

PAGES

MANQUANTES

TRAVAUX ORIGINAUX

LES MALADIES SANS NOMS

Par le Docteur F. X. JULES DORION.

Ce titre peut paraître paradoxal maintenant que la science médicale ne laisse passer aucune affection sans lui mettre une étiquette ; mais on le trouvera plus rationnel si on se reporte à ces moments où l'esprit bouleversé par les soupçons de maladies graves, dothiéntérie, pneumonie, fièvre puerpérale, etc., et lorsque, dans les cas spéciaux d'obstétrique, nous avons déjà la sonde et même la redoutable curette en main pour attaquer l'ennemi, nous voyons toutes nos appréhensions disparaître en même temps que la cause du délit, sous l'influence d'un évacuant.

Chaque praticien est, en effet, journallement aux prises avec ces maladies sans causes appréciables et sans symptômes définis, que l'examen le plus minutieux ne permet pas de ranger dans la nomenclature classique. Dans ces cas il est bon de penser à l'intestin car si les ingesta sont nécessairement utiles, ils deviennent singulièrement nuisibles après que l'évolution physiologique les a transformés en excréta.

Rapportons quelques cas pour l'exemple.

1^o Un nourrisson de quelques mois, entretenu dans de parfaites conditions hygiéniques, mais souffrant de constipation depuis quelque temps, fait tout à coup de la température accompagnée de mauvais état général ; une légère dose de calomel emporte la fièvre et ses accessoires.

2^o Madame H. pluripare robuste, a fait un accouchement normal ; après huit jours d'une convalescence heureuse et sans autres incidents que des selles insuffisantes, elle est prise tout à coup d'un frisson violent suivi d'une élévation considérable de température mais sans phénomènes critiques du côté des organes génitaux. Vingt-quatre heures et un purgatif ont facilement raison de tous ces symptômes alarmants.

3^o Monsieur A..... m'arrive souffrant depuis plusieurs semaines d'une douleur intercostale dont une médication variée n'a pu le délivrer. Un examen minutieux ne peut révéler aucun signe de maladies des organes thoraciques ou des parois de la poitrine. Je m'attaque à l'intestin mais vu l'ancienneté du cas, je ne me borne pas à purger mon patient, je le draine

littéralement et la névralgie intercostale disparaît en même temps que sa cause s'en va à l'égout.

La citation pourrait s'allonger mais je me borne à prendre ces trois cas parmi un grand nombre d'autres, parcequ'ils se présentent les premiers à mon esprit et qu'ils sont une image suggestive de la variété d'effets produits par une même cause qui ne peut être que l'absorption de ténients nuisibles au niveau de l'intestin.

A l'état normal les microbes stationnent dans l'intestin et les toxines s'y élaborent sans que l'individu paraisse en souffrir. Mais que les fecès ne soient pas expulsées dans un délai raisonnable, que les conditions physiques ou physiologiques changent en même temps et la quantité de microbes augmente, leurs sécrétions deviennent plus toxiques et l'absorption de ces produits nuisibles, rendue plus facile et plus rapide, va provoquer dans l'organisme des désordres variés.

L'augmentation de la quantité de microbes de l'intestin par la coprostase est rendue évidente par l'expérience suivante : Carrière oblitère l'anus d'un lapin et le sacrifie après trois jours. Par l'examen du contenu intestinal il constate que des plaques de seconde dilution, au dixième renferment de cent cinquante à cent quatre-vingt colonies de microbes, tandis que chez un lapin normal les matières fécales recueillies au même niveau et traitées de la même manière, ne donnent que vingt-trois à vingt-sept colonies. Klecki fit des observations identiques, il y a quelques années, sur les anses intestinales étranglées.

La même expérience prouve l'augmentation de virulence des microbes intestinaux. Dans des conditions expérimentales comme ci-dessus, Carrière a isolé des cultures pures de colibacille et a constaté, qu'au cas d'oblitération préalable de l'anus, un cinquième de centimètre cube de culture sur bouillon de vingt-quatre heures, en injection sous-cutanée, tuait un cobaye de quatre cents grammes en vingt-quatre heures ; tandis que les mêmes cultures, provenant de l'intestin d'un lapin normal, ne tuaient un cobaye du même poids et dans le même espace de temps qu'à la dose de un centimètre à un centimètre et demi cube.

Pour se convaincre de l'hypertoxicité du contenu intestinal, on n'a qu'à prendre chez un lapin constipé artificiellement depuis trois jours, vingt grammes de matières fécales qu'on triture dans de l'eau et qu'on filtre soigneusement. Ce liquide est toxique à la dose de vingt-trois centimètres cubes par kilogramme d'animal, tandis que l'extrait de matières, prove-

nant d'un lapin normal, n'est toxique qu'à la dose de cinquante-trois à cinquante-huit centimètres cubes par kilogramme d'animal.

Il ne saurait donc y avoir de doute sur le fait que la coprostase augmente la nocuité du contenu intestinal; reste à savoir quelles influences agissent dans l'absorption de cet élément dangereux: elles sont multiples mais peuvent être divisées en influences chimiques, physiques et physiologiques quoique, souvent, toutes trois agissent simultanément et conjointement.

Il suffit de songer aux poisons aussi fugaces que variés, auxquels la science a donné le nom de ptomaïnes, pour comprendre l'importance de ces modifications chimiques qui augmentent la puissance nocive des liquides intestinaux tout en les rendant plus facilement absorbables.

L'horreur du vide est l'influence physique qui agit dans le cas où l'abdomen est brusquement vidé après avoir été distendu par une grossesse, une ascite, une tumeur, etc. L'absorption du contenu intestinal est alors activée, comme l'a clairement démontré Carrière par la série d'expériences suivantes:

1° Si on oblitère l'anus d'une lapine dont la température vaginale est de 38.5 au moment de l'opération, le thermomètre marque 40.0 le lendemain.

2° Si, quelques heures avant l'oblitération de l'anus, on injecte, dans la cavité abdominale, cent cinquante centimètres cubes d'air stérilisé, l'écart de température n'est plus que de un degré de 38.0 à 39.0

3° Si, quelques heures après l'injection intra-abdominale, on bouche l'anus et que, immédiatement après, on vide l'abdomen de l'air injecté, la température monte jusqu'à 41.6.

La répétition de ces trois expériences a donné des résultats identiques avec le cyanure de potassium et de mercure.

1° Un lapin reçoit dans le rectum dix centimètres cubes d'une solution à un pour cent de cyanure de potassium et de mercure; il meurt en quinze minutes.

Un second lapin auquel on avait injecté, la veille, dans le péritoine, cent cinquante centimètres cubes d'air stérilisé, reçoit dans le rectum la même dose de la même solution de cyanure; il meurt en dix-sept minutes.

Un troisième lapin auquel, la veille, on avait injecté cent cinquante centimètres cubes d'air stérilisé, reçoit le lendemain, une heure après éva-

cuation du péritoine, la même dose de la même solution ; il meurt en sept minutes.

Ces deux séries d'expériences prouvent facilement que la décompression abdominale, quelle qu'en soit la cause, joue un rôle important dans l'absorption des produits nocifs de l'intestin.

Restent les causes physiologiques qui n'ont pas une moindre influence sur l'absorption car même sans le secours de la chimie ou de la physique elles peuvent faire pénétrer dans la circulation générale et lancer aux quatre coins de l'organisme les ennemis qui stationnaient l'arme aux pieds dans l'intestin ou ailleurs. Ainsi on voit éclater, au cours d'intoxications chroniques, les accidents si brusques du délirium tremens à la suite d'un traumatisme ou au cours d'une affection aiguë, ceux de la colique de plomb en conséquence d'un écart de régime, ceux de l'excès de goutte après une fatigue, des névrites périphériques dans les mêmes circonstances. D'un autre côté les chefs de clinique observent souvent que sans aucune médication et par la seule cessation de l'éréthisme nerveux dû à l'anxiété des malades, la température de ces derniers est souvent moins élevée le lendemain que le jour de leur entrée à l'hôpital.

L'organisme a donc aussi son mot à dire dans la question puisque c'est lui qui réagit pour faire la fièvre. Le docteur Ingeltrans est même d'opinion que les produits pyrétogènes ne peuvent rien par eux-mêmes si le système nerveux, régulateur suprême de la chaleur animale, ne se laisse pas toucher ; les poisons digestifs excitent les centres thermiques mais ceux-ci ne laisseront la fièvre s'allumer que si leur débilité le permet.

C'est aussi l'opinion de Bouchard qui dit : " D'une façon générale l'homme sain est invulnérable ; pour que la maladie se développe il faut la connivence de l'organisme. Si l'agent spécifique est indispensable, il n'est pas suffisant car les causes qui préparent l'infection peuvent se ramener à deux groupes : Les uns réagissent sur les cellules, les autres sur le système nerveux. Les troubles du système nerveux ne créent pas la maladie mais l'expliquent ; ses aptitudes réactionnelles rendent compte des symptômes et de l'évolution."

Voilà pourquoi la coprostase produit des désordres qui ne peuvent être rangés dans aucun cadre nosologique, simulant chez l'une une infection puerpérale, chez l'autre une pleurésie et chez un troisième des symptômes indéterminés propres à jeter le trouble dans l'esprit du praticien.

Cependant, quoique le dernier mot ne soit pas dit sur ces maladies que je qualifie de sans nom, les expériences faites et l'opinion des maîtres nous

permettent de connaître un peu leur pathologie et cette dernière nous suggère naturellement le remède qui est l'évacuation intestinale, le purgare et clystare des anciens.

155, rue St-François, Québec.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Les adénoïdiens non opérables. Etude clinique et traitement hydrominéral.

Existe-t-il donc des adénoïdiens non opérables? Non, à proprement parler, mais on peut comprendre sous ce nom, d'après M. d'Artois de Jubainville, deux groupes: le premier comprend des adénoïdes sans tumeur circonscrite; le deuxième, les adénoïdes présentant encore des complications, même après une intervention chirurgicale bien conduite

Dans ce premier groupe on peut faire rentrer les adénoïdes se traduisant: 1^o par un semis diffus de végétations similaires; 2^o par l'œdème de la muqueuse rhino-pharyngienne; 3^o par un épaissement uniforme de la muqueuse par infiltration du tissu adénoïde.

Dans bien des cas, il est vrai, la chirurgie n'a point de prise sur ces variétés d'adénoïdes, mais en est-il ainsi toujours? Non certes et le curetage a parfois donné de bons résultats.

Dans le second groupe, M. d'Artois de Jubainville fait rentrer les adénoïdes qui après l'opération se traduisent encore par des symptômes. Cela revient à dire que, les adénoïdes enlevés, leurs complications persistent. Cela ne tient-il pas à l'influence du terrain?

Il faut dans ces cas recourir au traitement médical. Une première indication est tirée de ce fait que les adénoïdiens non opérables ne souffrent en général que par intermittences. Ils sont désagréablement influencés par le froid et l'humidité et cela à un point extraordinaire. Aussi faut-il tout d'abord leur conseiller le séjour dans des régions sèches, élevées.

Comme traitement local, il faut recourir aux irrigations naso-pharyngiennes très chaudes. On peut aussi avec avantage conseiller les stations thermales salines, ferrugineuses.

Il faut ajouter aussi les eaux sulfureuses pyrénéennes dont l'action est si remarquable. De tout cela on peut conclure aussi que la chirurgie malgré ses mérites doit être efficacement secondée par les secours médicaux qui permettent de régénérer la muqueuse débarrassée par la curette des végétations, et de remonter l'organisme.

Bull. de Laryng., Otol. et Rhin.

La pratique du tubage dans la clientèle.

Par E. ESCAT.

Tubage à l'hôpital, trachéotomie en ville, telle semble être la formule classique, et pourtant les accidents mortels par manque de surveillance dans le tubage sont de beaucoup inférieurs aux seuls accidents opératoires de la trachéotomie. Aussi il semble préférable de recourir à ce dernier, même en clientèle, plutôt qu'à la trachéotomie, bien plus difficile à mener à bien.

Voici comment on doit pratiquer l'opération d'C'Dwyer accommodée aux exigences de la clientèle.

Muni d'une boîte de Collin, assisté de deux aides dont un très sûr, on commencera par choisir le tube qui convient. Il le faut aussi gros que possible, car il a ainsi le maximum de fixeté et par sa lumière plus large il assure le passage des fausses membranes et prévient l'obstruction. La notation Bayeux-Collin semble inférieure à ce qu'il faudrait comme correspondance des numéros aux âges. Se baser sur l'âge apparent plutôt que réel et sur la taille de l'enfant. En pratique il est bon de préparer 3 tubes d'égale grosseur se suivant dans la série, et de commencer par l'introduction du plus gros.

Cela fait, on introduit le tube suivant la technique que l'on trouve exposée partout. L'auteur fait remarquer que la seule lecture de cette technique permet de mener à bien l'intervention ; et que par contre la trachéotomie faite seulement sur le cadavre et non sur le vivant n'est point d'un enseignement suffisant pour permettre d'intervenir par le bistouri dans la clientèle.

A la suite du tubage, il y a souvent de la toux, de la gêne de la déglutition. On nourrira l'enfant avec des aliments liquides ou des œufs pris à petite gorgée. Auprès du lit on placera un réchaud garni d'une solution légèrement antiseptique, le malade se trouvera bien de respirer une atmosphère chargée de vapeur d'eau. On pourra continuer le lavage du pharynx

mais avec beaucoup de douceur et en donnant la douche avec intermit-
tences étant donné la facile introduction des liquides dans le tube. Il est
bien entendu qu'on aura fait usage du sérum.

Avant de se retirer il faudra s'être bien assuré de la fixité du tube.
Souvent après son introduction survient un accès de toux ; si le tube n'est
pas rejeté à sa suite, c'est qu'il tient bon. Si après le tubage le calme est
parfait, il faut faire prendre quelques cuillerées à café de liquide, le malade
tousse alors. Si à la suite de cette toux il n'expulse pas le tube, on peut
être rassuré.

L'opérateur reviendra voir l'enfant 2 fois par jour dont une fois à une
heure aussi tardive que possible.

Voici quels accidents pourraient survenir :

1° Chute du tube dans la trachée, recourir alors à l'énucléation, mettre
l'enfant la tête en bas ; en dernier ressort la trachéotomie ;

2° L'obstruction brusque ; la fréquence de cet accident est de 1 pour
cent à peine, elle est due le plus souvent à l'étroitesse de calibre du tube.
Pour y parer, on peut laisser à demeure un fil engainé dans un tube à
drain, une extrémité du fil dépasse le drain et s'enroule autour de l'oreille
de l'enfant. Une personne, à défaut d'un aide exercé au détubage, tirera
le fil en cas d'asphyxie brusque ;

3° L'expulsion spontanée se produit dans 6 pour cent des cas, mais est
bien moins grave que l'obstruction, souvent due à un effort de toux ; elle
est rarement due à la paralysie précoce des muscles du larynx c'est encore
le gros tube qui prévient cette complication.

