitution libre de l'Angleterre, et que cette assemblée s'engage à employer tous les moyens légitimes pour faire rappeler cette loi injuste et despotique."

Deuxième assemblée à Hunslet, Leeds (6 décembre 1875), tenue dans la salle "The Mechanics' Institute," sous le patronage du président de la Ligue. Le conseiller White, en l'absence du conseiller Bramham, fut nommé président, et après avoir expliqué le but de l'assemblée, dit qu'il avait été partisan de la vaccination, mais qu'aujourd'hui, il la condamne; que ses propres enfants ont été victimes de cette pratique. Voici en quels termes le journal rend ses paroles:

"Il y a quinze ans, dit-il, je croyais à la vaccination, et je fis vacciner quatre de mes enfants. Ils ont tous souffert plus ou moins de maladies que l'on pouvait rapporter à cette inoculation. Les trois plus jeunes enfants n'ont pas été vaccinés et tous sont en bonne santé."

Après quoi le Dr. Booth proposa, secondé par M. Atkinson, secrétaire honoraire de la Ligue, la résolution suivante:

"Que, dans l'opinion de cette assemblée, les actes de vaccination compulsoire sont inconstitutionnels, injustes, cruels et despotiques, et un outrage aux droits et à la liberté des parents."

Et il accompagna sa résolution des remarques suivantes:

"On a dit qu'un enfant non vacciné était une source de danger pour la société. Mais la vaccination ne préserve pas de la variole, c'est par de sages mesures sanitaires et par l'obéissance aux lois de la santé que l'on prévient cette maladie."

M. Atkinson, en secondant la motion, fit voir tout l'odieux de la loi qui impose la vaccination, et termina ses remarques en disant:

"Je soutiens qu'un enfant appartient à ses parents et non à l'Etat, vu que l'Etat n'a aucun droit de forcer les parents à violer leurs consciences, à ruiner la santé de leurs enfants par la vaccination. Cette pratique est la principale cause de la grande mortalité des enfants."

La seconde résolution fut proposée par M. Pickering et secondée par le conseiller Boocock: "Que les épidémies de petite vérole des quatre dernières années ont clairement démontré l'impuissance absolue de la vaccination pour prévenir ou mitiger la variole, que des maladies terribles et la mort résultent souvent de cette pratique, en conséquence cette assemblée demande le rappel de la loi de vaccina-

tion. " M. Pickering fit des remarques très appropriées sur les mesures sanitaires, de propreté, etc., comme étant les moyens de prévenir les maladies épidémiques.

Troisième assemblée à " Cheltenham, " le 13 décembre 1875, tenue dans les salles de la Bourse (Corn-Exchange). M. J. S. Louthall présidait et sur la plate-forme étaient présents le professeur Newman, le Révd. Hume Rothery, le Dr. Turnbull et plusieurs autres personnes de distinction. Le président fit quelques remarques appropriées sur le but de l'assemblée et termina en condamnant la pratique de la vaccination compulsoire.

M. Woodward, secondé par M. Millard, proposa la motion suivante :

" Que, dans l'opinion de cette assemblée, la vaccination est un empoisonnement du sang ; que comme elle ne détourne pas et ne diminue point la cause de la variole, elle ne peut jamais prévenir ou modérer cette maladie ; et que cette pratique étant une infraction flagrante aux lois de la physiologie, elle doit, dans tous les cas, être nuisible plus ou moins. " MM. Rothery, Newman, Dr. Turnbull et autres, appuyèrent la motion par des discours énergiques sur le sujet.

4ème. assemblée à " Banbury " le 12 Janvier 1876, tenue dans la salle " The Town Hall, Banbury, " sous le patronage du Rév. Hume Rothery et présidée par le Rév. W. Ayton, vicaire de Chacombe. Le président expliqua le but de l'assemblée, fit un appel chaleureux au patriotisme des membres de la Ligue, etc pour recommandant de s'opposer par tous les moyens légaux possibles à l'exécution de la loi. Après quoi, la résolution suivante fut proposée par M. Charles Gillett, secondée par M. Freeman : " Qu'au jugement de cette assemblée la vaccination est une pratique non scientifique, inutile, tout-à-fait impuissante à protéger de la variole ; que c'est un moyen de transmettre toutes sortes de maladies constitutionnelles ; et que les actes du parlement qui rendent obligatoire cette pratique pernicieuse, sont injustes et cruels et devraient, par conséquent, être promptement et entièrement rappelés. "

M. Gillett en proposant cette motion, dit qu'il croit que la vaccination est une des causes de la mortalité chez les enfants.

M. Freeman, en secondant la motion, dit " qu'il n'est pas naturel de prendre une matière animale pourrie et de l'introduire dans la constitution d'un enfant sain. "

5e assemblée à " Chipping Norton, " le 14 janvier 1876, tenue pour entendre le rapport du président de la Ligue, le Rév. Hume Rothery, sur la question de la vaccination.

Sur motion de M. John Bartlett, secondé par M. Townsend, M. John Stayt fut unanimement élu président.

M. Hume Rothery prenant la parole, fit l'histoire de la vaccina-

tion, en démontra les mauvais effets, en fit voir toute l'absurdité, et dit qu'elle n'avait été qu'une mystification depuis Jenner jusqu'à nous. Le rapporteur du journal cite du discours du Rév. M. Rothery quelques extraits en disant :

“ Il cita de diverses autorités publiques et médicales, entre autres *The Lancet*, des admissions et des faits qui prouvent d'une manière décisive, que la vaccination était incapable de protéger contre la petite vérole et il rapporta de singuliers témoignages des Drs. Bakewell, vaccinateur public de Trinidad, du Dr Small, J. P., de Boston et autres, montrant que la vaccination quelquefois occasionne le développement de la variole. L'orateur donna le récit de sa visite à Newmarket, durant l'épidémie de 1874, où presque tous les cas avaient été vaccinés et beaucoup revaccinés, de même qu'à Birmingham où une immense proportion des malades avaient été vaccinés. Même, le Dr. Alfred Hill, l'officier de santé, prouva ce fait dans ses rapports ; comment pouvait-on alors parler de la vaccination, comme d'une protection contre la petite vérole. ”

En concluant ses remarques sur le sujet, M. Rothery dit que les médecins peuvent conserver l'art de guérir, mais qu'ils renoucent à la pratique diabolique de créer des maladies.

Après quoi, M. Rowell proposa, secondé par M. Bartlett une résolution analogue aux précédentes.

J'extraits encore du *National Anti-Compulsory Vaccination League*, 1er. Fév. 1876, reproduisant du *Huddersfields Times*, 13 Nov. 1875.

“ M. G. S. Gibbs, M. D., *fellow* de la Société de statistiques, autorité digne de confiance, dit : c'est un fait prouvé d'une manière irréfutable par la statistique que la mise en force de la loi de vaccination a augmenté la mortalité infantile dans ce pays à un point surpassant de beaucoup la mortalité totale par la variole ; et c'est de plus un fait scientifique que la vaccination et les diverses opérations pratiquées sous ce nom, laissent dans la constitution le germe de maladies qui se développent à des âges au-delà de celui de l'enfance et, entraînent à leur suite des souffrances, des misères et la mort. La vaccination n'est d'aucun service, c'est une véritable malédiction pour l'humanité et un défi à la sagesse du créateur. ”

Voilà donc, M. le maire, le système que vous voudriez voir adopter par la population canadienne-française ; croyez-vous qu'elle serait bien préservée, après tout, des ravages de la petite vérole ; ne voyez-vous donc pas que la grande association “ National anti-compulsory vaccination League ” d'Angleterre, comptant plus de cent mille membres, condamne la vaccination, et avez-vous oublié qu'ici plus de dix mille personnes l'ont aussi condamnée ? Est-ce un homme instruit qui voudrait aujourd'hui prendre la responsabilité de recommander la vaccination quand on s'efforce presque partout d'en démontrer les dangers ?

Je citerai encore un fait qui vous fera voir que la vaccination est repoussée même par des médecins haut placés dans la profession.

Du *Daily News*, Jan. 20, 1876.

“ Le Dr. Bartle, principal de Freshfield College, près Liverpool, était accusé hier, à Southport, d'avoir refusé de vacciner deux de ses enfants âgés respectivement de huit et dix-huit mois. C'est à l'instance du *Board of Guardians* que cette mise en accusation avait été faite et comme le Dr. Bartle était coupable de résistance volontaire à l'acte de vaccination, on demanda l'infliction de la plus haute pénalité. Le défendeur plaida coupable, et dit qu'il avait des scrupules consciencieux contre la vaccination, car il pensait qu'elle produisait plus de mal que de bien. Un de ses enfants souffrait en ce moment de la lymphé impure introduite dans son organisme. Le magistrat imposa une amende de vingt chelins et les frais dans chaque cause. ”

Dans un autre article, je vous ferai voir, au moyen encore d'extraits de la presse anglaise quels sont les résultats de l'inoculation du virus vaccin, et quels sont ceux qui ont intérêt à propager cette pratique.

Je suis avec considération,

M. le maire,

Votre, etc.,

J. EMERY CODERRE.

Montréal, 15 Mars 1876.

—:o:—

BIBLIOGRAPHIE.

THE CHOLERA EPIDEMIC OF 1873 IN THE UNITED STATES.—Government Printing Office, Washington, D. C.—1875, 8 vo. pp. 1053.

Cet ouvrage volumineux nous apparaît sous la forme redoutable, pour quelques-uns, des livres officiels, mais en parcourant son contenu, l'on s'aperçoit bientôt qu'il contient une foule d'informations importantes dont la science fera son profit. Le titre de ce volume n'indique pas complètement la nature et l'étendue des sujets qui y sont traités. C'est un travail sérieux ou plutôt une collection de travaux sur le choléra faits d'après l'ordre du Congrès des États-Unis.

Les médecins de l'armée ont surtout contribué à en fournir les matériaux et ils ont acquis par là un nouveau titre à la reconnaissance du public.

Sous forme d'introduction, le Dr. John M. Woodworth, surintendant des hôpitaux de marine des États-Unis, démontre le rôle de

la marine marchande dans l'importation du choléra en Amérique, il soutient que toutes les épidémies antérieures ont pris leur origine d'un navire infecté et il termine en proposant certains moyens de prophylaxie, en rapport avec les données précédentes.

Nous ne pouvons que mentionner les divisions de l'ouvrage, car l'examen de chaque chapitre nous entraînerait trop loin.

La première partie contient l'histoire de l'épidémie de choléra de 1873 aux États-Unis.

Ces vingt-trois chapitres ont été rédigés par Ely McClellan, M. D., assistant-chirurgien de l'armée, d'après les informations fournies par les médecins des divers États où l'épidémie a paru. On remarque particulièrement un court chapitre sur l'histoire clinique de l'affection, écrit dans le but de prouver à quelques contradicteurs que l'on avait bien affaire au choléra asiatique lors de cette épidémie.

L'auteur touche aussi à la question du traitement. Le calomel fut le médicament le plus employé ; il parut avoir un effet marqué uni à l'opium pour arrêter la diarrhée prémonitoire. Des cas de choléra confirmés rapportés dans cet ouvrage, ceux qui furent traités par le calomel seul donnent une mortalité de 23 par cent ; par le calomel et l'opium 31 par cent ; en outre par l'acétate de plomb 40 par cent ; par l'opium, le calomel et les stimulants 50 par cent ; par les stimulants seuls 59 par cent. Le nombre de cas soumis au traitement par les acides fut seulement de 64, 5 morts. La mortalité totale sur les 7356 cas rapportés a été de 52 par cent.

Presque tous les médecins qui ont fait des rapports, insistent sur l'importance capitale de considérer en temps d'épidémie toute diarrhée comme suspecte et de la traiter sans délai par les moyens employés contre la cholérine. Là où ce grand précepte sur lequel M. Jules Guérin insiste depuis quarante ans, fut suivi, la mortalité diminua rapidement.

La seconde partie contient l'histoire des pérégrinations du choléra en Asie et en Europe, ainsi que dans l'Amérique du Nord. Les Drs. John C. Peters, de New-York et Ely McClellan en sont les auteurs. On y trouve l'histoire très-complète de cette maladie depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours et principalement celle des six grandes épidémies qui ont visité l'Amérique du nord. Un grand nombre de cartes géographiques contribuent à rendre le texte plus clair.

La troisième partie intitulée bibliographie du choléra, est l'œuvre de John S. Billings, M. D., assistant-chirurgien de l'armée. Elle contient la liste des livres, essais, articles de journaux, etc., se rapportant à la question du choléra. Le bibliophile le plus ardent aurait droit de pâlir devant cette énumération qui occupe trois cents pages de texte et contient six ou sept mille renvois. Une classification très commode et assez complète facilite les recherches dans cet amas

d'ivraie et de bon grain. Le travail de bénédictin que le Dr. Billings s'est imposé sera d'un immense secours aux travailleurs de l'avenir.

Maintenant, si l'on jette un coup d'œil général sur les doctrines inculquées dans cet ouvrage, on constate qu'elles s'accordent le plus souvent avec les conclusions adoptées par le congrès de Bruxelles l'automne dernier. En indiquant ces propositions, nous ferons donc connaître les idées répandues dans l'ouvrage de nos confrères américains, sauf certains points que nous signalerons.

I. La prophylaxie du choléra asiatique doit avoir pour base une notion étiologique aussi complète que possible de la maladie.

II. Le choléra est une maladie *spécifique*, c'est-à-dire qu'elle est produite par un principe morbide toujours le même et qu'elle ne peut être produite par d'autres causes.

III. Le principe cholérigène nous est inconnu dans son essence, comme du reste le principe générateur de la variole, de la scarlatine de la petite vérole, etc., mais nous possédons des connaissances très-importantes, au point de vue de la prophylaxie, sur son origine, ses attributs, les lois de sa propagation et de son évolution.

