

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

LE GOÎTRE, SON TRAITEMENT MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Par le Dr D. MARSIL, St. Mustache, Vice-président pour Québec,
de l'Association Médicale du Canada.

N.B. Lu devant l'Association Médicale du Canada à sa séance du 27 août 1896.

Je scinde intentionnellement les maladies de la glande thyroïde pour ne m'occuper que des tumeurs et des dégénérescences de cet organe. Toute tuméfaction de la partie antérieure du cou qui origine de la glande thyroïde constitue le goître. Cette maladie, très complexe dans son processus pathologique, a été le sujet d'études bien sérieuses surtout dans les quinze dernières années, alors qu'elle est devenue justiciable du traitement chirurgical.

Je ne rappellerai pas tous les noms des célèbres chirurgiens qui ont fait de cette importante question des études consciencieuses. Il suffit de citer ceux de Billroth, de son élève Woelfler, de Jubliard, de Maurice Jeannel, de Kocher, pour nous convaincre que cette entité morbide a préoccupé sérieusement des hommes dont nous respectons les noms et l'autorité.

Le goître, quoique toujours le même, présente certains points qu'il ne faut pas négliger.

Bien souvent il est sporadique sans cause étiologique bien accentuée ; sans retentissement tangible sur l'économie autre que l'hypertrophie de la glande thyroïde. Assez ou plutôt trop souvent, il se manifeste comme affection scrofuleuse avec exophtalmie.

C'est pour certain pays un triste privilège que de subir cette maladie endémiquement.

En Allemagne, en Suisse, dans certains départements de la France, enfin partout où il existe du crétinisme, on rencontre le goître. Pour certains pays presque tous les crétiens sont goitreux ; pour d'autres pas un goitreux n'est crétin. Dans notre Canada où les goitreux ne sont point rares, on y rencontre que très peu de crétiens. Le goître ici affecte des sujets parfaitement constitués moralement et physiquement.

Anatomie.—Le corps thyroïde est formé de deux substances distinctes : corticale et médullaire. Comme élément embryologique c'est la substance corticale qui atteint la dernière son complet développement. A la naissance, elle se compose de couches concentriques de cellules, réunies sous formes cylindriques ou d'amas sphériques pleins séparés par des lames de tissu cellulaire également en couches concentriques. Elle est recouverte par la capsule de la glande. (Woelfler.)

La substance médullaire affecte la forme lobulaire. Chaque lobe est séparé

par une travée de tissu cellulaire à direction radiée, rayonnant de l'isthme dans toutes les directions. Les lobes se subdivisent en lobules avec alvéoles ou follicules cloisonnés par un réseau conjonctif.

A la naissance on distingue avec précision la substance corticale de la médullaire. Ce n'est que vers l'âge adulte que la couche corticale devient plus mince sans cependant disparaître entièrement dans le cours de la vie.

Cette substance ne subit pas généralement l'influence pathologique des tumeurs bénignes; son territoire n'est que secondairement envahi par les néoplasmes malins. Il peut arriver que la couche corticale s'hypertrophie au point de remplacer la substance médullaire détruite par un adénome ou par hémorrhagie. Quelque fois elle enferme ces produits morbides comme dans un gangue où ils restent emprisonnés. Si, au contraire, la réaction se rétablit dans ces éléments en apparence inertes, leur expansion amène lentement l'atrophie de la couche corticale.

Comme la substance médullaire, la couche corticale peut devenir le point de départ de néoplasmes.

Anatomie chirurgicale.—Il serait oiseux de faire l'anatomie descriptive de la glande thyroïde, de son organisation et de sa structure. Il suffit que le chirurgien sache et se rappelle que cet organe est composé de deux lobes, d'un isthme et d'une pyramide qui n'est pas constante. Placée à la partie antérieure du cou, elle adhère par son isthme à la trachée dont elle suit les mouvements dans l'acte de la déglutition, fait qui ne doit pas être méconnu au point de vue du diagnostic. Aux extrémités de l'isthme se rattachent les lobes. Ce sont des corps volumineux aplatis d'avant en arrière, plus épais à la base qu'au sommet. Les extrémités supérieures, plus minces et plus aiguës portent le nom de petites cornes; et les inférieures plus volumineuses, plus épaisses et plus obtuses, celui de grosses cornes. La pyramide de Lalouette ou de Wilson ne présente aucun intérêt chirurgical, je ne m'attarderai point à la décrire.

L'isthme recouvre les trois ou quatre cerceaux supérieurs de la trachée auxquels elle est attachée par un tissu cellulaire quelque peu lâche. Les lobes, postérieurement excavés, recouvrent de nombreux et importants organes. Qu'il me suffise de rappeler que, sous la glande thyroïde, on rencontre le conduit trachéo-laryngo-pharyngo-œsophagien; supérieurement elle recouvre les lames du corps thyroïde et les parois du pharynx, plus bas le cricoïde et les muscles crico-thyroïdiens, les trois ou quatre cerceaux de la trachée et la partie correspondante de l'œsophage, puis enfin le nerf récurrent intermédiaire à la trachée et à l'œsophage.

Par ses côtés externes, sensiblement excavés elle est en rapport immédiat avec l'artère carotide primitive. Les bords de cette gouttière confinent postérieurement à l'œsophage et antérieurement à la jugulaire interne.

Capsule.—Tous ces rapports ne sont que médiats, puisqu'entre la glande et ces parties anatomiques se trouve la capsule qui enveloppe cet organe. On ne nie plus aujourd'hui l'existence de cette enveloppe qui est un point de repère excessivement important dans le procédé d'énucléation et d'évidement. La glande thyroïde est encapsulée, c'est un fait qu'il ne faut pas oublier.

Cette capsule on s'épaississant forme trois ligaments, deux latéraux et un médian. Cette révélation anatomique est due aux travaux de Wentzel et Gruber.

Le ligament médian, le plus important des trois, origine du bord inférieur du cartilage cricoïde pour atteindre l'isthme quand il existe—car rarement il est vrai, il n'existe pas—et se prolonge jusqu'à l'os hyoïde. Les ligaments latéraux ont leur insertion à la partie postérieure et moyenne du cartilage cricoïde et même au premier anneau de la trachée puis remontent jusqu'à la moitié inférieure des lobes pour se fuser avec la capsule. Cette disposition anatomique explique les mouvements du goître pendant la déglutition qui a son importance, je l'ai dit, dans le diagnostic. De l'apex des lobes se dégagent des prolongements fibreux qui se confondent avec la gaine des gros vaisseaux



et plus profondément avec l'éponévrose prévertébrale. Il ne faut pas oublier que la glande thyroïde peut être entourée de petites glandes de même nature, sujette aux mêmes altérations. Ce qui constitue le goître accessoire de Verneuil. Ce sont des satellites. J'ai dit que la glande thyroïde est encapsulée. De cette capsule résistante se dégagent des travées conjonctives qui divisent en différentes directions tout le tissu glandulaire, puis se subdivisent en expansions plus minces pour enfermer des groupes d'éléments d'aspect vésiculeux qui portent le nom de granulations glandulaires.

Lobes latéraux.—Il importe de se rappeler que les lobes latéraux sont généralement de dimension inégale; qu'ils n'occupent pas toujours les côtés de la trachée; qu'un des lobes peut occuper la partie antérieure du tube aérien et refouler profondément son congénère.

Vésicules thyroïdiennes.—Dans la charpente de la glande thyroïde, les cellules (Huschle), les follicules (Berres), les acinis (Kolhbrauser), ces vésicules, pour certains auteurs, communiqueraient les unes avec les autres; pour d'autres elles seraient closes. Cette divergence d'opinion ne peut intéresser qu'histologiquement.

L'étude de leur contenu est autrement intéressant au point de vue thérapeutique et chirurgical. En effet, il est reconnu que ces follicules sont remplis de matière colloïde. Quelle est la nature de ce liquide? est-ce de l'albumine? est-ce des protéïdes? Il n'entre pas dans le but de ce travail de pousser plus loin ces recherches qui sont plutôt du domaine de la chimie. Il suffit d'établir l'existence de cette matière colloïde dans ces vésicules à l'état physiologique pour remonter à l'origine du processus de ces grandes collections de ce liquide dans le goître néoplasé.

Vaisseaux sanguins.—Nous savons que le sang entre dans la glande par les quatre artères thyroïdiennes et leurs subdivisions et que la circulation en retour s'effectue par les veines du même nom et également par leurs subdivisions.

Il importe sérieusement de bien connaître la topographie de ces vaisseaux pour mener à bonne fin la thyroïdectomie.

Veines thyroïdiennes.—Le sang revient de la glande par les veines thyroïdiennes inférieures, supérieures et moyennes. Les premières en nombre pair, médianes et latérales, également paires, émergent du bord inférieur thyroïdien.

Les premières s'anastomosent avec le tronc veineux brachio-céphalique gauche; les veines latérales se jettent dans les jugulaires internes vers leur terminaison.

Les moyennes n'existent pas constamment, viennent de la partie externe de la glande, passent sur la carotide pour se jeter dans la jugulaire profonde.

Les supérieures originent de la partie supérieure par deux racines pour aboutir à la jugulaire interne.

Les autres vaisseaux sanguins que l'on rencontre dans ce champ opératoire sont plutôt du domaine de l'anatomie descriptive.

Je passe outre les vaisseaux lymphatiques parce qu'ils ne font nullement obstacle dans la thyroïdectomie. Toutefois il ne faut pas oublier que le conduit lymphatique déverse sa lymphe au confluent des veines jugulaires internes et sous-clavières.

Artères thyroïdiennes.—Quatre artères apportent le sang à la glande thyroïde. Ce sont les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures.

La première origine de la carotide externe, se porte en dedans, puis descend au côté externe du corps thyroïde. Elle se divise en trois branches principales: une qui s'enfonce dans l'apex du corps thyroïdien; une autre qui longe son côté externe et le pénètre; enfin la troisième parcourt sa face postérieure.

La seconde naît en un point diamétralement opposé à la mammaire, remonte obliquement jusqu'à la septième vertèbre cervicale en croisant en bas la vertébrale, puis se courbe pour atteindre la glande thyroïde à la base de son lobe en passant en-dessous du pneumogastrique, de la jugulaire profonde et de la carotide primitive. Inutile de rappeler que ces artères en pénétrant dans le corps thyroïdien se subdivisent en nombreux vaisseaux qui s'anastomosent entre eux et avec leurs congénères du côté opposé.

Avec ces quelques notions préliminaires sur l'histologie, l'anatomie topographique et l'organisation du goître, j'aborde la nomenclature des différentes tumeurs qui se développent dans son tissu.

Hypertrophie et hyperplasie.—L'augmentation de volume et la multiplication des cellules, des vésicules glandulaires et du tissu interacineux constitue l'hypertrophie. L'hyperplasie s'affirme par la simple multiplication des mêmes éléments. Ces deux processus pathologiques co-existent toujours en même temps que la matière colloïde devient plus considérable, ce qui constitue l'hypertrophie gélatineuse.

Cette hypertrophie peut rester stationnaire alors que les amas cellulaires ont subi la transformation prématurée en alvéoles. Quand tous ses éléments ont été utilisés, le goître n'augmente plus. " Au contraire, il est d'autres cas où, " en même temps que les amas en provision se transforment en alvéoles, il se fait " une néo-formation indéfinie d'amas cellulaires et de vésicules, aux dépens des " éléments normaux de la glande, sans aucune modification dans la vascularisation, " ce qui explique la persistance de la néo-formation dans le sens normal, c'est-à- " dire sans retour à l'état embryonnaire ; c'est encore là l'hypertrophie parenchy- " mateuse, mais ici le goître augmente sans cesse de volume." (Maurice Jeannel.)

Un seul lobe ou toute la glande peut être le siège de ces néoformations.

La congestion.—L'hypérhémie de la glande thyroïde est assez importante pour mériter l'attention et du médecin et du chirurgien. Si l'on se rappelle combien est riche la vascularisation de cet organe, il devient facile de se convaincre qu'il peut se congestionner sous l'influence de causes déterminantes.

Les périodes menstruelles, le coït, la grossesse et l'accouchement sont autant de causes qui, chez la femme, peuvent produire la congestion de la glande thyroïde. Les anciens se contentaient de mesurer le cou des nouvelles mariées pour constater la perte de leur virginité. Le procédé, sans être aussi certain comme moyen de renseignement positif, était plus délicat que celui mis en pratique de nos jours. Il faut avouer que nous sommes plus sceptiques. Les exercices de musique par instruments à vent, particulièrement le cornet à piston, les fardeaux portés sur la tête, les violents exercices musculaires sont autant de causes de l'hypérhémie. Mais il n'en est pas d'aussi efficaces que l'accouchement et l'éclampsie. Je n'insisterai pas davantage sur cette affection dont généralement la durée est passagère quand elle ne donne pas lieu à des ruptures vasculaires. Ce dernier accident n'arrive guère que lorsque le corps thyroïde est depuis longtemps affecté d'hypertrophie.

Thyroïdite.—Je ne ferai que mentionner la thyroïdite parce que, comme la congestion, elle peut être interprétée comme épiphénomène de l'évolution hypertrophique de la glande. Ces deux affections appartenant plutôt à la médecine, je ne m'en occuperai pas davantage.

Goître anévrysmal.—Quand on se rappelle la riche vascularisation de cet organe, il est facile de comprendre qu'il peut devenir le siège d'hémorragies bien graves, même promptement mortelles si le chirurgien n'intervient à temps. Larrey, Textor, Jæger, Heidenreich et autres se sont préoccupés sérieusement de cette affection quelque fois bien grave.

Ce sont principalement les affections des thyroïdiennes supérieures qui occasionnent ces accidents. Les artérioles même ne sont pas exemptes de dilatation et de varicosités. Il est douteux que les capillaires subissent l'influence de cet état morbide. (Virchow.)

Il suffit de regarder un goître volumineux quelque peu attentivement pour constater qu'un grand nombre de veines dilatées serpentent sous sa surface cutanée. C'est sous l'influence ectasique des artères que se produit cette dilatation veineuse. Je rapproche l'anévrysme de la varice et de l'ectasie artérielle pour rendre plus compréhensible la fréquence des ruptures vasculaires soit dans les parois kystiques ou dans le parenchyme. Les suffusions qui en résultent occasionnent des infarctus qui subissent les mêmes transformations que dans les autres organes, je veux dire la résorption, l'induration fibreuse, l'organisation des caillots, enfin l'incrustation calcaire. Presque toutes ces transformations peuvent devenir autant de maladies chirurgicales.

De la matière colloïde.—Nous avons déjà remarqué que la glande thyroïde contient de la matière colloïde à tous les âges. Elle est sirupeuse, souvent incolore et parfois légèrement jaunâtre. Cette substance, avec le temps, pénètre toutes les cavités de l'organe sans altérer ses limites physiologiques.

Quelle est sa composition chimique et sa provenance? C'est encore un sujet de recherche scientifique. Il suffit de constater le fait qui est important au point de vue clinique et chirurgical puisqu'il existe des goîtres et des kystes colloïdes dans ce néoplasme.

Physiologie.—Je n'ai pas à m'occuper des fonctions du corps thyroïde, de son rôle chimique, de ses fonctions mécaniques, comme organe intermédiaire de circulation entre les carotides et les sous-clavières, comme corps où viennent se repercuter les excitations des organes génitaux.

Je n'en finirais pas si j'entreprenais d'évoquer tous les idées spéculatives auxquelles a donné lieu l'étude des fonctions de cet organe.

Adénome fœtal.—Cette modification du corps thyroïde, comme son titre l'indique, débute pendant la vie intra-utérine. Cette hypertrophie partielle remonte à l'état embryonnaire pour se maintenir avec son caractère individuel jusqu'à l'époque du plus grand développement du goître jusqu'à la puberté.

Une agglomération de noyaux durs, de volumes variables depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf d'oie doit éveiller l'idée d'adénome. Ces néoplasies peuvent n'occuper qu'un lobe. Mais ils peuvent aussi envahir les deux lobes. Ces noyaux, quelque fois ecchymosés, sont gris, gris-blanc, jaune ou même rouge-brun.

C'est généralement à la puberté que se développe ce genre de goître dont l'origine est un noyau congénital. La circulation de ce néoplasme est lacunaire.

L'adénome peut être interaccineux, myxomateux, gélatineux, kystique, cylindro-cellulaire, enfin l'adénome peut être malin et participer au carcinome et au sarcome sans en avoir les caractères histologiques, mais il peut se généraliser comme ces dernières affections.

Outre l'adénome dont je viens de dire un mot, la glande thyroïde peut être envahie par le carcinome sous toutes ses formes et par le sarcome. J'ai dit le

carcinome sous toutes ses formes. Woëlfier nous les décrit comme suit: 1o D'après la forme des cellules: 1o le carcinome alvéolaire (squirrhe ou cancer médullaire); 2o le carcinome à épithélium cylindrique; 3o le carcinome à épithélium plat;

2o D'après l'aspect du tissu interstitiel: 1o le carcinome alvéolaire; 2o le carcinome alvéolaire fibreux (squirrhe) 3o le carcinome alvéolaire myxomateux; 4o le carcinome alvéolaire télangiectasique.