En général, au bout de 3 jours on enlèvera le tube, soit par énucléa-
tion, soit par extraction.

Après le détubage il faudra rester au moins une demi-heure auprès de
l'enfant ; en effet si le tirage doit se reproduire brusquement, c'est dans la
première demi-heure que cet accident doit arriver ; s'il devait se reproduire
lentement, on aurait deux ou trois heures devant soi.

Bull. de Laryng., Otol. et Rhin.

Influence des bains de mer sur la fonction auditive.

Martini constatant le nombre des affections d'oreilles signalées ces der-
nières années par les auristes a institué une série d'expériences d'où il
résulte que les bains de mer ne sont pas sans dangers pour l'oreille et cela
non seulement pour les malades mais encore pour les sujets sains.

Voici le résumé de ses expériences ; elles ont porté sur le sujet la tête hors de l'eau, et la tête immergée.

Dans le dernier cas les troubles varient depuis une diminution notable de l'audition jusqu'à la perte du sens de l'orientation et au vertige ; ce qui est dû : 1^o à l'atélectasie de la caisse due au refoulement par l'eau du tympan ; 2^o à la décomposition labyrinthique qui se produit au moment où la tête sort de l'eau ; 3^o à la pénétration dans la trompe et l'oreille moyenne de liquide.

Quant à la perte du sens de l'orientation, elle serait due à une hypoesthésie de la peau du conduit qui serait appréciable à l'esthésiométrie et serait sous la dépendance de la vaso-constriction causée par la température ou la pression de l'eau.

Ces troubles pourraient dans certains cas, à la suite de bains très prolongés, devenir définitifs.

Si la tête est maintenue hors de l'eau on note seulement un abaissement momentané de l'audition dû à des troubles circulatoires du vestibule et du limaçon.

Bull. de Laryng., Otol. et Rhin.

Le hoquet et son traitement

J. Noir.

Le hoquet est un syndrome fréquemment observé, consistant en un spasme clonique du diaphragme, accompagné d'une brusque expiration avec constriction de la glotte qui détermine un bruit rauque particulier. Ce syndrome, réflexe gênant mais le plus souvent insignifiant et s'arrêtant seul, est chez certains malades nerveux excessivement rebelle : dans quelques maladies générales graves, il peut être de cause toxique, empêcher le repos du malade et être, par sa persistance, une complication réellement redoutable. Le hoquet rebelle a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens, qui ont bien souvent en vain épuisé pour l'arrêter toutes les ressources antispasmodiques de la pharmacologie. Souvent on a dû avoir recours aux applications électriques. Erb a obtenu de brillants succès par des badigeonnages faradiques de l'épigastre. D'autres, prétend-il, ont arrêté instantanément un hoquet rebelle par la faradisation ou la galvanisation du nerf phrénique. En bien des cas, le traitement par l'application

du pôle négatif à la nuque ou le passage transversal du courant galvanique par les apophyses mastoïdes peuvent être utiles, et il en serait de même de la vive excitation de la zone de distribution du nerf laryngé supérieur. Au congrès de Neurologie de Bruxelles de 1897, M. Libotte rapportait de nombreux succès obtenus par l'application du pinceau faradique à la région cervicale postérieure.

D'autres procédés thérapeutiques furent encore préconisés. Leloir en 1892, fit une communication à l'Académie des Sciences sur la guérison du hoquet par la compression du phrénique gauche entre les attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-cléidomastoïdien. Cette compression doit durer environ trois minutes. Nothnagel a conseillé l'élévation de l'os hyoïde avec les doigts, procédé qui ne doit pas être des plus faciles à pratiquer.

En 1886, le Pr Lépine (de Lyon) publia le fait curieux d'une femme qui, atteinte d'un hoquet rebelle, fut guérie à sa leçon clinique, la malade ayant dû tirer la langue pendant un temps assez prolongé, pour en montrer aux élèves l'enduit saburral. M. Laborde qui faisait à cette époque des recherches physiologiques sur l'action des tractions rythmées de la langue et sur leur application au traitement de la mort apparente, rapporta dans la *Tribune Médicale* le fait du Pr Lépine, le rapprocha pour en expliquer l'action réflexe du procédé de Nothnagel et y adjoignit une observation personnelle du Dr Viaud(d'Agon-Coutainville) qui, fréquemment incommodé par le hoquet, l'arrêtait en moins d'une minute en opérant sur la langue une traction continue. M. Laborde conseillait donc la traction continue de la langue comme traitement de choix du hoquet.

Depuis nous avons eu plusieurs fois l'occasion de suivre les conseils de M. Laborde et nous n'avons jamais pu constater d'insuccès, malgré la persistance et la violence de certains cas de hoquet rebelles dont nous rapportons seulement les deux plus intéressantes observations.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une fillette très nerveuse de 6 ans $\frac{1}{2}$ environ, qui avait été plusieurs fois atteintes de crises convulsives. Cette enfant, en plein été, après déjeuner et durant un orage, fût prise d'un hoquet dont les spasmes devinrent de plus en plus violents et répétés. Les contractions du diaphragme duraient depuis six heures quand je fus appelé auprès de la malade ; elles étaient si violentes que l'enfant couchée sur un lit, se redressait à chaque convulsion et brusquement assise, malgré ses efforts pour rester immobile, se courbait fortement en avant. Elle retombait ensuite, exténuée, sur le dos et le même spasme se reproduisait

après quatre ou cinq secondes de répit. Ces crises convulsives étaient tellement violentes que la famille considérait l'enfant comme perdue. La traction continue de la langue que je pratiquai durant une minute et demie environ calma ces convulsions comme par enchantement et le hoquet ne se reproduisit plus.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un diabétique tuberculeux, en pleine cachexie, qui, depuis plusieurs jours, était atteint de dyspnée intense et d'un hoquet d'origine toxique; ce hoquet rebelle qui n'avait pu céder à aucune médication empêchait le malade de prendre le moindre repos. La traction continue de la langue, durant deux minutes environ, calma le spasme, qui reparut quelques jours plus tard, mais fut arrêté par le même procédé mis en pratique par la garde-malade elle-même. Il nous serait facile de multiplier les exemples de ce genre, car le hoquet rebelle est assez fréquent, chez les phthisiques à la dernière période, par exemple. Nous avons cru bon de rappeler le procédé de la traction continue de la langue, parce qu'il est simple, que n'importe qui peut le mettre en pratique, qu'il n'exige aucun appareil et nous a toujours réussi. En le conseillant avec des exemples à l'appui, après M. Laborde, nous pensons rendre service à la fois aux malades et aux praticiens, évitant à ces derniers le recours à l'électrothérapie qui peut, nous n'en doutons pas, donner d'aussi bons résultats, mais exige des appareils qu'un médecin, surtout à la campagne, ne peut avoir sous la main et dont l'entourage du malade ne peut pas se servir.

Le Progrès Médical

Du traitement de la hernie crurale ou inguinale étranglée

Il est impossible d'affirmer en présence d'une hernie étranglée que l'anse intestinale n'est pas vouée au sphacèle, même si cet étranglement ne date que d'une journée ou même de quelques heures. On ne devra donc pas recourir au taxis, mais opérer toujours et immédiatement.

Si l'anse intestinale est en bon état, la réduire après lavage. S'il y a doute sur sa vitalité, la tenir "à l'œil" sous le pansement.

S'il y a gangrène limitée, il faut "enfouir" la plaque sphacélée ou même suspecte. S'il y a gangrène étendue et si on a un aide il faut réséquer ou invaginer; si on n'a pas d'aide, laisser l'anse sous le pansement sans le réduire, après avoir débridé.

S'il y a perforation : inciser, laver, débrider l'anneau, faire des lavages continus.

Le traitement préventif de la hernie étranglée consisterait à pratiquer la cure radicale chez tout sujet porteur d'une hernie, si petite et si bénigne qu'elle soit.

La cure radicale de la hernie non étranglée ne donne plus de mortalité.

(*Gazette Médicale de Picardie*, nov. 1899.)

Du traitement des conjonctivites par les différents sels d'argent et en particulier par le protargol.

Depuis le premier travail du Dr Darier qui est le premier qui ait été publié sur les effets du protargol en thérapeutique oculaire, nombre de mémoires ont paru sur le même sujet, confirmant presque tous les brillants résultats que l'auteur avait annoncés. Seuls quelques rares auteurs, non encore suffisamment familiarisés avec le maniement de ce nouveau topique ont relaté quelques insuccès, dus à l'emploi de doses insuffisantes ou à des applications non assez fréquemment répétées.

Il ne faut pas oublier en effet que autant on doit être prudent dans l'application du nitrate d'argent, autant on peut être téméraire dans l'emploi du protargol qui a une action moins caustique, moins douloureuse, mais aussi de plus courte durée. Le protargol ne contient que 8,3 0/0 d'argent tandis que le nitrate en contient 65 p. 100. Les solutions employées pour les cautérisations devront donc être beaucoup plus fortes pour le premier de ces sels et dans l'intervalle des cautérisations des instillations fréquentes seront pratiquées par le malade ou par son entourage pour prolonger l'action antiseptique et astringente du protargol.

Le Dr Darier croit pouvoir affirmer aujourd'hui sans crainte d'être contredit par quiconque aura employé le protargol suivant les principes ci-après, que dans presque toutes ses applications le nitrate d'argent peut être remplacé avantageusement par le protargol.

Le protargol soluble en toutes proportions dans l'eau doit être comme toutes les solutions argentines, tenu à l'abri de la lumière, faute de quoi les solutions deviennent plus foncées, plus épaisses et moins actives.

Il faut donc n'en préparer que de petites quantités à la fois.

Pour les instillations la formule suivante peut être recommandée dans la majorité des cas.

Protargol 0.50
Eau distillée..... 10 grammes.

(Laisser fondre spontanément dans un flacon jaune ou bleu)

D. S. Quelques gouttes en instillations trois ou quatre fois par jour.

Ces instillations peuvent être faites par les malades eux-mêmes ou par leur entourage. Elles suffisent souvent à elles seules pour amener la guérison de bien des conjonctivites légères. Elles doivent en tout cas toujours être prescrites au malade, même quand des cautérisations sont pratiquées deux fois par jour par le médecin, et les instillations doivent être d'autant plus fréquentes que le mal sera plus grave ; on peut aller jusqu'à une instillation toutes les demi-heures dans les cas d'ophtalmie blennorrhéique de l'adulte.

Pour les cautérisations au pinceau, on pourra se servir dans presque tous les cas en pratiquant un badigeonnage plus ou moins généreux, de la solution suivante :

Protargol..... 5 grammes,
Eau distillée..... 10 —

(laisser fondre spontanément dans un flacon foncé.)

Pour les cas légers si cette solution paraissait trop forte, il est facile d'y ajouter un peu d'eau distillée au moment de l'employer.

Les cautérisations au pinceau doivent porter non seulement sur les conjonctives ectropionées mais aussi sur les bords palpébraux, on obtient ainsi une sorte de *savonnage des cils* qui rend les plus grands services quand la conjonctivite s'accompagne, comme cela arrive si souvent, de blépharite.

Dans nombre de *blépharites* et de *blépharo conjonctivites* j'ai obtenu par ce moyen des guérisons rapides et durables ; dans ces cas il ne faut pas craindre de frotter assez énergiquement les paupières avec le pinceau ; le protargol (composition albumineuse, protéinate d'argent), mousse alors comme du savon, imbibe et pénètre les cils jusqu'à leur racine.

Les *insufflations de poudre de protargol*, que je recommande tout particulièrement dans les cas les plus graves, dans l'ophtalmo-blennorrhée et dans le trachome, doivent être pratiquées avec un de ces instruments dont on se sert habituellement pour les insufflations d'iodoforme, mais il faut avoir soin de s'assurer que la poudre en sort aussi fine qu'une fumée.

Les paupières ectropionées, on insuffle le protargol de manière à bien recouvrir toute la surface conjonctivale, puis on laisse les yeux se refermer et l'on pratique pendant une minute ou deux un massage rotatoire du globe oculaire, de façon à bien faire pénétrer le protargol qui se dissout immédiatement, dans tous les recoins du sac conjonctival. Ce massage a une très grande importance, il assouplit les paupières indurées ou œdématisées, active la fonte des pseudo-membranes quand elles existent, facilite la résorption du chémosis et provoque une exsudation abondante de larmes et de sérosités qui déterge toute la surface oculaire.

Ces insufflations suivies de massage peuvent parfaitement remplacer les cautérisations au pinceau même dans les formes légères de conjonctivites, voire même dans les blépharites, si l'on a soin dans ces derniers cas d'humecter d'abord le bord ciliaire au moyen d'un pinceau mouillé avec lequel on pourra, comme ci-dessus pratiquer un badigeonnage plus ou moins énergique et même à la rigueur le massage digital pourrait parfaitement remplacer le savonnage au pinceau.

Donc, comme on le voit, l'application du protargol devient si simple qu'elle est à la portée de tout praticien, puisqu'il suffit d'avoir sous la main un flacon insufflateur contenant 3 ou 4 grammes de poudre de protargol pour parer à tous les besoins de la pratique journalière. On éviterait ainsi les solutions altérées par le temps et les taches produites sur le linge.

Mais les instillations du collyre 5 p. 100 doivent toujours être prescrites à domicile en plus des soins habituels de propreté.

Il est pourtant un cas où la solution à 5 ou 10 p. 100 est indispensable, c'est dans la *dacryocystite* ; et ce ne sera pas un des plus minces mérites du protargol d'avoir montré que bien des *suppurations du canal lacrymal* peuvent être guéries sans qu'il soit nécessaire de pratiquer l'extirpation du sac.

Les injections faites avec la seringue d'Anel, tous les jours d'abord, puis tous les deux, trois ou quatre jours ensuite, viennent souvent à bout des suppurations les plus anciennes ; et l'auteur croit pouvoir dire que si ce moyen bien appliqué et combiné à l'usage des sondes à demeure de Vulpius ne réussit pas, on ne trouvera plus guère de chance de guérison que dans la destruction du sac lacrymal.

Il serait trop long de publier le détail des très nombreuses observations qu'il a recueillies sur les effets du protargol.

Jamais, sur plus de 500 malades soignés par le protargol, même à doses très fortes et très fréquemment répétées, il n'a eu aucunes complica-

tions fâcheuses, aucun accident à déplorer ; il n'est donc pas exagéré de dire que cet agent est absolument inoffensif et qu'il peut être confié sans crainte à tous les praticiens et aux malades eux-mêmes, on ne serait même pas éloigné de dire qu'en oculistique, tout au moins, le nitrate d'argent doit être remplacé par le protargol qui, appliqué comme il a déjà été dit plus haut, en a tous les avantages et d'autres encore, sans en avoir aucun des inconvénients, à part l'argyrose qui est aussi marquée avec l'un qu'avec l'autre de ces produits longtemps employé.

La Clinique Ophthalm.

Epilepsies liées aux troubles gastriques.