IV. *Origine.* Le miasme cholérigène se développe spontanément dans certaines contrées de l'Inde, spécialement le delta du Gange et les contrées basses qui environnent Madras et Bombay. En partant de ces foyers originels, il s'est transporté à différentes reprises en Europe, en Afrique, en Amérique, en constituant ces grandes épidémies qui sont présentes à tous les souvenirs.

Toutefois, on a vu se produire en Europe des explosions plus limitées de choléra asiatique après la disparition des grandes épidémies dont il vient d'être question. Ces explosions sont-elles dues à la production spontanée, sur le sol européen, du miasme cholérigène, ou bien faut-il les attribuer au développement tardif de miasmes laissés en quelque sorte en provision par l'épidémie asiatique précédente ? cette dernière opinion est la plus probable.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vraisemblable que le choléra indien peut s'acclimater en Europe, soit par la production spontanée, sur notre sol, de son principe générateur, soit par la conservation et la régénération indéfini du miasme arrivé primitivement de l'Inde. "

En Amérique, d'après le Dr. McClellan, le choléra a toujours été précédé de son apparition en Europe et de l'arrivée de navires infectés.

Cependant tous les hygiénistes ne sont point d'accord sur ce point. L'officier de santé de Cincinnati, entre autres, prétend qu'en 1873, les cas de choléra qui ont éclaté dans cette ville se sont développés spontanément.

De son côté, M. Tholozan, médecin du roi de Perse, soutient l'o-

origine secondaire, même sur les bords du Gange, des épidémies cholériques.

Les épidémies actuelles de choléra dans l'Inde, au lieu de naître comme on le suppose généralement, en quelque sorte *sponte sua*, sous l'influence de conditions climatiques spéciales, résultent de la revivification de germes remontant à une première endémie ou épidémie dont la date est inconnue, et se perpétuant par des séries successives d'incubations et de revivifications, à l'instar des germes de nos maladies zymotiques.

“ V. *Attributs du miasme cholérigène* : 1o. Ce miasme se régénère dans le sujet qui est atteint du choléra ; et, transporté de lui sur des individus sains, il provoque chez eux le développement de la maladie ; en d'autres termes, le choléra est essentiellement contagieux.

2o Le miasme cholérigène se conduit à la manière des corps solubles et volatils : ainsi il se dissout dans l'eau, il se répand dans l'atmosphère où il se maintient à l'état de diffusion homogène, c'est à-dire sans s'accumuler dans les points déclives.

3o. Le pouvoir morbifique du miasme cholérigène est moins énergique, moins fatal dans son action que celui d'autres miasmes et d'autres virus connus.

4o. Il est peu stable ; il paraît se détruire très-promptement, surtout quand l'air est fortement ozonisé. Toutefois, dans certaines conditions de confinement, à l'abri de l'air, il peut se conserver très-longtemps.

5o. Ce miasme est détruit par une température élevée (100 degrés et au-dessus) et par un certain nombre d'agents chimiques à affinités énergiques. Cette question réclame encore des études pour arriver à une précision et à une netteté véritablement pratiques.

6o. Les individus exposés à l'action du miasme cholérigène acquièrent au bout de quelque temps une sorte d'accoutumance qui les met à l'abri de la maladie.

VI. *Lois de propagation du choléra asiatique.* 1o Le contagion cholérique réside principalement, sinon exclusivement, dans les déjections des malades (matières vomies et surtout évacuations intestinales).

2o Il peut se transporter du sujet malade aux individus sains par différents véhicules, parmi lesquels il faut noter, après les déjections elles-mêmes :

- Le malade ;
- Le cadavre ;
- Les linges et les vêtements qui leur ont servi ;
- Les appartements, les navires et les voitures où les cholériques ont séjourné ;
- Les latrines ;

L'eau, qui a pu être contaminée par les déjections cholériques ;
L'air, mais à faible distance, c'est-à-dire à quelques centaines de mètres ;

Les animaux, les marchandises qui ont pu être chargés de miasmes cholériques, etc.

VII. *Imprégnation cholérique et évolution.* 1o Le miasme cholérique pénètre dans l'économie par deux routes : il est le plus souvent absorbé par la muqueuse pulmonaire ; il peut pénétrer par les voies digestives à l'état de solution dans les boissons et peut-être dans les aliments.

2o La durée de l'incubation est de quelques heures à plusieurs jours au maximum.

3o Les conditions morales et hygiéniques de nature dépressive favorisent l'évolution de l'empoisonnement cholérique.

VIII. La prophylaxie du choléra dérive de ces notions étiologiques.

La première indication est de détruire par des travaux d'assainissement les foyers originaux du choléra dans l'Inde, et ses foyers secondaires en Europe.

Il suffit de lire dans le livre que nous examinons, le chapitre sur le choléra dans l'Inde pour nous enlever tout espoir de parvenir à éteindre le foyer originel du choléra asiatique. On ne peut s'imaginer les superstitions, l'ignorance, la malpropreté, les souffrances du peuple indien. Toutes les nations civilisées en coalition ne réussiraient point à assainir certaines parties de l'Inde ; la religion seule pourrait y réussir, mais les gouvernements pensent plutôt à entraver son action qu'à la favoriser.

“ Le second précepte est d'empêcher le transport du principe morbide dans les pays sains, par toutes les mesures vraiment efficaces et compatibles avec les exigences de la civilisation moderne. ”

Le Dr. McCiellan consacre un chapitre très-intéressant à l'examen de ces mesures. Un bureau sanitaire national aurait, entre autres fonctions, celle de signaler aux autorités locales l'arrivée d'émigrants, venant de districts infectés.

L'auteur recommande une quarantaine d'observation, et des règlements uniformes fondés sur nos connaissances actuelles. Il examine les mesures sanitaires adaptées aux villes, aux logements, aux individus ; il insiste particulièrement sur le danger de l'infection par l'eau, de fait il semble, contrairement à l'opinion du Congrès de Bruxelles, croire que le poison pénètre dans l'économie presque exclusivement par les voies digestives.

“ La troisième règle prophylactique, c'est de le neutraliser par moyens désinfectants qu'il reste à déterminer. ”

Pour le Dr. Woodworth, les agents chimiques qui détruisent le miasme cholérique sont tous trouvés.

Voici en effet deux propositions que nous trouvons dans l'essai déjà cité. Le miasme cholérigène est détruit naturellement soit par son évolution naturelle soit par contact avec les acides : (1) ceux contenus dans l'eau ou le sol ; (2) les gazs acides de l'atmosphère ; (3) la sécrétion acide de l'estomac

Ce miasme peut-être détruit artificiellement (1) en traitant par les acides les déjections des malades ou les matières qui les contiennent ; (2) en faisant dégager dans une atmosphère contaminée des gazs acides ; (3) en établissant une diathèse acide de l'organisme chez celui qui a reçu le poison.

L'auteur apporte un certain nombre de faits à l'appui de l'efficacité de l'acide sulfurique comme moyen prophylactique et même curatif du choléra. D'après lui, il existe peu de doute, en dépit des enseignements de la dernière Conférence Sanitaire Internationale, que nous possédons dans les acides minéraux un moyen certain de prophylaxie contre le choléra.

En terminant cette revue, nous devons féliciter les auteurs d'avoir mené à bonne fin dans l'espace de huit mois une entreprise aussi considérable dont eux seuls peuvent apprécier complètement les difficultés.

Dr. G. G.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

QUELQUES MOTS A PROPOS DE LA PRÉPARATION DU PHOSPHURE DE ZINC ET DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE, par M. Pierre Vigier, pharmacien à Paris.

M. Vigier a fait une étude très-importante sur les phosphures métalliques dans sa thèse qui a été insérée complètement dans les *Annales de Chimie et de physique*. Il en signalait un, le phosphure de zinc, dont la composition et l'action physiologique étaient si bien précisées qu'il semblait que ce nouveau médicament, infiniment préférable aux autres agents de la médication phosphorée, allait entrer de plain pied dans le domaine de la thérapeutique. Il n'en a rien été, en France du moins, malgré des observations de succès obtenus de son emploi par MM. Guéneau de Mussy, Montard Martin, Féréal Mauriac, Curie, etc., etc. La découverte de M. Vigier n'a cependant pas été perdue pour tout le monde ; mais elle

a justifié une fois de plus le proverbe, que nul n'est prophète en son pays: car, tandis que le phosphore de zinc restait à peu près inconnu en France, il faisait son chemin hors de ce pays, si bien qu'on fut très-surpris d'apprendre, il y a quelques mois, par de nombreux articles de journaux étrangers, qu'en Amérique, en Angleterre et en Allemagne, on en faisait un usage considérable. Ce phosphore de zinc est de fabrication française. Une maison de Paris vient d'en expédier 6 kilogrammes à Erfurt, 3 kilogrammes à Berlin et 12 à Darmstadt, ce qui fait supposer un emploi bien étendu, pour un médicament qui s'administre par milligrammes. Cela prouve que nous ne sommes pas encore près de prendre notre revanche sur le terrain scientifique, ainsi qu'on prétend le faire.

M. Vigier a raison de s'émuouvoir de cet état de choses et de ne pas laisser périmer ses droits à la paternité; mais là n'est pas le seul objet de son nouveau travail, il y signale, d'après l'expérience clinique, les cas dans lesquels le phosphore de zinc est spécialement indiqué.

Le phosphore de zinc se prépare en faisant arriver sur du zinc en ébullition de la vapeur de phosphore; l'opération doit se faire dans un courant d'hydrogène sec et à l'abri de l'air, avec du zinc distillé pur, sans cela il contient de notables proportions d'oxyde et de phosphate de zinc, ainsi que du phosphore de plomb.

Le phosphore de zinc pur est cristallisé en beaux prismes irisés; mis en poudre, il ressemble au fer réduit par l'hydrogène. Il renferme le quart de son poids de phosphore, comme l'indique sa formule chimique PhZn_3 ; mais il agit comme s'il en contenait que le huitième, la moitié se transformant en hypophosphite de zinc absolument inactif. Il résulte de là qu'en prescrivant 8 milligrammes de phosphore de zinc, ce qui est la dose ordinaire ou du moins initiale, on donne en réalité un milligramme seulement de phosphore actif. On voit aussi, par là, que l'administration du phosphore de zinc n'offre pas plus de difficultés ni de dangers que celle de l'arsenic, que tout le monde manie aujourd'hui si hardiment. Il en offre même moins que ce dernier; car on peut donner pendant longtemps, jusqu'à 4 milligrammes par jour du phosphore de zinc, sans le moindre inconvénient; mais on n'a presque jamais besoin de dépasser celle de 16 milligrammes.

Deux à quatre pilules ou granules de 4 milligrammes de zinc par jour suffisent. On n'a jamais vu les doses élevées réussir, surtout quand les petites avaient échoué.

Le phosphore de zinc se donne aux repas comme la plupart des médicaments énergiques.

Terminons par un aperçu des maladies dans lesquelles le phosphore de zinc a été employé avec succès.

En Irlande, on vante les effets de ce médicament contre la scrofule.

A New-York, M. E. Seguin signale le phosphore de zinc comme un reconstituant dans certaines affections nerveuses, où il y a élimination excessive des phosphates, dans les cas de nutrition défectueuse du cerveau, d'irritation spinale, d'hystérie et de diverses variétés de paralysie.

En Angleterre, le Dr Sanger a publié un article dans le *British medical Journal* dans lequel il cite la guérison de quarante cas de névralgies au moyen du phosphore de zinc. Il assure que c'est un excellent remède contre les névroses et certains états morbides dus à la dénutrition des nerfs, tels que la paralysie agitante, la névralgie sciatique.

Le Dr Ashburton Thompson, après de nombreuses expériences, affirme que le phosphore de zinc, continué à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour, est tonique et qu'il améliore les fonctions nerveuses épuisées. A dose plus forte, 5 milligrammes par vingt-quatre heures et pendant trois ou quatre jours seulement, c'est un stimulant énergique : il augmente l'appétit, accélère le pouls, procure une excitation nerveuse et augmente la sécrétion urinaire. Plus rarement il excite les fonctions génésiques ; c'est un signe que la dose est trop forte et qu'il faut la diminuer. Le même médecin dit avoir obtenu avec le phosphore de zinc, des succès étonnants dans la chlorose et l'anémie, les hémorrhagies utérines et surtout là où le fer avait échoué.

Le docteur Alexandre Vigier, de Vizille (Isère), frère de l'auteur, a obtenu depuis deux ans de nombreuses guérisons avec le phosphore de zinc contre la chloro-anémie chez les jeunes filles et contre l'aménorrhée, la dysménorrhée, les métrorrhagies.

Nous avons, pour notre compte, récemment essayé le phosphore de zinc contre une incontinence nocturne d'urine durant depuis de longues années chez une jeune fille de douze ans. Pendant un mois du traitement, l'incontinence qui était presque quotidienne, n'a paru que quatre fois.

Espérons que grâce à ces renseignements, le phosphore de zinc entrera dans le domaine de la thérapeutique en France.

Dr H. COTIN.

—Revue de thér. méd.-chir.

DE L'EMPLOI DE L'APOMORPHINE.—L'apomorphine étant destinée à entrer rapidement dans les usages de la pratique, les expériences et les recherches dont elle a été l'objet doivent être suivies avec soin.