Toute la trame du corps thyroïde peut être le territoire où le carcinome exerce ses ravages. Débutant plutôt avec des caractères phlegmasiques, il s'attaque préférablement à des goîtres anciens. Ainsi il peut au début, égarer le clinicien et s'imposer comme une simple thyroidite. En infiltrant la glande, assez souvent il n'affecte aucun caractère particulier et se comporte comme tous les goîtres avec leur cortège symptomatique. Il n'affecte souvent qu'un lobe, comme aussi toute la glande peut en être saisie. Quelquefois il débute sous forme de noyau dans un adénome. Lorsqu'il se développe sur une glande saine il est presque certain que c'est un adénome interacineux qui lui a servi de gangue.

Quoique rarement, cet organe peut être tuberculosé. Il n'est pas indemne de la syphilis.

Il est des tumeurs bénignes qui peuvent se former dans ce tissu glandulaire comme le fibro: et les dépôts calcaires. Ces néo-formations s'effectuent sous l'influence de la sénilité ou comme conséquence d'infarctus hémorrhagiques.

Pour ne pas être incomplet, je rappellerai que l'ecchinococque peut se développer dans le corps thyroïde solitairement ou concurremment lorsque cette affection origine d'autres organes. C'est au reste, une maladie tout à fait bénigne quand elle n'existe que dans la glande thyroïde et justiciable du traitement chirurgical.

Avec ses observations préliminaires aussi condensées que possible, j'arrive à l'

Étiologie. — De toutes les causes du goître, il n'en est qu'une qui soit positivement connue, c'est l'hérédité. Toutes les autres ne sont pas encore sorties des ténèbres de la spéculation et des hypothèses. Ce qui ne fait doute pour personne, c'est que le goître est endémique dans certaines parties du globe et sporadique un peu partout. On a invoqué pour justifier son endémicité certaines conditions telluriques et climatériques. Les recherches orographiques pas plus que l'analyse des eaux potables n'ont élucidé cette importante question.

Nous ne connaissons quelque peu le rôle physiologique de la glande thyroïde sur l'économie que depuis qu'il a été fait des expériences sur les animaux et surtout depuis que la chirurgie a envahi ce domaine redoutable. Le cortège des symptômes terrifiants qui apparaît trop souvent à la suite de l'excision, même partielle, de cet organe nous a fait comprendre qu'un de ses attributs consistait à détruire et à éliminer un principe quelconque dont l'action sur l'économie entrave le développement physique et intellectuel. L'idiotie est une des conséquences les plus communes de cet état constitutionnel. Ce n'est pas le seul facteur puisque certains crotins n'ont pas de corps thyroïde. Il faut donc admettre qu'une diathèse domine tout cet état pathologique. Quelle est-elle? Tous les auteurs sérieux s'accordent à reconnaître—et je crois qu'ils ont raison—que c'est le

crétinisme. Mais est-ce le crétinisme qui sert de substratum au goître ? ou est-ce ce dernier qui produirait le crétinisme ? Non, le goître n'est que l'expression d'un état constitutionnel qui finit par déséquilibrer le métabolisme de la glande thyroïde, en altérant son tissu par des néoplasies. Ces altérations anatomopathologiques sont-elles dues au surménage de l'organe par le principe morbide ? Peut-être. Comme le cœur, sous le coup de l'asystolie, finit par être vaincu dans la lutte et ne pas maintenir l'équilibre, de même la glande thyroïde, à un moment donné, devient incapable de satisfaire aux exigences physiologiques de la diathèse.

(A suivre.)

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPERALE

Par E. A. RENÉ DE COTRET, M. D., professeur adjoint à l'Université Laval.

« Les exemples persuadent mieux que les simples raisonnements.

MAURICEAU.—Tome II, Préface

(Suite et fin.)

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL.

Suivons ici la pensée de Charpentier et divisons ce chapitre en deux points :

1° Le cas où le travail s'étant déclaré spontanément, il s'agit que d'une intervention relativement bénigne, et qui permet de hâter simplement la terminaison de l'accouchement ;

2° Le cas où, chez une femme éclamptique, le travail ne se déclare pas.

Dans le premier cas, si le travail va bien, que les contractions sont bonnes le col se dilate assez rapidement, les convulsions ne sont pas trop violentes, nous avons recours au traitement médical tout en surveillant la malade. Mais, si le travail est lent, les douleurs irrégulières et fatiguantes ; si la dilatacion, après avoir commencé, ne marche plus, nous mettons la malade profondément sous l'influence du chloroforme et après avoir achevé artificiellement la dilatation avec les doigts, nous appliquons le forceps ou nous pratiquons la version.

Quand les convulsions surviennent pendant une période d'expulsion longue nous appliquons le forceps.

Depaul a conseillé les incisions sur le bord du col lorsque l'orifice, étant déjà dilaté, mais d'une manière insuffisante, le travail va trop lentement et qu'on craint pour la vie du fœtus.

* * *

Quant au second cas, c'est-à-dire, que le travail ne s'est pas encore déclaré, les accoucheurs sont partagés, inégalement il est vrai, en deux camps dans leur manière d'agir. Les uns, les plus nombreux, ayant à leur tête les grands maîtres français, sont contre toute intervention. Ils ne veulent pas de l'accouchement provoqué, encore moins de l'accouchement forcé. Les autres, suivant l'école Allemande, interviennent assez promptement. Parmi ceux-ci on observe encore deux catégories ; les uns, plus modérés, se contentent de provoquer l'ac-

couchement d'après la méthode ordinaire : ponction des membranes, dilatation artificielle du col au moyen du dilatateur, tamponnement du vagin, introduction dans la matrice d'une algalie flexible ou d'une bougie, ballon de caoutchouc, injections dans la cavité utérine d'eau phéniquée, etc. ; les autres, obéissant aux idées du docteur Dührssen, font de la dilatation sanglante et de l'accouchement forcé dès le premier accès d'éclampsie.

Dührssen, qui était, au début, si enthousiaste de sa méthode en a beaucoup restreint aujourd'hui l'emploi. Il limite maintenant (1) son opération aux cas extrêmes, où la vie de la mère ou de l'enfant est menacée.

"On ne peut entreprendre la dilatation sanglante, dit Dührssen dans son vade-mecum d'obstétrique, que lorsque toute la partie sus-vaginale du col est déjà complètement dilatée et que la dilatation incomplète est bornée à la portion vaginale"..... "On saisit entre le pouce et l'index de la main gauche le rebord du col à l'endroit où l'incision doit être faite et jusqu'à son insertion vaginale, ou bien, si le rebord du col cède facilement on le saisit entre deux pinces à balles et on incise entre celles-ci. On conduit les deux branches des ciseaux de Siebold le long des deux doigts jusqu'à l'insertion vaginale et on divise le rebord du col, ordinairement en deux coups."

Quand l'orifice interne n'est pas dilaté, on pratique d'abord la dilatation mécanique au moyen du dilatateur, puis on la continue avec les doigts jusqu'au degré voulu, pour pratiquer les incisions profondes du col, généralement au nombre de quatre.

Avant cette opération, il faut faire naturellement un nettoyage antiseptique du vagin, après l'accouchement, comme mesure de précaution, faire encore de l'antisepsie en tamponnant l'utérus et le vagin avec de la gaze iodoformée.

Cette méthode du docteur Dührssen qu'on a qualifié de brutale n'est pas suivie par tous les grands accoucheurs Allemands, mais elle compte parmi ses adeptes un certain nombre de médecins Américains ; et, d'après Vinay, elle commencerait à s'introduire dans la pratique courante.

Elle peut exposer aux déchirures du vagin et de l'utérus et aux cicatrifications irrégulières du col.

Aux incisions profondes du col, Dührssen combine quelquefois les incisions vagino-périnéales.

* * *

Halbertsma a conseillé de faire l'opération césarienne dans les cas graves d'éclampsie.

* * *

OBSERVATION XXXVII.—Paula que nous avons citée dans l'observation V, étant en travail quand elle a ses attaques d'éclampsie, nous la chloroformisons et terminons l'accouchement par le forceps. Les convulsions ne reparaissent plus après la délivrance.

OBSERVATION XXXVIII.—Madame S. R., 25 ans, primipare, a toujours été bien portante pendant sa grossesse, et n'a présenté aucun symptôme qui pût

(1) *Deep Incision of the Parturient Cervix, for Rapid Delivery, by J. Clifton Edgar, M. D.*

faire présager l'éclampsie. Le travail de l'accouchement commence le 16 septembre 1893, vers huit heures du matin, et va lentement. A deux heures, le lendemain matin, le travail en est arrivé à la période d'expulsion quand la parturiente se plaint tout à coup de céphalalgie. Nous voulons appliquer le forceps. Au moment où nous en avertissons le mari, notre patiente tombe en éclampsie. Nous administrons le chloroforme et terminons l'accouchement. L'extraction est un peu difficile et longue. Il n'y a pas d'autres convulsions après la délivrance.

Notre malade a de la fièvre les jours suivants, et le thermomètre marque même 104° F. Le ventre se ballonne, est sensible; les lochies deviennent fétides et noirâtres, la langue mauvaise.

Les antiseptiques employés avec persévérance et souvent répétés, améliorent tous les symptômes et la sixième journée, la température est normale, le pouls bon, les lochies physiologiques. Nous considérons notre malade *sauvée*.

Le matin du huitième jour, on nous appelle en toute hâte: la malade est agonisante. Voici ce qui est arrivé: durant la nuit, le mari de la moribonde échappa par terre une lampe qu'il avait à la main. Il était dans une chambre voisine. La malade entendant le bruit et voyant la flamme qui brilla tout à coup, se leva précipitamment, voulut courir au secours; mais elle tomba évanouie. Replacée dans son lit, elle eut un frisson qui dura près de quatre heures. Ce n'est qu'après ce frisson qu'on nous manda. Il était trop tard, l'agonie arrivait.

Cette mort n'est certainement pas due à l'éclampsie; mais, la fièvre des premiers jours a-t-elle pour cause prédisposante l'éclampsie, ou est-elle produite par le traumatisme occasionné par l'accouchement long et laborieux? Nous croyons plutôt que l'éclampsie n'est ici qu'un phénomène réflexe, produit par la lenteur du travail, et qu'elle n'a rien à faire avec l'élévation de la température, pas même comme cause éloignée.

OBSERVATION XXXIX.—Juillet 1892. Joséphine, 17 ans, fille, primipare, enceinte de sept mois et demi, est en travail d'accouchement depuis douze heures, lorsqu'elle éprouve une attaque d'éclampsie dont le premier accès est léger. Nous examinons le col qui est assez effacé et dilaté de la grandeur d'une pièce de cinquante centins. Pendant le toucher vaginal, se manifeste un deuxième accès plus fort. Nous administrons de suite le chloroforme et nous achevons la dilation avec les doigts, puis nous extrayons l'enfant vivant avec le forceps.

La malade n'a pas d'accès après l'accouchement. Ses relevailles se font bien.

CONCLUSIONS

A la fin de notre travail, nous tirerons les conclusions pratiques suivantes:

1° Suivre la femme enceinte autant que possible, surtout dans la dernière moitié de la grossesse; lui enseigner les préceptes de l'hygiène de son état; surveiller principalement les reins et examiner souvent les urines; se rappeler les autres symptômes précurseurs de l'éclampsie, douleur épigastrique, etc., et ne pas oublier qu'il peut y avoir menace d'éclampsie, et même que cette dernière

peut apparaître sans qu'on trouve d'albumine dans les urines ; recommander le lait à toute femme enceinte ; et la soumettre au régime lacté absolu, quand elle présente quelques signes qui sont le présage plus ou moins éloigné de l'éclampsie ;

2° A l'approche d'une attaque d'éclampsie : recourir à la saignée, quand la gestante la peut supporter,—rares sont celles à qui on ne peut enlever au moins une dizaine d'onces de sang,—aux purgatifs, aux diurétiques, aux diaphorétiques ; essayer le chloral ; ne jamais provoquer l'avortement.

3° Quand l'attaque d'éclampsie est déclarée : veiller à ce que la malade ne se blesse pas pendant l'accès, prévenir les morsures de la langue, recourir à la saignée, aux inhalations de chloroforme, au chloral, aux purgatifs et aux diurétiques.

4° Après l'attaque : régime lacté, toniques, et surtout, quand l'accouchement est terminé, antisepsie plus rigoureuse que jamais.

BIBLIOGRAPHIE

- Cyclopædia of Obstetrics and Gynecology II.
 Churchill—Traité pratique des maladies des femmes.
 W. F. Nægle & W. L. Gresser—Traité pratique de l'art des accouchements.
 Archives de Tocologie et de Gynécologie, 1893-1899.
 Charpentier, Traité pratique d'accouchement, 1889.
 Semaine Médicale, 1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895.
 Docteur A. Dührssen—Vade mecum d'obstétrique.
 American Text-book of Obstetrics.
 Dublin, J. M. Sc.—1886.
 N. York, M. J. 1895-1893-1891.
 Gaz-d'hop., Paris, 1892.
 Glasgow, M. J., 1892.
 Brit. M. J., London, 1888-1889-1876.
 Bull. et mém. Soc. Obst. et Gynécol., Paris. 1885-1893.
 Michel Peter—Leçons de Clinique Médicale, II.
 Barnes—Obstetric Medecine and Surgery.
 Manual of Practical Obstetrics—Edward P. Davis A. M., M. D.
 The uranic convulsions of Pregnancy, Parturition and Childbed, by Dr.
 Carl R. Braun.
 The puerperal diseases—Fordyce Barker.
 The science and art of midwifery—Lusk (1895).
 A manual of Midwifery—Schrøder—translated by C. H. Carter.
 Traité pratique et théorique de l'art des accouchements—Cazeaux.
 Répertoire Universel d'Obstétrique et de Gynécologie.
 Practical Midwifery—Reynolds.
 Annual of the Universal Medical Sciences—Sajous.
 Materia Medica and Therapeutic—Bartholow.
 Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'Eclampsie Puerpérale, par le
 Docteur G. Bouffe, de St-Blaise.
 Revue de Thérapeutique—1895.
 Revue Médico-Chirurgicale des maladies des femmes, 1895.
 Ribemont-Dessaignes et G. Lepage—Précis d'Obstétrique, 1896.
 Playfair's System of Midwifery (Harris).

Deep Incision of the Perturient Cervix, for rapid Delivery, by J. Clifton Edgar, M. D., New-York.

Cazeaux et Tarnier—Mundé—Theory and Practice of Obstetric.

Note on the Treatment of Puerperal Eclampsia, by Charles Jewett, A. M., M. D.

The treatment of Puerperal Eclampsia, by Thad. A. Reamy, M. D., LL.D.

Note sur les titres et les travaux scientifiques de M. le Dr Porak.

Southern Surgical and Gynecological Transactions 1889.

Gynecological Transactions.

Principes sur l'art des accouchements par J. L. Baudelocque.

Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches par le Dr

Ch. Vinay.

Interview épistolaire de l'auteur avec le Dr J. Clifton Edgar, New-York.

“ “ “ “ Dr C. Maygrier, Paris.

“ “ “ “ Dr A. Martin, Berlin.

“ “ “ “ Dr D. Marsil, Canada.

“ “ “ “ Dr Auvar, Paris.

“ “ “ “ Dr Champetier de Ribes, Paris.

“ “ “ “ Dr Geo. J. Engelman, Boston.

“ “ “ “ Dr Thomas A. Ashby, Baltimore.

“ “ “ “ Dr Charles Jewett, Brooklyn.

“ “ “ “ Dr A. Vallée, Québec.

“ “ “ “ Dr Thad. A. Reamy, Cincinnati.

“ “ “ “ Dr Henry C. Cœ, New-York.

Analecta Juris Pontificii—Novembre 1895.

Australas M. Gaz., Sydney, 1885-6-1894.

Med. & Surg. Reporter, Philad. 1884.

Weekly M. Rev. Chicago, 1884.

Am. J. Obst. N. Y., 1884.

Proc. M. Soc County Kings, Brooklyn.

Thera. Gaz., Detroit, 1880.

Bristol M. Chir. J., 1883.

Le Progrès Médical.

Leçons Cliniques—Chantreuil, 1881.

Nouvelles Arch. d'Obt. et de Gynec., Paris, 1893.

Med. Chron., Manchester, 1892-93.

Méd. Mod., Paris, 1893.

Presse Méd. Paris, 1894.

Tr. Louisiana M. Soc. N. Ori. 1887.

Practitioner, London, 1889.

Lyon Méd. 1889.

Med. News, Phila., 1889.

Tarnier et Budin—Traité de l'art des accouchements.

L'Union Médicale du Canada.

American System of Obstetrics, Hirst.

Schrœder, accouchements.

Pajot. Travaux d'Obstétrique.

Pregnancy Labor and the Puerperal State,—Grandin and Jarman.

Budin. Leçons de Clinique Obstétricale.

Auvar, Travaux d'Obstétrique.

La thyroïdine est un principe organique iodé qu'on extrait des glandes thyroïdes des moutons. Ne pas confondre avec thyroïdine.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES

Du Globe oculaire

PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE

CYANURE D'HYDRARGYRE

JÉHIN PRUME

Ex-chef de clinique du Dr Abadie

(Suite et fin.)