M. MAURICE DE FLEURY. — Dans l'histoire symptomatique des épileptiques l'état saburral des voies digestives occupe une place importante ; l'attaque comital s'accompagne souvent de vomissements alimentaires ; les crises sont fréquemment provoquées par des abus d'alcool ou des indigestions ; tous les médecins d'asiles ont noté cette particularité. "Les troubles de l'appareil digestif, dit J. Voisin, ne manquent jamais dans l'épilepsie, ils précèdent les actes isolés ou en série, les vertiges ou le trouble mental, permettant ainsi de les prévoir et parfois de les prévenir." Il y a plus de cent ans, Tissot considérait déjà une nourriture abondante comme un poison pour les épileptiques ; et il regardait la sobriété comme la base de toute guérison ; il leur recommandait un régime sévère et leur interdisait le vin. Parmi les modernes, beaucoup de médecins, Gowers, Paget, Lépine, Pommev, Kussmaul, etc, attachent une grande importance aux troubles gastriques dans la provocation des attaques. Cette conception pathogénique, dont on retrouve la première indication dans Hippocrate et Gallien, prend une valeur de plus en plus grande aujourd'hui que s'affirment les idées modernes sur l'auto-intoxication. Marinesco, Sérieux, P. Blocq ont montré le rôle joué par les auto-intoxications d'origines diverses en tant qu'agents provocateurs des paroxysmes comitiaux.

Mes recherches personnelles, entreprises en partant d'une toute autre façon d'envisager la genèse du mal caduc, m'ont conduit pour ainsi dire malgré moi, à penser que, dans un grand nombre de cas, il y a relation de cause déterminante à l'effet entre l'indigestion et l'attaque chez un sujet prédisposé, le mot indigestion étant pris dans son sens le plus général :

1° *Effets de la suppression de l'alcool.*—Un de mes malades, atteint d'épilepsie grave et rebelle, a vu, sous la seule influence de la suppression des boissons alcooliques, ses crises diminuer de fréquence et d'intensité et son caractère s'améliorer d'une manière incontestable.

Un autre malade, alcoolique avéré, devenu épileptique à la suite de ses excès éthyliques, est soumis à la suppression de l'alcool et à un régime sévère ; très rapidement les accès s'espacent beaucoup et l'état mental se modifie de la façon la plus heureuse ; des imprudences de régime amènent une rechute : averti par cette expérience, il cesse définitivement de boire de l'alcool et du vin, et depuis son épilepsie se borne à une ou deux crises légères par an.

2° *Effets d'un régime alimentaire de la moyenne rigueur.*—J'ai suivi quatre épileptiques ayant tous des attaques fréquentes et intenses, et atteints tous les quatre de troubles gastriques accentués avec dilatation stomacale très marquée. J'ai soumis ces malades, tout en leur continuant le traitement bromuré, à un régime alimentaire moyennement sévère : suppression des aliments excitants ou facilement fermentescibles ; alimentation avec pain grillé ou croûte de pain rassis, œufs, poissons légers, viandes grillées bien mâchées, purées ; légumes verts tendres ; repas du soir très léger, presque végétarien ; boire aux repas de l'eau en petite quantité ; boire quand la digestion est terminée de l'eau minérale alcaline ou diurétique.

Sous l'influence de ce régime les attaques ont diminué de nombre et d'intensité de la manière la plus nette.

3° *Effets du régime lacté et lacto-végétarien.*—Le régime lacté, très vivement conseillé aux épileptiques par Cheyne (1724) et par Tissot (1780), m'a donné de très bons résultats dans trois cas d'épilepsie ancienne : le premier concerne un malade présentant des attaques fréquentes de petit mal, non améliorées par le bromure, et offrant en plus des signes de brightisme avec albumine urinaire : le régime lacté détermina immédiatement un mieux très marqué.

Les deux autres cas concernent non des brightiques, mais des malades dont l'un était dyspeptique (dilatation de l'estomac et de l'intestin, augmentation des troubles gastriques quand le malade était en imminence d'accès), et l'autre avait vu son épilepsie ancienne réveillée par des habitudes d'intempérance. Chez tous deux le régime lacté intégral, alternant avec le régime lacto-végétarien, eut un effet très favorable.

Bien entendu, le régime lacté n'est utile qu'à la condition d'être bien digéré.

40 *Effets complémentaires des lavages de l'estomac.*—Dans un certain nombre de cas où le mal semble bien être sous la dépendance de troubles gastriques, le régime alimentaire, la suppression de l'alcool, le lait ne suffisent pas. Il est bon d'y joindre les lavages de l'estomac que j'ai vu, chez deux malades, produire des effets salutaires.

Comment agissent, pour atténuer les attaques d'épilepsie, les différents moyens hygiéniques que je viens de signaler ? (suppression de l'alcool, des mets indigestes, régime lacté et lacto-végétarien, lavage de l'estomac, laxatifs répétés.

On peut admettre qu'on a affaire à une excitation réflexe de l'écorce cérébrale par irritation mécanique des parois du tube digestif, sous l'influence des fermentations anormales : c'est par une irritation de ce genre qu'agissent les vers intestinaux.

On peut admettre encore qu'un grand nombre d'accidents épileptiques sont sous la dépendance de l'auto-intoxication d'origine alimentaire ; ce qui tend à le prouver, c'est l'existence, chez beaucoup d'épileptiques, de dilatation stomacale et d'atonie intestinale, et les résultats saisissants obtenus chez eux par l'emploi de tout ce qui peut contribuer à la stérilisation de l'appareil digestif. Or, nous avons dit plus haut que plusieurs médecins ont émis l'hypothèse de la nature toxique d'un grand nombre de cas de mal comitial. Aussi je propose, pour désigner ces faits, l'expression *d'épilepsie toxi-alimentaire*.

Aucune de ces théories ne me semble devoir être rejetée entièrement, chacune doit avoir sa part de vérité. L'important est de soumettre les malades à une hygiène telle que l'irritation mécanique du tube digestif, les fermentations anormales et les poisons qui en résultent soient réduits au minimum.

Reste à se demander quelle est la nature de la dilatation stomacale préconvulsive observée par Kussmaul et Voisin ; est-elle seule la cause du paroxysme qui la suit fréquemment ; je pense que la succession des phénomènes est la suivante : baisse de l'énergie vitale par épuisement momentané du système nerveux, atonie digestive consécutive, surproduction de toxines alimentaires, puis excitation de tout l'organisme et finalement convulsion.

M. ALBERT ROBIN.—L'intéressante communication de M. Maurice de Fleury attire l'attention sur une des questions les plus importantes de la médecine, les retentissements à distance des troubles gastriques. Pour ma part, je regarde comme tout à fait démonstratifs les faits dont M. de Fleury

vient de nous entretenir; je les accepte d'autant plus volontiers que, de mon côté, j'ai plusieurs cas qui leur sont absolument superposables. Je communiquerai à la Société deux de ces cas : l'un m'est personnel, l'autre a été observé au cours de recherches entreprises avec le Dr G. Küss sur le chimisme gastrique.

Il y a quelques années, j'ai soigné, avec M. Goldschmidt, une jeune épileptique de vingt-quatre ans qui avait, tous les jours, trois à quatre attaques de petit mal épileptique; gorgée de bromure sans résultat, elle présentait des accidents de bromisme et des troubles gastriques marqués, langue sale, haleine fétide, signes de fermentations digestives. En raison de la prédominance des phénomènes dyspeptiques, nous instituâmes un traitement dirigé contre les troubles digestifs. Très rapidement alors les crises diminuèrent de fréquence dans une proportion considérable, à tel point que la guérison semblait obtenue. Les attaques de petit mal épileptique se reproduisirent, néanmoins, mais très espacées et généralement provoquées par une cause occasionnelle non digestive. Ainsi une rechute fut consécutive à un grand chagrin.

Le deuxième cas a été suivi de près au point de vue gastrique par M. Küss; le chimisme stomacal nous a permis de constater chez un épileptique avéré ayant, depuis dix ans, des attaques, une dyspepsie presque latente; le seul symptôme apparent était l'apparition assez fréquente, dans l'après-midi, de crampes d'estomac et de brûlures; à part cela, rien n'appelait l'attention sur l'existence d'une dyspepsie, et, à un examen superficiel, on aurait pu penser que le malade ne rentrait nullement dans la catégorie des faits rapportés par M. de Fleury. Pourtant l'étude du suc gastrique nous révéla une dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie notable et tendance aux fermentations. Aussitôt nous fîmes suspendre le bromure qui n'avait, d'ailleurs, jamais eu aucun effet appréciable sur les crises et le malade fut mis au régime lacté et à l'atropine.

Sous l'influence de ce traitement purement gastrique, l'épilepsie n'a pas tardé à être modifiée; pour la première fois depuis longtemps une crise attendue à jour fixe (les attaques surviennent depuis deux ans tous les huit jours régulièrement) eut lieu avec un retard de cinq jours; de plus, les attaques furent beaucoup moins intenses, ne laissant pas après elle la céphalée qui était la règle chez ce malade. Parallèlement nous avons obtenu une amélioration de l'état dyspeptique.

Cette observation apporte la confirmation expérimentale des faits relatés par M. de Fleury.

Par contre, je ne suis point tout à fait d'accord avec lui pour ce qui concerne l'interprétation de ces faits; la théorie de l'intoxication par des poisons du suc gastrique ne s'appuie pas, jusqu'à présent, sur des faits bien précis; si le chyme contient, sans aucun doute, des substances capables d'exercer une action irritante et locale et notamment de scléroser le foie, les produits toxiques qu'on a prétendu y trouver (Bouveret et Devic, Cassaët) semblent être dus à une réaction secondaire de laboratoire; quand on recherche systématiquement ces produits toxiques dans le suc gastrique, on constate généralement leur absence, comme nous l'ont démontré des recherches que je fais dans ce sens avec M. Küss. Je crois donc que la question doit être réservée jusqu'à nouvel ordre; que vraisemblablement les crises épileptiques ne sont liées que très indirectement aux troubles gastriques; ceux-ci n'en sont pas le *primum movens*; ils jouent simplement le rôle de cause provocatrice chez des individus en imminence virtuelle d'attaques.

Il est d'ailleurs essentiel de distinguer deux ordres de faits: ceux dans lesquels les phénomènes dyspeptiques dominent la scène et ceux non moins importants où il s'agit, comme dans notre deuxième observation, d'une dyspepsie cliniquement latente et pourtant suffisamment marquée pour être le point de départ des réflexes, dont le résultat final sera une crise d'épilepsie. Ces faits augmentent notablement le nombre des cas qui donnent raison à la manière de voir de M. de Fleury.

M. BOVET.—La manière d'administrer le bromure influe beaucoup sur les résultats; si on parvient à le faire digérer aux malades, on restreint notablement les accidents de bromisme et on augmente la puissance du médicament. Si, au contraire, on altère avec le bromure le fonctionnement régulier du tube digestif, on n'obtient plus que des effets peu marqués, ce dont les observations de M. de Fleury nous apportent la preuve. J'ai pu, en associant le bromure aux nucléines, empêcher toute action nocive du bromure sur les fonctions digestives, et ainsi amplifier beaucoup sa valeur anti-épileptique.

M. POUCHET.—M. Féré a montré que le traitement bromuré réussit mieux quand, en même temps, on pratique l'antisepsie gastro-intestinale.

Je ferai observer, d'autre part, que les bons effets de la belladone dans l'épilepsie sont peut être dus, comme tendrait à le prouver l'observation de M. Robin, à une action modificatrice sur le suc gastrique.

M. HUCHARD.—J'ai suivi, il y a une dizaine d'années, un malade atteint d'épilepsie nocturne, forme rebelle, comme on sait, à tout traite-

ment. Le bromure à hautes doses donné le soir n'avait eu qu'un effet illusoire. Je remarquai que le malade avait une attaque toutes les fois qu'il dînait en ville ; comme notre régime alimentaire est un véritable empoisonnement continu, je pensai qu'il s'agissait peut-être de phénomènes toxico-alimentaires, je défendis au malade les dîners en ville et j'insistai pour lui faire accepter une alimentation lacto-végétale. Les attaques diminuèrent beaucoup.

Cette observation est absolument comparable aux faits de M. de Fleury. Il y a donc une épilepsie toxico-alimentaire et, j'ajouterai en passant, il y a une neurasthénie toxico-alimentaire. M. de Fleury a fort bien fait de m'emprunter cette expression de *toxico-alimentaire* pour l'appliquer aux épilepsies. C'est qu'en effet on ne doit pas confondre régime alimentaire et état gastrique ; sans doute, les dyspepsies peuvent déterminer des attaques épileptiques, mais ces faits doivent être rares ; tandis que les fautes de régime, à elles seules, avec un estomac normal, peuvent amener des crises comitiales chez un sujet prédisposé. Mes toxines alimentaires exercent, sans aucun doute, une action vaso-constrictive ; on en a la preuve par la pâleur des sujets dont les reins sont peu perméables et qui ont des accidents toxico-alimentaires, dyspnéiques ou autres. C'est cette pâleur qu'on a eue en vue en parlant du chloro-brightisme, dénomination que, pour ma part, je repousse absolument.

M. M. DE FLEURY.—MM. Toulouse et Richet ont pensé démontrer tout récemment qu'en soumettant les épileptiques à la privation du chlorure de sodium, et en leur donnant ensuite du bromure de sodium, on augmentait considérablement l'action du médicament ; de fait, ils ont obtenu ainsi des effets qui nécessitaient auparavant des doses quatre ou cinq fois plus grandes de bromure.

Ces faits sont indéniables, mais leur interprétation me semble toute différente. J'ai eu également chez mes malades cette action intense de bromures à petites doses, et pourtant je les saturais pour ainsi dire de chlorure de sodium, puisque je les faisais manger très salé et que je leur faisais des injections de sérum artificiel.

Cette apparente contradiction tombe d'elle-même quand on remarque que les malades de M. Toulouse étaient mis, en somme, à un régime qui se rapproche beaucoup du mien (lait, viandes blanches...). Les effets obtenus s'expliquent, à mon sens, par cette réglementation de l'hygiène alimentaire et nullement par la diète de chlorures.

Traitement de la néphrite scarlatineuse.

Il faut d'abord être persuadé de ce fait essentiel que les glandes enflammées ne doivent pas être excitées dans leurs fonctions. Mais à côté des reins, nous pouvons faire fonctionner énergiquement la peau. En excitant sa sécrétion, nous pouvons éliminer non seulement l'eau, mais les matières excrémentielles de l'urine.

De toutes les méthodes diaphorétiques, celle qui est le plus recommandable dans le cas de néphrites graves est le *bain chaud* suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine.

Ziemssen déclare qu'une longue expérience lui a permis de recommander chaleureusement l'emploi des bains chauds ou des bains chauffés d'une façon régulièrement progressive.