M. David (de Lausanne) a fait une série d'expérimentations et d'observations desquelles il ressort, qu'à côté de ses grands avantages, rapidité du résultat cherché, absence d'actions secondaires sur le

tube digestif et les autres organes, etc., etc., elle peut avoir d'assez sérieux inconvénients ; chez des sujets évidemment prédisposés, elle occasionne une tendance particulière à la syncope et au collapsus, qui fait que le médecin doit surveiller personnellement les effets du médicament qu'il a administré, ces accidents se produisant même avec des doses très-faibles. Cette dose doit être de 0 gramme 004 milligrammes pour l'homme en injections hypodermiques. La solution se fait rapidement dans l'eau tiède ; celle-ci se teinte en vert au bout de quelques minutes, et cette coloration augmente ensuite, mais sans influencer en rien sur les propriétés physiologiques du produit qui peut demeurer ainsi inaltérable pendant une année, s'il s'est altéré dans certains cas, cela tient probablement à son impureté. La solution contenant 0 grammes 002 milligrammes de chlorhydrate d'apomorphine par 1 gramme d'eau est la plus facile à employer.

Chez le chien, le chloroforme donné à dose résolutive retarde jusqu'à la période du réveil l'action de l'apomorphine. L'anesthésie produite par le chloral injecté dans les veines, la morphine à faible dose empêchent aussi son action. Aussi serait-elle contre-indiquée dans un empoisonnement par ces substances.

L'état asphyxique produit par la présence des fausses membranes du croup dans le larynx, empêche souvent les enfants de vomir. Dans certains cas l'action des vomitifs est suspendue jusqu'au moment où la trachéotomie vient rendre un libre accès à l'air. L'apomorphine aurait alors une indication utile dans ces cas, car les expériences de M. David lui ont démontré que l'état asphyxique presque complet et prolongé produit par l'obstruction du larynx n'a aucune influence sur son action.

Plusieurs de ces résultats sont confirmés par ceux du docteur Jurasz, que nous trouvons reproduits dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Selon cet auteur, une solution de plusieurs mois à un an ne perd rien de son efficacité ; il insiste aussi sur l'absence de l'action secondaire comme le catarrhe intestinal qui survient après les autres vomitifs, et sur son utilité dans tous les cas où il faut agir rapidement (empoisonnement) ou lever un obstacle à la respiration comme dans le croup, la bronchite chez l'enfant, l'emphysème avec bronchite violente et forte dyspnée chez l'adulte.

On peut employer aussi l'apomorphine comme expectorant en la donnant par la voie stomacale. La dose varie de 1 milligramme à 2 centigrammes pour les adultes, et pour les enfants jusqu'à 5 milligrammes toutes les une ou deux heures. Pour les adultes on prescrira :

Chlorhydrate d'apomorphine cristallisé.	1 à 20 centigr.	gr $\frac{1}{10}$ à gr iij
Eau distillée.....	120 grammes.	℥iv
Acide chlorhydrique.....	5 gouttes.	

Sirop simple 30 grammes. ℥i
 A prendre une cuillerée à soupe toutes les 1 ou 2 heures

Pour les enfants :

Chlorhydrate d'apomorphine.....	1 à 10 centigr. gr $\frac{1}{6}$ à griss
Eau distillée	80 grammes. ℥xxss
Acide chlorhydrique.....	3 gouttes.
Sirop simple.....	20 grammes. ℥v

Une cuillerée à café toutes les 1 ou 2 heures. L'acide chlorhydrique empêche la solution de verdier.

On peut donner encore :

Chlorhydrate d'apomorphine crist.	1 mill. à 2 cent. gr $\frac{1}{65}$ à gr $\frac{1}{3}$
Sucre blanc	50 centigrammes. . grviii
Faire dix paquets semblables.	Un toutes les 1 à 2 heures.

Chlorhydrate d'apomorphine crist.	5 cent. à 1 gram. gr $\frac{2}{3}$ à grxv
Poudre de réglisse.....	} à 3 grammes. ℥ij
Extrait de réglisse.....	

Pour 50 pilules. Une toutes les 1 ou 2 heures.

L'apomorphine excite et facilite l'expectoration, en modifiant la sécrétion à la manière de l'émétique et de l'ipéca.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

INFLUENCE DU PÈRE ET DE LA MÈRE DANS L'HÉRÉDITÉ.—Le Dr. Ransom Dexter, dans le *Chicago Journal of Mental Disease*, cite des exemples d'hérédité nerveuse dans lesquels la dualité de l'influence des parents est très-notable. Dans un premier cas, un homme jeune, d'excellente santé, contracta l'habitude de l'alcoolisme peu de temps après s'être marié ; il restait deux semaines environ dans un état d'excitation perpétuelle, puis était sobre et tranquille pendant les quinze jours suivants. Dans cet état, il devenait souvent si violent que presque tous ceux qui l'entouraient furent obligés de le quitter. Un peu plus tard, il eut un fils qui, dès son jeune âge, fut un sujet de continuel tourment pour sa mère, et qui, arrivé à l'âge où son père avait commencé à boire, prit exactement le même tempérament que celui-ci. De plus, son état d'excitation présentait absolument le même caractère de périodicité, durant quinze jours environ, pour se calmer pendant les quinze jours suivants. Mais, en même temps, il avait une aversion prononcée pour les liqueurs alcooliques dont il ne voulut jamais user, et, chose remarquable, cette aversion était extrêmement prononcée chez sa mère. Cet homme eut huit enfants dont six survécurent, sur lesquels un seul présentait exactement le même état mental que son père. Enfin, un des en-

fants du quatrième de ces fils offre absolument le caractère et l'état morbide de son arrière-grand-père, premier anneau de cette chaîne pathologique.

Le second cas cité se rapporte à une jeune femme habituée à prendre des liqueurs alcooliques pendant le cours de ses différentes grossesses. Pendant la huitième, elle voulut se corriger de cette funeste habitude et ne put y réussir que très-difficilement, luttant constamment contre le violent désir qu'elle éprouvait. L'enfant qui provint de cette grossesse fut un exemple étonnant au point de vue de l'hérédité des phénomènes morbides présentés par la mère pendant la gestation. Quand il avait des liqueurs alcooliques à sa portée, il éprouvait le vif désir d'en prendre, mais en même temps avait un sentiment de satisfaction quand ces objets étaient éloignés de lui. Il y avait ainsi chez lui un double état mental qui le portait à désirer vivement une chose, mais le rendait capable de s'en abstenir.

Les faits d'hérédité poussés aussi loin pourront, si on les généralise, expliquer certaines formes de troubles intellectuels plus fréquents qu'on ne le croit chez les enfants. Le Dr. Laehr, dans une réunion des aliénistes allemands, faisait une communication reproduite dans les *Annales de médecine* de Gand, dans laquelle il attirait l'attention sur l'influence qu'exerce l'école pour arrêter le développement des maladies mentales. Beaucoup d'enfants qui paraissent très-intelligents pendant leur plus jeune âge, éprouvent à un moment donné une grande difficulté à dépasser une certaine limite d'instruction; dans la plupart des cas, ces faits s'observent chez les descendants de familles où les névroses cérébrales ont été plus ou moins fréquentes. L'intelligence semble intacte aussi longtemps qu'on n'en exige pas des efforts un peu considérables et surtout prolongés. Alors la force s'épuise; les enfants ne peuvent achever la tâche imposée et deviennent d'autant plus incapables qu'on les presse davantage. Mais si on leur laisse le temps, si on ne leur impose pas un travail trop élevé et trop prolongé, ils arrivent au but un peu plus lentement que les autres, mais sûrement. Tandis que souvent à l'école, s'ils sont poussés comme les autres, ils perdent le goût du travail et avancent difficilement, ou même tombent à un degré intellectuel très-inférieur. Au point de vue moral, ces enfants peuvent être prompts à sentir, irritables, capricieux, pleurant facilement, aimant à tourmenter les autres, ou passent rapidement par les dispositions morales les plus opposées. Physiquement, on observe une grande mobilité dans l'innervation musculaire. Ces enfants sont toujours en mouvement; chez beaucoup, on voit cette mobilité excessive dégénérer en chorée; chez un petit nombre, en convulsions qui deviennent parfois de l'épilepsie.

On voit combien il est important que les maîtres soient instruits

de ces faits et sachent bien que, parmi les enfants qui leur sont confiés, un certain nombre qu'on est porté à regarder comme tout à fait inintelligents et à abandonner à eux-mêmes, peuvent, au contraire, arriver, suivant les procédés qu'on emploiera vis-à-vis d'eux, au même degré d'instruction que ceux qui paraissent avoir l'intelligence la plus facile et la plus ouverte.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

CHLORAL, ACTION SUR L'ESTOMAC, CONSEILS POUR L'ADMINISTRER.

— Une excellente étude de l'action topique du chloral sur la muqueuse de l'estomac a été publiée par M. Leo Testut dans la *Gazette médicale de Bordeaux*, article dont la valeur pratique n'échappera à personne. Depuis peu d'années, en effet, le chloral est devenu un médicament d'un usage banal que le médecin prescrit fréquemment et que les malades s'administrent plus fréquemment encore sans ordonnance de médecin. Cependant ses propriétés irritantes sont manifestes et M. Testut a institué une série d'expériences pour étudier, *de visu*, l'action du chloral sur la muqueuse de l'estomac. Il a donné la substance à des animaux en les sacrifiant plus ou moins longtemps après. Il a précisément étudié les formes pharmaceutiques les plus employées, la solution aqueuse, le sirop, les perles de chloral. Il a reconnu que cette action locale est énergique. L'hydrate de chloral, administré en cristaux ou en solution aqueuse, détermine sur la muqueuse de l'estomac une modification plus ou moins profonde, qui se traduit selon les cas par de la congestion, des ecchymoses, des hémorrhagies, des eschares, des ulcérations.

Le chloral en nature serait la plus mauvaise de toutes les préparations, celle dont l'action serait la plus funeste. Une solution aqueuse trop concentrée doit être proscrite. A plus forte raison doit-on s'abstenir de prescrire les perles et dragées qui masquant la saveur du chloral, permettent de l'introduire en nature dans l'estomac.

Même dans le sirop de chloral le véhicule ne détruit pas les propriétés caustiques de la substance active.

M. Testut a expérimenté avec le sirop bien connu de Follet, dont il rappelle la formule :

Sucre blanc	35 kilogrammes.
Eau distillée	17 —
Hydrate de chloral	3 —
Alcool de Montpellier	2 litres.
Essence de menthe	25 grammes.

Chaque cuillerée à soupe contient 1 gramme de chloral. Ce sirop est limpide, transparent, exhalant une forte odeur de menthe et ne détermine pas de constriction à la gorge. Tous les effets désagrèa-

bles que détermine par leur passage dans les premières voies les solutions aqueuses de chloral paraissent donc conjurés par cette préparation.

Des expériences, il résulte que le véhicule ne détruit pas les propriétés caustiques de la substance active. Cependant les lésions inflammatoires produites par le sirop sont moins prononcées que celles que l'on observe par les solutions aqueuses.

L'addition au chloral de quelques gouttes d'une solution de carbonate de soude fait disparaître l'acidité du chloral et en atténue les propriétés caustiques sans les détruire.

L'auteur conclut qu'il faut être prudent dans l'administration du chloral par la bouche. Que lorsqu'on veut seulement calmer une douleur, ramener le sommeil, on peut sans danger administrer 1 à 2 grammes de chloral en solution aqueuse ou en sirop. Pourtant il conseille de ne jamais administrer le chloral à jeun, d'en neutraliser l'acidité par l'addition d'une quantité minime de carbonate de soude (5 gouttes d'une solution au dixième par gramme de chloral) et de faire absorber au malade avant, pendant ou après l'ingestion de la substance hypnotique, la plus grande quantité possible d'eau ou d'une tisane quelconque, le degré de causticité du chloral étant en raison inverse de son degré de dilution.

Tous ces conseils sont fort sages, car beaucoup de praticiens ont été frappés de l'action irritante du chloral sur l'estomac. Mais il y a là un peu d'exagération, et nous croyons qu'on peut, en s'appuyant sur les expériences précédentes, en ingérant suffisamment de boisson, administrer une dose de chloral beaucoup plus élevée. L'addition du carbonate de soude viendra aider à le faire tolérer. Il sera facile d'employer simultanément la voie rectale, pour ajouter à la quantité administrée.

Mais nous ne pouvons laisser passer une autre conclusion de l'auteur : quand il est utile de donner le chloral à très-petite dose, on évite son action destructive de l'estomac en l'injectant dans les veines. Là, dit-il, l'action n'est pas irritante sur les parois des veines parce que le chloral est dilué par le sang.

Ceci n'est pas démontré du tout, pas plus que l'absence d'action nuisible sur les éléments du sang.

Nous concevons que dans la rage, le tétanos, alors que toutes les ressources échouent, on essaye d'un moyen héroïque malgré les risques à courir, mais nous ne conseillons pas l'injection intra-veineuse de chloral toutes les fois qu'il est possible de s'en dispenser.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

—
EMPLOI COMBINÉ DE LA MORPHINE ET DE L'ATROPINE EN INJECTIONS SOUS CUTANÉES DANS LES ACCÈS D'ASTHME.—M. Courty dans une communication académique cite le cas d'une femme asthmatique

guérie par les injections sous-cutanées d'atropine. Le Dr. Oliver, de Londres, en rappelant ce fait et d'autres analogues, où l'on a employé la morphine, rapporte, dans le *Practitioner*, les heureux résultats qu'il a obtenus dans la même maladie, en combinant la morphine et l'atropine. Selon lui, ces deux substances ensemble sont supérieures à la morphine seule ; leur effet est plus prompt, plus complet, et n'amène pas de troubles gastriques. Dans une de ses observations, pendant la première année du traitement sous-cutané, les accès d'asthme étaient régulièrement arrêtés par les injections aussitôt qu'on les faisait. La malade, dans les premiers temps, attendait l'invasion de l'accès pour prendre le remède. Plus tard, elle se fit faire les injections aussitôt qu'elle en sentait l'approche. Cette médication a si bien réussi, que pendant les trois dernières années, elle n'a pas eu une seule grave attaque d'asthme. A la moindre menace de trouble respiratoire, on fait une injection matin et soir pendant quelques jours, ce qui conjure l'attaque, et la malade affirme de plus, que les bronches sont beaucoup moins susceptibles, l'intervalle des accès étant devenu beaucoup plus considérable.