Nous avons passé à la hâte sur deux questions, d'une importance telle que nous croyons nécessaire de leur consacrer quelques lignes spéciales. Nous voulons parler de *l'hydrargyrisme* et du moment à choisir pour cesser le traitement. Tous les troubles pouvant être causés par le mercure, dit *Fournier*, peuvent se ranger sous les quatre chefs que voici :

I. EFFETS PTYALIQUES : Ce sont la salivation et la stomatite mercurielle. Stomatite totale ou limitée avec goût métallique, odeur *sui-generis* : Il est important de cesser le traitement lors des premières manifestations, d'entretenir la bouche et les dents dans des conditions d'hygiène absolue. On fait usage à cet effet de poudres à dents et de gargarismes. Voici quelques formules que nous croyons utiles :

Poudres à dents :

Professeur Fournier, (Fac. de Paris.)

Poudre de Charbon Pulvérisé.....	}	ââ	60 grammes
Poudre de Quinquina.....			
Essence de Menthe.....			Q. S.

Professeur Panas, (Fac. de Paris.)

Poudre de Quinquina.....	}	ââ	15 grammes
Poudre de Cachou.....			
Poudre de Tannin.....			1 gramme
Essence de Menthe.....			5 gouttes

Gargarismes :

Jules Simon : (Hop. des Enf. mal.—Paris.)

Eau de Botot.....	200 grammes
Alcool de cochléaria.....	10 "
Teinture de Quinquina.....	8 "
Teinture de cachou.....	4 "
Teinture de zenjoin.....	2 "

Professeur Fournier : (Fac. de Paris.)

Glycerine pure.....	30 grammes
Borate de Soude.....	10 "

Personnelle :

Teinture d'Iode	} à à	5 grammes
“ de Myrrhe		
Acide Borique.....		10 grammes
Chlorate de Potasse.....		20 “
Eau distillée		200 “

Pour se gargariser toutes les heures.

II. TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX : Se manifestant par des coliques, crampes d'estomac, diarrhées. Les opiacés rendent ici de grands services, il est aussi nécessaire de suspendre quelque temps le traitement ou de le surveiller.

III. TROUBLES DE LA NUTRITION : Chloro-anémie toxique, saturation mercurielle. Cesser le traitement. Toniques.

IV. ACCIDENTS CUTANÉS : Accidents très rares, mais pouvant donner beaucoup de mal au médecin, par la difficulté du traitement. Ces accidents se manifestent par une série de troubles cutanés, ayant l'apparence d'érythèmes polymorphes desquamatifs, eczéma granité, scarlatine (dite mercurielle), dermatite exfoliatrice.....

Le traitement mercuriel doit pour agir être prolongé pendant un laps de temps plus ou moins long ; même lorsque les symptômes de la maladie semblent être disparus. Il faut espacer les injections. Tout d'abord une tous les deux jours, puis tous les trois, quatre et huit jours.

Faut-il cesser entièrement le traitement ?

Ceci est une question des plus importantes et nous croyons prudent de dire, qu'il est préférable de continuer les injections pendant ou après la disparition des symptômes ; en en faisant une tous les quinze jours.

Quant au moment du jour où l'on doit pratiquer l'injection, il n'y en a pas de précis. Nous les faisons généralement deux heures après les repas.

* * *

OBSERVATIONS

(Prises par nous à la clinique du Dr Abadie.)

OBSERVATION I.—M. B. H., garçon de recette dans une banque de Paris, âgé de 33 ans. Est venu consulter le Dr Abadie, dans le courant du mois d'octobre 1894, pour une paralysie complète de la troisième paire, côté gauche.

Le malade nous donne sur ses antécédants les indications les plus précises.

C'est en 1882, que pour la première fois il ressentit les manifestations de la syphilis. Il s'en fut consulter son médecin ordinaire qui lui prescrivit des pilules de Ricord et de l'iodure de potassium.

Le malade suivit le cours classique de la maladie, chancre, roséole, plaques muqueuses, chute des cheveux, céphalées nocturnes, etc., etc. Au bout de six

mois de ce traitement le malade voyant disparaître tous les symptômes de l'affection, cessa de se soigner.

En 1884, deux ans plus tard, il eut une paralysie de la troisième paire, cette fois du côté droit. Il fut traité par l'iodure et les frictions et opéré de strabisme avec de très bons résultats.

En 1894, dix ans plus tard, dans le courant du mois d'août, il ressentit des troubles de l'*œil gauche*, strabisme, ptosis. Il recommença l'iodure et les frictions, mais sans résultat. C'est alors qu'il vint à la clinique du Dr Abadie.

Son état général laisse fort à désirer. Il est toujours fatigué, douleurs fulgurantes dans les jambes, d'une intensité telle qu'il ne peut dormir durant la nuit.

Traitement : Injections intra-veineuses, une tous les deux jours. Iodure de potassium, électrisation péri-orbitaire.

Après six injections l'état général est sensiblement amélioré, plus de lassitude, il est beaucoup plus fort, moins de douleurs dans les jambes et il peut dormir la nuit.

Après la dixième injection plus de douleurs fulgurantes.

Après la douzième le ptosis commence à diminuer.

Après la vingtième il n'existe plus de ptosis, mais le strabisme, quoique considérablement diminué, existe toujours.

Premier repos de quinze jours.

Il nous revient état général bon, mais le ptosis est légèrement revenu.

Après la deuxième série plus de ptosis, presque plus de strabisme.

Nouveau repos, nouvelle série, après *soixante-quatre injections* intra-veineuses son état local et général est superbe. Les injections n'ont jamais produit chez ce malade le moindre trouble.

OBSERVATION II.—M. E. V., âgé de 40 ans, employé de l'Etat, département des postes, vint consulter le Dr Abadie, le 2 mai 1893.

Diagnostic : Irido-choroïdite syphilitique.

C'est vers le mois de juillet 1883 que le malade eut les premiers symptômes de la syphilis. Son médecin lui prescrivit des pilules de protoïdure et de l'iodure de potassium. La période secondaire fut chez lui presque nulle, roséole à peine apparente, presque pas, ou pas de chute des cheveux. Absolument rien du côté de la bouche, ni du pharynx, pas de céphalées nocturnes.

Deux ans plus tard, en 1885, vers le milieu du mois d'août, il fut atteint d'une double iritis, suivie, à quelque jours d'intervalles, d'un violent rhumatisme. On lui donna des frictions d'onguent napolitain sur le front et les tempes, à l'intérieur, de l'iodure de potassium et du salicylate de soude. Après quelques jours de traitement, tous les phénomènes disparurent, mais en laissant l'œil gauche très faible.

Le 15 juillet 1890, il était de nouveau atteint d'une violente poussée de rhumatisme, et le 2 août, nouvelle attaque d'iritis sur les deux yeux. Même traitement que précédemment, guérison, mais l'œil gauche est encore diminué.

Le 25 novembre 1892, nouvelle attaque de rhumatisme suivie d'iritis, même

traitement. L'œil gauche est entièrement perdu, l'œil droit est fortement diminué.

Le 2 mai 1893, poussée d'iritis et de rhumatisme, le malade vient consulter le Dr Abadie, qui lui ordonne des *injections sous-cutanées* de cyanure d'hydrargyre. Après *soixante-treize* de ces injections il peut lire de l'œil droit mais ne voit rien du gauche.

Ayant été obligé de s'absenter et par ce fait de discontinuer le traitement, il nous revient en novembre 1894, *complètement aveugle*, avec nouvelle attaque d'iritis et de rhumatisme.

On procéda alors aux *injections intra-veineuses* : Après trois séries d'injections, il peut se conduire. Le 1er mai 1895 on pratique une iridectomie de l'œil droit, et cela lui permet de se livrer à certains travaux.

Il vient généralement à la clinique une fois par semaine. Son état général est très bon, il n'a jamais souffert des injections intra-veineuses.

OBSERVATION III.—M. Jacques T., peintre en bâtiments, âgé de 30 ans, constate le 20 mars 1894 que sa vue très bonne jusque-là, baisse très fortement. Croyant que cet état n'était dû qu'à la fatigue due à son état, il ne s'en préoccupa guère, et se contenta de se reposer pendant quelques jours et de porter des conserves en travaillant. Comme l'affection au lieu de diminuer ne faisait que croître, très inquiet il s'en fut consulter un spécialiste qui lui fit une série d'injections sous-cutanées de strychnine et lui prescrivit de l'iodure de potassium. Cette médication n'ayant donné aucun résultat, le patient de plus en plus désespéré, s'en vint consulter le Dr Abadie.

DIAGNOSTIC : *Chorio-rétinite syphilitique avec retentissement sur le nerf optique.*

ACUITÉ VISUELLE.

3 Avril 1895 (Echelle de Wecker)

O. D. V = N. D. à 1 mètre 50

O. G. V = N. D. à 1 mètre 50

Après 16 injections *intra-veineuses*.

13 Mai 1895

O. D. V = N. D. à 1 mètre 75

O. G. V = N. D. à 2 mètres

8 Juillet 1895

O. D. V = N. D. à 2 mètres

O. G. V = N. D. à 2 mètres 50.

Etat général excellent, le malade va de mieux en mieux.

OBSERVATION IV.—M. G., employé de commerce, âgé de 32 ans, vient le 20 octobre 1892, consulter le Dr Abadie, à sa clinique du Faubourg St. Germain, pour une double chorio-rétinite, avec retentissement sur le nerf optique de l'œil gauche.

C'est en Algérie, où il faisait son service militaire, que le malade nous avoua avoir contracté la syphilis. Il fut soigné par le major de son régiment qui lui fit suivre le traitement classique. Il passa successivement par les deux premières périodes de l'affection.

En 1885, lors de son retour en France, voyant que sa vue s'affaiblissait il s'en fut consulter un spécialiste qui lui prescrivit, électrisation péri-orbitaire, et Bromure de Strontium. Le malade suivit le traitement sans résultat jusqu'en 1892. Découragé il vint à notre clinique.

20 Octobre 1892

O. D. V = $\frac{1}{4}$ à 5 mètres

O. G. V = à peine l'ombre de la main.

L'état général du patient est mauvais, rhumatisme, il est faible, douleurs la nuit dans les jambes.

TRAITEMENT : *Injections sous-conjonctivales* de sublimé (1 p. 1000) Iodure de Potassium, salicylate de Soude, électricité

8 Novembre 1892 :

O. D. V = $\frac{1}{4}$ à 5 mètres

O. G. V = rien.

On continue le même traitement.

29 Décembre 1892 :

O. D. V = $\frac{1}{4}$ à 5 mètres

O. G. V = rien.

Voyant que l'on obtenait aucun résultat après 72 *injections sous-conjonctivales*, on eut recours aux *injections sous-cutanées* de peptonate d'hydrargyre (1 p. 100.) (Dose 1 centigr.)

27 Janvier 1894 :

O. D. V = $\frac{1}{2}$

O. G. V = Distingue un peu la main.

Après cent trente *injections* :

O. D. V = $\frac{1}{2}$

O. G. V = Ombre de la main.

Injections intra-veineuses :

20 Février 1895 :

O. D. V = $\frac{1}{2}$

O. D. V = Compte les doigts à 20 centim.

8 Avril 1895 :

O. G. V = $\frac{2}{3}$

O. G. V = Compte les doigts à 50 centim.

Etat général excellent.

OBSERVATION V.—Madame E. G., femme de chambre, âgée de 28 ans, vient le 2 janvier 1895, consulter le Dr Abadie pour des troubles de la vision d'une intensité telle qu'il ne lui est plus possible de se conduire seule.

L'examen ophtalmoscopique révèle une double névrite optique.

Adroitement interrogée sur ses antécédants, la malade nous donne les renseignements suivants :

Le 24 août 1894, elle accoucha d'un enfant mort-né de huit mois, peu de temps après, elle fut prise d'une très forte éruption cutanée avec céphalées nocturnes et chute des cheveux.

Dans les premiers jours du mois de novembre, elle s'aperçut que sa vue diminuait et peu de temps après elle devenait complètement aveugle.

On institue chez elle le traitement mixte, iodure de potassium et frictions mercurielles. Après quinze jours du traitement, une gingivite très forte l'oblige à suspendre le traitement, sans avoir cependant obtenu le moindre résultat du côté des yeux.

Après un repos de quelques jours nous mettons la malade aux injections intra-veineuses.

15 Mai 1895 :

$$\begin{array}{l} \text{O. D. V} = \frac{1}{2} \\ \text{O. G. V} = \frac{1}{2} \end{array} \left\{ \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right. \text{à } 5 \text{ m.}$$

La malade eut en tout soixante injections intra-veineuses sans avoir éprouvé le moindre malaise.

OBSERVATION VI.—Mlle Marthe Le P., comptable, âgée de 19 ans, vint consulter le Dr Abadie, le 9 mai 1895, se plaignant que sa vue baisse de jour en jour et qu'il ne lui est presque plus possible de se livrer à aucun travail. Lorsqu'elle veut écrire elle voit une foule de mouches courant sur son papier, cela lui procurant une obsession telle, que sa santé générale en souffre énormément. D'une apparence robuste, elle a cependant de fréquents accès de faiblesse, des maux de tête, des étourdissements. Elle n'a jamais été vraiment malade, ni frères ni sœurs, tous morts en très bas âge. Son père est tabétique et en plus est atteint de la manie des persécutions.

La jeune fille ne présente comme signes de spécificité, qu'un type les plus parfaits de dents dites d'Hutchinson.

DIAGNOSTIC : *Chorio-rétinite avec trouble du corps vitré, d'origine syphilitique héréditaire.*

C'est en 1893, qu'inquiète sur l'état déplorable de sa vue, elle consulte un spécialiste qui lui fit faire des frictions mercurielles pendant quinze mois et iodure de potassium sans le moindre résultat que des stomatites.

Le Dr Abadie, lui fit faire des injections intra-veineuses. Après les dixièmes elle pouvait reprendre son travail. Malheureusement son système vasculaire était fort peu développé, nous fûmes obligés de suspendre les injections intra-veineuses. Depuis lors l'amélioration s'est maintenue, grâce à des injections sous-cutanées de cyanure d'hydrargyre, mais aucun progrès ne s'est réalisé avec ces dernières.

OBSERVATION VII.—Melle Eliza G., femme de chambre, âgée de 24 ans, vers le 5 janvier 1895, commença à s'apercevoir que sa vue baissait considérablement. Ce n'est que trois mois plus tard, c'est-à-dire le 23 avril, qu'elle vint à la clinique du Dr Abadie, décidée de tout faire pour sauver ce qu'il lui restait de vision.

Diagnostic : Atrophie des nerfs optiques... d'origine la malade a un bon aspect général, son père, sa mère, ses frères sont tous bien mais elle a eu il

Il y a quelques mois, une légère éruption cutanée, avec maux dans la bouche et dans la gorge, céphalées nocturnes, chute des cheveux.

Traitement : Electricité, iodure de potassium, injections sous-cutanées de strychnine, injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre.

Le jour de son entrée à la clinique :

$$\text{O. D. V} = \frac{1}{2}$$

$$\text{O. G. V} = \frac{1}{2}$$

Après première série d'injections :

$$\text{O. D. V} = \frac{1}{2}$$

$$\text{O. G. V} = \frac{1}{2}$$

Après six mois de traitement :

$$\text{O. D. V} = \frac{2}{3}$$

$$\text{O. G. V} = \frac{2}{3}$$

L'état général est parfait.

OBSERVATION VIII.—M. L., employé de commerce, âgé de 47 ans, s'aperçut subitement, vers le milieu de l'été de 1888 qu'il devenait aveugle. Fort inquiet, il s'en fut consulter un spécialiste qui porta le diagnostic d'atrophie des nerfs optiques et qui lui donna comme traitement des injections sous-cutanées de strychnine et de l'électrisation péri-orbitaire.

Au bout de trois mois, voyant que sa vision, au lieu de progresser, diminuait de jour en jour, il abandonna son médecin et s'en fut trouver un autre, qui lui prescrivit le même traitement en y ajoutant toutefois de l'iodure de potassium.

Après avoir suivi sans aucun résultat ce traitement, il s'en fut trouver un troisième oculiste qui lui fit continuer le second traitement, mais en y ajoutant des frictions avec de l'onguent napolitain.

Le 13 octobre 1893, il venait s'enregistrer à la clinique du Dr C. Abadie.

Diagnostic : Chorio-rétinite spécifique.

Traitement : { Injections sous-conjonctivales, 16 sans résultat.
Injections sous-cutanées, 130 sans résultat.

Injections intra-veineuses : Voici les résultats obtenus par chacune des méthodes, depuis l'arrivée du malade.

13 Octobre 1893 :

$$\text{O. D. V} = \frac{1}{6}$$

$$\text{O. G. V} = \frac{1}{8}$$

Après les injections sous conjonctivales :

4 Novembre 1893 :

$$\text{O. D. V} = \frac{1}{6}$$

$$\text{O. G. V} = \frac{1}{3}$$

Après les injections sous-cutanées :

$$\text{O. D. V} = \frac{1}{3}$$

$$\text{O. G. V} = \frac{1}{3}$$

Après *trente-trois* injections intra-veineuses :

30 *Mai* 1895 :

O. D. V = $\frac{1}{6}$

O. G. V = $\frac{1}{4}$

Etat général superbe.

OBSERVATION IX.—Michel I. ; 38 ans, bijoutier à Paris, rue Notre-Dame de Nazareth, vient nous consulter le 28 septembre 1895.

Atrophie double des nerfs optiques d'origine syphilitique. Le malade nous avoue avoir contracté cette affection il y a une dizaine d'années. Etat général mauvais, fortes douleurs dans les reins, dans les jambes, ces douleurs sont d'une intensité telle, qu'il lui est quelque fois impossible de dormir.