L'échauffement du bain se fait d'après la méthode de Liebermoister, laquelle consiste à échauffer l'eau du bain en y versant de l'eau chaude pendant que le malade y est plongé, de façon à atteindre 38° et même 41° et 42° c. On fait suivre le bain d'un enveloppement dans une couverture de laine. La durée du bain doit être d'une demi-heure ; l'enveloppement dans la couverture de laine doit être prolongé pendant une ou deux heures, car c'est seulement alors que la transpiration devient profuse.

Une expérience de vingt années, dit Ziemssen, me permet de considérer la méthode de Liebermoister comme la meilleure dans les diverses formes d'hydropisie rénale. Elle s'applique surtout aux personnes qui ne peuvent s'asseoir et qui ne peuvent prendre, pour un temps assez prolongé, que la position *horizontale*.

Il faut noter que le bain chaud, administré tous les jours, ne produit souvent qu'une sudation insignifiante le premier et le deuxième jour, la transpiration devient ensuite abondante.

Les cas graves de néphrites, ceux qui s'accompagnent d'anurie et font craindre l'apparition d'accidents urémiques, comportent l'emploi de la pilocarpine en sus des bains chauds. On administre également du vin de Champagne et des eaux gazeuses, dans du lait, dans la proportion de 1 : 2, comme boisson. Dans tout le cours de la néphrite scarlatineuse, le lait est d'ailleurs excellent, tant comme aliment que comme médicament.

Comme médicament interne, la *digitale* occupe le premier rang : on peut y ajouter l'*acétate de potasse* et l'*ammoniaque*.

S'il n'existe pas un état urémique, on fera bien de s'abstenir de toute

médication.

Il va de soi que, pendant la convalescence, alors que les troubles de la sécrétion urinaire et spécialement l'albuminurie ont cessé, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut amener une excitation du rein : l'alcool, les vésicatoires et le refroidissement. Si les circonstances le permettent, il faut conseiller de porter de la laine à la peau, et le séjour d'un climat chaud, pendant les saisons rigoureuses.

Journal de Médecine de Paris.

Notes de pratique.

Gaucher donne la formule que voici pour faire des pulvérisations contre l'urticaire :

Alcool éthylique.....	} à à	30 grammes.
Ether sulfurique.....		
Chloroforme.....		
Menthol.....		

Surmont (de Lille) conseille de faire les mouchetures aux jambes des hydropiques par le procédé qui suit :

On commence par faire un savonnage soigné de la région, en dépassant largement les limites de la région qui sera mouchetée. Puis on fait les piqûres avec le fer porté au rouge sombre. La pointe du galvanocautère est ce qu'il y a de mieux. A son défaut, la pointe fine du thermo peut suffire, ou simplement une lancette rougie à une lampe à alcool.

Par dessus on met plusieurs doubles de gaze antiseptique qui ne doivent être levés que par le médecin lui-même. Puis, vient l'enveloppement extérieur avec de l'ouate hydrophile, que le malade ou son entourage change autant de fois qu'il sied.

Journal de Médecine Interne.

Traitement de la grippe simple (Lutaud)

Les douleurs aiguës de la grippe doivent être combattues par l'anal-gésine. Voici la potion que nous conseillons :

Analgésine.....	4 grammes.
Alcool à 96.....	10 —
Sirup de framboises.....	60 —
Eau distillée.....	100 —

A prendre toutes les heures jusqu'à cessation de la douleur.

Provoquer la transpiration par des boissons chaudes et légèrement alcoolisées.

Pratiquer toujours l'examen de la poitrine et veiller à la pneumonie.

Si la température atteint ou dépasse 39° faire prendre 50 centigr. de sulfate de quinine en une ou deux doses.

Donner un purgatif salin le deuxième jour.

Si l'hyperthermie persiste le troisième jour, il faut penser à la pneumonie ou à toute autre affection plus grave.

Bien prévenir les malades que, tout en étant bénigne, la grippe laisse après elle différents malaises (embarras gastrique, courbature, etc) qui peuvent persister douze ou quinze jours.

Comme préventif de la grippe, conseiller 20 centigr. de sulfate de quinine à prendre chaque jour.

Journal de Médecine de Paris.

La diarrhée chez les tuberculeux et son traitement

Il faut réduire au minimum les médicaments donnés par la bouche.

Le *phosphate de chaux*, à la dose de 8 à 10 grammes par jour, est à la fois utile contre la diarrhée et contre la tuberculose. Le *tannin* est aussi utile ; une bonne préparation est le mélange :

Tannin à l'alcool.....	25 grammes.
Glycérine.....	150 —
Alcool.....	50 —
Vin de Banyuls.....	800 —

A la dose d'un verre à Bordeaux un peu avant la fin des trois repas.

GLYCÉRINE :

Glycérine neutre	50 grammes.
Rhum.....	20 grammes.

A prendre en trois fois dans du lait chaud donne un effet souvent remarquable.

Si la créosote donnée par la bouche est souvent mal tolérée, en lavement elle arrête la diarrhée.

Eau.....	200 grammes.
Créosote pure de goudron de hêtre	2 à 3 —
Huile d'amandes douces.....	25 —
Jaune d'œuf.....	no 1 —

Lavement à prendre le soir au lit et à conserver.

S'il y a de l'*entérite tuberculeuse* que caractérise la présence du sang dans les selles, on donnera le *Salicylate de Bismuth* à la dose de 4 à 8 grammes par jour, ou bien :

Extrait gommeux d'opium.....	0 gr. 40
Nitrate d'argent.....	0 gr. 20
Mucilage de gomme.....	q. s.

Pour 20 pilules : 4 à 8 par jour aux repas.

L'acétate de plomb jouit d'une grande réputation en Angleterre.

Acétate de plomb cristallisé.....	0 gr. 20
Extrait d'opium.....	0 gr. 40
Extrait de ratanhia.....	1 gramme.

Divisé en 20 pilules ; une à trois par jour.

Le diascordium à la dose de 4 à 8 grammes, les gouttes noires anglaises à dose de 2 gouttes après chaque repas seront conseillées.

Archives de thérapeutique.

Traitement diététique et médicamenteux des hémorroïdes

Par T. Romme.

Un traitement médical bien suivi et méthodiquement conduit arrive quelques fois à guérir les hémorroïdes, toujours à les rendre très supportables.

Traitement diététique. Il faut régulariser les selles par un régime spécial, relativement excitant, favorisant les mouvements péristaltiques de l'intestin.

Le malade prendra des fruits, des légumes riches en cellulose, et en général, des substances alimentaires laissant beaucoup de déchets ; du sel, du sucre, du vin, du thé, du café.

A titre d'adjuvant, des exercices physiques.

La toilette de l'anus est des plus importantes. Il sera lavé après chaque selle avec une solution d'alun ou de tannin, et un tampon de ouate, jeté chaque fois. Puis on fera une irrigation froide au pourtour de l'anus.

Si le malade reste constipé, on utilisera la *rhubarbe*, la *fleur de soufre*, la *magnésie calcinée*, la *poudre de réglisse*, le *citrate de magnésie*.

Les lavements, pris rarement, seront à l'eau bouillie simple.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.—S'il y a des *excoriations* ou de *petites pertes de sang* on mettra chaque jour deux ou trois suppositoires.

Chrysarobine.....	0,08 centigr.
Iodoforme	0,02 —
Ext. de belladone.....	0,01 —
Vaseline.....	2 grammes.

pour un suppositoire ; et plus tard la pommade.

Chrysarobine.....	0,80 centigr.
Iodoforme.....	0,30 —
Ext. de belladone.....	0,60 —
Vaseline.....	10 grammes.

plusieurs fois par jour.

Les petites *tumeurs purulentes* seront touchées plusieurs fois par jour avec une baguette de verre trempée dans

Iodure de potassium.....	2 gr.
Iode pur.....	0,20 centigr.
Glycérine	35 grammes.

et plus tard dans

Iodure de potassium.....	5 grammes
Iode pur.....	1 —
Glycérine.....	40 —

Si les *pertes sanguines* sont *abondantes* on prescrit :

Extrait fluide d'*hamamelis virginica* 100 gr. dont on fera prendre une cuillerée à café, trois fois par jour, dans un demi verre d'eau, pendant trois mois au moins.

L'*hamamelis* pourra aussi être prescrit sous forme de suppositoires de 0 gr. 25 deux ou trois fois par jour.

S'il y a *hémorrhagie abondante* on tamponnera le rectum à l'aide du spéculum anal et à la gaze iodoformée.

L'*étranglement des bourrelets* hémorrhoidaux sera réduit après onction à la vaseline cocaïnée et sous le chloroforme s'il y a lieu

Archives de thérapeutique.

Nouveau traitement des ulcères des jambes

1° Laver avec soin l'ulcère à l'eau chaude ;]

2° Le sécher à l'ouate iodoformée ;

3. Appliquer sur toute sa surface une mince couche d'iodoforme recouverte d'une compresse de gaze ;

4° Entourer la jambe, des malléoles au genou, de quatre à cinq couches de bandelettes de toile trempées dans une solution d'aldéhyde formique à 1 ou 2 0/0 ;

5° Recouvrir les bandelettes d'autres bandelettes imbibées de solution formique à 2 ou 3 0/0 ;

6° Recouvrir d'un pansement compressif.

La suppuration diminue dès le second jour ; les douleurs, la mauvaise odeur disparaissent et, s'il y a encore des îlots d'épithélium, la cicatrisation se fait rapidement.

Sinon, la jambe sera plongée dans un bain chaud, l'ulcère sera cureté, puis pansé comme ci-dessus.

Du tamponnement comme traitement de l'otite externe furonculaire

Par W. LANAN

Après avoir nettoyé le conduit, on y introduit un tampon imbibé de la formule : oxyde de zinc, 4 grammes ; acide phénique, 0 gr. 60 : vaseline blanche, 30 gr. Les tampons cylindriques sont coupés à leur extrémité et introduits au moyen d'un stylet jusqu'au tympan, sans tenir compte du siège des furoncles. On devra faire en sorte de tamponner d'autant plus fort le conduit que son rétrécissement sera prononcé. On diminuera le tampon dès que les parois du conduit seront moins tuméfiées. Si la douleur qui suit le tamponnement persiste au-delà de cinq minutes, on remplacera le coton existant par un tampon moins serré.

Le tamponnement est laissé en place pendant vingt-quatre heures. Il est renouvelé tous les jours jusqu'à ce que le coton ne soit plus taché de sang et de pus.

En général, trois séances de tamponnement amène la guérison.

Emploi thérapeutique des lavements alimentaires

Une première condition c'est de leur donner, dans tous les cas, un très petit volume. A ce point de vue, il faudra tenir un grand compte de la nervosité plus ou moins grande du malade, de sa docilité, de son accoutumance aux lavements. Certains conserveront aisément, sans les rejeter, des lavements de 500 grammes ; mais pour la plupart, il faudra se borner à 250

ou 300 grammes de liquide, quitte à les renouveler, si besoin est, plusieurs fois dans la journée, de trois à quatre fois en général.

Un lavement simple, purement évacuateur, précédera utilement le lavement alimentaire ; en débarrassant l'intestin des matières qui peuvent y séjourner, il facilitera la tolérance du rectum.

Le lavement nutritif pourra être composé d'une façon très variable. Nous avons le choix entre les lavements de suc de viande additionné de suc pancréatique préconisés par Leube, et les lavements à la peptone animale ou végétale.

La formule la plus répandue pour les peptones animales est celle de Dujardin-Beaumetz : Pour une tasse de lait deux ou trois cuillerées à soupe de peptone liquide ou solide ; un jaune d'œuf ; on y ajoute cinq gouttes de laudanum pour prévenir la diarrhée observée parfois par suite de l'irritation rectale. Ce lavement a pour lui la facilité de sa préparation ; Il n'entre, en effet, dans celle-ci que des substances usuelles, faciles à se procurer.

Un peu plus compliquée est la formule proposée par Penzold pour les peptones végétales :—

Farine de pois.....	250 grammes
Eau.....	500 —
Acide salicylique.....	1 —
Glycérine pancréatique.....	X —

Penzold attribuait à l'acide salicylique la propriété de favoriser la digestion artificielle au même titre que l'acide chlorhydrique, mais il semble que si, aux doses indiquées, l'acide salicylique ne s'oppose pas à la digestion, il la retarde et l'entrave considérablement.

Si l'on a recours aux peptones végétales, on pourrait donc employer des peptones fabriquées industriellement comme les peptones animales.

Celles-ci doivent être choisies avec la plus grande attention, leur acidité doit être écartée surtout, et elles doivent être dans un état parfait de conservation. Autant que possible, quand on a reconnu qu'une peptone n'amène pas d'irritation de la muqueuse, il faut s'en tenir à elle.

On aurait tort d'oublier, dans la catégorie des lavements alimentaires, les lavements de sérum artificiel, de tout point analogue à celui qu'on emploie en injections hypodermiques ou intra-veineuses. Ce n'est pas un paradoxe que de considérer ces lavements comme une véritable alimentation. On sait, en effet, que dans l'inanition par atrésie oesophagienne, la

survie peut être longue avec une intolérance absolue de solides ; que la mort survient à bref délai, au contraire, si le malade ne peut compenser, par injection de liquide, la déshydratation physiologique. Les lavements de sérum seront une ressource précieuse pour faire gagner au malade les quelques heures ou les quelques journées pendant lesquelles existe le danger d'inanition.

Dans les cas où les formules courantes ne donneraient pas les résultats espérés, on pourrait avoir recours aux lavements d'aliments d'épargne comme l'infusion de café qui possèdent la propriété curieuse d'être généralement mieux tolérés.

L'Indépendance Médicale.

Traitement des fractures de la rotule par la suture de la capsule,

Par VALLAS. (*Rev. de Chir.*, 1899)

En s'appuyant sur l'étude de huit observations personnelles, l'auteur soutient que la suture des plans fibreux juxta-rotuliens est une bonne intervention dans le traitement des fractures de la rotule. Elle doit toujours compléter la suture osseuse, car l'indication d'opérer ne se pose que lorsqu'elle est nécessaire. Employée seule elle est supérieure à la suture osseuse seule, puisque, outre la réparation des déchirures fibreuses latérales, elle peut donner, par surcroît, un cal fibreux très serré et même un cal osseux.

Le traitement des fractures récentes de la rotule peut se formuler au moins théoriquement, d'une façon assez simple :

Les fractures dans lesquelles la rotule est intéressée seront traitées par la compression, le massage et la mobilisation rapide, comme une hémarthrose du genou.

Les fractures de la rotule qui s'accompagnent de déchirure des plans fibreux juxta rotuliens nécessitent une intervention chirurgicale. L'opération de choix consiste dans l'arthrotomie large, avec nettoyage de l'articulation et suture des déchirures latérales de la capsule. La suture osseuse est inutile.

Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chir.

Traitement de la tuberculose chirurgicale par la formaline.

D'après M. le DR HALM.

M. Halm a eu l'idée de remplacer l'iodoforme en solution glycinée par la formaline, et d'employer sous cette forme ce médicament dans l'arthrite tuberculeuse, les abcès froids et surtout dans l'empyème pleural tuberculeux.