Cet usage fréquent des injections n'a aucune action nuisible sur la santé générale. Le soulagement est très-rapide et se fait sentir ordinairement après cinq minutes, quelquefois quinze ou vingt minutes. Il faut ajouter que chez cette malade, de nombreux traitements avaient été employés. La première injection faite avec de la morphine avait rapidement arrêté un accès des plus graves, mais il était resté, le lendemain, du mal de tête et des envies de vomir. En y adjoignant l'atropine, les effets consécutifs furent supprimés, et le résultat encore plus rapide. La dose employée était de deux centigrammes de morphine et de six dimilligrammes d'atropine.

Le Dr. Macgregor Burns rapporte, dans le même journal, avoir obtenu depuis longtemps de très-bons résultats des injections de morphine dans l'asthme. Ce procédé lui a servi très-utilement pour faire tolérer à des malades très-susceptibles des purgatifs qu'ils auraient vomi inévitablement sans cela. Le Dr. Kent Spender, enfin, dit n'avoir presque jamais rencontré, depuis six ou sept ans, de cas d'asthme rebelle aux injections morphinées.—*Journal de méd. et de chirurgie pratiques.*

—

NITRATE D'ARGENT A L'INTÉRIEUR CONTRE LA PHTHISIE, L'ÉPILEPSIE, LA DIARRHÉE DES ENFANTS. —L'emploi du nitrate d'argent dans la phtisie a réussi. M. Devroye l'a donné plusieurs fois à la dose de 1 centigramme quatre fois par jour et plus. Dès le début, il stimule la muqueuse de l'estomac et ramène l'appétit ; s'il existe de la diarrhée, il l'arrête ; mais s'il y a des ulcérations intestinales, il l'augmente. La sécrétion bronchique est diminuée ; le mucus est moins abondant ; mais la quantité de pus des crachats reste la même.

Il est peu probable qu'il soit résolutif des engorgements du parenchyme pulmonaire; c'est un médicament altérant qui semble simplement modifier la nutrition des tissus en général. Il n'a point d'action élective sur le poumon. On est dans la coutume d'administrer de concert l'acétate de morphine, qui rend de précieux services.

Ce narcotique diminue la toux, rend l'expectoration plus facile; il revient du calme; mais il ne faut pas en prolonger l'administration, car alors la marche du mal revient plus rapide.

On évite les inconvénients de l'administration fréquente du nitrate d'argent, en débutant par de faibles doses; on évite ainsi la cardialgie, et la tolérance s'établit vite.

De même que pour la phthisie, on a voulu attribuer pour certaines lésions du système nerveux une sorte d'action élective au nitrate d'argent. Celui-ci peut guérir sans doute l'épilepsie sans cette action élective. Aussi, doit-on être réservé dans son emploi.

Au contraire, pour les affections des voies digestives, particulièrement dans l'entérite chronique et la diarrhée de dentition, il a une action des plus marquées. On ne l'emploie plus assez depuis qu'on administre le sous-nitrate de bismuth. Ce dernier réussit sans doute dans la plupart des cas dès le début; mais, si des doses prolongées n'ont pas abouti, il ne faut rien en attendre et recourir au nitrate d'argent avant que le malade ne soit complètement débilité. M. Devroye conseille la préparation suivante pour les enfants:

Nitrate d'argent.....	0.02	centigrammes,	gr $\frac{1}{50}$
Eau distillée.....	60	grammes,	ii
Sirop simple.....	30	grammes,	ʒi

à prendre par cuillerées à café.

Dans les entérites chroniques, les pilules d'un demi à un centigramme et demi ont donné plein succès chez deux malades rebelles à tout traitement. (*Archives médicales Belges.*)—*Journal de médecine et de chir. prat.*

VACCINATION—Dans un travail intéressant qu'il vient de publier dans les *Mittheilungen des wiener medic.-Doctoren-collegiums*, le docteur Joseph Schneller arrive aux conclusions suivantes:

1. Le nombre des personnes vaccinées atteintes de variole est proportionnellement de beaucoup inférieur à celui des personnes non vaccinées atteintes de cette maladie.

2. Si des personnes vaccinées avec succès sont néanmoins atteintes de cette affection, celle-ci aura en moyenne une durée moins longue et une gravité moindre chez elles que chez des personnes non-vaccinées.

3. La mortalité due à la variole est, parmi les personnes vaccinées avec succès, le quart de ce qu'elle est parmi les personnes non-vaccinées.

4. La vaccination, de même qu'une atteinte antérieure de la variole, ne préservant pas d'une manière absolue de toute atteinte ultérieure de variole, les personnes non-vaccinées étant atteintes de cette affection en nombre plus considérable que les vaccinées et la maladie présentant chez celles-là une gravité plus grande que chez celles-ci, il est évident que les personnes non vaccinées constituent pour les vaccinées un danger permanent qui ne fait qu'augmenter en cas d'épidémie.

5. Plus le nombre d'individus vaccinés avec succès est considérable dans une circonscription déterminée, plus est grande l'immunité contre la variole dont jouissent les habitants de cette circonscription ; par contre, plus le nombre des personnes non-vaccinées est grand, plus seront grandes, *cæteris paribus*, l'extension et la gravité de la maladie non-seulement parmi les non-vaccinés, mais encore parmi les vaccinés.

En négligeant de se faire vacciner on expose pas seulement sa propre personne à un danger plus ou moins grand, mais on compromet encore la sécurité des autres ; l'intervention de l'Etat est donc parfaitement justifiée en cette circonstance et la vaccination obligatoire ne devra pas seulement se trouver inscrite dans la législation de quelques rares pays, mais elle devrait faire l'objet d'une loi internationale.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

LE BROMURE DE LITHIUM.—Ce sel est un médicament à double effet qui, d'après les médecins qui l'ont employé, agirait suivant la préparation pharmaceutique administrée, soit comme bromure, soit comme lithine.

Comme sédatif du système nerveux il serait plus puissant que les autres bromures, puisqu'il contient 91,25 0/0 de brome, tandis que le bromure de potassium n'en renferme que 61,16 0/0.

En tant que sel de lithium il jouirait de toutes les propriétés lithonitriques attribuées aux composés de lithine, avec cette circonstance favorable que le brome en faciliterait la tolérance, tout en calmant les douleurs qui accompagnent d'ordinaire la présence de l'acide urique dans les reins ou dans les articulations.

Ainsi le bromure de lithium s'adresserait à la fois aux manifestations névropathiques de la diathèse urique et aux conditions pathologiques qui amènent ces manifestations.

L'expérimentation clinique semble avoir confirmé les vues théoriques qui précèdent, et le bromure de lithium a donné d'excellents résultats dans le traitement des coliques néphrétiques et de la goutte. D'autre part on l'a employé aussi avec avantage contre la plupart des névroses, hystérie, chorée, hypochondrie, épilepsie, etc.

Le bromure de lithium est extrêmement hygroscopique et ses pré-

parations pharmaceutiques demandent à être faites avec le plus grand soin. On l'administre généralement sous deux formes : en sirop et en pilules. La première, dans laquelle on peut associer le bromure de potassium au bromure de lithium, convient aux névroses, la seconde aux manifestations de la diathèse urique. (*Gazette Médicale de Paris.*)

DE LA GRAVELLE.—M. Debout lit les conclusions d'un mémoire sur l'étiologie de la gravelle, observée par lui à Contrexéville depuis l'année 1868 jusqu'à maintenant. L'auteur a pu examiner 1028 malades, dont 822 hommes. Les principales causes de la gravelle urique ont pu être attribuées : 1o à l'hérédité, 191 fois (un cas de gravelle héréditaire sur un enfant de moins d'un an) ; 2o à des troubles gastriques, 163 fois ; 3o. à une alimentation exagérée, 101 fois ; —à ce propos, M. Debout fait remarquer que les asperges, tant incriminées par les médecins et les malades, n'ont jamais donné la gravelle urique ;—4o aux habitudes sédentaires, 97 fois ; 5o enfin, au traumatisme, une seule fois. Outre la gravelle urique, il existe une gravelle phosphatique primitive (sels de chaux) et une gravelle phosphatique secondaire (sels ammoniaco-magnésiens) : la première a pour causes l'anémie, le séjour dans les pays chauds (marins, retour de Cochinchine), la tuberculose ; la seconde est produite surtout lorsque l'urine devient ammoniacale dans la vessie, et quand le malade fait usage d'une alimentation végétale.

—*Revue de théor. Méd. Chir.*

PLEURÉSIE CHEZ LES TUBERCULEUX.—M. Leudet, sur un nombre considérable de tuberculeux, a vu vingt-deux fois des épanchements pleuraux très-abondants ; ces pleurésies se développent surtout chez des malades dont la phthisie déjà assez avancée marche d'une façon lente et irrégulière ; elle peut occuper le côté le moins malade et se développer aussi bien à droite qu'à gauche ; le côté atteint ne peut donc pas faire préjuger la nature tuberculeuse de la pleurésie, mais on peut dire que celle-ci est plus souvent tuberculeuse qu'idiopathique lorsque l'épanchement occupe toute une plèvre. Lorsque les malades meurent, ce n'est pas par le fait de l'abondance du liquide qui peut être déjà résolu à ce moment, mais par la cachexie ; ces pleurésies, en effet, guérissent le plus souvent, quoique très-lentement, et la marche de la tuberculose n'en paraît pas accélérée. La pleurésie purulente même peut guérir chez les tuberculeux, et M. Leudet en cite deux cas dans lesquels l'un guérit quelques mois après l'opération de l'empyème ; dans l'autre, le malade avait des vomiques fréquentes au moyen desquelles il vidait sa plèvre ; il mourut plusieurs années après d'une gangrène pulmonaire située du côté opposé à la pleurésie.—*Journal de Méd. et de chir. pratiques.*

INJECTION DU LAIT DANS LES VEINES, par le professeur THOMAS GAILLARD, de New-York.—Il s'agit d'une femme qui a eu à subir une ovariectomie double, pour l'ablation de tumeurs ovariennes solidaires. Après l'opération, la malade était tombée dans un état d'épuisement complet. Elle paraissait être sur le point de succomber et ne pouvait plus prendre aucune nourriture; l'état général s'aggravant de plus en plus, le chirurgien se décida à intervenir d'une façon active. La transfusion du sang ne lui ayant pas donné de résultats favorables dans trois cas antérieurs, il résolut d'essayer l'injection du lait qui, paraît-il, a fréquemment réussi entre les mains du docteur Holder dans le choléra asiatique. Huit onces et demi de lait frais pur furent injectés dans la veine médiane basilique. Immédiatement après l'opération, aucune amélioration ne se produisit; au contraire, la température s'éleva considérablement, et le pouls arriva à 150 et 160 pulsations par minute. Mais bientôt survint une détente notable; la malade tomba dans un profond sommeil, et les symptômes alarmants furent rapidement dissipés. Au bout de six semaines, elle était en pleine convalescence et reprenait rapidement ses forces et son embonpoint — (*Medical Times and Gazette*).—*Gazette Médicale de Paris*.

EMPLOI DE L'ACIDE SULFURIQUE DANS LE TRAITEMENT DES FURONCLES.—Le docteur Madison, de Port-Hudson, recommande le singulier traitement que voici :

Les malades atteints de furoncles doivent prendre, trois fois par jour, 20 gouttes d'acide sulfurique dilué B. P. dans un verre d'eau sucré, une heure avant les repas. Préalablement, ils ont besoin de se couvrir les dents de beurre ou de graisse de porc, pour éviter l'action corrosive sur ces organes de l'acide sulfurique; ensuite, ils se lavent la bouche avec une solution de bicarbonate de soude.

L'action de ce remède est presque spécifique. On continue l'usage de l'acide, à la dose de dix gouttes seulement au moins deux semaines après la disparition des clous. Ceux-ci sont recouverts de diachylum ou de poix de cordonnier étendue sur un morceau de toile. (*Pract.*) *Lyon Médical*.

TRACHÉOTOMIE.—Une note de M. Archambault, contient la statistique des résultats fournis par la trachéotomie dans le croup, à l'hôpital des Enfants, pendant les dix dernières années. Sur un total de 886 opérations, il y a eu 236 guérisons et 650 décès, soit 1 guérison sur 3,3 opérations ou 31 guérisons pour 100. C'est là, certes, un résultat des plus satisfaisants. Le coefficient de la morta-

lité, à la suite de la trachéotomie, varie du reste suivant les années. L'année 1875 a été, sous ce rapport, l'une des moins heureuses : sur 168 croups opérés, il y a eu 38 guérisons, soit 1 guérison sur 4 et demi. Dans le service de M. Archambault on n'a même obtenu que 11 guérisons sur 58 opérations, soit 1 guérison sur 5, ou 20 pour 100. — *Gaz. Méd. de Paris*

DU TRAITEMENT ARSÉNIQUE. par le docteur HANDSEL GRIFFITHS. — Les préparations arsénicales, si fréquemment employées aujourd'hui, peuvent présenter des dangers réels, même à dose modérée, et produire des accidents dont la nature doit éveiller l'attention du praticien. M. Griffiths a consacré un long mémoire à cette question. Nous nous bornerons à reproduire ici les règles pratiques formulées par lui pour l'emploi thérapeutique des composés arsénicaux :

1° Ne jamais donner l'arsenic, quand il existe un état fébrile manifeste. Une température élevée et un pouls rapide sont une contre-indication absolue.

2° Donner l'arsenic peu de temps après les repas, et jamais à jeun.

3° Ne pas le donner sous forme solide, et être très-prudent lorsqu'on veut augmenter les doses. La liqueur de Fowler est la préparation la plus convenable.