Après dix injections intra-veineuses, l'acuité avait passé de

28 *Septembre* 1895 :

O. D. V = Compte les doigts à 25 centim.

O. G. V = $\frac{1}{6}$ à 5 m. (Echelle de Wecker)

à

O. D. V = Compte les doigts à 1 mètre

O. G. V = $\frac{1}{4}$ à 5 mètres.

Etat général excellent, plus de douleur, le malade est très satisfait.

OBSERVATION X.—Emile B., âgé de 16 ans, laitier à Paris, vient à la clinique le 27 février 1895, pour un ptosis complet de l'œil droit. Paralyse de la troisième paire.

Pas d'antécédents personnels, mais le père qui l'accompagne nous fait confidentiellement l'aveu qu'il a contracté la syphilis peu de temps avant son mariage.

Le 15 septembre 1894, le jeune malade s'en fut consulter un médecin qui lui prescrivit de l'iodure de potassium et des frictions à l'onguent napolitain; mais sans aucun résultat.

Nous le mettons aux injections *intra-veineuses* et iodure de potassium à l'intérieur, électricité péri-orbitaire.

Après 33 *injections intra-veineuses*, plus de ptosis.

Le malade est très bien, est revenu nous voir trois mois après le traitement et l'amélioration a parfaitement persisté.

OBSERVATION XI.—M. Jean G., cuisinier, âgé de 51 ans, résidant à Nice (France) vient à Paris, consulter le Dr Abadie, le 26^e septembre 1895.

Depuis 14 mois sa vue baisse à un tel point, qu'il ne peut plus lire et reconnaît difficilement quelqu'un dans la rue.

Diagnostic : Atrophie double des nerfs optiques d'origine syphilitique.

Le malade avouant avoir contracté cette maladie il y a trente cinq ans. (À l'âge de 16 ans !)

Acuité visuelle :

O. D. V = $\frac{1}{20}$

O. G. V = $\frac{1}{20}$

Après six injections intra-veineuses.

O. D. V = $\frac{1}{6}$

O. G. V = $\frac{1}{6}$

Le malade obligé de s'en retourner à Nice, part avec une lettre pour son médecin qui continua le traitement.

OBSERVATION XII.—Eliza G., cuisinière, âgée de 29 ans, habitant Paris, vient nous consulter le 24 juin 1895 pour une double irido-choroïdite d'origine syphilitique. La malade est en pleine période secondaire, elle perd ses cheveux, plaques muqueuses de la bouche et vastes syphilides de la peau.

Injections intra-veineuses : Après dix injections les cheveux ne tombent plus ; la bouche est guérie. Après dix-huit injections la peau ne présente plus trace de syphilides. Après vingt injections les yeux sont très bien. La malade a suivi les trois séries réglementaires d'injections et n'a jamais éprouvé aucun symptôme fâcheux pouvant être attribué aux injections intra-veineuses.

* * *

Les douze observations que nous venons de donner, ont été prises au hasard parmi les nombreuses observations dérivées par nous chez notre maître, M. le Dr Charles Abadie. Chacun de ces malades ont été étudiés avec soin, et présentent croyons-nous des preuves suffisantes de l'efficacité de la méthode. Nous ne voulons pas dire que les injections intra-veineuses soient une panacée, non, mais nous les croyons aptes à rendre de grands services dans la thérapeutique syphilitique tant générale que spéciale.

* * *

Les avantages réels des injections intra-veineuses, sont : une action rapide, sûre, des résultats des plus significatifs chez des malades où tous les autres traitements mercuriels n'avaient obtenu que des résultats vagues ou encore occasionné des troubles fâcheux.

Le Dr GORL de Munich, qui pratique journallement des injections intra-veineuses de sels hydrargyriques, écrivait dans *Münchener medecin Wocheuschrift* (1895 No 20, page 465.)

- I. Les injections intra-veineuses sont indolores.
- II. La quantité de mercure injectée est minime et rigoureusement dosée.
- III. La guérison des manifestations syphilitiques est obtenue très rapidement.
- IV. Les injections sont absolument inoffensives (du moins à en juger par les faits connus jusqu'à ce jour.)
- V. Le traitement n'attire pas l'attention et il n'oblige pas les malades à interrompre leurs occupations.

ON PRÉTEND QUE LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES SONT DANGEREUSES.

Le Dr M. L. DESGUIN ; (publie les *Annales et bulletins de la Société de médecine d'Anvers*) (février 1895) ; a obtenu des résultats excellents en faisant

des injections intra-veineuses de sublimé dans la *septica-pyohémie*. Sur quatre malades condamnés il en a sauvé trois. Aucune des injections ont amené chez les malades aucun trouble ni local, ni général.

Le Dr BACELLI, a préconisé les injections intra-veineuses; il pratique journellement de ces injections et prétend ne jamais avoir eu d'accidents.

Le Dr Charles ABADIE a préconisé la méthode en France.

Le Dr KEZMARSZKY a obtenu de très beaux succès en faisant des injections intra-veineuses dans des cas de septicémie purpurale grave, (inject. de sublimé.)

Le Dr DINKLER, de Berlin; *La rapidité d'action du médicament injecté par la méthode intra-veineuse s'explique, quand on considère qu'avec ce mode d'introduction, le sel de mercure se trouve immédiatement dans le sang.*

En plus le Dr Dinkler souscrit à ce qu'a dit le Dr Bacelli, lorsqu'il attribue un des principaux avantages du traitement intra-veineux, à l'action énergique exercée par la substance médicamenteuse sur la paroi des vaisseaux.

Le Dr DARIER, de Paris, n'a jamais eu le moindre accident avec les injections intra-veineuses.

Le Dr DU CASTEL, de Paris, médecin à l'Hôpital St Louis, publie dans le volume VI du *Traité de Thérapeutique appliqué* du Professeur Albert Robin :

Injections mercurielles intra-veineuses: Le professeur Guido Bacelli a recommandé les injections intra-veineuses de sublimé, Abadie s'est fait le défenseur de cette méthode; il en a surtout constaté la puissance contre les affections des yeux et le système nerveux; le sel mercuriel employé par ce savant observateur est le *cyanure d'hydrargyre*, à la dose de 1 centigramme tous les deux jours; jamais il n'y a eu d'accidents, à la condition de s'entourer de toutes les précautions d'une antiseptie rigoureuse.

* * *

En somme que reproche-t-on à la méthode intra-veineuse ?

Ce sont les dangers pouvant survenir tôt ou tard !

Quels sont ces dangers ?

Les corps étrangers.

Les bulles d'air.

Ces deux objections ne tiennent plus debout, avec l'emploi d'une seringue convenable et d'un liquide bien préparé.

Les thromboses.

Les embolies.

Voici certe deux objections plus sérieuses et qui prêtent à de nombreuses considérations, mais la médecine étant avant tout une science d'observation, ce sont les observations qui donneront raison ou tort à ces deux conjonctions.

Il est vrai que nous produisons une blessure locale d'un vaisseau pouvant donner lieu à une inflammation plus ou moins vive. Mais avec toutes les précautions antiseptiques employées de nos jours, et que nous avons largement décrite, pouvons-nous hésiter un instant ?

Pouvons-nous hésiter un instant, pour des objections peu prouvées, (les obser-

vations sont là) à ne pas donner à un malade une application thérapeutique qui peut le sauver.

Nous le répétons, avec notre révérent maître le Dr Abadie :

Les injections intra-veineuses ne sont pas une panacée, mais sont certainement appelées à rendre en thérapeutique syphilitique de très grands services. On a déjà de nombreuses preuves, il ne reste qu'à poursuivre nos travaux.

* * *

CONCLUSIONS

Les injections intra-veineuses ne doivent être faites que dans les cas graves de syphilis où l'on désire avoir un résultat immédiat.

Lorsque les autres traitements mercuriels n'ont pas donné, ou fort peu, de résultats.

Lorsque les autres modes d'applications du mercure ne sont pas acceptés par les malades.

* * *

Les injections intra-veineuses ne seront pas faites dans les cas :

Où le système veineux est peu développé.

Chez les patients souffrant d'affections cardiaques.

Chez les malades ayant des troubles du système vasculaire : artério-sclérose, varices, etc.

Commencé à Paris, terminé à Montréal le 12 juillet 1896.

Le Dr Thomas F. Rumbold est d'opinion, après vingt-trois ans de pratique, que la vaseline est l'un des meilleurs remèdes des voies respiratoires supérieures : c'est un détergent antiseptique utile et un dissolvant rapide des sécrétions nasales pathologiques. Avec un bon vaporisateur, l'application de la vaseline se fait sur toute la surface de la muqueuse et n'est pas irritante. Il est bon d'ajouter, surtout quand il y a du muco-pus, une légère quantité d'eucalyptol, à peine suffisante pour qu'on puisse en sentir le goût.

LAVAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE. (*Archiv. für Gynäkologie*, No 49, 1896.— ROVSING a entrepris une série d'expériences nouvelles dans le but de déterminer dans quelle mesure la cavité utérine est touchée par les injections qui y sont pratiquées. Il se sert, à cet effet, d'utérus fraîchement extirpés dans lesquels il injecte des liquides colorés au moyen de sondes de divers modèles, jusqu'à ce que la muqueuse ait prit la couleur. Il a constaté que plus le courant était libre et moins les irrigations pénétraient à travers la cavité. Plus il y avait de liquide injecté et plus profondément il pénétrait sous la surface. Des coupes de l'utérus montrèrent que les tissus sains étaient plus atteints que les tissus malades. Les médicaments sont mis plus complètement en contact avec la muqueuse quand ils sont introduits par des porte-topiques ou au moyen d'une seringue de Braun.

R. BL.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

SYMPTOMES DE L'OBLITÉRATION D'UNE ARTÈRE, extrait du rapport du Dr VAQUEZ au Congrès de Médecine.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 64.

Le Dr Vaquez prend pour exemple l'artère fémorale et décrit d'abord les prodromes de l'oblitération.

La douleur, dit-il, qui précède l'oblitération prend un caractère tout à fait spécial, et propre à l'ischémie déterminée par le rétrécissement progressif du vaisseau. Ce caractère, signalé en médecine vétérinaire par Boulez sous le nom de claudication intermittente et introduit dans la médecine humaine par Charcot, a une valeur nosographique vraiment démonstrative. On le retrouve surtout dans une forme spéciale de l'artérite, décrite par Friedlaender sous le nom d'artérite oblitérante progressive. Au repos, l'individu atteint ne souffre pas, les mouvements du membre sont libres, la marche elle-même à son début ne provoque pas de douleur; bientôt cependant, si le malade presse un peu le pas, un engourdissement douloureux envahit tout le membre s'accompagnant de sensations pénibles de froid ou de brûlure; cet engourdissement ne tarde pas à se transformer en une douleur intolérable sous forme de crampes musculaires qui forcent le malade à s'arrêter et à s'asseoir; à ce moment les muscles, surtout ceux du mollet, sont contracturés, rigides, leur palpation détermine une vive sensation douloureuse; le pied est refroidi, pâle, ou légèrement cyanosé, et si l'on recherche les battements de la pédicuse on les retrouve à peine. La sensibilité cutanée est d'ordinaire diminuée pendant la crise au niveau des parties refroidies. Après quelques minutes de repos, les symptômes précédents disparaissent pour reparaitre aussi facilement si le malade, se croyant guéri, veut reprendre sa marche.

Après avoir fait remarquer que la thrombose est beaucoup plus lente dans les artères que dans les veines, le Dr Vaquez décrit ensuite l'oblitération de l'artère elle-même.

L'oblitération de l'artère est annoncée par un redoublement de la douleur qui prend un caractère d'acuité extrême, surtout au point où siège l'obstruction. Le membre malade présente alors un gonflement notable: la peau, d'abord de couleur normale, prend une coloration violacée ou bleuâtre avec des marbrures ou des plaques qui gagnent rapidement en étendue; au niveau du pied et des artères, la cyanose est plus marquée, la sensibilité est plus vive: la gangrène est imminente. Celle-ci a pour signes, avec les douleurs violentes dont nous venons de parler, l'abaissement extrême de la température et l'insensibilité des parties en voie de sphacèle. A ce moment l'artère donne à la palpation la sensation d'un cordon dur sur une étendue plus ou moins grande de son parcours.

Parmi les causes qui peuvent amener la coagulation du sang dans les vaisseaux, le Dr Vaquez place les altérations chimiques ou physiques du sang et les lésions de la paroi interne des vaisseaux par une cause spécifique ou autre.

L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS, conclusions du rapport du Dr Paul GARNIER au Congrès des Médecins Aliénistes de France.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 62.

Le Dr Paul Garnier, après avoir développé dans son remarquable rapport

la nécessité d'isoler les malades pour les traiter, ainsi que les chances de guérison que l'on rencontre chez eux, conclut de la manière suivante.

Dans l'état actuel de nos connaissances en psychiatrie, l'isolement reste comme la meilleure et la plus essentielle des mesures à appliquer, dans la plupart des cas, au traitement de la folie. Son efficacité est d'autant plus grande qu'il est effectué à une date plus rapprochée du début de l'affection mentale.

La qualification de "dangereux," appliquée à telle ou telle catégorie d'aliénés, ne suffit pas à déterminer exactement quels sont les malades qui doivent être internés à l'exclusion des autres, attendu que, d'une part, on ne saurait affirmer qu'un aliéné réputé inoffensif ne peut devenir, à un moment donné, une cause de danger, et que, d'autre part, c'est un devoir d'assistance d'hospitaliser des aliénés indigents qui, pour n'avoir pas troublé l'ordre de la rue ou menacé la vie des personnes, n'en ont pas moins besoin de ces soins spéciaux sans lesquels leur maladie s'établit le plus souvent à l'état chronique.

LA SÉMÉIOLOGIE DES TREMBLEMENTS, extraits du rapport du Dr LAMACQ au Congrès des Médecins Aliénistes de France.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 62.

Le Dr Lamacq classe les tremblements de la manière suivante : 1^o tremblements au repos (type de la paralysie agitante) ; 2^o tremblements dans les mouvements volontaires (type de la sclérose en plaques) ; 3^o contractions anormales au repos (chorée) ; 4^o contractions anormales dans les mouvements (ataxie).

Il divise encore les tremblements, suivant le nombre de leurs vibrations, en : 1^o tremblements lents, 3 à 5 oscillations par seconde (paralysie agitante, tremblement sénile, etc.) ; 2^o tremblements moyens, 6 à 7 oscillations (sclérose en plaques) ; 3^o tremblements rapides, dits vibratoires, 8 à 9 oscillations (goître exophtalmique, paralysie générale).

Le Dr Lamacq fait observer avec justesse que cette classification ne peut pas s'appliquer d'une manière absolue à tous les cas ; on rencontre des exceptions. Puis, après une étude rapide des tremblements (des mains, des paupières, de la langue), de leurs rapports entre eux et avec les mouvements anormaux, il arrive aux conclusions suivantes :

En résumé, la valeur séméiologique des tremblements est variable parce qu'il y a de nombreuses formes de transition entre les divers types décrits, parce certaines formes sont encore mal définies et mal connues. Ils peuvent dans beaucoup d'affections, n'être qu'une manifestation épisodique sans grande importance. D'autres fois, au contraire, ils constituent un symptôme de haute valeur quand leur présence est constante dans une affection.

Il serait utile aussi de savoir dans quel cas de tremblement est un symptôme purement fonctionnel, dans quel cas il est la manifestation précise d'une lésion organique. Il est impossible aujourd'hui de rien dire à ce sujet de bien scientifique.

Le tremblement à forme vibratoire est extrêmement fréquent chez des sujets en apparence normaux. Peut-être est-on en droit de considérer le tremblement émotif, le neurasthénique et celui du goître exophtalmique comme une simple accentuation de ce tremblement que l'on rencontre chez plus de 40 0/0 des personnes en bonne santé.

Le tremblement de la paralysie générale paraît vraiment caractéristique, au moins sur les traces graphiques où l'on observe les "décharges" sur lesquelles a insisté M. Chambard.

Quant à la trépidation épileptoïde, sa valeur séméiologique est très grande, parce que son aspect clinique est nettement défini et que, de plus, elle correspond d'une façon presque absolue à la sclérose des cordons latéraux.

SIGNIFICATION DE LA DOULEUR ABDOMINALE AIGÜE ET SUBITE, résumé d'un article du professeur ROBINSON, de Chicago.—*University Medical Magazine*. Vol. VIII, No 12.

L'auteur fait remarquer qu'il est souvent fort difficile d'établir un diagnostic certain dans les cas de douleur aiguë et subite dans l'abdomen. Le malade ne peut renseigner le médecin qu'imparfaitement, et celui-ci est obligé de faire appel à toute son expérience pour tirer une conclusion pratique.

En général, le patient localise la douleur vers le nombril, c'est-à-dire au-dessus du plexus solaire, le cerveau du ventre. Mais la douleur peut venir de l'une des trois régions suivantes : pelvienne, caeco-appendiculaire, de la vésicule biliaire, et elle doit être attribuée à un état anormal du péritoine provoqué par une lésion du viscère sous-jacent. Cependant, comme la douleur peut originer de plusieurs organes ou de plusieurs points d'un même organe, il faut un diagnostic précis et un jugement sûr pour établir la nature du trouble. Personne ne peut dire quel espèce de bois il y a sous le tapis d'une table.