Voici déjà deux ans qu'il a recours à cette substance, et sur la série des cas observés les résultats sont excellents; il emploie une solution de 35 parties de formaline dans 100 de glycérine, et en injecte une certaine quantité dans la poche de l'abcès après en avoir au préalable retiré le contenu à l'aide d'un aspirateur et l'avoir lavée avec une solution boriquée. Il met une quantité de formaline égale à peu près au tiers ou à la moitié du pus retiré.

A la suite de l'injection survient une élévation de température et une réaction marquée avec gonflement et douleur nécessitant une piqûre de morphine. Très rapidement la réaction disparaît et le gonflement diminue. A la fin de la deuxième semaine, on répète l'injection si c'est possible. La guérison survient rapidement et la fonction se rétablit.

Contribution à l'étude de l'allaitement chez les albuminuriques

Les femmes albuminuriques accouchent souvent avant le terme. D'après M. Iochkevitch, d'une façon générale, l'allaitement n'empêche pas l'albumine de disparaître peu de temps après l'accouchement. Ces femmes, même celles qui ont eu des attaques d'éclampsie, peuvent et par conséquent doivent nourrir leurs enfants. Ces enfants se développent tout aussi bien que ceux dont les mères sont saines. Si, au début, soit par suite d'éclampsie, soit par suite d'hémorragie grave, les albuminuriques étant sujettes à cet accident, la mère se trouve trop faible pour allaiter son enfant, on devra la faire aider par une nourrice. La nourrice donnera à l'enfant de moins en moins de lait au fur et à mesure que celui de la mère deviendra plus abondant, de façon qu'en quittant l'hôpital la mère allaite seule son enfant.

L'Indépendance Médicale.

Traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par l'inhalation des vapeurs antiseptiques.

M LACROIX, Paris

J'emploie les vapeurs associées de menthol, bromoforme et formol, pour obtenir l'antiseptie des voies aériennes dans le traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire.

En chauffant un mélange de ces trois corps dans un vase clos, où circule un courant d'air, j'obtiens un air médicalement spécial qui, au point de vue chimique, est de l'air chargé de vapeurs extrêmement tenues de menthol, bromoforme et formol.

Cet air est, d'une part, parfaitement inhalable, c'est-à-dire qu'il peut être respiré sans inconvénients par les malades. Il jouit même de propriétés analgésiques et calmantes. Pour prouver sa parfaite tolérance, j'ai examiné plus d'un millier de fois la muqueuse respiratoire, avec le laryngoscope comparativement avant, pendant et après l'inhalation et je n'ai jamais constaté que la muqueuse visible du larynx, de la trachée et de la bifurcation des bronches fut irritée ou congestionnée à un degré quelconque, par l'inhalation.

Cet air spécial, d'autre part, est un antiseptique puissant. Il stérilise les cultures de staphylococcus et il détruit la virulence des crachats tuberculeux qui, après avoir subi son influence, peuvent être injectés à un cobaye sans tuberculiser l'animal.

Enfin, en thérapeutique, ces inhalations amènent la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses du larynx, la guérison du catarrhe laryngé tuberculeux dans des cas nombreux et elles procurent également d'excellents résultats dans la bacillose pulmonaire. Je base ces conclusions sur une expérience de près de trois années.

L'Ind. Méd.

Le traitement de la sciatique aiguë par des compresses d'eau chaude

Par SIEGRIST.

Les compresses d'eau fraîche recouvertes d'une étoffe imperméable et la chaleur sèche sont fréquemment employées contre la sciatique à la période aiguë, mais l'usage des compresses imbibées d'eau chaude est

beaucoup moins courant. Or, d'après l'expérience de l'auteur, ce moyen donnerait des résultats particulièrement favorables.

Le malade étant couché sur le côté de façon que la région atteinte soit bien à découvert, on applique sur les parties douloureuses un linge préalablement plongé dans l'eau à 50 ou 60 degrés et légèrement exprimé qu'on recouvre d'abord d'une flanelle, puis de plusieurs couches de papier pour maintenir autant que possible la chaleur de la compresse. S'il s'agit de sujets trop sensibles, on interpose une flanelle entre la peau et la compresse. Dès que cette dernière s'est refroidie, ce qui se reproduit au bout de quinze minutes, on la change et on continue ainsi durant une à deux heures. Les séances de ce genre sont répétées trois ou quatre fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, on obtiendrait souvent en quelques jours la guérison de la sciatique aiguë

La syphilis cérébrale et son traitement.

Par A. F. PLIQUE.

Le traitement de la syphilis cérébrale doit être mixte. L'iodure et le mercure doivent être donnés à doses aussi élevées que possible.

Il faut donner 6 à 7 grammes d'iodure par jour, dose en général bien tolérée. Cet iodure doit être donné par la bouche, les injections hypodermiques étant douloureuses, et les lavements d'une absorption douteuse.

On donnera trois fois par jour, aux trois repas, une ou deux cuillerées à soupe de :

Eau distillée.....	200 grammes.
Iodure de potassium.....	20 —

en en masquant la saveur avec de la bière, dans un grôg léger et surtout dans du lait.

Pour le *mercure* on emploiera exclusivement les frictions et les injections hypodermiques.

En *frictions*, on donnera cinq grammes par jour d'*onguent mercuriel double* pendant quinze jours ou trois semaines.

En *piqûres*, le *calomel* sera injecté tous les quatre jours, puis tous les huit ou tous les quinze jours suivant la formule :

Calomel à la vapeur.....	1 gramme
Vaseline liquide.....	16 —

La 1^o injection sera de 10 centigrammes et les autres de cinq centigrammes. L'huile bi-iodurée est moins douloureuse et aussi efficace. Les injections seront faites chaque jour pendant une quinzaine, interrompues puis reprises : Chacune d'un centimètre cube, contiendra 4 milligrammes de bi-iodure de mercure dans de l'huile d'olive stérilisée.

Du traitement de la contusion et de l'entorse du genou avec épanchement

Par MACHENAUD.

Après une contusion ou une entorse du genou, s'il y a épanchement, il faut extraire cet épanchement le plus tôt possible ; c'est un mauvais prétexte à chercher que de penser que cet épanchement est plutôt séreux et d'espérer qu'il se résorbera vite ; dans le doute il faut fonctionner, et si l'on n'aspire que la sérosité, l'on aura encore fait de la bonne besogne et, quoiqu'il arrive plus tard, l'on aura pas à se dire que si le malade traîne une jambe raide et atrophiée, il le doit peut-être à l'abstention du chirurgien et à la longue immobilisation à laquelle il a été condamné, en attendant la lente amélioration de son arthrite.

Et l'auteur conclut avec Chaput : " Au genou, l'entorse se complique constamment d'hémarthrose ; il est indiqué de faire la ponction aseptique avec un gros trocart pour évacuer l'épanchement. Après la ponction, on fera une forte compression ouatée pendant huit jours puis on massera régulièrement pendant une ou deux semaines.)"

Le rôle du médecin dans les maladies des reins.

Dans la *néphrite épithéliale*, la cantharide ramène parfois les urines quand les autres diurétiques n'agissent pas, et le régime lacté intégral s'impose.

Dans la *néphrite conjonctivite*, il faut donner l'iodure de potassium, à la dose de 2 à 3 grammes et le régime lacté ne s'impose pas.

Dans les affections névropathiques du rein, on s'adressera à l'opium, à l'antipyrine, à la quinine.

Si l'urémie s'est déclarée, on fera vomir le malade et on donnera du chloral à dose suffisante. On fera pratiquer sur tout le corps des lotions froides alcoolisées.

Après le purgatif drastique, on donnera des pilules diurétiques :

Poudre de scille.....	} à 5 centigr.
Scammonée.....	
Digitale.....	

6 à 8 fois par jour pendant 6 à 8 huit jours.

Archives de Thérapeutique.

Origine et traitement du catarrhe nasal chez les enfants.

Les enfants débiles atteints d'adénoïdes sont envoyés au praticien tandis que les adénoïdiens robustes sont plutôt adressés aux spécialistes, peut-être est-ce un peu à cette cause qu'il faut attribuer l'importance que les auteurs attachent à l'hérédité. Quoiqu'il en soit 80 pour 100 des cas d'écoulements chroniques des oreilles chez les enfants sont dus à des hypertrophies de l'amygdale pharyngée, à des hypertrophies retro-nasales. Les hypertrophies amygdales peuvent se rencontrer ou non dans ces cas.

Le coryza aigu peut parfois être suivi d'un empyème bilatéral aigu des sinus.

D'ordinaire la suppuration cesse après la disparition de l'obstruction nasale.

La rhinite atrophique peut être la conséquence d'une rhinite purulente ; quant à la rhinite hypertrophique elle est rare chez les enfants.

Bulletin de Laryngologie, Otologie, Rhinologie.

Relation de la diathèse rhumatismale avec les inflammations de la gorge.

Par J. E. NEWCOMB.

D'après l'auteur, l'inflammation qu'exerce le rhumatisme sur les affections de la gorge a été exagérée. La statistique pêche en effet en ce que le malade ne se rend pas souvent un compte très exact des symptômes et qu'en suite le rhumatisme n'est pas une maladie encore bien définie. Pour qu'une angine soit bien rhumatismale, trois conditions sont requises :

- 1° L'exclusion de toute autre étiologie ;
- 2° Des antécédents rhumatismaux bien nets ;
- 3° Un état local grave en comparaison des signes généraux.

Cette question appelle de nouvelles recherches.

La fossette supra-tonsillaire comme point de départ des infections.

PAR DONALD ROSE PATERSON.

Au-dessus de l'amygdale existe d'après l'auteur une fossette analogue à celle de Rosenmüller. La paroi postérieure de cette fossette est formée par la partie la plus élevée de la glande qui se prolonge sous la forme d'un éperon ; la paroi antérieure est formée par le pilier antérieur, la supérieure par le pli triangulaire de la muqueuse du voile.

Eosworth avait déjà remarqué que le siège de l'amygdalite au début est dans le tissu cellulaire situé au dessus de l'amygdale ; c'est dans cette fossette que s'amassent les débris contenant des microbes pathogènes.

Pour que l'amygdalotomie soit fructueuse, il faut que la guillotine intéresse cette fossette et la partie la plus élevée de l'amygdale, point de départ des infections.



REPRODUCTION

Sur le traitement des arrêts de croissance

M. Springer lit un travail dans lequel il insiste tout d'abord sur les quelques points qu'il a mis en lumière dans divers travaux antérieurs sur la croissance, comme le rôle de la dyspepsie et de la congestion du foie, l'insuffisance thyroïdienne consécutive aux maladies toxiques et infectieuses, les abus de l'alcool, des viandes, de la suralimentation, etc

Parmi les moyens capables d'activer le développement du corps il signale l'ablation des végétations adénoïdes (utile dans quelques cas seulement), la gymnastique suédoise, l'aération continue, la médication saline et l'hydrothérapie. Mais le rôle le plus important revient au cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur. L'auteur a constaté que, en appliquant à ce niveau des excitations locales, on peut, lorsque la croissance est arrêtée ou très ralentie, réveiller l'activité physiologique de cet organe et stimuler fortement sa fonction édifiatrice. Cette action se produit par poussées, elle s'épuise au bout de quelques temps pour se montrer de nouveau après une période de repos. Dans quelques cas on voit survenir au-dessus du genou de petites vergetures analogues à celles qu'on observe dans les poussées de croissance qui accompagnent les maladies aiguës.

Ces excitations locales ne bornent pas leur action à la région d'application, elles agissent sur l'ensemble de l'organisme dans lequel elles amorcent une poussée dans le développement général, comme si elles déterminaient une circulation des centres trophiques.

Les procédés pour obtenir ce résultat sont très variés. On peut mettre pendant la nuit des compresses imbibées d'une solution saline renfermant des eaux mères, des sels d'eaux mères et du chlorure de sodium, les frictions et le massage constituent des adjuvants utiles; mais les applications électriques sont plus efficaces. On peut employer tous les moyens d'excitation locale électrique en ayant recours à la galvanisation, à la faradisation ou à la franklinisation. On obtient des résultats plus rapides en combinant l'électricité statique avec la faradisation des muscles qui entourent le cartilage inférieur du fémur:

La suractivité circulatoire et trophique qui en résulte se transmet au cartilage et à l'os sous-jacent. Les muscles, le périoste et l'os constituent une unité physiologique de l'appareil locomoteur, ils sont tributaires des mêmes centres et solidaires de leur nutrition.

Cette action locale peut être produite tant que l'ossification du cartilage de conjugaison n'est pas complète. Pour obtenir le maximum d'effet, il faut en outre avoir recours à certaines médications générales appropriées à chaque cas particulier.

L'orateur termine en rappelant les bons résultats qu'il a obtenus au point de vue du développement du corps et de la taille par l'usage de décoction de céréales.

Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.

Complications dues au double tamponnement des fosses nasales. Et traitement rationnel des épistaxis rebelles.

Le double tamponnement des fosses nasales a essentiellement pour but l'oblitération des orifices antérieurs et postérieurs de ces cavités afin de déterminer la formation d'un caillot et arrêter définitivement l'hémorrhagie.

Que l'on se serve pour l'appliquer de la sonde de Belloc ou de la sonde en-gomme, ce procédé est d'une exécution difficile chez les sujets nerveux et en particulier chez les enfants.

Bien souvent inefficace, il présente parfois des dangers réels.

Les deux faits suivants, qu'il nous a été donné de constater en font foi.

OBSERVATION I.—Le nommé C....., âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession d'ébéniste, entre à Lariboisière, salle Barth, le 17 février 1898, il ne présente, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, rien de particulier à signaler.

Lui-même a toujours été très bien portant jusqu'à l'âge de quinze ans, où il a eu la variole avec hémorrhagies gingivales, épistaxis répétées.

Depuis cette époque le malade saigne du nez avec la plus grande facilité huit à dix fois par mois et il attribue lui-même ses pâles couleurs à ses épistaxis.

Vers la fin de 1896 ces hémorrhagies reviennent plus souvent et sont plus abondantes. Il consulte à cette époque un médecin qui lui ordonne du fer et lui fait priser de l'antipyrine.

Les hémorrhagies sous l'influence de ce traitement cessent spontanément mais reprennent de plus belle dans la suite. En janvier 1898, épistaxis

xis abondante de la narine droite qui résiste à tous les moyens employés.

Le malade se présente dans la nuit du 17 au 18 février à la consultation de Lariboisière. Il est très pâle et très anémié ; double tamponnement pratiqué séance tenante, mais de nouvelles épistaxis surviennent la nuit suivante. On le remplace et on laisse les tampons trois ou quatre jours de crainte de voir revenir l'hémorragie.

Le 24, c'est-à-dire trois jours après l'application du second tamponnement, le malade ressent une légère douleur au niveau de la moitié gauche de la face. Peu de temps après il se produit du gonflement de ce côté et de l'œdème de la paupière inférieure. La pression est douloureuse au niveau du point sous-orbitaire. T. 39 degrés.