4° Diminuer la dose, ou même supprimer complètement le médicament, lorsqu'on voit survenir des douleurs épigastriques, des nausées, ou une irritation des paupières. — (*The Medical Press and Circular.*) — *Gazette Médicale de Paris.*

—:o:—

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

TRAITEMENT DE LA FISSURE ANALE PAR LA DILATATION FORCÉE. — Procédé non moins sûr, et beaucoup moins douloureux, du Dr. Chapelle (d'Angoulême.)

Cette affection n'a par elle-même aucune gravité ; mais elle donne lieu à de si vives souffrances qu'elle attire l'attention des chirurgiens, qui ont proposé diverses méthodes pour en obtenir la guérison. Le moyen aujourd'hui considéré comme le plus sûr, c'est la dilatation forcée, instituée par Récamier.

Le Dr. Guyon a proposé une modification qui permet d'examiner facilement le malade et d'effectuer l'opération sans le secours de l'anesthésie.

Quand, sans même entr'ouvrir l'orifice on passe le doigt à la circonférence, cette pression quoiqu'indirecte et médiate détermine, exclusivement au point où siège la fissure, une douleur aiguë. En ap-

puyant la pointe des doigts aux quatre points cardinaux de l'anus et en examinant le point où se produit la souffrance, on peut, en écartant doucement les plis de la marge de l'anus, découvrir la fissure, et confirmer à la vue le diagnostic. Voici comment le chirurgien pratique la dilatation forcée.

Un doigt enduit de cérat est glissé dans l'anus, le long de la partie opposée au siège de la fissure, et en déprimant fortement cette même partie.

Ainsi pratiquée, cette opération n'est pas douloureuse.

En effet, par ce procédé on évite de distendre inutilement l'orifice affecté, et on agit uniquement sur les parties saines, qui se laissent dilater sans douleur, ainsi que dans l'état normal. Le premier doigt introduit sert de conducteur à un second doigt glissé sur la face dorsale du premier; alors s'exécute la seconde et la plus douloureuse partie de l'opération, qui consiste dans l'exécution brusque d'un mouvement de circumduction des doigts en sens inverses. La souffrance est extrême, mais sa durée est si courte, qu'il n'est pas nécessaire de recourir à l'anesthésie.

Diverses observations ont démontré au Dr. Guyon les avantages de cette modification: elle consiste, en résumé, à introduire et à placer le premier doigt dilatateur et exécuter cette opération avec méthode et sans précipitation. (Traduit de la *Revista medico-chirurgica* de Buenos-Ayre.)

— Nous ne contestons pas la supériorité de ce procédé sur la méthode ordinaire. Mais la douleur qu'il détermine, pour être courte, n'en est pas moins extrême. Il est un autre mode, très-peu connu, et que nous avons utilisé nous-même, 5 ou 6 fois avec le plus grand succès. Ce mode se recommande par de si grands avantages, que nous croyons bon de le signaler d'une façon toute spéciale à l'attention. Ce moyen, qui est dû au Dr. Chapelle, d'Angoulême, consiste à toucher de une à quatre fois, à un intervalle de quelques jours, l'exulcération, au moyen d'un pinceau de blaireau trempé dans la mixture suivante :

Chloroforme	3 grammes.	℥ij
Alcool	26 —	℥viiss

La douleur est assez vive, mais de très-courte durée.

L'auteur, sur 14 cas, a obtenu autant de guérisons. Nous comptons nous-même autant de succès que d'applications.

— *Revue de thér. méd. chir.*

—

ACCIDENTS MORTELS CONSÉCUTIFS AU CATHÉTÉRISME CHEZ DES INDIVIDUS ATTEINTS DE RÉTENTION ET D'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE.—Une bonne thèse du Dr. Zambianchi, intitulée : *Contribu-*

tion à l'étude de l'hypertrophie de la prostate, est fondée sur un certain nombre d'observations recueillies dans le service de M. F. Guyon, à l'hôpital Necker. L'auteur étudie les accidents qui surviennent à la suite du cathétérisme. Il cherche à expliquer pourquoi, chez des malades atteints de rétention d'urine due à une hypertrophie de la prostate, les uns sont immédiatement soulagés par le cathétérisme, et, si l'on continue à évacuer la vessie, guérissent rapidement; tandis que, chez les autres, on voit, à la suite du cathétérisme le plus simple, éclater des accidents redoutables, douleurs, fièvres; les urines sont ammoniacales et le malade succombe plus ou moins rapidement.

Ses observations tendent à démontrer que si les accidents sont différents, c'est que les lésions primitives diffèrent, quoique chez les deux ordres de malades la prostate soit la cause de la rétention. Chez les uns, la vessie qui réagit, ne s'est point laissé distendre indéfiniment, sans douleurs vives. La rétention est survenue brusquement, souvent à la suite d'excès; la vessie n'est que modérément volumineuse. Ce sont ordinairement des malades peu avancés en âge. On évacue le contenu de la vessie; le soulagement est immédiat, et bientôt cessent les accidents, même la rétention.

Chez d'autres, au contraire, le début du mal remonte loin. Depuis longtemps le malade vide très-imparfaitement sa vessie; il a des mictions fréquentes pendant la nuit et peu abondantes; peu à peu la distension de la vessie est venue à l'extrême; il n'a pissé que par regorgement. La vessie n'a point réagi, elle s'est laissé distendre. L'excès de pression dans la vessie a retenti sur les uretères et les reins. Tout le système s'est dilaté, distendu; une partie de la substance des reins s'est atrophiée. Ces faits s'observent surtout chez des individus avancés en âge ou fort usés; ils ont souvent déjà de la fièvre; quelquefois on trouve la langue sèche ou chargée d'un enduit brunâtre; le pronostic est alors fatal.

Dans ces cas, en effet, le cathétérisme opéré, la paroi vésicale habituée à une pression, se congestive, assez même pour causer de l'hématurie. Il se fait de la cystite, la fièvre s'allume, l'individu, qui n'a plus de reins pour suffire à l'élimination des produits excrétés dans le sang, est en proie à un état général grave; il succombe rapidement.

On a attribué ces cas à l'absorption de l'urine par la muqueuse altérée. Cependant, dans les plaies, l'urine ne cause guère les accidents qu'on admet. M. Zambianchi ne croit pas non plus qu'il faille voir dans l'alcalinité de l'urine la cause des accidents. Celle-ci est souvent alcaline dans les cas qui guérissent.

Le cathétérisme est sans doute la cause déterminante de la mort, mais il ne peut être évité. En considérant la réunion des faits que nous avons indiqués on peut, dans une certaine mesure, prévoir des

mauvais cas. Il est bon de ne pas évacuer complètement la vessie du premier coup, ou de laisser une certaine quantité d'eau injectée dans sa cavité. On pourra modérer ainsi les accidents de cystite, mais si les lésions sont anciennes et profondes, la mort surviendra malgré cela.

DE L'EMPLOI DU CHLORAL DANS LE TÉTANOS.—La question du chloral est revenue à propos d'un rapport de M. Verneuil sur deux observations, l'une de M. Laurens, l'autre de M. Besson. Il s'agit de deux cas de tétanos traumatique. Dans le premier, la guérison a eu lieu; dans le second, tout semblait marcher pour le mieux, quand le malade succomba à la suite d'accès convulsifs survenus après un bain.

M. Verneuil fait observer, à ce propos, que, chez les tétaniques, les excitations les plus insignifiantes peuvent provoquer ou réveiller les convulsions. Le moindre déplacement suffit pour cela. Aussi faut-il agir avec la plus grande prudence, tenir les malades au repos le plus absolu et les immobiliser le plus complètement possible. Si l'on méconnaît ce précepte, on peut voir survenir tout d'un coup un spasme mortel des muscles respiratoires, spasme portant tantôt sur les muscles inspirateurs, tantôt sur les expirateurs, ainsi que le prouvent les expériences faites dans le service de M. Verneuil par M. Richet, interne des hôpitaux.

M. Lannelongue a observé deux tétaniques chez lesquels l'excitation d'un seul bourgeon d'une plaie suffisait à provoquer l'explosion des phénomènes convulsifs.

M. Larrey rappelle que son père recommandait les pansements rares dans le tétanos. Il se demande si le jaborandi ne pourrait pas rendre des services dans cette redoutable affection.

MM. Desprès et Marc Sée ne sont pas bien certains de l'innocuité du chloral à hautes doses. M. Marc Sée se rappelle avoir soigné à Sainte-Eugénie, avec ce médicament, un jeune enfant atteint de tétanos. Les accidents convulsifs disparurent, mais l'enfant s'affaiblit peu à peu et mourut comme par épuisement.

M. Le Dentu a eu l'occasion d'observer un cas d'empoisonnement par le chloral. Le malade tomba d'abord dans un état demi-comateux, puis dans un coma complet, à la suite duquel arriva la mort. Les accidents ont été continus et progressifs. Au contraire, la mort qui survient par le fait même du tétanos, arrive presque subitement, alors que tout danger semble avoir disparu.

Il faut donc attendre de nouvelles observations pour se décider sur cette grave question de l'emploi du chloral dans le tétanos, sur les indications de cet agent et sur son degré plus ou moins grand d'innocuité.—*Gazette médicale de Paris.*

GREFFE DERMIQUE.—Pour que cette greffe donne de bons résultats, il faut que la surface sur laquelle on l'applique soit bien granuleuse. M. Ollier emploie des lambeaux larges de cinq à six centimètres et comprenant toute l'épaisseur de la peau ; ils adhèrent rapidement et deviennent vasculaires dès le second jour. Ces lambeaux peuvent être pris sur des membres amputés ou des sujets ayant succombé à une mort violente ; enlevés huit heures après la mort, ils ont encore pu reprendre. Ils hâtent la cicatrisation non-seulement lorsqu'ils se conservent intégralement, mais aussi lorsqu'ils se résorbent, ce qui arrive souvent. Les petits lambeaux moindres qu'un centimètre carré sont d'un emploi beaucoup moins utile. Lorsque l'on veut employer la greffe dans les autoplasties, pour éviter la rétraction des parties, il est important de le faire de très-bonne heure, alors que le tissu inodulaire n'est pas encore formé.

—*Journal de Méd. et de Chir. pratiques.*

—:0:—

DERMATOLOGIE ET SYPHYLLIGRAPHIE.

—

DU RHUMATISME SYPHILITIQUE.—Pendant un séjour de deux années en station maritime dans les mers de Chine et du Japon, M. Vaffier fut frappé de ce fait que presque tous les cas de syphilis récemment contractée qu'il lui fut donné d'observer se compliquaient d'accidents rhumatismaux. C'est avec ses observations, et d'après les descriptions données principalement par MM. Verneuil, Lanceaux, Fournier, que ce médecin a pu donner une bonne monographie de cette affection désormais généralement admise, bien que quelques médecins en aient contesté l'existence.

Le rhumatisme syphilitique est l'ensemble des diverses manifestations qui se produisent au début de la période secondaire de la vérole, du côté des cavités articulaires, des gaines synoviales tendineuses et des bourses séreuses. Il est précédé de prodromes généralement fort prolongés, et, par cela même, d'une grande importance diagnostique. Après l'apparition du chancre infectant, dans un temps qui varie le plus souvent entre un et trois mois, en même temps que paraissent d'autres manifestations constitutionnelles, les malades sont pris de faiblesse générale, d'anorexie et d'une insomnie que rien n'explique. La station debout longtemps prolongée est impossible, les mains sont comme "mortes" et impropres à tout service ; les bras sont si faibles que les mouvements les moins violents, comme l'action de se peigner pour les femmes, deviennent impossibles. Une fois assis ou couchés dans une certaine position, les malades n'en changent que difficilement, et la douleur est d'autant plus vive dans les mouvements que le repos a duré plus longtemps. Ils souffrent

aussi d'une douleur intense le long du sternum, au niveau des attaches des pectoraux, douleur qui rend la toux extrêmement pénible. Cet état d'endolorissement général est encore aggravé par la chaleur. Après cette période de malaise, qui ne dure pas moins de huit à dix jours, et est souvent beaucoup plus longue, on voit survenir des douleurs plus fixes, plus limitées, que la pression détermine et exaspère. Les douleurs ont leur siège au niveau des bourses séreuses sous-cutanées, ou encore au niveau des insertions tendineuses de certains muscles. Les points où on les observe le plus souvent sont la face supérieure de l'acromion, la face postérieure et inférieure de l'olécrâne, au niveau de l'insertion du triceps brachial, la face postérieure du calcaneum à l'insertion du tendon d'Achille, la face antérieure de la rotule au devant de la bourse séreuse prérotulienne; la partie supérieure de la face interne des tibias, à l'insertion des différents tendons qui concourent à former la patte d'oie. On peut encore rencontrer de semblables douleurs dans toutes les bourses séreuses naturelles ou accidentelles, partout où se trouvent des gaines synoviales. C'est dans le cours de cette période, qui peut affecter une durée plus ou moins longue, que l'on voit alors se produire des manifestations plus graves, caractéristiques du rhumatisme. Après quelques accès fébriles du soir et des douleurs vagues dans les articulations, la fièvre devient plus vive, les douleurs se localisent, et on voit se produire, à peu de chose près, les manifestations articulaires du rhumatisme vrai. Mais il faut noter que, dans tous les cas, le rhumatisme syphilitique en diffère essentiellement par l'absence de manifestations viscérales.

La durée en peut être fort longue, s'il est méconnu et abandonné à lui-même, tandis qu'il guérit rapidement quand il est traité par la médication spécifique. La récurrence est très-rare, mais après leur attaque, les malades restent dans un état des plus singuliers, qui consiste dans un manque d'élasticité et dans une faiblesse accusée des articulations. La course et le saut en particulier deviennent impossibles. À côté des accidents du rhumatisme syphilitique on voit souvent se développer des manifestations secondaires du même ordre, comme des myosites et des périostoses.