L'auteur conseille deux moyens qui peuvent aider à localiser la lésion qui provoque la douleur. C'est d'abord de chercher par la pression le point le plus douloureux. C'est ensuite d'examiner s'il existe sur quelque point de la paroi abdominale une tension musculaire, tension dont le but est d'immobiliser la partie malade sous-jacente, et qui est amenée par un acte réflexe.

Le vomissement existe souvent, mais ne renseigne guère sur la localisation de la douleur.

L'auteur place parmi les causes de la douleur soudaine de la péritonite aiguë : *a*, l'étranglement de l'intestin dans une ouverture (inguinale, fémorale, obturative, sacro-sciatique, ou par une bande de tissu cicatriciel (comme à la suite d'une péritonite ancienne), *b*, l'invagination (survient surtout chez les enfants); *c*, le volvulus (très rare); *d*, la perforation (fièvre typhoïde, ulcère de l'estomac, appendicite).

Passant ensuite en revue ces différentes causes, de manière à les étudier en détail, l'auteur fait remarquer les points importants qu'il faut fixer dans sa mémoire. Les hernies sont généralement faciles à diagnostiquer. Dans les cas d'étranglement intestinal provoqué par du tissu cicatriciel dû à une ancienne péritonite, les vomissements violents et les coliques intenses, sans changement appréciable de la température et du pouls, joint à l'existence antérieure de la maladie, mettront le médecin sur la piste. L'invagination est une maladie de l'enfance, survenant surtout dans la première année: la colique est subite, périodique, le vomissement peu prononcé, et la présence du sang dans les selles est un signe presque pathognomonique. La perforation dans les maladies infectieuses demande une intervention chirurgicale immédiate sous peine de mort. Dans les cas d'appendicite le diagnostic est surtout guidé par la localisation de la douleur dans la fosse iliaque droite, à mi-chemin entre l'épine iliaque supérieure et antérieure et l'ombilic.

L'auteur, revenant ensuite aux autres causes de la douleur aiguë, décrit celle de la colique hépatique comme étant lancinante, peu intense, avec retentissement dans le dos. Les malades d'ailleurs, dans ces cas-là, localisent assez bien leur douleur.

La douleur qui origine des organes génitaux urinaires revient par paroxysme et est quelquefois agonisante.

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE, extrait d'un article du Dr RIESMAN, de Philadelphie.—*University Med. Magaz.*, vol. VIII, No 12.

Le traitement doit être hygiénique, diététique et médical.

HYGIÈNE — La mesure la plus importante est le repos absolu; c'est aussi nécessaire que le sommeil pour l'homme en bonne santé. Il faut défendre au malade de voir ses amis et même de lire. Dans les cas sévères, on emploie le traitement de Weir Mitchell: repos au lit, massage, électricité, diète abondante.

Il est nécessaire dans les cas de neurasthénie que le médecin ait beaucoup d'influence sur son malade. Le neurasthénique est très-susceptible à la suggestion. Il faut prêter une oreille attentive aux longues plaintes du malade, et éliminer avec soin par un examen minutieux les nombreuses maladies dont il prétend souffrir.

Dans les cas où le repos absolu n'est pas nécessaire ou est impossible, le malade prendra chaque jour une somme de repos fixée à l'avance. Cette mesure est très utile, surtout chez les femmes.

Le bain sera court, et on le fera suivre d'une douche d'orage froide ou d'une douche en jet, froide aussi. On fera suivre ces douches de frictions.

DIÈTE.—La diète doit être nutritive. À part cela, il n'y a aucune indication particulière. On prescrira une alimentation en conformité avec les goûts et les besoins du malade.

MÉDICAMENTS.—Il n'y a pas de traitement routinier, il faut savoir apprécier les cas. Les bromures et les préparations du goudron rendent des services chez la grande majorité des neurasthéniques.

L'application d'eau chaude avec une éponge sur la surface du corps ou une serviette pliée sur la figure suffit souvent pour combattre l'insomnie, on prescrira les hypnotiques, si c'est nécessaire, mais on évitera la morphine.

La tendance à la lithiase biliaire ou rénale sera combattue à l'aide des eaux minérales alcalines.

La dyspepsie nerveuse demande une diète régulière; les acides minéraux agissent bien dans certains cas, les antiseptiques sédatifs dans d'autres. Surveiller la constipation.

Quand il y a des troubles des fonctions sexuelles, les bromures combinés à l'hyoscine sont très utiles. On obligera le malade à dormir sur le côté en lui nouant une serviette dans le dos, on appliquera les douches froides sur la colonne vertébrale et le périnée. Ce sont des cas où l'exercice au grand air est très utile.

TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE RHUMATISMALE, analyse d'un article du Dr LEREBoullet publié dans la *Gazette hebdomadaire*.—*L'Abeille Médicale*, août 1896.

Au premier signe d'endocardite il faut prescrire les révulsifs, sauf le vésicatoire, qui est contre-indiqué au début.

On appliquera à la région précordiale des ventouses scarifiées au nombre de 12 à 15 tous les 3 ou 5 jours. Si le malade est trop pusillanime pour supporter ces applications répétées de ventouses scarifiées on pourra essayer l'application d'une vessie de glace qui sera maintenue jour et nuit sur la région précordiale, séparée de la peau par une feuille d'ouate.

La révulsion précordiale peut être aussi obtenue par des applications fréquemment renouvelées de compresses trempées dans du chloroforme ou dans l'alcool à 90° ou encore par des pulvérisations de chlorure d'éthyle.

L'essentiel est de maintenir une révulsion persistante jusqu'à ce que toute trace d'endocardite ait disparu.

En même temps on ordonnera le repos absolu au lit, sans excitation physique ou morale d'aucune espèce. Le régime sera le lait pur s'il est bien supporté ou, dans le cas contraire, le régime végétarien (laitages, œufs, légumes en purée, compotes de fruits); on ne fera boire que du lait coupé d'eau ou de l'eau pure.

Pour favoriser la diurèse on fera prendre de la lactose en abondance pour sucrer les boissons ou le lait. Les boissons seront prises chaudes (tisane de reine des prés, de queues de cerises, de fleurs de genêts, etc.)

M. Lereboullet conseille de recourir dès ce moment à l'infusion de feuilles de digitale et au salicylate de quinine en raison de l'action de ces médicaments sur le cœur, mais sans suspendre la médication salicylée, qui doit être continuée tant que persistent les fluxions articulaires et les altérations des bruits du cœur.

Il prescrit tous les 3 ou 4 jours et pendant 24 heures seulement la potion suivante :

Poudre de feuilles de digitale récemment préparée par
des feuilles fraîches et bien dépourvues de nervures. 8 grains
Faire infuser pendant un quart d'heure dans Eau
à + 80° 4 onces

Filtrer, laver le filtre, et ajouter :

Sirop d'aconit }
Sirop des cinq racines } à 4 drachmes

Faire prendre par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Les jours où l'on ne prescrira pas cette potion, on fera prendre 3 fois par jour un des cachets suivants :

Salicylate de quinine..... 3 grains
dans un cachet.

S'il arrivait qu'une lésion d'orifice caractérisée par un soufuffle râpeux localisé se manifestât nettement, il ne faudrait pas hésiter à appliquer à la région précordiale un large vésicatoire bien camphré et recouvert d'une feuille de papier huilé. Ce vésicatoire serait entretenu pendant plusieurs semaines.

On ferait prendre immédiatement aussi, à la place du salicylate de soude, de l'iode de potassium d'après la formule suivante.

Iodure de potassium..... 2 drachmes
Arséniate de soude $\frac{1}{2}$ grain
Sulfate neutre d'atropine..... $\frac{1}{4}$ grain
Eau distillée 5 onces

Une cuillerée à café à prendre à chacun des deux principaux repas pendant 15 jours consécutifs. Interrompre pendant 8 jours et recommencer ensuite.

Plus tard, si la lésion ne cède pas, on pourra remplacer l'iode de potassium par les sirops ou les vins iodotanniques ou encore par la teinture d'iode prise à doses progressivement croissantes et jusqu'à dix gouttes par jour (cinq à chaque repas dans un peu de vin.)

MOYEN DE RENDRE INNOFFENSIVE LA VÉSICATION CANTHARIDIENNE, résumé d'une leçon du Dr GINGEOT reproduite par le *Journal des Praticiens*.—*L'Abeille Médicale*, août 1896.

L'élément actif de la cantharide, c'est la cantharidine, substance qui, en présence des bases, se comporte comme un acide.

C'est ainsi que quand un vésicatoire est appliqué sur la peau, la cantharidine pénètre dans le sang, milieu alcalin, où elle forme un sel. Ce nouveau sel sera éliminé nécessairement par un émonctoire ; si, à ce moment, il est dans un liquide alcalin, il ne produira aucun effet fâcheux ; si, au contraire, il se trouve en présence d'un liquide acide, il se décomposera, et la cantharidine, redevenue libre, irritera l'organe qu'elle trouvera.

Dans l'organisme deux sécrétions sont acides : la sueur et l'urine.

Moins délicate que les muqueuses, la peau supporte assez bien le passage d'une sueur ainsi contaminée ; encore faut-il noter qu'au cas où elle est le siège de lésions, celles-ci peuvent ressentir l'influence du principe cantharidien, et, de l'état chronique, passer à l'état aigu ou subaigu, particularité quelquefois utilisée en thérapeutique dermatologique. Les muqueuses des voies urinaires ne sont pas aussi accommodantes, et souffrent facilement de leur contact avec la cantharidine dissoute. Le degré de la souffrance varie naturellement selon les individus : à peine marquée ou même nulle chez les uns, elle est atrocement vive chez les autres. Enfin, chose plus grave, l'irritation peut dépasser la dysurie.

douloureuse, l'hématurie ou l'albuminurie passagère, et aboutir à la constitution de néphrites redoutables.

L'indication, qui découle de cette donnée, s'impose; *il faut alcaliniser la sécrétion rénale*; et M. Gingeot procède de la façon suivante :

Supposons d'abord, l'application du vésicatoire étant récente, qu'il faille simplement organiser la prophylaxie. On y réussira en prescrivant à l'intéressé de boire toute entière du matin au soir une bouteille d'eau de Vichy (Célestins) ou d'eau de Vals (Magdeleine) dans laquelle, pour plus de sûreté, on aura fait dissoudre au minimum une cuillerée à dessert de bicarbonate de soude. Cette eau sera prise pure ou, mieux, coupée avec du lait. Si le malade le préfère, il pourra alterner le lait et l'eau minérale. D'une part, diurèse augmentée, d'où dilution des principes dissous dans l'urine et affaiblissement de leurs propriétés nocives; d'autre part, saturation de la cantharidine par la base envoyée au-devant d'elle et reformation du sel inerte circulant naguère dans les vaisseaux : tel est le résultat de la médication instituée.

Passons à l'hypothèse d'accidents déclarés. Le traitement curatif ressemblera beaucoup à l'autre. L'unique différence, et elle n'a rien d'essentiel, consistera dans la substitution de la tisane de chiendent et de graine de lin à l'eau minérale en tant que véhicule du bicarbonate de soude; cette boisson émolliente et diurétique agira d'une façon adoucissante sur les parties enflammées, tout en pouvant être rendue alcaline à discrétion. Une cuillerée à soupe de bicarbonate par litre de tisane représente approximativement la dose convenable.

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA DÉMANGEAISON, résumé d'un article du Dr SAVILL.—*Lancet*, août 1896.

Le Dr Savill entend par démangeaison ou prurit une irritation des nerfs périphériques qui produit chez le malade une sensation de tintement, de cuisson, de brûlure, de battement ou de fourmillement le long du trajet des vaisseaux ou des nerfs.

Au point de vue de l'étiologie, l'auteur divise les démangeaisons en primaires, quand elles existent seules, et en secondaires quand elles sont accompagnées d'une éruption cutanée.

Il cite comme exemples des premières la démangeaison que l'on rencontre dans la jaunisse et le diabète, la démangeaison si fréquente chez les vieillards, ou à la suite d'une injection de morphine, ou encore celle qui survient après qu'une personne a mangé des mets indigestes. Cette dernière démangeaison, cependant, s'accompagne souvent d'une éruption.

L'auteur se demande quelle est la nature de cette irritation de l'extrémité des nerfs sensitifs. Ce n'est pas une maladie ou une altération des nerfs eux-mêmes. Cette irritation n'est pas due à la sécheresse trop grande de la peau. Elle est plutôt causée, dit le Dr Savill, par la rétention dans le sang de principes qui devraient être éliminés par la peau.

Les démangeaisons secondaires s'expliquent facilement par le fait que l'extrémité des nerfs se trouve comprise dans la lésion cutanée. Une condition essentielle, cependant, c'est que la lésion ait une forme aiguë et rapide; les lésions lentes (scrofule, syphilis) ne provoquent pas de démangeaison.

D'après son expérience personnelle, l'auteur est d'avis que l'administration du chlorure de calcium à hautes doses, et quelquefois longtemps prolongée, finit toujours par calmer la démangeaison. Il conseille de débiter par 20 grains trois fois par jour, après les repas, dans un verre à vin d'eau, afin de ne pas déranger l'estomac. Il faut quelquefois augmenter la dose jusqu'à 30 à 40 grains. Quand les malades se plaignent que le remède leur donne la soif, et surtout pour dissimuler le goût salé, on administre la dose dans une drachme de teinture d'écorce d'oranges et une once d'eau chloroformée. On régularise la diète; pas de bière, pas de sucre, pas de douceurs, très peu de viande. Il est aussi important de tenir les intestins libres.

Même lorsqu'il y a du soulagement après les premières doses, la guérison ne s'obtient que lorsque le sang est saturé. On prolonge cette saturation aussi longtemps qu'il est nécessaire, puis l'on diminue graduellement le remède. Il faut continuer le traitement deux ou trois semaines après la disparition des symptômes.

TRAITEMENT DE L'ICTÈRE, résumé d'un article du Dr COLLIN.—
Gazette des Hôpitaux, août 1896.

Dans l'ictère, l'intestin se trouve momentanément privé de bile; les acides gras ne sont plus saponifiés, le milieu n'est plus alcalin, et il en résulte une fermentation intestinale déficiente, un état septique qui peut amener la formation de toxines et devenir très dangereux pour le malade.

Il en découle pour le traitement trois indications importantes: 1° il faut désinfecter l'intestin en contact avec les produits d'une digestion imparfaitement élaborée; 2° il est indispensable d'épurer l'organisme des toxines et éléments biliaires résorbés; 3° il convient de rétablir le plus promptement possible l'écoulement biliaire passivement tari.

Les antiseptiques intestinaux sont nombreux; il n'y a que l'embarras du choix. Les purgatifs agissent d'une manière mécanique. Le calomel, qui se dédouble dans l'intestin en bichlorure et en sulfure, est de plus un antiputride. Mais il faut se rappeler qu'il est impossible d'obtenir une stérilisation complète, qui serait d'ailleurs inconciliable avec la vie, car elle suspendrait les processus digestifs. Les lavements naphtolés sont d'un grand secours.

On obtient la dépuration organique d'ordinaire par le lait et les lavements froids. Le lait provoque la sécrétion urinaire; les lavements froids augmentent la tension artérielle et le péristaltisme de l'intestin, ce qui fait contracter par propagation la vésicule et les voies biliaires.

Le Dr Collin traite l'ictère par les lavements antiseptiques chauds et il explique sa méthode. Il adapte une sonde molle à la canule d'un irrigateur, afin de porter le lavement assez haut. Le malade est couché, la hanche gauche relevée par un coussin. Chaque lavement contient 40 onces de liquide. L'auteur donne d'abord un lavement simple, pour vider l'intestin; puis il en donne un second auquel il ajoute deux cuillerées à café d'une solution alcoolique de benzo-naphtol au dixième. Et fait sur lequel l'auteur insiste, il donne les lavements chauds, très chauds. L'eau chaude est mieux tolérée et provoque des contractions puissantes et qui certainement se propagent davantage.

LA SUFFOCATION, extrait d'une leçon du professeur BROUARDEL.—
Gazette des Hôpitaux, août 1896.

La question qui vous sera posée par le juge d'instruction est celle-ci: "On trouve un cadavre: l'individu a-t-il été enfoui vivant ou mort? Combien de temps peut-on rester enfoui avant de mourir?"

Le professeur cite des exemples d'individus enfouis dans le sable ou sous la neige et ayant vécu plusieurs heures. Les enfants, d'après Tardieu, peuvent vivre 4 à 5 heures sous terre, pourvu que la couche de terre ne soit pas très considérable.

Des ouvriers sont enfouis dans une carrière; on les croit morts et on va renoncer à leur sauvetage. C'est alors qu'il est du devoir des médecins et des ingénieurs d'intervenir et de faire continuer les travaux. On a retiré vivants des ouvriers qui avaient été enfouis six à sept jours. Je sais que, dans l'immense majorité des cas, il n'est pas question d'un enfouissement tel que nous le comprenons; il s'agit de gens plutôt envoûtés, enfermés dans un espace confiné où ils ont encore à leur disposition une certaine quantité d'air respirable. Quelquefois des fissures laissent pénétrer un peu d'air du dehors; on entend, au moins les premiers jours, ces ouvriers crier et parler.