L'examen par transparence fait constater une zone obscure au-dessous de l'orbite gauche.

Il s'agit bien d'un empyème du sinus maxillaire.

Le malade ne veut pas se laisser opérer, sort de l'hôpital et il ne nous est pas donné de le revoir.

OBSERVATION. II. — La nommée S... est prise en septembre 1899 à épistaxis très abondantes. Un médecin appelé en toute hâte lui fait le double tamponnement.

Deux jours après l'application de celui-ci, elle se décide à venir à l'hôpital Dubois, se trouvant privée de soin chez elle et craignant le retour de l'épistaxis.

Elle entre à l'hôpital se plaignant de vives douleurs dans l'oreille correspondante à la fosse nasale tamponnée. Craignant le retour de l'épistaxis, on laisse le double tamponnement.

Mais dans la nuit, la malade, qui est une alcoolique, arrache son tampon antérieur, l'hémorragie recommence.

Le tampon postérieur est enlevé et on applique séance tenante un tampon antérieur avec une bande de gaze iodoformée. L'hémorragie est définitivement conjurée.

La malade se plaint encore de douleurs d'oreille ; le lendemain toute douleur a disparu.

Il semble bien que l'on ait assisté dans ce cas à un début d'otite dû au double tamponnement.

— La pituitaire est, comme on sait, pourvue de nombreuses glandes qui ne demandent qu'à s'enflammer (témoin la fréquence des coryzas) elle est le plus souvent souillée de mucosités, de croûtes plus ou moins

épaisses, elle est difficile à nettoyer exactement et à maintenir stérile à cause de ses anfractuosités et de ses replis multiples.

Le caillot formé à la suite d'un tamponnement s'infectera donc avec la plus grande facilité. Il ne faut pas oublier aussi que le double tamponnement est une intervention d'urgence et que l'on a pas toujours le loisir de le pratiquer avec toutes les précautions antiseptiques désirables.

La putréfaction du caillot est manifeste lorsque, après deux ou trois jours, on enlève le tamponnement, par l'odeur nauséabonde qui s'en dégage. L'inflammation de la pituitaire survient presque fatalement. Il peut en résulter de la rhinite chronique purulente, persistant plus ou moins longtemps, aussi qu'il nous a été donné d'en observer un cas.

Cette inflammation peut se propager au sinus, leur muqueuse n'étant qu'un prolongement de la pituitaire.

En outre le sang ne se coagule pas instantanément dans le nez, il continue à couler un certain temps, après l'application des tampons. Il peut s'engager dans les orifices multiples qui viennent s'ouvrir dans les fosses nasales; il peut remonter par la trompe d'Eustache vers l'oreille et, dans certains cas de perforation de la membrane du tympan, on a vu des hémorragies par l'oreille coïncider avec des épistaxis. Demarquay et Duverney ont même constaté le reflux du sang vers les points lacrymaux. A plus forte raison le sang pénétrera-t-il facilement dans le sinus maxillaire dont l'ouverture se fait directement dans la fosse nasale par un orifice plus ou moins large.

On conçoit que les inflammations de ce genre sont singulièrement facilitées par ce fait.

Gellé cite trois cas d'empyème du sinus maxillaire consécutif au tamponnement des fosses nasales

Et Saint Hilaire rapporte également deux faits semblables. Nous-même, il nous a été donné d'en observer un cas.

L'infection peut se propager non seulement aux sinus voisins, mais encore à l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. On sait en effet avec quelle facilité les inflammations de la pituitaire déterminent des otites.

M. le professeur Tillaux (Thèse de Lechevalier) a observé trois faits d'otite moyenne grave, dont une avec suppuration mastoïdienne et propagation méningée mortelle. Hartmann a vu également trois fois l'inflammation de l'oreille moyenne consécutive au double tamponnement.

Les douleurs d'oreille peuvent dans certains cas survenir d'une façon tout-à-fait précoce, le deuxième jour du tamponnement par exemple, ainsi que Gellé l'a observé une fois

Alors intervient vraisemblablement un autre facteur : la compression mécanique de l'orifice inférieur de la trompe d'Eustache par le tampon postérieur. Du fait de cette obstruction le catarrhe tubaire est facilité et ensuite surviendront les phénomènes d'otite.

D'autres accidents infectieux ont été également signalés : phlegmon du pharynx, érysipèle de la face. (Boulay)

Tels ne sont point les seuls inconvénients du double tamponnement, c'est aussi une cause de gêne mécanique. Le tampon postérieur détermine par son volume des phénomènes d'irradiation du côté pneumogastrique, de la production de nausées et de spasmes laryngiens. (Diday)

Le fil postérieur passant par la bouche est très gênant pour le malade; il empêche la déglutition, entrave la phonation. Il peut entamer le bord postérieur du voile du palais, ainsi que l'a constaté Fredet dans un cas. Le tampon postérieur est souvent peu aisé à appliquer chez les sujets nerveux, le passage de la sonde dans la narine, les attouchements dans le pharynx provoquent souvent des réflexes se traduisant par la toux, des vomissements qui rendent quelquefois l'opération impossible.

Gosselin le jugeait déjà comme une mauvaise pratique que l'on ne doit employer que dans des cas très rares, si rares que je ne me rappelle l'avoir appliquée qu'une fois. Comme on le voit, le double tamponnement est un moyen d'hémostase souvent dangereux; il est en outre souvent inefficace dans les épistaxis rebelles.

Si l'on a pas le soin, ainsi que le recommande M. Tillaux, de donner au tampon postérieur une forme appropriée à celle de l'orifice postérieur des fosses nasales, c'est-à-dire celle d'un cylindre de 3 centimètres de hauteur sur 1 centimètre et demi de largeur, l'oblitération de la fosse nasale ne sera plus exacte et l'épistaxis pourra très bien recommencer.

Les fils peuvent glisser et les tampons ne s'appliquant plus exactement sur les orifices, l'épistaxis reprendra de plus belle.

Le traitement des épistaxis rebelles doit être, aujourd'hui, fait d'une façon plus rationnelle et plus précise.

Il est démontré en effet que l'épistaxis, quelle qu'en soit la cause, est une hémorragie à siège bien localisé. Il faut donc s'adresser directement à la lésion.

La pathogénie et la physiologie pathologique des épistaxis sont venues en éclairer la thérapeutique.

Toujours il y a lésion locale et les causes générales n'agissent que comme prédisposantes.

Toute hémorragie nasale suppose la rupture, spontanée ou traumatique d'un vaisseau dont la paroi est rendue plus fragile par un état pathologique antérieur (artério-sclérose, intoxication) dont le contenu est en hypertension (affections cardiaques, albuminurie, phénomènes supplémentaires) ou est altéré dans sa composition (affections dy-crasiques, septicémie, intoxication, maladie du foie).

Le siège de cette lésion est presque toujours le même, sur la cloison (1 fois sur 5) rarement sur les cornets, mais toujours dans la partie antérieure des fosses nasales directement accessible à l'examen par la narine. Kiesselbach, Baumgarten, Voltoni l'ont bien démontré dans des statistiques très rigoureuses.

M. Lermoyez (Société médicale des hôpitaux, 1896) a été frappé par le siège d'élection de l'épistaxis. Pour lui la lésion est toujours au niveau de la terminaison de la branche interne de la spirale palatine. Il l'a dénommée "artère de l'épistaxis." Elle mérite aussi justement ce nom que l'artère lenticulo-striée celui "d'artère de l'hémorragie cérébrale."

Le plus souvent il s'agit de la rupture d'un vaisseau de la muqueuse qui revêt la région antéro-inférieure cartilagineuse de la cloison dans le point où les terminaisons de la palatine ascendante s'anastomosent avec la spléno-palatine. C'est là "le territoire de l'épistaxis" (Boulay), localisation qui doit être attribuée à la minceur de la muqueuse et à son peu d'adhérence. Le réseau vasculaire n'a aucune résistance dans cette région, qui est en outre éminemment accessible aux doigts du malade et très vulnérable. C'est encore dans la portion cartilagineuse de la cloison que siège l'ulcère perforant de Hayck, cause très fréquente de l'épistaxis.

De toutes les muqueuses la pituitaire est en réalité la plus sujette aux ruptures vasculaires. Cruveilhier, Sappey, Kolliker avaient déjà décrit sur les cornets des veines "un plexus variqueux et presque caveux" — Isch Wall, Pillet en ont fait un tissu véritablement érectile "capable sinon de phénomène d'érection proprement dite, du moins de véritable turgescence." Mackenzie a décrit un tissu analogue sur la pituitaire de la cloison à la hauteur des cornets moyens et inférieurs. Cette structure nous explique le siège si fréquent des épistaxis sur la cloison et les cornets principalement.

dans leur portion antérieure où cette disposition est la plus remarquable.

Cette lésion locale, cette rupture vasculaire, il sera toujours possible pour un œil exercé de la reconnaître à l'examen au spéculum. Elle sera de par son siège antérieur directement accessible par la narine.

Pour l'atteindre sûrement, deux moyens sont offerts à l'opérateur : la cautérisation et le tamponnement antérieur simple.

La cautérisation se fera soit avec la pointe du thermocautère chauffée au rouge sombre, soit, ainsi que le recommande M. Lermoyez, à l'aide d'une perle de nitrate d'argent portée sur une sonde cannelée.

Le tamponnement antérieur simple sera rigoureusement exécuté suivant les lois de l'antisepsie. Après irrigation, sous faible pression de la narine avec de l'eau naphtolée (1 p. 2000) très chaude (l'eau chaude étant un très bon hémostatique), on introduit dans les fosses nasales, une longue bande étroite de gaze iodoformée. Avec la pince de Lubet Barhon à branches minces, on la tasse dans toutes les infractuosités des cornets et des méats.

Cette bande de gaze peut, dans certains cas, être remplacée par une série (15,20) de boulettes d'ouate antiseptique du volume d'un pois, reliées entre elles par un fil en queue de cerf-volant. Elles seront imbibées d'eau oxygénée à 7 ou 8 volumes, dont l'action hémostatique et antiseptique est très puissante. On aura réalisé de la sorte un tamponnement idéal, et toutes les complications infectieuses seront par là même évitées. L'eau oxygénée est moins dangereuse que la cocaïne (à 1 p 10), surtout chez les enfants, et moins douloureuse que l'antipyrine (à 1 p 5.)

Si l'on vient à retirer les tampons au bout de trois ou quatre jours, on les trouve enrobés d'une substance analogue au blanc d'œuf mais ne dégageant aucune odeur.

En pratique ce tamponnement doit rester en place trois ou quatre jours, au bout de ce laps de temps on en appliquera un autre et cela jusqu'à ce que la cicatrisation soit définitive. Deux ou trois tamponnements sont en général suffisants.

Le principe du tamponnement antérieur des fosses nasales est, en somme, celui de toute hémorragie cutanée ou muqueuse n'intéressant que des vaisseaux de moyen calibre ou des capillaires. Il repose sur les mêmes données que le tamponnement intra-utérin dans les hémorragies rebelles de la délivrance, par exemple.

Il offre l'avantage d'être d'une exécution plus facile que la cautérisation. Il n'est pas toujours aisé, pour qui n'est pas exercé à l'examen des fosses

nasales au spéculum, de savoir reconnaître la situation exacte de la rupture vasculaire.

Dans certains cas d'urgence, à la campagne, on ne dispose quelquefois pas de l'instrumentation suffisante (thermo-cauthère, spéculum) pour pouvoir mener à bien la cautérisation.

Gazette des Hôpitaux.

CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES

Un nouveau procédé d'opération du phimosis

M. le docteur Dounart, médecin de deuxième classe de la marine, a eu l'occasion d'observer récemment un nouveau procédé d'opération du phimosis dû à M. le médecin-major de première classe Isambert, médecin chef de l'hôpital de Dunkerque.

M. Isambert part de ce principe que le phimosis étant dû à une athrésie de la muqueuse préputiale, le but de l'opération doit consister à agrandir le diamètre de cette muqueuse.

Voici le procédé :

Les précautions antiseptiques étant prises, et l'anesthésie par la cocaïne obtenue, on prend le prépuce avec trois pinces hémostatiques également distantes l'une de l'autre. Puis entre chacune de ces pinces on fait avec les ciseaux une encoche très petite.

Il est très facile, à ce moment, de reconnaître la muqueuse séparée de la couche tégumentaire du prépuce par du tissu cellulaire.

La branche effilée des ciseaux est alors introduite entre cette muqueuse et les téguments, et on incise la muqueuse, mais la *muqueuse seulement* jusqu'au sillon balano-préputial. On fait ainsi trois incisions semblables et parallèles à l'axe de la verge.

Pour terminer l'opération on ramène le prépuce en arrière du gland, on suture les deux lèvres cutanées de chaque incision. On entoure alors le

gland d'une cravate de gaze iodiformée, et après avoir ramené le prépuce sur le gland et son pansement, il n'y a plus qu'à attendre la cicatrisation qui se fait rapidement.

Il est bon d'enrouler le gland d'une cravate de gaze assez épaisse pour assurer l'asepsie et maintenir la dilatation. Enfin, dans les premiers jours, il est utile de refaire le pansement après chaque miction. (Arch. de Méd. navale, No. 9, 1899.)

Gazette des Hôpitaux.

Asepsie opératoire par le Dr TUFFIER.

L'asepsie a pour but de prévenir la présence des germes dans le champ opératoire. Elle est *préservatrice* et non curatrice de l'infection.

L'asepsie doit être réalisée avant, pendant et après, l'opération.

1° *Asepsie avant l'opération.*—Il s'agit d'abord de stériliser tout ce qui sera en contact immédiat avec la plaie. Il y a d'un côté le *matériel*, facilement stérilisable, de l'autre le *chirurgien et le malade*, dont les vêtements sont difficiles à désinfecter.

Pour le matériel, le meilleur agent de stérilisation est la chaleur humide. L'ébullition des instruments dans une solution de carbonate de soude constitue le procédé par excellence de la chirurgie d'urgence et de la chirurgie à la campagne.

L'autoclave de Chamberland est actuellement employé d'une façon générale pour la stérilisation des objets de pansement. Il permet d'obtenir, en outre, de l'eau stérilisée.

Une fois les instruments stérilisés, évitez de les changer de récipients, vous aurez une chance d'infection en moins. Évitez également les aides trop nombreux. Prenez directement vous-même vos instruments et vos compresses.

L'asepsie des mains du chirurgien et du malade se fera de la façon suivante :

- 1° Lavage, brossage, savonnage à l'eau stérilisée ;
 - 2° Curage parfait des ongles ;
 - 3° Passage à l'alcool et rinçage à l'eau.
- Ne pas essuyer.

Ne touchez plus de zones forcément infectées et ne laissez jamais des liquides septiques sécher sur vos mains.