La longue durée des prodromes, l'insomnie, les douleurs localisées, comme il a été dit, sont les principaux phénomènes avec les commémoratifs qui doivent guider dans le diagnostic lequel est généralement facile quand le malade est encore dans la première période de sa syphilis et surtout lorsque l'on peut observer des accidents syphilitiques concomitants. Ce rhumatisme, d'ailleurs, beaucoup plus rare lorsque la syphilis est arrivée à une phase à laquelle on pourrait à la rigueur supposer qu'elle n'a agi que comme cause débilitante favorisant le développement d'une diathèse latente, sous l'action d'une cause occasionnelle comme le refroidissement, a été;

en effet, considéré par certains médecins comme résultant de cette débilitation. Aux nombreux arguments qui ont été dirigés contre cette manière de voir, on peut ajouter l'observation de M. Vassier : Pendant une campagne de plus de deux ans, sur quatre cents matelots qui composaient l'équipage de son navire, un seul non-contagionné fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, tandis que sur six qui contractèrent la syphilis pendant le même laps de temps, cinq présentèrent des accidents rhumatismaux. Ainsi, ceux-là seuls furent atteints de manifestations rhumatismales qui contractèrent la vérole dans le cours de la campagne ; et, de plus, on n'observa rien de pareil sur les syphilitiques anciens qui étaient nombreux à bord. Quand à la fréquence du rhumatisme syphilitique, qui, d'après la pratique des médecins observants dans les mers de la Chine et du Japon, est là beaucoup plus grande qu'en Europe, on peut peut-être l'attribuer en partie à l'humidité excessive et aux brusques changements de température qui caractérisent ces parages. Quelle que soit, d'ailleurs, l'explication que l'on en donne, le traitement mercuriel et l'iodure de potassium amènent presque toujours la guérison très-rapidement. — *Jour. de méd. et de chir. prat.*

EMPLOI DE L'ODOFORME.—Dans cette revue thérapeutique des méthodes employées par M. Lailler, à l'Hôpital Saint-Louis, il est un médicament que nous ne pouvons passer sous silence, bien qu'il soit impossible d'en préciser les indications ; ce médicament c'est l'iodoforme. M. Lailler, qui le manie avec beaucoup d'habileté, en tire les plus grands avantages. Malheureusement, c'est un médicament infidèle, ou du moins dans des conditions analogues, il ne donne pas toujours les mêmes résultats. Frappé de ce fait inexplicable, M. Lailler a été conduit à penser que l'iodoforme des pharmacies n'est pas un produit toujours identique, et il suppose que la variabilité des résultats thérapeutiques tient à des différences de composition. Pour vérifier ce qu'il peut y avoir de bien fondé dans cette hypothèse, il serait nécessaire de soumettre à une analyse minutieuse différentes espèces d'iodoforme. *A priori*, il est difficile de se faire une idée des impuretés qu'il peut contenir. On peut supposer qu'il retient parfois une certaine quantité de matière alcaline, ou encore, suivant le mode de préparation, de l'iodate de chaux ; mais c'est un point de chimie que l'analyse seule pourrait éclaircir ; encore resterait-il à prouver que les impuretés, leur présence fût-elle démontrée, ont les inconvénients qu'on leur suppose. Malgré ces défauts, l'iodoforme n'en reste pas moins un excellent médicament dont les effets sont d'autant plus surprenants qu'ils sont souvent plus imprévus. Son emploi n'a jamais d'inconvénients sérieux et souvent, dans des cas où

le médecin a épuisé sans succès l'arsenal thérapeutique, il donne des guérisons inespérées. Nous avons vu sous son influence des scrofulides et surtout des syphilides ulcéreuses graves se modifier en peu de jours. D'autres fois ce sont des ulcérations phagédéniques dont il enrayer la marche, des plaies de mauvais aspect auxquelles il donne une bonne apparence, des chancres dont il amène en quelques jours la cicatrisation. C'est une substance dont il est toujours indiqué de tenter l'usage dans les affections ulcéreuses rebelles, car s'il ne modifie pas en bien, il s'aggrave pas l'état du mal, et il jouit comme agent anesthésique local de propriétés qui trouvent souvent leur application. Il n'y a que deux objections à faire à son emploi, l'une est son odeur pénétrante, l'autre l'incertitude du résultat, incertitude provenant de l'impossibilité de préciser les indications. La première est peu de chose en comparaison des avantages d'un tel médicament, le seconde moins encore, puisque dans l'hypothèse la moins favorable, tout se réduit à un retard de quelques jours.—(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*)

—
 USAGE EXTERNE DE L'ACIDE PHÉNIQUE DANS QUELQUES DERMATOSES.—Berdgen se sert avec avantage, contre l'eczéma chronique, d'une solution de cinq parties d'acide carbolique cristallisé dans dix d'alcool et cent vingt d'eau. On étend chaque matin cette solution avec un pinceau de poil de chameau. Dans les cas moins invétérés, il prescrit une solution dans l'huile ou dans l'eau à vingt pour cent, pour lotion ou embrocation. L'acide phénique est nuisible dans l'eczéma aigu. Au contraire, il réussit bien, dissous dans l'eau alcoolisée, dans le psoriasis.

S'il s'agit de la forme *inveicrata*, on emploie comme topique le suivant :

Acide phénique.....	2,50	Ⓞij
Eau distillée.....	} āā	10,00 3iiss
Alcool.....		

On cesse les applications tous les trois ou quatre jours, à cause de l'action irritante de ce remède. Dans le *prurigo*, le titre de la solution est de cinq pour cent. (*Allgem. med. Centralzeitung*, et *Journal de thérap.*)—*Bordeaux Medical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ERGOTINE CONTRE LES MÉTRORRHAGIES DANS UN CAS DE TUMEUR FIBREUSE.

Les résultats fournis par les injections sous-cutanées d'ergotine, sont encore assez discutés, pour qu'il nous paraisse utile de signaler à l'attention des médecins un fait intéressant observé à la Salpêtrière, dans le service du Dr. Terrier.

On sait que ces injections, préconisées contre les fibromes ou mieux les myomes utérins, ont été conseillées récemment pour combattre les varices des femmes enceintes. Nous n'avons rien à dire sur ce dernier mode d'action de l'ergotine utilisée par la méthode hypodermique, mais, dans un cas, nous avons obtenu un succès de l'emploi de cette méthode pour combattre les accidents dus à un myome utérin. Nous avons soin de bien spécifier qu'il s'agit de combattre les accidents des tumeurs dites fibreuses de l'utérus, car jusqu'ici il ne nous a pas été permis de constater la disparition ni même une diminution réelle dans le volume de la production morbide, ce qui est admis par un certain nombre d'auteurs.

Voici le résumé de l'observation que nous avons fait recueillir à la Salpêtrière par notre interne, M. Regnier.

Melle G, âgée de quarante-neuf ans, bien réglée jusqu'en 1867, jouissait d'une assez bonne santé, toutefois elle était un peu emphysémateuse et s'enrhumait facilement. En 1867, la malade cessa d'être réglée régulièrement, elle restait six et sept semaines sans perdre de sang, puis survenaient des périodes durant quinze jours, pendant lesquelles elle avait de véritables métrorrhagies.

Au mois de juin 1864, les pertes devinrent si fréquentes et si abondantes, que la malade du s'aliter; toutefois les hémorrhagies diminuaient un peu de fréquence, et ce ne fut qu'en janvier 1875 que Melle G. dut demander sa retraite.

En mai dernier, la malade sus-nommée eut de nouveau des métrorrhagies, et fut obligée de garder tout à fait le lit. On lui prescrivit des pilules d'ergotine, puis une potion à l'ergotine, sans obtenir grand résultat.

Je vis la malade le 15 juin dernier, elle était couchée, pâle, infiltrée, plongée dans un état profond d'anémie. Les jambes, les mains étaient oedématisées, la face bouffie, la voix enrouée. Depuis quelque temps il existait de l'oppression, et à l'auscultation on constatait tous les signes d'un oedème pulmonaire assez étendu. Au cœur, souffle anémique, au premier temps et à la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou. L'appétit est nul, les nausées et les vomissements fréquents; la malade se sentait extrêmement faible et souffrait des reins et des aines. Les urines très-claires, assez abondantes, ne contenait pas d'albumine.

La palpation du ventre ne permet pas de reconnaître une tumeur bien circonscrite, vu l'œdème des parois abdominales ; mais au toucher on sent que l'utérus est très-volumineux, et en le repoussant en haut, on le fait saillir à l'hypogastre. Le col est entr'ouvert, les culs-de-sacs libres, il n'y a pas d'adhérences anormales entre l'utérus et les parties voisines. Très-certainement, vu le volume de l'utérus, il s'agissait d'un corps fibreux, probablement interstitiel, peut-être l'un de ces myomes qui, au dire de Spiegelberg font corps avec l'utérus et n'en sont pas séparés par une capsule cellulaire. Quoiqu'il en soit, en présence de l'état général grave de la malade, il n'y avait qu'une seule indication, arrêter l'écoulement incessant du liquide sanguin. Nous prescrivîmes donc un régime tonique, en particulier de la viande crue, et des injections sous-cutanées journalières d'une solution d'ergotine. Celles-ci furent faites par l'interne du service, M. Regnier.

La solution employée fut la suivante :

Eau distillée.....	15 grammes.	$\frac{3}{4}$ ss
Glycérine.....	15 grammes.	$\frac{3}{4}$ ss
Ergotine.....	2 grammes.	$\frac{3}{4}$ ss

On en injectait 20 gouttes dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'hypogastre, à l'aide de la seringue de Pravaz. Ces injections furent un peu douloureuses au début ; toutefois la malade, femme très-courageuse, s'y accoutma ; en dehors des petites bosselures persistantes résultant de l'inflammation du tissu cellulaire, elles ne donnèrent lieu à aucun accident.

Dès le 17, c'est-à-dire deux jours après le début du traitement, la malade perdait un peu moins.

Le 24, soit au bout de neuf jours la métrorrhagie était absolument arrêtée.

Les injections furent faites journallement jusqu'au 4 août, et Mlle G. tenait d'autant plus à cette médication, qu'elle ne perdait plus de sang et qu'elle sentait ses forces renaître tous les jours, l'œdème des membres et de la face était beaucoup moindre, la respiration presque normale.

A partir du 4 août, les injections furent faites tous les deux jours seulement.

Au commencement de septembre (le 3) la malade est beaucoup mieux, il n'y a plus qu'un peu d'œdème des malléoles, et Mlle G. peut se lever tous les jours.

A partir du 15 septembre, on ne fait plus d'injections que tous les quatre jours. La malade se lève et sort.

Le 30 septembre, injections deux fois par semaine seulement. Il n'y a plus eu de perte sanguine depuis le mois de juin, l'appétit est revenu, Mlle G. reste levée toute la journée, le soir seulement il y a un peu d'œdème aux malléoles.

En résumé, cette dame, qui perdait incessamment depuis un mois, et qui était arrivée à un état d'anémie très-grave, a vu, après quelques injections d'ergotine, cesser son hémorrhagie, d'où l'amélioration constante de son état depuis cette époque.—*J. de M. et C. P.*

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE GUÉRIE PAR LA SEULE APPLICATION TOPIQUE DE LA GLACE.—M. Liouville nous a fait voir dans le service de clinique de l'Hôtel-Dieu une femme entrée à l'hôpital pour une hématocele rétro-utérine volumineuse, dont elle a été guérie en moins de deux mois par la seule application continue de la glace sur la région hypogastrique.

Voici en quelques mots l'histoire de cette malade, qui, comme on en jugera, ne manque pas d'intérêt.

Il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, entrée le 3 août dernier dans le service de la clinique de M. le professeur Béhier ; cette femme, qui n'avait à accuser aucune maladie sérieuse antérieure, avait eu, au mois de mars précédent, une hémorrhagie qui avait duré trois semaines, avec douleur et sensation de pesanteur dans le petit bassin. Ses règles revinrent au mois de juin, très-abondantes et accompagnées de douleur dans le ventre et la région lombaire. Ces pertes se reproduisirent, depuis, environ tous les quinze jours, durant chaque fois de deux à quatre jours. Enfin le 28 juillet, elle eut encore ses règles très-abondamment, avec frissons et vomissements, et de grandes douleurs abdominales, selles glaireuses, ténesme vésical et une fièvre violente. Cet état durait depuis trois jours lorsque la malade entra à l'hôpital.

À ce moment, le ventre était souple, mollasse, chaud dans toute son étendue jusqu'à la région hypogastrique. Mais dans cette région, au-dessous de l'ombilic, on sentait une tumeur arrondie, oblongue dans son sens transversal, plus volumineuse dans le flanc droit, où elle se présentait presque comme la tête d'un fœtus, douloureuse à la pression.

Par le toucher vaginal, voici ce que l'on constatait :

Le col utérin était refoulé en avant sous l'arcade pubienne ; le cul-de-sac postérieur du vagin était rempli par une tumeur molle, semi-fluctuante, et dans laquelle on percevait la fluctuation communiquée en exerçant une pression sur la tumeur hypogastrique.

Il existait, enfin, des symptômes de compression du rectum, traduits par de la constipation. La miction était facile.

M. Liouville, chargé du service en l'absence de M. le professeur Béhier, ayant diagnostiqué à ces différents signes rapprochés des commémoratifs une hématocele rétro-utérine, et ayant constaté, en outre, avec l'état fébrile des symptômes de péritonite circonvoisine, prescrivit : le repos, des lavements et l'application permanente de la glace sur la région hypogastrique.