Lorsqu'il s'agit d'une expertise, notez exactement les traces de violence: et

pour savoir si des individus ont été enfouis vivants, recherchez avec le plus grand soin la présence des matières pulvérulentes au milieu desquelles le corps a été retrouvé, dans les organes de la respiration et de la digestion..... Quel que soit l'endroit où un individu vivant est enfoui, il fait des efforts considérables pour respirer.

La présence des matières pulvérulentes est-elle un signe absolu que l'individu a été enterré vivant ? Non, il y a des causes d'erreur.

Lorsqu'on enterre un cadavre dans un terrain très meuble et soumis à des trépidations fréquentes, on peut trouver dans le nez, dans la bouche, dans le pharynx, des matières pulvérulentes. Ces matières pulvérulentes pénétreront dans les orifices naturels, c'est vrai ; mais ce mode de pénétration est tout différent de celui dont je vous parlais à l'instant, il ressemble à l'ensablement des tuyaux placés dans la terre.

Quand vous serez appelé à faire une autopsie dans un cas de ce genre, quand la question posée par le juge est celle-ci : "Voici un corps : l'individu a-t-il été enterré vivant ou mort ?" faites bien attention, au moment où vous examinez les organes respiratoires, à ne pas transporter avec vos pinces et vos ciseaux, du sable du larynx dans les bronches.

Recueillez quelques mucosités à la bifurcation des bronches ; placez-les sur le dos d'une de vos mains et étalez-les avec un doigt ; si elles contiennent un grain de sable, fut-il imperceptible, vous le sentirez. Ce sera une présomption de l'ensembrement de l'individu vivant.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES PAR LES BAINS CHAUDS, communication du Dr LEMOINE au Congrès de Médecine.— *Bulletin Médical*, vol. X. No 68.

J'emploie les bains chauds d'une façon systématique chez les enfants, si les cas sont graves et si la température reste élevée, je les donne de trois heures en trois heures. Dans les autres cas, je les répète dès que la température arrive à 39° C. Par conséquent, moins le cas est sérieux, moins il y a de bains par vingt-quatre heures. Cependant je n'en donne jamais moins de deux, un le matin et un le soir.

Ces bains durent selon les malades, de cinq à dix minutes. Leur température varie de 36° et 38° C. ; pendant toute la durée du bain, une compresse imbibée d'eau froide est maintenue sur la tête du malade pour l'empêcher de se congestionner. Après chaque bain l'enfant est roulé dans une couverture et on lui fait boire une cuillerée à café de grog.

Les indications des bains chauds dans les affections des voies respiratoires sont très nombreuses. Il faut tout d'abord considérer leur action préventive. Dès qu'un enfant tousse, alors même que l'auscultation ne révèle que quelques râles, on peut le mettre au bain et il est rare qu'après le second ou le troisième bain il n'y ait pas retour absolu à la santé. Puis leur action curative ; ici, il faut les employer dans tous les cas de bronchites simples, bronchites capillaires, broncho-pneumonies primitives ou secondaires, et pneumonies, à quelque période de la maladie que l'on soit appelé auprès du malade. Toujours on donnera les bains systématiquement, le thermomètre à la main.

Quand le cas est grave, il faut commencer par donner un bain sinapisé, d'une durée variable, celle qui est nécessaire pour amener la rubéfaction de la peau. Ce bain n'est renouvelé qu'une fois par vingt-quatre heures, s'il y a lieu ; le reste du temps on donne les bains simples.

Les effets de cette méthode sont fort rapides à se produire ; il est très rare qu'on soit forcé de donner des bains pendant plus de trois jours ; dès le premier, il se fait une détente, la température baisse un peu, l'enfant respire mieux, devient plus calme et s'endort ; les bains suivants accentuent ce mieux et commencent à faire disparaître les signes d'auscultation. Le plus souvent on voit la température tomber, par exemple, en un jour, de 39° 8 à 38° 2 C. pour ne

plus remonter. Les bains paraissent exercer leur action sur le système nerveux, sur les fonctions de la peau et les reins et sur la température.

Cette communication du Dr Lemoine confirme l'excellence de la méthode préconisée par RENAULT, de Lyon, à l'Académie de Médecine, en mars 1896.

CHIRURGIE

DÉFORMATION DU MEMBRE INFÉRIEUR CONSÉCUTIVE A LA RÉSECTION DU GENOU, CHEZ LES ENFANTS. résumé d'un article du Dr ANDRÉ, de Nancy.—*Bulletin Médical*, vol. X, No 67.

Le traitement opératoire de la tuberculose ostéo-articulaire du genou est toujours un des points délicats de la chirurgie infantile. Lorsque les divers moyens conservateurs auxquels on a recouru en premier lieu, ont été employés sans résultat il faut en venir à une intervention sanglante, résection ou arthrectomie.

La résection du genou chez l'enfant ne peut être faite qu'avec les plus grands ménagements. Depuis qu'on connaît bien, grâce surtout à Ollier, le rôle des cartilages épiphysaires dans l'accroissement des os et leur importance toute spéciale au niveau du genou, on a proscrit totalement chez l'enfant la résection ultra-épiphysaire. On pratique la résection intra-épiphysaire, la seule physiologiquement permise, et qui donne souvent de bons résultats au point de vue de la tuberculose. Les résultats orthopédiques immédiats sont d'ordinaire bons aussi.

Mais le restent-ils dans la suite? C'est là une question des plus importantes pour l'avenir des opérés, et malheureusement, si faut le reconnaître, le succès du début ne persiste pas toujours.

Il survient assez fréquemment, chez les petits malades, des déformations ultérieures du membre réséqué, déformations qui peuvent amener un trouble considérable dans la marche et même la rendre impossible. Ce sont des déviations angulaires, des flexions se produisant insidieusement au niveau du genou réséqué, et qui augmentent peu à peu, progressivement, jusqu'à atteindre parfois un degré très important.

L'auteur rapporte ensuite deux observations, et rappelle qu'une foule de chirurgiens ont ainsi remarqué des déviations post-opératoires du genou réséqué. Ces déviations peuvent se produire d'une façon précoce dès les premiers mois qui suivent l'opération, ou au contraire d'une façon plus tardive au bout de plusieurs mois seulement. Les déviations consistent le plus souvent en flexions angulaires, soit simples, soit liées à du genu valgum ou du genu varum, et à une rotation du tibia sur son axe. La déviation la plus fréquente de beaucoup est la flexion.

Parmi les causes, l'auteur énumère : immobilisation du membre dans une position vicieuse (flexion légère), immobilisation insuffisamment prolongée, reprise trop précoce de la marche, atrophie des extenseurs et action plus forte des fléchisseurs, retraction des tissus celluloso-fibreux du creux poplité à la suite de la cicatrisation de fistules; absence ou retard de l'ankylose osseuse due à la faible vitalité du tissu spongieux épiphysaire, à son altération dans le voisinage des foyers tuberculeux, à l'absence de périoste autour de la coupe osseuse lorsqu'on pratique la résection intra-épiphysaire, et parfois au mauvais état général du sujet.

Même lorsque l'ankylose est complète on peut voir survenir des déviations latérales causées par une croissance irrégulière au niveau des cartilages de conjugaison fémoral ou tibial. Dans d'autres cas plus rares, la déviation est due à

ce que certaines parties du cartilage, irritées par le voisinage d'un foyer tuberculeux bien limité, prolifèrent plus activement que le reste

L'auteur préconise, comme remède, la suture osseuse et l'enchevillement.

L'ankylose osseuse est très longue à obtenir après l'arthrectomie, et les déviations sont plus fréquentes qu'après la résection. On ne peut rechercher la mobilité après l'opération que dans certains cas où les lésions sont peu avancées.

DU CHOIX DE L'ANESTHÉSIQUE DANS LA THYROIDECTOMIE.

extrait d'un article du Dr RIVIÈRE. - *Gazette des Hôpitaux*, août 1896.

La tumeur thyroïdienne provoquant, dans les cas ordinairement opérés, des troubles respiratoires et quelquefois cardiaques, l'éthérisation ou la chloroformisation doivent être d'un emploi plus surveillé et d'un pronostic plus réservé que pour d'autres anesthésies. Le champ opératoire étant situé à proximité des orifices nasal et buccal, le maniement des agents anesthésiques et le maintien de l'aseptie seront plus difficiles. Mais ce ne sont pas là de véritables contre-indications, pas plus d'ailleurs que les accès antérieurs de suffocation, de cornage : le chirurgien et ses aides devront simplement forcer la surveillance de l'aseptie et de l'anesthésie et se tenir prêts pour une trachéotomie dont l'urgence peut s'imposer, ainsi que nous l'avons quelquefois observé

Nous pensons que, dans les cas simples, sans trachéo-bronchite appréciable, sans expectoration muqueuse, l'éther, en raison de son innocuité, doit être préféré. Au contraire, chez les sujets d'un certain âge, chez ceux qui présentent des signes de trachéo-bronchite, d'emphysème ou de catarrhe pulmonaire, etc., on donnera du chloroforme, dont les vapeurs sont moins irritantes pour l'arbre respiratoire. Avec ce dernier agent, on s'expose moins à la production, au cours de l'opération, des abondantes et gênantes mucosités pharyngiennes, trachéales, bronchiques ; on ne court pas au même degré le risque de voir se produire, dans les premiers jours qui suivent l'intervention, des accidents broncho-pulmonaires.

LE RÔLE DE LA GRAISSE DANS LE DÉVELOPPEMENT DES HERNIES ABDOMINALES, résumé d'une communication du Dr LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Bulletin Médical*, vol. X, No 68.

On admet, d'une manière générale, que l'amaigrissement, en vidant les orifices fibreux de la graisse qui les comble, peut favoriser la formation des hernies. Bien que le fait soit exact, j'estime que l'accumulation de la graisse est une cause bien autrement puissante de la formation des hernies de toutes sortes.

La graisse qui s'accumule au niveau des anneaux et à leur voisinage sous le péritoine est, sur le vivant, à l'état liquide. Elle est toute prête à forcer ces anneaux en transmettant intégralement la pression qu'elle reçoit. En outre, elle est rattachée au péritoine par des faisceaux fibro-cellulaires qui tiraillent ce péritoine et tendent à l'entraîner. Enfin, la graisse sous-péritonéale accumulée remplit réellement l'abdomen qui devient trop étroit pour l'expansion des viscères qu'il contient et les chasse en masse, en quelque sorte, vers les orifices affaiblis par la graisse.

Quelle qu'elle soit, du reste, l'interprétation théorique, on constate le développement des hernies chez les jeunes sujets en voie d'engraissement pour toutes les variétés de la hernie. Aussi doit-on s'attacher chez eux à la prophylaxie de l'engraissement pour des raisons multiples, mais aussi pour éviter les hernies.

L'auteur conseille les exercices de gymnastique, un régime approprié (peu de viande, peu de boisson) et des soins hygiéniques constants (purgatifs, bains de vapeur, etc.)

Même quand le traitement chirurgical est nécessaire, il est bon de le faire précéder du traitement hygiénique.

TRAITEMENT ABORTIF DES BUBONS PAR LE BANDAGE COMPRESSIONNÉ, résumé d'un article du Dr BRADLEY GAITHER. — *John Hopkins Hospital Bulletin*, juillet 1896.

La fréquence avec laquelle les uréthrites et les chancres mous s'accompagnent d'adénites purulentes dans l'aïne et les résultats peu satisfaisants du traitement de la maladie font accueillir avec empressement toute suggestion thérapeutique qui paraît donner des garanties de succès. Les applications d'iode, d'onguent mercuriel, d'onguent belladonné ne donnent pratiquement aucun résultat, tandis que les injections de bichlorure de mercure ou d'acide carbolique sont douloureuses et peuvent causer pas mal d'inflammation. On court aussi le risque d'infecter le bubon, dont le contenu est toujours dépourvu de germes. La plupart des méthodes abortives ont été trouvées insuffisantes, et les chirurgiens y ont renoncé pour arriver le plus tôt possible à une intervention opératoire.

Le Dr Lydston s'est fait le défenseur de l'extirpation précoce et complète de tous les bubons. Le Dr Edward Martin incise le ganglion dès qu'il commence à s'enflammer et referme ensuite la plaie par des sutures.

Le Dr Gaither conseille comme moyen abortif l'application d'un bandage compressif, pourvu que la suppuration ne soit pas tellement avancée qu'elle nécessite l'intervention chirurgicale.

On prend un morceau de coton de la largeur du poing et on le replie sur lui-même de manière à lui donner la forme du bubon. Il faut cependant qu'une fois appliqué sur le bubon, il ne le recouvre pas entièrement. Quand ce tampon a été appliqué soigneusement, on le recouvre d'un coussinet de coton comprimé large comme une noix de coco. On applique aussi des morceaux de coton sur les faces internes et externes de la cuisse, afin de prévenir les écorchures et l'on maintient le tout avec un bandage spica bien serré.

Quelquefois la douleur est augmentée et rendue intolérable. Le plus souvent, au contraire, elle est diminuée. Aussi l'auteur, après avoir appliqué le traitement à l'hôpital John Hopkins, conclut : 1° Que le traitement est sûr ; 2° Qu'il diminue, en général, la douleur dans les vingt-quatre heures ; 3° Qu'il n'empêche pas le patient de vaquer à ses occupations ; 4° Qu'il donne un très bon pourcentage de succès.

LES LÉSIONS OSSEUSES DANS LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE, résumé d'une communication du Dr ACHARD à la Société Médicale des Hôpitaux.—*Gazette des Hôpitaux*, août 1896.

Parmi les arthropathies infectieuses, à forme de rhumatisme noueux, les mieux connues sont celles de la blennorrhagie. Mais si l'étude clinique de ces arthrites a été faite assez complètement, il n'en est pas de même de leur anatomie pathologique, et ce n'est, pour ainsi dire, que par induction qu'on se la représente, en se fondant sur les analyses constatées sous le rapport de l'aspect extérieur, entre les parties atteintes dans ces cas et dans le rhumatisme noueux proprement dit.

Le Dr Achard, ayant eu dans son service à l'hôpital St-Antoine un cas de rhumatisme déformant d'origine blennorrhagique, a photographié l'articulation malade à l'aide des rayons de Roetgen.

La vue et le toucher ne donnent que des renseignements imparfaits sur l'état du squelette des pieds, c'est-à-dire des parties les plus atteintes. On constate seulement qu'il y a des déviations très marquées des orteils, principalement au pied gauche, et qu'il existe dans le premier espace inter-osseux, de chaque côté, un peu en arrière de l'articulation métatarso-phanlangienne, un point très douloureux à la pression, point très limité d'ailleurs, et au niveau duquel le doigt ne perçoit absolument rien.

Or, la photographie au moyen des rayons de Roetgen révèle qu'il y a là une altération osseuse : elle fait voir en ce point précis une tache sombre, correspondant à l'ombre projetée d'une végétation ostéophytique arrondie, qui s'attache par un pédicule au premier métatarsien. Comme dans le rhumatisme noueux, l'altération est symétrique.

L'ABCÈS DU POU MON ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL, résumé d'une conférence faite par le Dr FLETCHER INGALS, de Chicago, devant l'Association Médicale de Détroit.—*The Journal*, août 1896.

L'abcès pulmonaire est primaire quand il résulte d'un traumatisme ou qu'il est causé par l'introduction d'un corps étranger; il est secondaire quand il fait suite à une maladie (tuberculose, embolie, pyohémie, pneumonie).

Quand un abcès se forme dans le tissu pulmonaire enflammé, le patient a des frissons, de la fièvre et un point douloureux. La température varie durant le jour avec la fréquence des frissons, mais n'est jamais très élevée; le pouls est rapide. Les symptômes quelquefois font penser à une pneumonie croupale. Dans les cas favorables, l'abcès se vide spontanément et la convalescence s'établit vers le vingtième ou le trentième jour. L'expectoration du pus dure quelques heures et peut se renouveler. D'une façon générale, les abcès primaires guérissent assez facilement; les abcès secondaires sont de beaucoup les plus dangereux. Ils peuvent amener la mort en quelques heures; ils peuvent aussi se prolonger plusieurs semaines.

On peut confondre l'abcès pulmonaire avec la bronchite, la pneumonie, la pleurésie aiguë ou chronique. Les symptômes les plus caractéristiques sont les frissons intermittents et la fièvre hectique, indices de la formation du pus, et la matité, plus circonscrite que dans la pneumonie et moins distincte que dans la pleurésie. Il faut noter aussi l'altération particulière de la respiration et de la voix, altération qu'on ne rencontre ni dans la pneumonie, ni dans la pleurésie, ni dans la bronchite. Enfin l'expectoration soudaine d'une quantité considérable de pus contenant des fibres du tissu pulmonaire élastique vient révéler la vraie nature de la maladie.

Le traitement des abcès secondaires est le même que celui des maladies qui sont en cause, avec en plus les toniques et les stimulants. Le traitement de l'abcès primaire est d'abord expectant comme dans la pneumonie lobaire. Mais quand l'abcès peut être localisé avec précision, quand surtout il est situé près de la paroi thoracique, on doit considérer la question de l'intervention chirurgicale. Quand le diagnostic est sûr, et que l'abcès ne s'ouvre pas spontanément après trois à quatre semaines, il faut aussi intervenir.