2° *Aseptic pendant l'opération.*— Deux cas peuvent se présenter : 1° ou bien on s'adresse à des tissus non infectés ; 2° ou bien on s'attaque à une lésion septique. Mais il y a un ensemble de précautions communes à toutes les opérations. Comme la désinfection des mains ne peut être absolue, il faut diminuer autant que possible la *durée et l'étendue du contact des mains* avec le champ opératoire.

N'opérez qu'avec un seul aide. Ne vous embarrassez pas d'un arsenal trop compliqué.

Opérez vite, et en dehors des avantages énormes dont votre malade bénéficie : absence de choc, diminution de la durée de l'anesthésie, etc, vous contribuerez puissamment à votre aseptic opératoire. Il ne faut pas vous persuader, que, parce que vous êtes propres, vous avez le droit d'être lent. Diminuer la durée d'une opération, c'est diminuer les chances d'infection, puisque vos mains et vos instruments, qu'elles que soient vos précautions, croissent en septicité proportionnellement à la durée opératoire.

Réduisez au minimum la surface de contamination en couvrant le champ opératoire de compresses stériles. Assurez la *siccité parfaite* des surfaces cruentées, évitez les lavages. Il vaut beaucoup mieux nettoyer soigneusement avec un tampon bien absorbant de gaze stérilisée.

Pour l'opération septique, conduisez votre opération de façon à réduire au minimum la durée de la période septique et prévenez l'épanchement du pus dans les parties de la plaie non infectées.

3° *Aseptic après l'opération.*— La propriété capitale du pansement aseptique est d'assurer l'occlusion du dehors en dedans et la perméabilité du dedans en dehors. Il faut pratiquer un drainage soigneux.

La gaze est le meilleur agent de pansement. Elle absorbe moins que la ouate, mais permet plus facilement l'évaporation.

Il ne faut se servir d'imperméable que dans le cas où l'on veut protéger le pansement contre les sécrétions normales (urine, etc)

L'observation de ces règles permettra de prévenir l'infection et d'opérer dans des conditions de sécurité aussi complètes que possible.

Pâte au sulfate de zinc et au sucre

Le Dr Memahem-Hodara, de Constantinople, préconise l'emploi d'une pâte au sulfate de zinc et au sucre, comme topique particulièrement efficace contre les dermatoses, où il est indiqué d'obtenir des effets dessiccants et de régénérer l'épiderme (eczémas suintants, herpès zoster, intertrigo, sycosis subnasal etc.) Voici la composition de cette pâte :

Lanoline.....	} aa 20 parties.	
Vaseline.....		
Glycérine.....	10	--
Sucre	20	—
Sulfate de Zinc.....	10	—
Oxyde de Zinc.....	20	--

M.

Dans les cas de sycosis du pourtour des fosses nasales, il faut combiner les applications de cette pâte avec les cautérisations de la muqueuse nasale au nitrate d'argent (solution à 1-4 p. 100.)

Traitement de la gale par le soufre en poudre.

Contre la gale, M. le Dr S. Sherwell (de Brooklyn) se sert simplement de soufre au lieu d'employer cette substance sous forme de pommade comme on le fait d'habitude.

Le patient prend d'abord, le soir, un bain dans lequel il se savonne énergiquement, puis on lui frotte la surface du corps avec du soufre sublimé lavé (une cuillerée à café du médicament suffit à cet effet.) On lui met ensuite une chemise propre et après l'avoir fait coucher dans un lit dont les draps viennent d'être changés, on répand autour de lui la valeur d'une demi-cuillerée à café de fleurs de soufre et on agite les couvertures de façon à disperser cette poudre plus ou moins uniformément. En répétant ces manœuvres tous les deux ou trois jours, on obtiendrait la guérison définitive de la gale en une semaine environ.

Ce mode de traitement est très peu coûteux et facile à appliquer à domicile ; il constitue, ainsi que M. Sherwell a souvent pu le constater, le

meilleur moyen pour détruire *l'acarus scabiei* dans les habitations ouvrières, à la condition que tous les membres de la famille l'emploient en même temps.

L'Union Pharmaceutique.

De l'allaitement maternel au point de vue des galactogogues.

(Form. de Thér. 1899)

Parmi les principaux moyens externes proposés, l'auteur cite le *massage*. Ce procédé galactogène, trop longtemps oublié, a été récemment remis en honneur en Russie.

Le Dr Mensing le prescrit pour la première fois chez une femme de 36 ans, accouchée de son dixième enfant, en 1889, et atteinte depuis 19 ans d'agalactie survenue à la suite d'une inflammation mammaire. Au bout de seize séances de massage, consistant en des frictions douces à l'aide d'écume de savon, frictions centrifuges, la sécrétion lactée fut normalement rétablie et après deux mois, les seins réduits au volume d'un demi-citron, avaient repris leur volume normal.

Un peu plus tard le Dr Schulz expérimenta le même moyen avec succès chez une femme de 28 ans qui allait accoucher pour la seconde fois. Ce procédé mérite donc de fixer l'attention.

Le traitement de l'Athérome.

Dans une autre très remarquable clinique, le professeur Potain a exposé ses idées sur le traitement et l'hygiène de l'athérome artériel, que nous résumerons en quelques lignes.

Les lésions du début sont curables; on peut lutter contre l'endopériartérite et contre la prolifération conjonctive initiale. Plus tard, quand il y a dégénérescence graisseuse ou calcaire, la lésion est inattaquable. La conclusion est donc que la curabilité de la maladie dépend de la proportion entre les lésions en activité, en voie d'évolution, et les lésions de dégénérescence, et, aussi que pour la thérapeutique à employer, il faudrait apprécier l'état des lésions. Mais à côté des plaques calcaires, il en est d'autres qui sont à l'état de prolifération conjonctive. Par suite, il n'y a rien d'absolu dans le pronostic de la curabilité et, d'autre part, en intervenant avec la certitude d'être impuissant contre des cicatrices ou des foyers de dégénérescence, on a toujours l'espoir d'agir contre les foyers jeunes et d'empêcher de nouvelles formations morbides.

Le traitement à mettre en œuvre contre l'endarterite proliférante c'est le traitement ioduré.

M. Potain prescrit l'*iodure de sodium* à la dose de 0.30 à 0.60 centigrammes, ou bien l'iode uni au tannin, sous forme de sirop iodotannique.

A l'iode, on associe l'arsenic et on alterne de manière à poursuivre la médication pendant de longs mois. Après trois semaines d'iodure, on accorde huit jours de repos en faisant prendre l'arsenic (sous forme de granules de Dioscoride) et la quinquina.

La médication des accidents doit être connue de tous. S'il s'agit d'ischémie, il faudra faciliter la circulation. On emploiera la tritrine, les stimulants diffusibles, l'alcool. Et cette conduite sera sage et profitable au malade si réellement une action spasmodique est en jeu. Mais dans les cas d'accidents cérébraux par congestion de voisinage, la même pratique que je viens de donner comme excellente sera désastreuse. Il importe donc que vous pesiez attentivement dans quelle mesure il y a spasme et dans quelle mesure il y a état congestif. Si ce dernier l'emporte vous saignerez la malade. C'est dans des cas semblables que les anciens obtenaient de bons résultats en appliquant des sangsues à l'anus.

S'il faut savoir intervenir quand les accidents éclatent, il est encore préférable de chercher à les prévenir. Les malades s'ingénient eux mêmes à trouver les moyens pour les éviter. Se sentant accablés, ayant des brisements des membres, voyant l'insuffisance de leurs fonctions, ils ont recours à toutes sortes de procédés pour essayer de se relever. Et alors, ils boivent des liqueurs réconfortantes et l'eau de mélisse doit les régénérer; ils ont recours aux médications issues des découvertes de Brown-Séguar.

Ces médications, utiles entre les mains d'hommes instruits et honnêtes, ont causé de formidables accidents chez des gens dont l'ambition était de se rajeunir, mais qui n'ont fait en les employant que préparer leur mort.

Il faut se résigner à avoir son âge; et se stimuler, donner à ses organes un appétit pour le sang que les artères ne pourront contenter c'est jouer un jeu dangerereux.

Il faut éviter à l'économie tous les à-coups. Il faut détourner d'elle toute suractivité passagere à laquelle elle n'est pas habituée où dont elle est déshabituée. La désaccoutumance est dangereuse, quand on veut la rompre, et c'est pourquoi l'inertie est aussi mauvaise que le trop d'activité. Un exercice modéré de toutes les fonctions est utile. C'est le bon côté de l'éducation d'Oertel qui habitue les gens à un travail modéré en les

faisant marcher sur une pente bordée de poteaux numérotés, en leur mesurant et dosant l'exercice comme un médicament.

Recommandez à vos malades d'éviter les grands repas, les boissons abondantes, le travail intellectuel; dites leur de ne pas faire de longs voyages en voiture, plusieurs de leur pareils s'en sont mal trouvés. Ils fuieront les émotions violentes; plus d'un de nos hommes politiques n'y ont point résisté, car ils les subissent mal à leur âge avancé. La joie est aussi chose à craindre; les grandes joies sont pour les jeunes gens. Pour me résumer, enfin, je puis réunir tous ces *préceptes* dans cet aphorisme :

“ L'art d'éviter les accidents de l'athérome, c'est de recommander la modération toujours, l'excitation jamais.”

Cas de maladies contagieuses déclarés au Bureau d'Hygiène de la cité de Québec en 1899.

Par mois	c. déclarés diphthérie cas décodés		Cas déclarés Croup Cas décodés		Cas déclarés Scarlatine Cas décodés		Cas déclarés Rougeole Cas décodés		Cas déclarés F. thyphoïde Cas décodés.		Total des Cas déclarés	Total des Cas décodés
Janvier	14	2	9	5	0	3	2	0	0	0	34	10
Février	10	0	4	2	10	5	3	0	0	0	27	7
Mars	10	2	5	2	15	3	1	0	0	0	31	7
Avril	5	1	2	1	11	5	1	0	1	0	20	7
Mai	8	1	1	0	1	0	0	0	0	0	10	1
Juin	4	0	8	4	8	1	1	0	0	0	21	5
Juillet	3	1	2	1	2	0	0	0	2	0	9	2
Août	4	0	5	1	1	0	0	0	3	0	13	1
Septembre	3	0	2	0	3	0	0	0	3	0	11	5
Octobre	11	0	7	2	8	0	5	0	15	2	41	4
Novembre	16	2	6	2	27	0	3	0	3	0	55	4
Décembre	6	2	6	2	45	0	0	0	3	0	60	12
TOTAL	94	11	57	22	140	25	11	0	30	2	352	60
1898	173	15	61	30	252	28	28	1	23	2	513	70

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

REDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, MARS 1900.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Union Médicale et le Bill du Dr Roddick.

L'*Union Médicale*, dans son numéro de février, tombe la Société Médicale de Québec qu'elle accuse de s'être substituée à l'action du Bureau des Gouverneurs ou des comités qui le représentent, et d'avoir soulevé une opposition prématurée et injuste au bill Roddick.

Le proposeur de la motion qui a amené les démarches de cette Société et sur qui retombe partie de cette responsabilité, doit aux lecteurs de donner certaines explications: voilà son excuse pour revenir leur enlever quelques-uns de leurs précieux instants.

Tout d'abord nous tenons à répéter ce que nous avons dit et redit à la Société Médicale de Québec que dans cette lutte nous admettons sans réserve la bonne foi de ceux qui ne se prononcent pas comme nous, et que pour être devenu adversaire de quelques-uns de nos amis nous ne leur restons pas moins attaché et dévoué; mais nous croirions leur faire injure si en trouvant fausses leurs opinions nous ne faisons tout en notre pouvoir pour les convaincre qu'ils se trompent.

En outre, nous sommes dans un pays de liberté par excellence grâce au drapeau britannique qui couvre d'une égale protection et d'une même sollicitude les deux races qui s'y allient, sans toutefois s'y fusionner. "Voilà pourquoi nous nous devons d'affirmer hautement nos opinions et nos convictions, et de n'en faire de part et d'autre aucun sacrifice; c'est de cette façon que nous conserverons le respect mutuel qui rendra plus facile l'accès d'un terrain commun sur lequel pourront se rencontrer nos aspirations communes."

De plus, si nous n'avions eu à considérer que la gracieuse courtoisie de M. le Dr Roddick à l'égard des médecins invités à Québec le 23 janvier pour entendre ses explications toutes de franchise et du vrai *British fair play*, sa réputation universelle de gentilhomme et de fine diplomatie, l'histoire bien remplie de ses efforts puissants et continus pour le triomphe de la vraie science et pour le rehaussement du niveau des études professionnelles, nous eussions été le plus heureux des hommes de retirer notre motion désapprouvant son projet de loi.

Mais pour nous le principe est essentiellement mauvais et nous ne pouvions que chercher à le combattre; nous avons pris alors la marche que nous avons crue et que nous croyons encore la seule convenable, la seule logique.

Suivons l'*Union Médicale*.

En juillet 1899 le Bureau des Gouverneurs de la Province de Québec se déclare favorable à l'établissement d'un Bureau Fédéral (disons de suite que ç'a bien changé depuis) mais à la condition que l'autonomie provinciale soit respectée et que chaque province conserve tous ses droits et sa liberté d'action. Le même Bureau approuve de nouveau le projet à sa réunion de septembre et nomme un comité chargé de surveiller la passation du *bill*. C'est clair, mais en justice pour quelques Gouverneurs, surtout pour le Dr Sirois, que l'*Union Médicale* prend à partie, cette dernière aurait dû ajouter que cette décision du Bureau est passée sur division, les Drs Simard, snr et Sirois, entre autres, enregistrant leur vote contre elle, ce qui explique et justifie pleinement la position prise par le Dr Sirois.

" Cette ligne de conduite du Bureau, ajoute l'*Union Médicale*, était logique, prudente et conforme aux usages. Elle permettait à tous les médecins, à toutes les sociétés médicales d'étudier le *bill* lorsqu'il aurait été distribué, de faire connaître leur opinion sur ce sujet aux membres du comité, et celui-ci, ainsi éclairé et soutenu par l'opinion de la profession, se serait trouvé en mesure de faire respecter les droits de notre province."

Voyons.

Le promoteur du *bill* dans le courant de l'été 1899 développe son projet de loi devant la Faculté de Médecine de Toronto et ailleurs, et il en enrégistre l'appui, qu'on annonce dans les journaux politiques. Les grandes lignes et surtout le principe de ce projet nous était donc déjà connu et nous pouvions le discuter et agir en connaissance de cause, tout aussi bien et aussi librement que le Bureau des Gouverneurs pouvait l'approuver.

Partout alors on commence à murmurer, mais tout bas, contre ce *bill*. Même nos gouverneurs ne se gênent pas d'énoncer une opinion contraire à la première décision du Bureau. Et le *bill* n'est pas encore prêt, n'est pas encore imprimé, n'est pas encore connu dans tous ses détails.