.Au bout de quelques jours de l'emploi de cette médication, les symptômes de péritonite étaient complètement conjurés. Mais M. Liouville, s'étant aperçu en même temps que la tumeur avait commencé à diminuer sensiblement de volume, n'en continua pas moins l'application de la glace, non plus pour combattre des symptômes inflammatoires dont il ne restait plus trace, mais pour hâter le travail de résorption du sang épanché dans le petit bassin, qui paraissait avoir si heureusement commencé sous l'influence de cette simple médication. En effet, le travail de résorption et de résolution, à dater de ces premiers jours, continua à s'opérer graduellement d'une manière si sensible qu'à l'époque où M. Liouville nous fit voir la malade pour la première fois, c'est-à-dire environ un mois après le début du traitement, la tumeur était déjà réduite de plus de moitié, et qu'après deux mois de séjour de la malade à l'hôpital, elle a pu en sortir guérie ; on ne trouvait presque plus de trace de la tumeur ni dans la région hypogastrique ni dans le cul-de-sac vaginal, et tout était rentré dans l'ordre.

Ajoutons qu'il y a eu depuis une éruption menstruelle régulière.

Nous ne nous étendrons pas sur l'analyse de ce fait, dont nous ne donnons qu'un exposé sommaire et qui peut être considéré comme un type de la forme et de l'expression commune de l'hématocèle utérine intra-péritonéale d'origine cataméniale. Nous ne voulons en faire ressortir seulement qu'un point, mais un point important, l'efficacité du moyen du traitement mis en usage dans cette circonstance.

Préoccupé d'abord des accidents péritonitiques du début, et se rappelant les bons résultats que son maître M. Béhier a retirés de l'application continue de la glace sur le ventre dans les cas de métropéritonite puerpérale, M. Liouville a eu tout de suite recours à ce moyen, et il a eu le bonheur, par là, non-seulement de conjurer les premiers accidents et de prévenir le développement de l'une de ces pelvi-péritonites qui entraînent souvent, dans ces cas là, des conséquences si graves, mais encore de voir l'épanchement péri-utérin diminuer graduellement et se dissiper avec une rapidité relative très-grande.

Il est plus que douteux que l'on eût obtenu un pareil résultat par l'expectation seule, préconisée aujourd'hui avec une confiance peut-être un peu exagérée, en réaction contre les dangers d'une intervention trop active. (*Gazette des hôpitaux.*)—*Revue de Thér. Méd. et Chir.*

—

CONDUITE A TENIR DANS LES PRÉSENTATIONS DU SIÈGE —
Nous empruntons à une leçon de clinique obstétricale par M. Depaul une exposition sur un point de pratique important et un conseil de ce professeur bien différent de celui de quelques auteurs.

Il s'agit de l'accouchement par l'extrémité pelvienne. Celui-ci

expose bien plus la vie de l'enfant qui traverse le bassin en s'engageant par cette extrémité, et parmi les conditions fâcheuses que crée ce mécanisme il n'en est pas de plus grave que celle dans laquelle, le tronc étant passé, le col revient sur lui-même, s'appliquant sur le cou, créant un obstacle énergique à l'issue de l'enfant,

“ Je ne puis, dit M. Depaul, m'empêcher de vous donner à cette occasion un conseil pratique auquel j'attache une grande importance. Que faudrait-il, d'une manière générale, pour que l'accouchement par l'extrémité pelvienne ressemblât à un accouchement par le sommet au point de vue du pronostic ? Il suffirait, qu'à partir du moment, où l'extrémité pelvienne est profondément engagée dans l'excavation jusqu'à celui où l'enfant est entièrement expulsé, il ne s'écoulât qu'un temps assez court ; et je suis convaincu qu'on peut obtenir ce résultat. C'est pour cela que depuis que je suis chargé du service de cette clinique, et même, longtemps avant dans ma pratique, j'ai établi en principe qu'il fallait intervenir en activant les contractions utérines, et tous les jours j'ai à me louer de cette manière de faire. Lorsque l'extrémité pelvienne est profondément engagée, lorsque la dilatation est complète, lorsqu'il n'y a aucun obstacle mécanique autre que la résistance des parties génitales, j'ai l'habitude de donner du seigle ergoté afin d'accélérer la dernière partie du travail ; je ne crains pas de dire que c'est à cette pratique que je dois, soit ici, soit dans ma clientèle particulière, de perdre un petit nombre d'enfants, il est bien entendu, qu'il faut s'occuper aussi du cordon, des pieds, de la tête, du col, etc., et qu'il peut y avoir de tous les côtés des indications urgentes à remplir ; mais tout cela, sans préjudice du seigle ergoté que je donne à la dose de deux grammes en quatre paquets, à prendre à dix ou douze minutes d'intervalle dans un peu d'eau sucrée. Le médicament agit assez vite ordinairement, et, à moins qu'il ne manque son effet, après 30 ou 35 minutes on voit d'habitude les douleurs devenir plus fortes, les contractions se rapprocher, et l'on constate que la partie qui se présente avance rapidement.”

M. Depaul recommande en outre dans ces accouchements de ne pas laisser les femmes dans l'attitude qu'on leur donne habituellement quand l'enfant se présente par l'extrémité céphalique. Dans la présentation du siège, il faut leur donner l'attitude qu'on leur fait prendre quand on a une opération à pratiquer sur le bord du lit avec les cuisses écartées et soutenues. Il faut donner cette position au moment où l'extrémité pelvienne approche des organes génitaux, et même plus tôt si on est conduit à agir. Cette modification a pour but de faciliter l'intervention et de permettre d'y recourir sans retard.

PHYSIOLOGIE.

LA CIRCULATION GÉNÉRALE ET LES CIRCULATIONS LOCALES, par CL. BERNARD.—Les circulations locales ont pour siège le système capillaire, dont M. Ranvier a démontré le développement isolé de la circulation générale, de même qu'elles sont indépendantes de la circulation générale, si ce n'est quant au sang qu'elles lui empruntent forcément, mais tension et direction sont des faits d'influence locale exclusivement régies par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs. Autre différence.

Tandis que, par l'expérimentation, l'on a pu arriver à établir que chez un chien de taille moyenne le circuit total de la circulation générale s'effectuait en cinq secondes environ, les circulations locales sont beaucoup plus lentes; ce sont là les deux temps d'absorption de Cl. Bernard, dont le second dure trois ou quatre fois plus que le premier. (*Gaz. hebdomadaire*.) *Lyon Médical*.

—:o:—

HYGIÈNE.

ENCORE L'OZONE.—Dans une des dernières séances de l'Académie des sciences, M. de *Carvalho* a présenté un modèle d'appareil ozonogène, destiné à l'assainissement des appartements dans les pays chauds et malsains. Cet appareil paraît consister dans un condenseur à effluve électrique, muni d'un aspirateur en forme d'entonnoir allongé; au passage, l'air se charge de l'effluve électrique fournie par les décharges d'une bobine de Rhumkorff actionnée par une pile.

L'auteur croit que l'action du courant électrique sur l'air atmosphérique lui donne des propriétés d'assainissement. A l'appui de cette idée toute théorique, il invoque la remarque faite par quelques auteurs, que les épidémies naissent rarement dans les endroits où l'air est fortement ozonisé.

A propos de cette communication, M. P. Thénard a formulé une opinion motivée sur les qualités délétères de l'ozone et la nécessité de faire connaître la vérité sur un agent encore très-mal connu et d'un maniement dangereux.

Voici ce qu'a dit M. P. Thénard :

Je crois qu'il serait grandement temps de mettre le public et même les savants en garde contre les légendes répandues sur l'ozone.

Loin d'être bénin, l'ozone est, au contraire, un des plus énergiques poisons dont soient dotés nos laboratoires; les très-graves accidents qu'il a produits dans le mien ne laissent nul doute à cet égard.

Je ne m'étendrai pas sur son mode d'action physiologique, M. Arnould Thénard devant publier bientôt un travail sur ce sujet; je dirai seulement que, sous l'influence de l'ozone, et à des titres ex-

trêmement faibles, il a reconnu que les globules de sang se contractent rapidement et même changent de forme, et que le pouls se ralentit au point que celui d'un cochon d'Inde, battant normalement cent quarante-huit pulsations, tombe à une trentaine au bout d'un séjour d'un quart d'heure, répété une fois par heure au bout de cinq heures consécutives.

Aujourd'hui que la médecine tire de si sérieuses indications du changement de température chez les malades, elle trouvera, j'ai lieu de l'espérer, dans l'application de l'ozone un moyen d'en combattre les excès ; mais de cette espérance à jeter à tort et à travers de l'ozone dans les lieux habités, sous prétexte d'en combattre les miasmes, il y a bien des dangers à éviter ; car, si nos plus grands poisons sont nos meilleurs remèdes, il faut apprendre à s'en servir et ne pas se tromper de moment, de dose ou de flacon.

Je viens de dire flaccu ! Est-on, en effet, bien assuré que l'ozone existe dans l'atmosphère ?

C'est à l'aide d'un papier coloré, dont la teinte se modifie plus ou moins profondément au contact de l'air, que l'on prétend le démontrer et qu'on arrive, dit-on, à le doser. Ce papier, j'en conviens, sauf l'ozone, échappe à l'action des réactifs vulgaires qu'on peut suspecter dans l'air, ou plutôt il ne donne pas avec eux les mêmes modifications ; mais qui dit que dans l'air il n'existe ou ne se forme pas un agent autre que l'ozone, qui altère de la même façon le papier et ne soit pas cependant l'ozone ?

M. Wittman, en projetant de l'air à travers une flamme de lampe d'émailleur, obtient un air qui agit sur le papier ozonométrique comme l'ozone lui-même ; or, tandis que cet air désinfecte sans les acidifier sensiblement, les flegmes de mauvais goût, l'ozone ne les désinfecte pas et les acidifie ; de plus, tandis que l'ozone ne résiste pas à une température de 200 degrés, l'air modifié de M. Wittmann s'engendre dans un milieu qui ramollirait le verre.

Il y a donc encore dans cette question bien des *desiderata*, et autant je croirais imprudent de nier la présence possible, la présence probable de l'ozone dans l'atmosphère, ainsi que les heureux usages que l'art de guérir peut, à l'occasion, tirer de l'ozone préparé artificiellement, autant je trouve téméraire de donner pour démontré ce qui n'est encore que vague, confus et dangereux.

Avis à nos météorologistes. Comme on le voit, d'après les paroles prononcées par l'illustre savant de l'Institut, la question est loin d'être banale et mérite un sérieux examen.—*Bordeaux médical.*

—

PLAN D'UNE VILLE HYGIÉNIQUE.—Le docteur Richardson, de Londres, vient de soumettre au dernier Congrès des sciences sociales de Brighton le plan d'une ville hygiénique par excellence, et que l'on pourrait appeler Hygienopolis. Tracée, construite et entretene-

nue suivant les prescriptions de la plus sévère hygiène, cette ville se composerait de 20,000 maisons élevées d'après des règles déterminées sur une surface de 4,000 acres, et pourrait recevoir 100,000 habitants, soit vingt-cinq personnes par acre.

Le choix du terrain, le mode de construction, la ventilation, l'approvisionnement d'eau, tout est réglé, dans le dessein du docteur Richardson, de manière à procurer une salubrité complète. L'auteur de ce projet, de réalisation difficile, indique aussi un régime sanitaire.

La mortalité annuelle des heureux habitants d'une pareille cité ne dépasserait probablement pas 8 p. 1000.—*Revue de thér. méd. Chirurg.*

—:o:—

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

MIXTURE CONTRE LES GERÇURES DU MAMELON, par le docteur THIBON :

Jaune d'œuf.	no 1.
Teinture de benjoin.	20 grammes. 3v
— <i>Lyon médical.</i>	

ETHER CAMPHRÉ DANS L'ÉRYSIPIÈLE, par Cavazzani.—Badigeonnages toutes les trois heures avec :

Camphre	1
Tannin	1
Éther	8

Ce mélange réussit même dans les cas d'érysipèles phlegmoneux ; il est aussi très-efficace dans les brûlures du premier et du second degré ; la douleur disparaît rapidement, et les phlyctènes ne se forment pas.—*Gazette méd. ital.—Lyon Méd.*

NOUVEAU MOYEN POUR ENLEVER LES CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE.—On prend un crin de cheval, d'une longueur de 6 pouces, et plié en double à son extrémité, de façon à avoir une anse. Le malade étant placé sur le côté, cette anse est introduite, le plus profondément possible : on lui imprime alors tout doucement des mouvements de torsion ; au premier ou au deuxième tour, dit l'auteur, le corps étranger est entraîné au dehors avec l'anse. C'est un moyen assez ingénieux, et qui est, en tout cas, peu douloureux et inoffensif. (*The med. Press. and Cir.*)—*Revue de Thér. Méd. Chirurgicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

MONTREAL, MARS 1876.

Encore le " *Canada Medical Record*."

Nous devons remercier le *Canada Medical Record*, d'avoir publié, pour l'avantage de ses lecteurs, notre article du mois de Février sur le bill médical. Seulement, il commet quelques inexactitudes qu'il est peut-être mieux de relever.

Le mot rage entre parenthèses après passion, paraît être l'expression que nous avons employé, ce qui n'est pas.

Un peu plus loin, notre confrère confond son article avec le bill auquel nous faisons allusion.

Traduire éteignoirs par hommes aux vieilles idées, n'est pas tout-à-fait loyal, cela paraît être fait trop dans le but de justifier le titre d'*ultra-reformers* que le *Medical Record* a décerné aux partisans de la nouvelle mesure.

C'est dans le but, dit le *Medical Record*, de faire connaître aux membres anglais de la profession ce que les promoteurs du bill médical ont à dire en sa faveur, que nous publions cet article.

Les lecteurs du *Medical Record* auront probablement plus de perspicacité que le rédacteur du journal, car ils devront s'apercevoir que, dans cet article, on s'occupe peu des principes du bill médical. On y touche incidemment et encore. S'ils veulent connaître quelques-unes des raisons qui nous ont portés à soutenir le bill dans son ensemble, ils les trouveront dans notre No. de Décembre.