On va d'abord à la recherche du pus par une ou plusieurs fonctions exploratrices faites avec une aiguille aseptique fine et longue d'au moins trois pouces. Ayant ainsi bien localisé l'abcès, on fait l'aspiration avec les appareils ordinaires et l'on se sert d'une aiguille assez grosse. L'auteur désinfecte l'aiguille de l'aspirateur dans un mélange à parties égales d'acide carbolique et d'huile d'olive; cette solution forte sert en même temps à cautériser le trajet de l'aiguille et prévient l'absorption du pus. On vide complètement la cavité; on renouvelle l'opération, s'il est nécessaire, au bout de cinq à dix jours, et aussi souvent qu'il le faut. Ce n'est pas nécessaire de laver la cavité de l'abcès, à moins que le pus n'ait beaucoup d'odeur.

Quand l'abcès est causé par la gangrène pulmonaire, ou que pour toute autre cause le drainage est jugé nécessaire, quand surtout l'aspiration n'a pas réussi, on pratique la résection costale suivant la méthode ordinaire. Si l'on constate alors que les deux plèvres, pulmonaire et costale, sont adhérentes l'une à l'autre, on ouvre immédiatement le poumon au thermo-cautère. Si les plèvres ne sont pas adhérentes, on les suture et l'on attend vingt-quatre heures avant d'inciser le poumon. Il est important de ne pas laisser tomber du pus dans la plèvre. L'incision étant faite, on introduit un tube à drainage, et l'on traite de la même manière que les autres abcès à grande cavité. On soutient le patient par les toniques et une diète nutritive.

EXTIRPATION DE L'UTÉRUS CANCÉREUX A L'AIDE DU THERMO-CAUTÈRE, procédé du Dr MACKENRODT, de Berlin.—*Gazette Médicale de Paris*, août 1896.

Les opérations sur les organes cancéreux offrent toujours le danger de faire pénétrer l'infection dans les tissus voisins incisés. C'est seulement en faisant toute l'hystérectomie uniquement avec le thermo-cautère, dit l'auteur, qu'on peut éviter l'infection par inoculation.

Voici le procédé de Mackenrodt :

Après nettoyage complet du vagin, curetage et cautérisation du foyer cancéreux dénudé, tout le champ opératoire est désinfecté à l'alcool et au sublimé; dans les vagins étroits on fait, au thermo cautère, une profonde incision latérale au niveau du périnée. Le col est fermé par deux ou trois pinces spéciales (dans le genre de celles qui servaient à extraire les balles) qui prennent la paroi antérieure et la paroi postérieure. On attire le col en bas, puis avec le paquelin on perfore la paroi vaginale postérieure et on ouvre le cul-de-sac de Douglas.*

On sépare ensuite, toujours par le feu, les parois latérales, puis l'antérieure, au niveau de leurs insertions sur l'utérus. Le pouce de la main gauche exerce maintenant une certaine pression sur la paroi vaginale antérieure : les adhérences qui unissent la vessie à l'utérus se tendent et sont sectionnées au thermo-cautère.

On pince ensuite les ligaments larges avec des pinces spéciales construites à cet effet; elles doivent regarder l'utérus par leur concavité. Les ligaments sont sectionnés toujours avec le thermo-cautère : l'utérus se laisse abaisser davantage, l'excavation vésico-utérine est perforée et le reste du ligament péritonéal saisi avec la pince. Craint-on que l'hémostase par le feu ne suffise pas pour les artères utéro-ovariennes? On peut les lier.

INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES DIFFORMITÉS DUES AUX MALADIES NERVEUSES, extrait d'un article du Dr WALSH, de Philadelphie.—*University Med. Mag.*, vol. VIII, No 12.

Jusqu'à ces dernières années dit l'auteur, on jugeait inutile d'intervenir chirurgicalement dans les difformités produites par des maladies nerveuses. Puisque la nature, disait-on, n'a pas le pouvoir nerveux suffisant pour agir sur les membres malades, il est inutile d'essayer d'y suppléer par l'orthopédie. Les névrologistes disent que, dans la paralysie cérébrale par exemple, l'absence de cellules dans l'écorce du cerveau est la cause de la contraction spasmodique des muscles; on ne peut pas remplacer ces cellules; par conséquent quel sera l'utilité de faire une ténotomie et de placer les membres dans une position correcte? Après la réunion le spasme reviendra, et avec lui la contracture.

Malgré la force de ce raisonnement à priori, on a dernièrement opéré avec un succès très encourageant des malades porteurs de difformités nerveuses. C'est au professeur Willard que revient l'honneur de ce progrès récent en orthopédie.

Quand une fois les muscles ont été placés dans une position qui leur permet d'exercer leur fonction normale, l'exercice même de cette fonction semble réagir sur les nerfs de ces muscles et leur donner une vigueur nouvelle. On ne peut sans doute pas remplacer des centres nerveux, mais on peut habituer ceux qui existent à faire tout l'ouvrage dont ils sont capables, et de prendre ainsi la place des cellules absentes ou atrophiées.

Dans la paralysie cérébrale, quand les membres sont ramenés après ténotomies dans une position normale, le soulagement de la contraction spasmodique des muscles se manifeste bientôt par une amélioration de toutes les forces vitales nerveuses. Même l'état intellectuel du malade, qui n'est jamais bien élevé, laisse voir bientôt une amélioration marquée. A la place de la bêtise ordinaire, le maintien dénote l'espoir, la confiance, le courage; cela est dû, en grande partie, aux rapports qui deviennent faciles avec les amis et les connaissances de la famille, et qui font place à la réclusion et à la solitude. Le milieu a beaucoup à faire avec la création des idées, et un enfant normal, placé dans des conditions identiques, n'atteindra pas son complet développement. Mais il y a certainement aussi un autre facteur. On dirait que le spasme musculaire continu absorbait

une énergie vitale nerveuse qui, maintenant que le spasme est relâché, peut s'exercer avec avantage dans une autre direction. L'explication peut paraître hypothétique, mais il est certain qu'il y avait, tant qu'a duré la contraction, un afflux nerveux continu et inutile vers le muscle contracturé.

Cet état pathologique agissait comme un drain sur la force nerveuse déjà peu abondante. On a remédié à cet état anormal, ce qui a amené une amélioration générale du système nerveux dont l'intelligence s'est ressentie.

L'auteur cite plusieurs observations personnelles. L'opération consiste à sectionner les tendons des muscles qui s'opposent au redressement du membre, et à immobiliser celui-ci pendant deux à trois mois dans des appareils articulés. La tendance à la contraction n'est vaincue qu'après un an et plus.

LA CHIRURGIE PRÉVENTIVE. extrait du discours du Dr MACLAREN à l'Association Médicale Anglaise.—*British Med. Journ.*, août 1896.

Je regarde la chirurgie préventive comme le suprême développement de notre spécialité. Songez aux connaissances que cela requiert : comprendre suffisamment l'effection ou la maladie au point de prédire la marche qu'elle suivra dans un temps déterminé. Il faut pouvoir dire au patient : Si vous restez dans l'état où vous êtes, vous subirez telle ou telle conséquence, vous courrez des risques qu'on pourrait mettre en chiffres. Nous devons être suffisamment maîtres de notre pathologie pour prévoir les affections que nous rencontrerons ; nous devons être en état de résumer la condition locale et garder en notre mémoire les conséquences possibles. Notre technique doit être parfaite, car si les erreurs ou les oublis sont parfois excusables dans les opérations d'urgence, ils n'ont pas leur raison d'être dans les opérations préventives. A part une science complète et une habileté solide et exercée, il faut posséder à un haut degré ce qu'on a appelé l'instinct chirurgical, mais ce qui n'est au fond que le pouvoir de faire une revue mentale rapide et complète du malade et de son milieu, l'analysant jusque dans le plus profond de son organisme, et jugeant de sa capacité à soutenir le choc et à réparer les pertes.

Une opération préventive doit être dénuée de tout danger pour la vie, et pendant l'opération même, et pendant la cicatrisation. Je crois que l'action n'est justifiable qu'avec cette réserve. Je ne crois pas que nous devions suggérer à quelqu'un de subir, pour un bien futur, une opération qui peut le tuer. Nous devons, quand nous proposons une opération préventive, être prêts à dire qu'elle n'offre aucun danger, c'est-à-dire, naturellement, un risque autre que la maladie. Si nous comprenons bien et si nous accomplissons bien notre ouvrage, nous sommes en état aujourd'hui de faire de semblables affirmations. Nous savons où notre intervention portera, nous savons qu'aucun organe essentiel à la vie ne sera détruit d'une manière complète. Quand nous ouvrons des cavités, nous connaissons la nécessité de les refermer d'une manière complète et sûre. Nos méthodes actuelles nous permettent, en tenant compte nécessairement des erreurs et de la fragilité humaine, d'assurer la réunion par première intention des blessures et l'absence de ces infections locales et générales qui étaient dans les temps passés le fléau de la chirurgie.

* Non seulement une opération préventive ne doit pas offrir de danger, mais encore elle ne doit pas causer trop de souffrance au patient. On a dit que celui qui n'a pas été malade ne fait pas un bon médecin. Il faut avoir expérimenté sur soi-même les différentes phases d'anxiété, de dépression, d'espoir, de crainte, par lesquelles passe le malade. Il faut que le médecin en ait lui-même l'expérience pour comprendre l'importance qu'on attache à chacun de ses mots, chacune de ses actions. Croyez-moi, il y a dans la plupart des esprits une horreur de l'opération, une anxiété dont il est difficile de se rendre compte, et à laquelle nous n'attachons pas souvent assez d'importance. Beaucoup de ceci est dû à la peur de l'inconnue, la douleur. Nous devons tenir compte de ce sentiment si nous voulons maintenir la chirurgie préventive à sa vraie place, et, en

faisant en sorte que la douleur soit absente ou à peu près, enlever cette objection instinctive de l'esprit de ceux que l'on doit opérer.

Sans doute, nous n'infligeons plus de douleur en opérant. Le problème a été résolu il y a cinquante ans par l'anesthésie. Pour ce qui est de la douleur post-opératoire, cela dépend beaucoup du chirurgien. S'il évite, par la direction qu'il donne à ces incisions, de léser inutilement les nerfs, s'il fait ses manipulations aussi légèrement que possible, s'il empêche la tension des plaies par les sutures trop serrées ou les caillots sanguins, s'il recherche les positions les moins fatigantes pour le malade et surtout pour ses plaies une cicatrisation normale, il peut accomplir de graves opérations avec étonnamment peu de douleur. De telle sorte que lorsqu'il demande à son patient : "Souffrez-vous ?" celui-ci répondra : "Non ; c'est seulement un peu sensible." Et cela doit être.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE, résumé d'un article du Dr LE DENTU.—*Le Mouvement Thérap. et Méd.*, septembre 1896.

Le traitement médical interne consiste en grande partie dans l'absorption quotidienne d'huile de foie de morue. On emploie sinon l'huile même, ses alcaloïdes isolés par M. Gautier, ou des succédanés de l'huile de foie de morue, tels que les préparations iodées et sulfureuses.

Le traitement médical externe comprend les topiques, les bains, le massage et la compression dans certaines régions, telles que le pli de l'aîne par exemple, où elle est facile à faire à l'aide d'un spica bien appliqué. Les topiques employés sont les pommades iodurées et les emplâtres mercuriels. Roger recommandait, chez les enfants, l'usage de la laine en suint. Nous croyons assez à l'action du mercure sur les adénites tuberculeuses, et nous recommandons particulièrement l'emplâtre de Vigo, dont on aidera l'action thérapeutique par une compression douce sur la région. Des bains spéciaux ont été conseillés, aussi envoie-t-on les malades dans des stations thermales. Autrefois, les eaux sulfureuses étaient très en vogue, aujourd'hui, ce sont les eaux salines, ces dernières semblent agir surtout dans les formes torpides d'adénites bacillaires ; enfin, on conseille également des eaux mixtes, arsénico-salines. Nous citerons la thalassothérapie, qui donne de bons résultats : un séjour prolongé au bord de la mer peut déterminer la rétrocession et parfois la guérison de certains engorgements ganglionnaires tuberculeux (des résultats obtenus à Berck-sur-Mer le prouvent surabondamment.)

D'une façon générale, on peut dire que cette médication externe et interne s'impose pendant toute la durée du traitement de l'adénite ; mais parfois, au cours du traitement médical, on se trouve obligé de recourir au traitement chirurgical : ce dernier doit être employé si le traitement médical est complètement insuffisant et si l'adénite persiste à augmenter ou si elle suppure.

TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE, résumé d'un article eu Dr CHAPUT.—*Mouv. Thérap. et Méd.*, septembre 1896

Pour le traitement des fractures récentes :

“ Pour les fractures transversales, avec écartement et compliquées de plaies : suture osseuse.

Chez tous les vieillards, pour toutes les fractures comminutives ou transversales, sans écartement et avec mobilité faible : compression, massage, mouvements (traitement de Tilanus).

Pour les autres cas fracture transversale avec écartement sans plaie, griffe modifiée par Duplay.

Pour le traitement des fractures anciennes :

Raideurs de la 1^{re} année : bains sulfureux, douches, massage, électrisation.

Si l'extension est impuissante : suture osseuse.

Si la flexion est imparfaite à cause du mode de consolidation : faire l'ablation totale de la rotule.

À moins de raisons pressantes, ne pas intervenir chirurgicalement, sans avoir attendu qu'une année se soit écoulée depuis la fracture.”

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

L'EAU SALÉE EN INJECTIONS, par M. le Dr BAR, professeur agrégé, suppléant M. le professeur TARNIER.

Je veux vous parler aujourd'hui d'une femme qui est accouchée le 13 avril et que nous avons encore dans le service. C'est une primipare dont la grossesse a été laborieuse, sans que cette grossesse ait présenté des troubles bien graves, mais les choses ne sont pas allées toutes seules.

Elle est entrée dans le service vers le 10 mars. On n'a, à ce moment, noté rien de très particulier sur son état. Mais, le 28 mars, elle fut prise d'un point de côté fort violent, du côté gauche. Nous l'examinâmes avec le plus grand soin, mais le point disparut après trois jours sans cause appréciable qui put expliquer cette disparition.

Le 13 avril, l'accouchement eut lieu sans présenter rien de particulier à observer. La température se maintint d'abord au-dessous de 37 degrés; mais le 17, cette femme ressentit de nouveau le même point de côté qu'elle avait eu quelques jours avant son accouchement; le 18, la température s'éleva dans des proportions très sensibles et le point de côté devint extrêmement violent.

Le service se trouvait, à ce moment là, dans de mauvaises conditions. Il régnait dans nos salles une sorte d'épidémie de fièvre puerpérale qui nous a obligés à prendre des mesures énergiques.—Les premiers jours d'avril nous avons eu une série de malades infectées, aussi examinons-nous avec d'autant plus de soin les femmes qui présentaient quelque chose d'anormal. Chez celle-ci, nous trouvons de la fièvre et des streptocoques. On fait immédiatement une injection de sérum de Marmoreck; mais la température se maintient à 39°.

La malade présentait une petite tumeur du côté de la plèvre. On fait une ponction et on retire un liquide qui contient des streptocoques. Cette femme avait donc certainement de la pleurésie streptococcique. Dans les lochies, dans les urines, on constate encore la présence des streptocoques; c'était donc partout de la streptococcie.

On fait une seconde ponction à la plèvre et on retrouve toujours des streptocoques.

L'état de la malade nous inspirait une véritable inquiétude, nous l'examinons à nouveau avec le plus grand soin et nous prenons la décision de lui faire encore une ponction, et, cette fois, de remplacer le liquide retiré de la tumeur pleurétique, par de l'eau bouillie salée (à 7 grammes de chlorure de sodium par litre d'eau). Nous retirons de la plèvre 250 centimètres cubes de liquide que nous remplaçons par égale quantité d'eau bouillie salée. Un mieux sensible se produit immédiatement dans l'état de la malade. Mais la température continue à se maintenir très élevée et en résumé, les choses vont fort mal jusqu'au seizième jour. L'état de la malade est déplorable, la langue est sèche, le nez pincé, les yeux creux... C'est, en somme, absolument l'état préagonalique. La température était à 40° 6, et nous pouvions nous attendre à voir succomber la femme d'un moment à l'autre.

Depuis quelques jours, devant cet état plus qu'inquiétant, j'avais envie de faire de larges injections d'eau salée; mais il y avait là le poumon qui nous avait fait hésiter. Mais, le seizième jour, l'état de la malade était tel qu'on pouvait considérer la femme comme perdue, nous n'avions plus aucun scrupule à avoir, nous ne nous arrêtons donc pas à la question du poumon et nous nous décidâmes à faire une injection d'eau salée par les veines. M. Dubrisay dénuda la veine céphalique droite et c'est par là que nous commençâmes les injections d'eau salée. On injecte d'abord 500 centimètres cubes de liquide, puis on arrive jusqu'à 800 gr.—il était 7 h.—; mais la malade semblait aller plus mal, nous nous arrêtons avec le regret de n'être pas arrivés jusqu'à 1.200 grammes. A 7 $\frac{3}{4}$ h.,

la femme est prise de frissons.—M. Dubrisay s'était arrêté dans son injection, comme je viens de vous le dire.—On était fort inquiet, lorsque, vers 10 heures du soir (trois heures par conséquent après l'injection), la malade fut prise de sueurs très abondantes qui amenèrent une sorte de détente et un abaissement notable de température.