Et aucun corps organisé, bien qu'opposé à ce projet, n'a encore élevé la voix. Et nous touchons à janvier 1900. Et le *bill* Roddick va être soumis aux Communes en février.

Et l'on traite de prématurées et d'injustes les démarches de la Société Médicale de Québec, aux derniers jours de décembre, un tout petit mois avant l'ouverture de la session. Vaudrait autant dire qu'on aurait dû s'opposer à ce *bill* que nous croyons essentiellement mauvais qu'après sa discussion et son adoption par nos législateurs d'Ottawa.

Enfin la mi-janvier voit apparaître le projet imprimé du Dr Roddick adressé aux gouverneurs du Bureau *seulement*, juste quelques deux ou trois semaines avant l'ouverture des Chambres. Et l'on trouve à l'*Union Médicale* que cela était suffisant pour permettre aux médecins (40 médecins, éloignés les uns des autres, pour une copie du *bill*) d'en faire l'étude, de convoquer et de tenir des assemblées, de passer des résolutions approuvant ou rejetant ce projet de loi ; puis de transmettre leurs opinions aux membres du Comité nommé par le Bureau, pour qu'il surveille leurs intérêts. On voit par ce seul énoncé de quel côté sont la justice et la logique.

La Société Médicale de Québec justement alarmée de ce silence, passe une résolution désapprouvant le *bill* Roddick et demande la formation d'un comité chargé de soutenir son opinion. *Et c'est tout logique*, diront-nous avec l'*Union Médicale*. Car pouvait-elle faire autrement ?

Le comité nommé par le Bureau avait charge de surveiller la passage du *bill* basé sur la formation d'un *Bureau fédéral* et ses membres s'étaient déclarés personnellement favorables à cette mesure.

Eut-il été convenable, prudent, logique, que la Société Médicale de Québec vint alors demander à ce même comité d'aller pour elle devant nos législateurs combattre un principe qu'ils avaient déjà mission de défendre au même endroit ? Le prétendre n'est certainement pas raisonnable.

La Société Médicale de Québec ne s'est donc pas "substituée à l'action du Bureau des gouverneurs ou de ses comités," mais comme tout corps organisé indépendant, elle a cru qu'elle devait être logique avec elle-même, et compter sur elle seule, forte de l'appui des membres de la profession, pour organiser une opposition qu'elle ne pouvait attendre, ni du Bureau, ni

de son comité. Ce qui est aujourd'hui possible, en raison de l'opinion actuelle des gouverneurs, eut été alors une inconvenance, un non sens.

Que doit penser de cette sortie de l'*Union Médicale* la Société Médicale de Kingston qui a osé nommer un comité chargé d'aller à Ottawa s'opposer au *bill* Roddick bien qu'elle admette le principe du projet ?

Enfin l'*Union* continue en affirmant que " par cette position hostile, la Société Médicale de Québec empêche un projet de loi qui intéresse toute la profession d'être étudié à fond à Ottawa par nos législateurs et tous les délégués provinciaux."

Franchement cette Société n'espérait pas autant, et ne se reconnaissait pas le pouvoir de tuer ainsi un projet de loi par une simple opposition de sa part.

Mais qu'on soit donc franc à l'*Union Médicale* et qu'on avoue donc sincèrement que si le Comité nommé par le Bureau des Gouverneurs a résigné ses pouvoirs et sa mission, c'est qu'on voit dans la position prise par cette Société l'expression des membres de la profession, et qu'on est content de trouver ainsi dans un prétexte vraiment peu sérieux une occasion de se retirer d'un mauvais pas.

Avant de terminer cette réponse absolument de notre initiative personnelle, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler à l'*Union Médicale* qu'il eût été beaucoup plus sage, beaucoup plus utile à la cause qu'elle a épousée, au lieu de critiquer la ligne de conduite de ceux qui combattent le *bill* Roddick, de s'être attachée à détruire leurs raisons, dont quelques-unes ont été très bien résumées dans l'*Événement* de Québec, 31 janvier et 3 février 1900, par un gouverneur du Bureau de Médecine qui ne partage plus aujourd'hui, comme d'ailleurs nos autres représentants, l'opinion émise l'an dernier par ce même Bureau. Nous demandons donc permission aux lecteurs de reproduire ici ces remarques très justes d'un des nôtres qui ne veut pas qu'on réduise le rôle des Bureaux Provinciaux à celui de simples inspecteurs d'écoles, pratiquement chargés de faire exécuter les ordres d'un pouvoir supérieur qu'ils auraient créé, en attendant le jour où il plaira à nos gouvernants de faire disparaître complètement ces pouvoirs locaux devenus inutiles et peut-être nuisibles à leur puiné. Car, qu'on affirme ce qu'on voudra, une fois le Bureau fédéral créé, cette représentation en partie politique aura des légions à son service, et vous aurez beau frapper du pied le sol provincial il n'en sortira que des créatures politiques prêtes à

soutenir leurs amis fédéralistes ou une petite légion d'indifférents plus à craindre encore que de vrais adversaires.

P. V. FAUCHER.

Québec, 6 mars 1900.

Québec, 25 janvier 1900

Monsieur le rédacteur,

Je vous serais très reconnaissant si vous daigniez m'accorder l'hospitalité dans vos colonnes pour me permettre de faire quelques remarques au sujet de la réciprocité médicale interprovinciale dont il est actuellement question ici et ailleurs.

Je serai bref.

La population médicale de toutes les parties du Canada est unanime dans son désir de réciprocité médicale interprovinciale.

C'est à la réalisation de ce désir que M. le docteur Rodlick a travaillé en rédigeant un projet de loi qui devra créer cette réciprocité au moyen d'un bureau fédéral composé de vingt-quatre membres dont trois pour chaque province. Outre le pouvoir de faire des règlements sans être obligé de les faire sanctionner par le Gouverneur Général en Conseil, ce bureau aura le droit d'imposer un curriculum d'études médicales uniforme pour toutes les provinces, de donner des diplômes qui devront être reconnus par toutes les provinces, de nommer les représentants des provinces si celles-ci négligent de le faire, etc.

Est-il sage d'adopter ce projet de loi tel que rédigé ? Je ne le crois pas ; et cela pour deux catégories de raisons dont les premières sont d'intérêt général pour tout le Canada et les secondes d'intérêt particulier pour la province de Québec.

Mentionnons pour le moment les raisons d'intérêt général :

1. Par sa section 4, le projet de loi donnant au bureau fédéral le droit de régenter les études médicales, porte atteinte à un droit provincial auquel l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord défend de toucher. En effet, chaque province est absolument libre de donner à ses habitants l'éducation qu'ils désirent sans avoir à rendre compte au gouvernement fédéral ou à un de ses fondés de pouvoirs.

2. Les bureaux provinciaux se trouvant obligés de donner la licence provinciale à tous les porteurs du diplôme fédéral (sans pouvoir exercer un contrôle efficace sur les examens fédéraux) seront réduits, à brève échéance,

au rôle de simples bureaux d'enregistrement. Il sera, en effet, plus avantageux pour les étudiants, d'aller prendre à Ottawa, des degrés qui leur donneront de suite le droit de tourner leurs pas vers une partie quelconque du pays et de pouvoir aspirer exclusivement aux emplois fédéraux, Milice, Quarantaine, etc.

3. Le bureau fédéral est exposé à se métamorphoser en machine politique, car des trois membres auxquels a droit chaque province, un sera nommé par le Gouverneur Général en Conseil ; ce membre devra être un ami du gouvernement qui l'aura nommé, conséquemment un politicien pour qui les droits provinciaux seront chose secondaire. Or, les membres que j'appellerai fédéraux, composant le tiers du conseil dont le quorum n'est que de sept, seront assez nombreux pour former à eux seuls ce quorum. Quelles garanties pour les provinces présenteront les résolutions dictées par un tel bureau ?

4. Les provinces pourront, il est vrai, nommer chacune deux délégués, mais il est aussi écrit en toutes lettres dans le projet de loi que, les provinces négligeant de remplir ce devoir, le conseil fédéral pourra s'en charger en nommant directement deux gouverneurs, ce qui fera trois fonctionnaires fédéraux. Et la chose arrivera plus souvent qu'on ne pense, justement dans les circonstances où elle pourra être le plus dommageable aux provinces, car ces dernières ne négligeront de se servir de leur droit électoral que si elles se trouvent lésées ; et si une d'elle l'est, qui, parmi les membres de son bureau médical, pourra accepter une nomination du bureau fédéral, si ce n'est quelqu'un disposé à tolérer l'injustice perpétrée ?

5. On dit : les mécontents pourront se retirer.

On le dit, mais cela n'est pas écrit, et monsieur le docteur Roddick, après avoir répété cette assertion, a refusé d'en faire une clause de son projet de loi. Cela ne nous justifie-t-il pas de croire que, même si les mécontents le veulent, ils ne pourront pas se retirer.

Le projet de loi étant muet sur ce sujet, on ignore les démarches à faire et les procédures à suivre pour obtenir le retrait d'une province, mais il est logique de penser qu'elles devront être l'inverse de celles à faire pour obtenir la réciprocité. Or, le projet ne pourra avoir force de loi dans une province sans avoir été sanctionné par la Législature de cette province. Il est donc vraisemblable de penser qu'il faudra passer par cette voie pour défaire ce qui aura été fait, et alors le bureau fédéral organisé, puissant, ayant l'oreille des ministres, ne pèsera-t-il pas d'un plus grand poids dans

la balance qu'un bureau provincial amoindri dans ses pouvoirs et son prestige ?

6. Supposons qu'une province réussisse à se retirer du pacte fédéral, dans quelle position se trouvera-t-elle ?

Elle se trouvera dans une condition d'infériorité et, pour ainsi dire, au ban du pays, car ses médecins seront exclus des positions médicales dépendant d'Ottawa puisque ce dernier ne pourra nommer que des porteurs de licences fédérales.

7. Pour fonctionner, le bureau fédéral devra convoquer ses membres résidant à Halifax, Vancouver et ailleurs ; il devra salarier et faire voyager un corps nombreux d'examineurs de Toronto à Montréal et de Montréal à Toronto. Cela ne pourra se faire sans entraîner de grandes dépenses. Les revenus des licences du Bureau Fédéral seront-ils suffisants pour rencontrer ces dépenses ? Et ils ne le sont pas, qui comblera le déficit, si ce n'est le médecin ainsi obligé de payer double contribution au bureau provincial et au bureau fédéral ?

Que chacun fasse des réflexions sur les observations ci-dessus avant de laisser passer le projet de loi Roddick.

SPES.

Québec, 31 janvier 1900.

Monsieur le Rédacteur,

Vu l'importance des événements dont la narration requiert actuellement la plus grande partie de votre journal, je ne ferai que mentionner, dans cette seconde partie de mes remarques, les raisons qui obligent les médecins de la province de Québec à s'opposer au projet de loi Roddick.

Ces raisons qui découlent simplement d'un principe de droit naturel, peuvent se résumer en un seul mot : protection.

Je m'explique :

1. Quelle province a le plus d'intérêt à ce qu'une mesure soit passée qui permette à ses médecins d'aller pratiquer chez les voisins, sinon celle dont le pourcentage de médecins est le plus élevé ? Or nous trouvons qu'il y a assez de praticiens pour les besoins de la population de notre province, mais Ontario est dans la congestion sous ce rapport. C'est donc notre voisine qui jouera le rôle de vase débordant et c'est nous qui subirons les désastres de l'inondation.

2. La proportion plus considérable de médecins, dans Ontario, ne peut être expliquée que par une plus grande aptitude de nos voisins pour les

professions libérales ou par des examens plus faciles. La première explication n'étant pas soutenable, la seconde prend de l'importance et nous permet de soupçonner le Bureau médical d'Ontario de condescendance à l'égard des candidats à l'étude et à la pratique de la médecine. Cela veut-il dire que le niveau des études est plus élevé dans la province voisine ?

3. Malgré les affirmations des cosmopolites que la science n'a ni idiôme ni patrie, il y a un génie particulier à chaque race et tout le monde sait que les génies latin et saxon n'ont ni tendances, ni aptitudes, ni conceptions identiques au point de vue des sciences : le génie saxon est utilitaire et le génie latin spéculatif ; l'un fait de la science pour ce qu'elle rapporte, l'autre fait de la science pour elle même et pour le bien qui en peut résulter ; témoins les applications différentes qu'ont faites de leur découvertes, Roux et Behring.

Or les génies saxon et latin coexistent au Canada, car il y a dans notre pays, deux centres intellectuels, deux écoles qui font loi : l'école anglaise et l'école française, l'école d'Ontario et celle de Québec ; toutes les autres provinces sont obligées de venir s'alimenter à ces deux foyers. Cependant avec l'adoption du projet de loi Roddick le foyer latin devra disparaître ou se faire saxon, car le programme d'étude du Bureau fédéral sera nécessairement celui d'Ontario et voici pourquoi :

Au point de vue qui nous occupe, les petites provinces anglaises du Dominion, sont solidaires de celle d'Ontario dont elles subissent nécessairement l'ascendant, l'impulsion et la volonté. Par conséquent qui dit un bureau fédéral, composé d'un même nombre de représentants pour chacune des provinces, dit un bureau dans lequel Ontario aura derrière elle les représentants de toutes les provinces excepté celle de Québec qui se trouvera isolée et pratiquement réduite à néant comme influence.

Dans ces conditions, quelle volonté deviendra loi ? quel curriculum sera adopté et qui, en fait, aura la haute main sur la population médicale du Canada ?

Que les médecins de la province de Québec répondent à ces questions avant de laisser devenir loi, le projet de loi Roddick.

Dans le dernier numéro du BULLETIN, à la page 323, il est parue une reproduction sous le titre de (" l'indication de l'accouchement provoqué en cas de grossesse compliqué de néphrite,") tirée du VIIe congrès de médecine russe, qui avait été admise, avec une note de la rédaction.

Or, cette note qui a été omise dans le dernier numéro nous la publions aujourd'hui :

" Dans aucun cas, on a le droit de pratiquer l'expulsion du produit de la conception, avec l'intention de sauver la mère, avant que le fœtus ne soit reconnu viable ; c'est dire que l'avortement doit être rejeté dans tous les cas, vu qu'il n'a pas été donné à qui que ce soit le droit de tuer son semblable. (NOTE DE LA RÉDACTION.)

NOUVELLES

MM. les Docteurs Paquin, de Québec et Lavoie de Sillery font part à leurs confrères de la naissance d'un fils à chacun.

Nous apprenons avec plaisir le retour à la santé du Dr J. D. Brousseau, de cette ville.

Nos meilleurs souhaits accompagnent les nombreux confrères partis pour l'Europe durant ce mois. Nous notons parmi eux les Drs W. Verge, de Québec, et Saluste Roy, de Beauport.

L'Université-Laval vient de conférer à MM. Brouardel et LeDentu, de la Faculté de Médecine de Paris, le titre de docteur.

Cette excellente démarche de l'Université-Laval envers ces illustres maîtres, est saluée avec joie et satisfaction.