" Comme notre confrère, ajoute le *Medical Record*, est venu volontairement nous attaquer et défendre l'action des promoteurs du bill, nous sommes justifiable de regarder l'*Union Médicale* comme leur organe." Si nous avons cru devoir repousser une attaque injuste, à notre sens, si de plus nous avons pris la défense du bill médical et de ses promoteurs, c'est que nous sommes profondément convaincu que l'adoption des principaux principes de cette mesure serait un moyen de relever le niveau de la profession médicale. Dans la conduite de la rédaction, nous avons toujours en vue l'intérêt de la profession en général, car nous ne sommes pas l'organe d'une institution, d'une société particulière ou des médecins d'une partie du pays. Indépendance dans les questions médico-politiques, impartialité pour ce qui regarde les institutions et les hommes, voilà les principes

que nous n'avons cessé de suivre jusqu'ici et qui continueront à nous guider à l'avenir.

Notre confrère est de ceux qui pensent qu'un changement est impérieusement demandé. Il a même travaillé, dans ce sens, dit-il, pendant les trois dernières années, mais sans succès. " Nous en avons assez vu cependant pour nous satisfaire, que la fin du Collège, tel que constitué, approche..... "

Bien, après cet avertissement, il revient encore reprocher aux promoteurs du bill, d'agiter les réformes en dehors du Collège.

Il serait fastidieux de répéter toutes les raisons, qui à notre sens, justifient l'action immédiate des promoteurs du bill ; mais citons un calcul publié en Septembre 1874, qui n'a pas été démenti.

" Tous les médecins admis avant 1849, sont de droit membres du Collège ; depuis cette époque, quarante au plus se sont fait admettre, malgré que 1050 licences aient été accordés depuis la sanction de cette loi. Si l'on retranche les membres décédés et ceux qui ont perdu leur droit de vote en ne payant pas leurs redevances, le nombre des membres doit être très restreint. Il serait intéressant de le connaître au juste, mais nous inclinons à croire qu'il ne s'élèverait pas à un chiffre bien supérieur à cinquante, soit, le nombre de ceux qui ont pris part à la dernière assemblée triennale. Il faut trente-six gouverneurs pour la formation du Bureau, par conséquent, si le nombre des membres continue à diminuer, il n'en restera bientôt pas assez pour remplir ces charges. Cela démontre que l'immense majorité des membres de la profession se sont tenus, à l'égard du Collège, dans une indifférence presque complète et qu'une réorganisation est absolument nécessaire pour faire de cette institution le véritable représentant des intérêts et des aspirations du corps médical actuel. Nous pouvons dire en effet, sans exagération, que le Collège tel que constitué dans le moment, est un véritable *fiasco*..."

50 membres, 36 gouverneurs, certains districts non-représentés, voilà ce que nous pouvons appeler une institution en ruines. Il est inutile de l'attaquer, car elle va mourir de sa belle mort par le seul progrès du temps. Depuis quand va-t-on s'abriter sous des édifices en ruines ? Généralement on les évite. Aujourd'hui, les partisans de cette institution demandent notre accession, afin de lui donner de nouvelles forces, autrefois les organisateurs agissaient bien autrement, (la lettre du Dr. Gilbert est encore là pour le prouver) et réussissaient à exclure une classe importante et respectable de la profession. A présent que leur politique égoïste et méprisante a tué non-seulement un parti, mais le Collège lui-même, il serait souverainement ridicule d'aller demander à ces hommes que l'on a repoussés d'aller le sauver. Laissons se développer tous les fruits de leur généreuse politique.

Nous avions prévu le mouvement actuel, lorsqu'au mois de Sep-

tembre 1874, nous écrivions : " Qu'on y prenne garde cependant, l'opinion des membres de la profession en général se prononce de plus en plus sur l'urgence des réformes, et bientôt, bon gré malgré il faudra en venir à une solution.....

" Soyons certains d'une chose, les réformes s'accompliront tôt ou tard avec le concours du Collège ou sans son concours ; mais ce qui se fera sans lui pourrait peut-être s'accomplir contre lui."

Depuis cette époque, les agissements du Bureau des gouverneurs ont décidé les promoteurs du bill médical de le soumettre à leurs confrères au moyen de la législature. On n'a pas de reproches à leur faire. Sur ce point, ils ont suivi l'exemple de leurs confrères du Haut-Canada.

Le bill actuel du Haut-Canada n'a-t-il pas été présenté sans l'assentiment de l'autorité constituée ? Cela n'empêche pas la profession d'en être très-satisfaite, malgré certaines clauses qu'elle a subies pour obtenir le principal.

Le Dr. Campbell, un *homœopathe*, le principal auteur du bill, a réussi à le faire présenter devant la législature et à convaincre la profession de ses avantages.

C'est grâce à l'énergie et à la persévérance de ce M. ainsi que de quelques autres confrères, si la profession du Haut-Canada possède un Bureau central d'examen, un système d'enregistrement, des clauses sévères contre les charlatans, le droit de faire des tarifs de districts, etc.

Laissons donc de côté ces discussions oiseuses sur la manière dont le bill a été introduit et cherchons si cette mesure renferme des principes propres à réformer les abus actuels.

C'est là le principal, et c'est précisément ce qu'aucun de nos confrères en journalisme médical n'a encore fait.

Pourtant le *Medical Record* a touché deux points.

Pour montrer avec quelle étroitesse d'esprit ce journal envisage une question qui touche aux intérêts les plus élevés de la profession, il suffit de mentionner que deux choses paraissent surtout le préoccuper : les personnes actuelles du Collège et la bourse. Quant à cette dernière, il faut espérer que le Collège trouvera moyen de placer son contenu d'une manière avantageuse ; alors on en entendrait plus parler.

Faire de cette question vitale pour les membres du corps médical, une question personnelle, voilà oui est plus sérieux.

" Le rédacteur de l'*Union Médicale* et ses amis, ignorant toute autorité constituée, désirent culbuter du pouvoir ceux qui, pendant près de trente ans, ont guidé les destinées de la profession médicale dans cette province et ériger à leur place, une nouvelle corporation composée de ceux qui, autant que nous pouvons en juger, maintenant, pour la première fois montrent le grand intérêt qu'ils ont dans sa prospérité. "

Pour parler de la sorte, il faut que non-seulement notre confrère n'ait pas publié le bill, mais même qu'il ne l'ait pas lu. Il raisonne comme si les promoteurs du bill voulaient remplacer une oligarchie par un gouvernement du même genre, il oublie par conséquent que tous les médecins seront appelés à prendre part aux élections et qu'il sera impossible, comme à présent, d'arranger les ficelles d'avance dans les coulisses.

Il ne serait pas étonnant que les hommes qui composent aujourd'hui le Bureau, formassent partie du nouveau. Personnellement, nous n'avons rien à reprocher à aucun de ceux qui en font partie et nous sommes prêts à reconnaître la haute position qu'il occupent dans le corps médical ; cela les désignerait naturellement à l'attention de leurs confrères ; s'ils voulaient prêter le concours de leur expérience pour mettre en œuvre la nouvelle organisation, nul doute que la profession s'empresserait d'accepter leurs services.

Si nous considérons le Collège des médecins comme loi d'organisation, nous en avons une petite idée. La loi elle-même est en défaut. Avec un autre système, les mêmes hommes pourraient procurer le bien-être et la prospérité de la profession médicale. Quoiqu'il en soit, une chose bien certaine, c'est qu'ici à l'adoption de ce bill, s'il vient à être adopté, les promoteurs se seront créés d'une manière ou d'une autre assez d'adversaires pour empêcher leur élection. C'est ce qui arrive généralement dans ces occasions. On choisit ceux qui se sont peu montrés dans la mêlée et qui conservent le calme nécessaire pour faire marcher la nouvelle organisation de la manière la plus avantageuse possible.

Maintenant, si notre confrère veut bien formuler ses objections contre le bill médical, à défaut du rédacteur actuel de l'*Union Médicale*, il trouvera probablement quelqu'un pour y répondre.

—:o:—

UNIVERSITÉ MCGILL.

La convocation annuelle de l'Université McGill pour conférer les diplômes dans la Faculté de médecine a eu lieu, vendredi, le 31 mars 1876.

Le professeur Scott, en l'absence du Doyen, présenta le rapport de la Faculté Médicale.

Le nombre des étudiants inscrits durant la dernière session s'est élevé à 148, dont 86 étaient de la province d'Ontario, 42 de Québec, 4 de la Nouvelle-Ecosse, 3 du Nouveau-Brunswick, 5 de l'Île du Prince Édouard, 1 des Indes Occidentales et 7 des États-Unis. 21 élèves ont subi avec succès leur examen primaire et 34 leur examen final.

Voici la liste des nouveaux gradués :

Donald Baynes, M. A. ; J. Campbell ; F. G. B. Clarke ; G. Col-

quhoun ; Guy R. Cook, B. A. ; W. H. Cooke ; H. W. Coyle ; T. Craig ; T. N. Cream ; W. Crothers ; H. A. Eberle ; J. S. Gray ; Th. A. Greer ; H. Hunt ; J. B. Johnson ; C. Lang ; R. Levi ; H. A. McIlmoyl ; R. L. MacDonell, B. A. ; G. McRae ; H. J. Metcalf ; A. Munro ; Chs. H. Murray, B. A. ; R. W. Powell ; H. L. Reddy, B. A. ; A. Ritchie, B. A. ; S. J. Robinson ; L. Secord ; W. Smith ; F. S. Snider ; C. N. Stevenson ; A. Storrs ; C. N. Strond ; P. R. Young.

Après la proclamation des prix décernés en 1875-76, le serment d'usage fut administré aux gradués par le Prof. Craik. Le Dr. A. F. Ritchie fit le discours d'adieu de la part des élèves et le Prof. Roddick répondit au nom de la Faculté Médicale.

Ensuite l'assemblée s'ajourna.

UNIVERSITÉ DE BISHOP'S COLLEGE.

Les messieurs suivants ont passé leur examen primaire le 23 et le 24 mars devant la Faculté Médicale :

C. A. Wood ; E. A. Graveley ; H. A. Meagher et C. R. Belle.

Le 30 et le 31 du même mois, M. Terence G. Sheridan, de Québec, a passé son examen final et a obtenu son diplôme.

Le nombre des élèves enrégistrés a été cette année de 37.

Le prix spécial \$25 (donné par un ami de l'Université), pour l'étudiant de première année qui serait le plus fort en anatomie et dissection, a été accordé à J. J. Cauley, de Norwich, Conn., U. S.

Trois autres prix ont été accordés : deux pour l'anatomie pratique, à MM. Meagher et Mitchell respectivement, le troisième pour le meilleur examen préliminaire à C. A. Wood, d'Ottawa, Ont.

—*Canada Medical Record.*

NOUVELLES MÉDICALES.

CENTENAIRE AMÉRICAIN.—Le Dr. David, de Montréal, a été nommé secrétaire-honoraire pour la Puissance du Canada, au Congrès Médical International qui aura lieu à Philadelphie, durant le mois de Septembre prochain, et il a été requis de fournir au secrétaire-correspondant américain, une liste de toutes les sociétés médicales canadiennes.

UNIVERSITÉ LAVAL.—M. Le docteur Sewell, sr., a été réélu, pour la douzième fois, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

La Faculté Médicale a de plus conféré le titre de docteur en médecine à MM. Ls. Frémont, Burroughs, Hughes Desrosiers, Régis Latraverse et Joseph Matte, et celui de licencié en médecine, à MM. Arthur Lachance et Swibert Larue.

NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE A NANCY, MONTPELLIER ET PARIS.—Le nombre des étudiants qui ont fréquenté les cours de la Faculté de Nancy pendant l'année scolaire 1874-1875, s'est élevé à 252.

Le *Paris Médical* estime à 300 le nombre des étudiants à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il résulte d'un relevé authentique, lisons-nous dans la *Gazette hebdomadaire*, que le chiffre des étudiants au 10 février 1876 était à Paris de 6,421, dont 6,112 étudiants civils et 309 étudiants militaires.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT.—Le nombre des médecins qui se sont fait inscrire pour le service médical de nuit organisé à Paris depuis le 1er janvier atteint déjà le chiffre de 480 !

LA PHOTOGRAPHIE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC.—La photographie présente souvent une sensibilité telle, qu'elle fait ressortir violemment certains défauts que l'œil ne peut même apercevoir. C'est ainsi qu'on photographiait, il y a plusieurs années, une dame dont le portrait parut couvert de taches dont l'original ne présentait aucune trace. Le lendemain, elles apparurent très-nettement, et cette dame mourut de la petite vérole. La photographie avait devancé la vue et reconnu avant cette dernière des taches d'un jaune très-faible. (Vogel, *La photographie et la chimie de la lumière.*) —*Lyon Médical.*

MOUVEMENT DE LA POPULATION DE PARIS EN 1875.—Il est né à Paris 55,854 enfants dont 29,211 garçons et 26,643 filles, et il est mort 45,980 personnes. La proportion de mortalité est en chiffre rond de 25 pour 1,000 habitants, au lieu de 22 pour 1,000 qui est le nombre annuel de la France pour la période décennale de 1861-1870.

Le nombre annuel des décès serait bien plus élevé, et Paris n'aurait rien à envier à la plupart des grandes villes, si les *petits Parisiens*, devenus légendaires, n'allaient, dans de fortes proportions, augmenter la mortalité des départements limitrophes, et fausser ainsi les résultats des statistiques locales.

MÉDECINS DE NUIT.—I.—Docteur, achevez votre ordonnance !

—Impossible ! le jour paraît et je suis un médecin de nuit.

II.—Vous êtes reçu par la Faculté ! mais à cause de votre couleur, vous serez médecin de nuit.

Le candidat était un nègre.—(Le *Charivari.*)