A mesure que duraient les sueurs, la température baissait pour arriver bientôt à 37° et même à 36°. En même temps le pouls tombait de 150 à 120. Mais cet état ne dura pas longtemps; vite la température remonta et, le lendemain matin, je retrouvai la malade avec une température de 39° 2. Mais il faut ajouter que, malgré cela, la femme n'était plus du tout la même; elle n'avait plus cet aspect préagonique que nous constatons avant l'injection d'eau salée; son pouls était meilleur aussi, la langue était humide, le nez moins pincé, les yeux moins creux, l'état général, en somme, semblait un peu plus rassurant; mais, du côté du poumon, l'état était resté absolument le même.

Le soir, on fit une nouvelle injection intra-veineuse de 1.200 centimètres cubes d'eau salée. Comme après la première injection, la malade fut prise de frissons, d'étouffements; on s'arrêta et, après une heure, la température tomba à 36° 8.

Le lendemain, je trouvai la femme beaucoup mieux. On a de l'espoir.

Les 2 et 3 mai, on fait encore des injections intra-veineuses d'eau salée de 1.200 centimètres cubes.

A partir de ce moment le mieux se décide d'une façon beaucoup plus sensible, pas assez toutefois pour être autorisés à ne pas continuer les injections. Mais il s'était formé des plaies sur les points par lesquels on avait pratiqué les injections sur la veine céphalique droite et la gauche (car on avait dû passer à la gauche quand la droite avait été hors de service). Nous renouons alors aux injections intra-veineuses pour faire des injections sous la peau. Nous injectâmes l'eau salée sous la peau par volume de 1.400 centimètres cubes; puis enfin nous donnâmes l'eau salée en lavements.

Les lésions et phénomènes pulmonaires avaient continué, mais il faut ajouter qu'ils se sont amendés sous l'action de l'eau salée employée en injections intra-veineuses, en injections sous la peau, et donnée en lavements.

Cette malade m'offre l'occasion de vous parler de l'eau salée, des cas dans lesquels on l'emploie, de la manière dont on peut la faire pénétrer dans l'organisme.

On emploie les injections d'eau salée dans les cas de maladies graves, d'hémorrhagies importantes.

Il y a diverses manières de faire pénétrer l'eau salée dans l'organisme, on peut l'introduire par le péritoine, par la voie pleurale, en injections hypodermiques, en injections intra-veineuses.

L'introduction de l'eau salée par la voie péritonéale a été très en honneur, il y a sept ou huit ans, mais cette voie est aujourd'hui absolument abandonnée.

La voie pleurale est utilisée dans certains cas spéciaux, comme celui de la femme qui fait le sujet de cette leçon. Vous m'avez vu, en effet, l'employer chez cette malade à laquelle nous avons injecté de l'eau salée par la plèvre; mais il faut pour cela des indications fort précises.

On injecte aussi l'eau salée simplement sous la peau. Ici, dans le service, voici comment l'on opère; on a une seringue plus ou moins grande, contenant peut-être 100 centimètres cubes de liquide—on en a même une qui en contient beaucoup moins que cela—et, au moyen d'une canule adaptée à cette seringue, on fait pénétrer l'eau salée sous la peau. On recommence l'opération plusieurs fois, de manière à introduire jusqu'à 400 centimètres cubes d'eau salée.—A Saint-Louis, nous opérions différemment. Nous avions un appareil spécial, une sorte de vase ayant les plus grands rapports avec un broc à injection gradué, une canule était adaptée au tube et nous pouvions introduire ainsi d'un seul coup toute la quantité d'eau salée que nous jugions utile d'injecter en même temps.

Et maintenant se pose la question de déterminer combien d'eau salée on peut injecter du même coup.—Chez une femme on peut aller jusqu'à 300, 400 et 500 grammes au maximum sur le même point. Chez un nouveau-né il ne faudrait pas dépasser de 25 à 30 grammes.

Outre l'action hémostatique spéciale, locale pour ainsi dire, l'eau salée a une action générale très manifeste à laquelle il ne faut pas négliger de recourir le cas échéant. Ainsi lorsqu'un enfant a de la diarrhée verte, que tous les moyens thérapeutiques, employés en pareil cas, ont échoué, je ne saurais trop vous engager à faire à ces enfants des injections d'eau salée. C'est dans des cas de ce genre que l'on observe le plus manifestement cette action générale dont je viens de vous parler.

Mais, sur ce quoi je ne saurais trop insister, c'est sur les injections d'eau salée faites par les veines.

Certes, l'injection intra-veineuse n'est pas d'origine moderne, tant s'en faut. Les anciens s'en étaient préoccupés, y avaient songé comme moyen de traitement, surtout dans le but de rendre à l'homme des forces, de lui donner une nouvelle jeunesse.

Ovide raconte l'histoire d'Eson, qui, à la demande de son fils Jason, fut rajeuni par la magicienne Médée devenue la femme de Jason. C'est en injectant dans les veines du vieillard un sang jeune et fort que Médée était parvenue à produire cette transformation.

Vous voyez donc que ce moyen de traitement n'est pas d'invention moderne, il avait hanté l'imagination des savants dans les temps les plus reculés.

Mais il ne faudrait pas croire cependant qu'il soit indifférent d'injecter des substances, eau salée ou autres, dans la circulation. Les substances que l'on introduit dans le sang agissent sur lui de deux façons, ou en augmentant son pouvoir coagulant ou en diminuant ce pouvoir.

La plupart des substances que l'on introduit dans les veines augmentent le pouvoir coagulant du sang. Ainsi si l'on fait une injection intra-veineuse de de sérum de chien, de sérum de chèvre, le sang se coagule immédiatement. Mais il faut ajouter que de tous les liquides injectés, la dissolution saline (d'eau salée) est celle qui agit le moins activement pour coaguler le sang. Voilà pourquoi d'ailleurs c'est cette solution que nous employons.

Cependant, même cette solution—qui est faible, dont l'action n'est point active—cette solution agit.

Que la solution salée soit à 6 pour 1.000 (suivant la formule de M. Hayem) ou à 7 pour 1.000 (suivant la formule adoptée par la plupart des médecins aujourd'hui), quelle quantité, quel volume peut-on en injecter ?

On a fait des expériences sur les animaux et l'on a observé, que dès qu'on a injecté en eau salée environ le poids du sang de l'animal lui-même, on voit la bête en expérience se mettre à uriner et, à partir de ce moment, si l'on continue les injections, on observe que l'animal urine les mêmes quantités de liquide qui lui est injectée ; son organisme passe à l'état de filtre rendant absolument tout ce qui lui est donné. Cependant le poids que l'on ne doit pas dépasser dans ces injections est celui de l'animal lui-même. A la condition d'aller avec précaution pour faire des injections, de procéder lentement, doucement, on pourra continuer les injections jusqu'à concurrence du poids du corps de l'animal en expérience. Ainsi, si l'animal pèse, par exemple, 8 kilogrammes, il faudrait ne pas dépasser le poids de 8 kilogrammes d'injection.

Si l'on a affaire à des reins sains, à partir du moment où l'on a injecté un poids d'eau salée égal au poids du sang du sujet en expérience, le rein se met à fonctionner, à produire de l'urine et l'animal est comme syphoné. L'eau entre dans les veines et ressort immédiatement par les reins.—Aussi, lorsque j'ai fait des injections d'eau salée à nos femmes pour un cas d'hémorrhagie ou autre, ai-je été plus tranquille dès que j'ai observé que les malades se mettaient à uriner au moment où la quantité injectée dépassait le poids moyen du sang.

Les injections d'eau salée offrent des dangers si l'on va vite en opération, si on exagère la quantité de liquide injecté. Mais si l'on procède avec lenteur, si l'on va doucement,—on peut s'aventurer à faire des injections abondantes, à la condition cependant que l'on ait affaire à des reins sains,—ce dont on se rend compte en observant si la malade urine dès que l'on a injecté la valeur en poids du sang de la femme.

Les injections à haute dose d'eau salée dans le tissu intra-veineux offrent des avantages sérieuses dans certains cas spéciaux ; c'est surtout dans les hémorragies que ces avantages ont le plus d'importance.

L'hémorrhagie, en effet, dans certains cas, fait perdre une certaine quantité de sang, qu'il n'en reste plus assez dans la circulation pour que le cœur puisse se contracter. La tension sanguine qui est trop faible pour faire contracter le cœur doit être augmentée. C'est dans ces cas-là que l'on a pensé à la transfusion du sang, que l'on a fait la transfusion du sang qui semble avoir vécu aujourd'hui. L'eau salée, en effet, paraît avoir détrôné le sang. On ne fait plus la transfusion, on injecte simplement de l'eau salée.

M. Hayem, dans le cours qu'il faisait à l'école en 1888, fit une expérience concluante. Il prit un chien qu'il vida de sang. Le chien était mourant. On le laissa ainsi pendant une partie de la leçon, puis on lui injecta de l'eau salée dans les veines et l'animal se remit tout à fait.

Il a été démontré que, si les animaux saignés à blanc meurent, c'est qu'il n'y a plus assez de tension pour faire contracter le cœur ; c'est qu'en un mot il n'y a plus de contraction du cœur, plus de circulation ; mais il y aurait encore assez de sang pour les échanges.

Il en est de même pour les femmes qui sont prises d'hémorragies ; et, pour les secourir, il faut agir comme l'on agit pour ranimer les animaux auxquels on a enlevé du sang ; il faut leur injecter de l'eau salée.

Mais comment peut-on pratiquer ces injections d'eau salée ?—Quand on fait les injections intra-veineuses, c'est surtout par la veine céphalique que l'on pratique. On met la veine bien à nu ; on introduit dans la veine un trocart (sans air, cela va sans dire).—Vous avez eu le soin de faire bouillir vos instruments pendant quinze à vingt minutes dans de l'eau salée à la dose de 7 grammes pour 1.000 (ce qui représente à peu près une cuillerée à café de sel pour un litre d'eau).

À quelle température faut-il faire ces injections ?—Prenez bien vos précautions, faites grande attention, surveillez bien les choses et faites ces injections à la température de 38 ou 39 degrés. Dans tous les cas il convient que le liquide soit au moins un peu au-dessus de 37 degrés.

Quelle quantité de liquide faut-il injecter ?—Vous aurez préparé toujours deux litres. Vous commencerez toujours l'injection et, à mesure que le liquide baisse dans votre réservoir et, par conséquent, pénètre dans les veines de la malade, vous verrez celle-ci se relever, se sentir revenir à la vie. Allez, dans tous les cas, jusqu'à 1.000 à 1.200 centimètres cubes ; c'est là la dose moyenne ; mais, suivant les cas, on peut injecter une plus grande quantité de liquide et arriver même jusqu'à deux litres.

Avec quelle rapidité doit-on procéder ?—Il faut en général, régler l'injection de manière que l'on injecte en moyenne, par minute, 3 centimètres cubes par kilogramme en poids du sujet sur lequel on opère. Ainsi, chez une femme qui a habituellement un poids moyen de 60 kilogrammes, on doit injecter seulement 180 grammes de liquide par minute. On voit donc que l'opération est en somme très longue.

Les femmes qui ont perdu du sang présentent à peu près les mêmes phénomènes que les cholériques auxquels on injecte de l'eau ; elles se remettent vite. Mais cela ne dure en général pas beaucoup ; les choses cependant vont habituellement un peu mieux que dans le choléra, si, avant qu'on n'ait fait les injections, les femmes n'étaient pas extrêmement abattues.

Mais souvent, après deux heures, trois heures, la malade pâlit de nouveau ;

la crise reprend, les accidents recommencent comme tout d'abord. Que faire alors ? Il faut refaire une injection d'eau salée, comme on l'avait faite la première fois ; il faut, en un mot, recommencer tout comme si l'accident débutait. Et combien de fois peut-on renouveler la même pratique ? Ma foi, je pourrais vous dire presque tant que vous voudrez, aussi souvent que l'accident se produira. M. Maygrier a injecté ainsi jusqu'à six litres de liquide. On va plus loin, beaucoup plus loin même en un jour ou deux jours. On est arrivé jusqu'à injecter vingt-six litres d'eau salée en trois jours.

M. Maygrier a observé un cas dans lequel les injections d'eau salée remettaient la malade qui retombait bientôt après, mais reprenait sous l'action d'une nouvelle injection. Il a pu la maintenir ainsi pendant quatre ou cinq jours, retombant deux ou trois heures après l'injection et reprenant quand une nouvelle injection lui était faite. Cette malade a été ainsi successivement remise par les injections intra-veineuses d'eau salée et a enfin fini par se rétablir entièrement.

C'est en réalité un moyen fort puissant que l'injection intra-veineuse ; mais il est dangereux dans une certaine mesure ; il faut savoir le réserver pour les cas d'hémorrhagies graves, très graves même.

Mais dans les autres cas, que faire ?—Il faut injecter l'eau salée, non plus dans le tissu intra-veineux, mais sous la peau, dans un tissu conjonctif. On peut ainsi faire des injections de 300 grammes, de 400 grammes, —500 grammes de liquide produit déjà une tumeur trop grosse.—Ces injections sous-cutanées sont résorbées en quinze minutes en général, surtout si l'on aide l'absorption par un peu de massage.—Il faut d'ailleurs faire aussi du massage lorsque l'on pratique les injections intra-veineuses d'eau salée.—On doit masser tous les muscles.

Les injections sous-cutanées d'eau salée constituent un bon moyen, qui met à l'abri d'accidents, mais il est bien moins puissant que l'injection intra-veineuse ; il échouera lorsque l'hypotension sera considérable.

Les grands lavements d'eau salée sont un moyen moins puissant encore que les injections sous-cutanées, mais ils ont cependant donné des résultats.—Les lavements d'eau chaude salée constituent une ressource qui, sans avoir une action très puissante, permettent cependant de gagner du temps, d'attendre.

Enfin on a préconisé les injections d'eau salée dans le péritoine. Je ne vous engage pas à injecter de l'eau salée dans le péritoine ; cependant on en a eu quelques succès par ce moyen.

On peut, pour les cas d'hémorrhagies, résumer comme suit la conduite à tenir en ce qui concerne l'eau salée en injections : Dans les cas légers, faire des injections sous la peau, ou, si on a absolument rien pour pratiquer ces injections, donner des lavements d'eau salée ; dans les cas graves, faire des injections intra-veineuses d'eau salée, et, tout à fait exceptionnellement, injecter de l'eau salée dans le péritoine.

L'eau salée est aussi employée en injection dans l'infection puerpérale. M. Pozzi, en 1895, a dit que l'on pouvait retirer de bons résultats de ces injections.

Magendie avait déjà conseillé de soigner la rage par les injections intra-veineuses d'eau salée, c'est-à-dire que ces injections ne sont pas une découverte récente ; quant aux injections sous-cutanées d'eau salée, on en usait déjà largement lorsqu'on a eu l'idée de les appliquer à l'infection puerpérale.

Aujourd'hui, dans l'infection puerpérale, on emploie les injections intra-veineuses d'eau salée, exactement de la même manière que dans les hémorrhagies.

Cette injection agit probablement sur l'infection puerpérale par le lavage qu'elle fait subir au sang. Il faut donc, pour obtenir un résultat, injecter de l'eau salée autant que l'on peut ; ne pas craindre de récidiver, de recommencer les injections à bref intervalle. Il faut avoir recours à ces injections lorsqu'on a affaire à des infections puerpérales généralisées ; mais, quand ce sont des infections localisées, il y a bien moins d'intérêt à les employer.

Dans l'infection puerpérale, ces injections sous-cutanées n'ont qu'une action bien faible, parce que l'eau salée n'agissant que comme lavage, on n'ajoute pas

assez de liquide au sang, et, en outre, l'action générale des injections sous-cutanées étant bien moins puissante que celle des injections intra-veineuses, on conçoit qu'il n'y a pas d'intérêt à en user.

Les lavements, les injections dans les séreuses n'ont pas d'action sur l'état général, elles en ont seulement sur l'état local. Aussi dans l'infection de la plèvre, il y aura intérêt à faire des injections directement sur ce point.

M. Porak et son interne ont expérimenté les injections d'eau salée dans l'éclampsie. Ils conseillent ces injections sous la peau chez les éclampsiques. J'en ai essayé moi-même, mais je n'en ai pas été très satisfait et je les condamne, dans ce cas, jusqu'à plus ample informé.—*Journal des Sages-Femmes.*

REVUE D'HYGIÈNE

L'HYGIÈNE DES ENFANTS SOUFFRANT DE MALADIES CONTAGIEUSES

La rentrée des classes a eu lieu au commencement de septembre. Pendant de longs mois les enfants qui fréquentent les écoles vont se trouver en contact journalier avec leurs camarades, ils seront par conséquent exposés à contracter des maladies infectieuses, surtout celles qui sont spéciales à l'enfance. Si l'on ne prend pas les précautions nécessaires, ces mêmes enfants deviendront à leur tour une source de contagion. Il s'en suit que dès qu'un enfant revient malade de l'école, et que la nature contagieuse de la maladie est reconnue, la famille a le devoir de prendre les précautions hygiéniques nécessaires pour que le mal ne se propage pas soit aux autres membres de la famille, soit aux personnes qui ont affaire à séjourner dans la maison. C'est le devoir de tout le monde, et un devoir social, de ne rien négliger pour limiter la maladie au cas actuel, et l'empêcher de s'étendre davantage.

En France, le ministre de l'instruction publique vient de distribuer à tous les instituteurs des instructions sur ce sujet que ceux-ci devront transmettre aux parents des écoliers tombés malades. On espère ainsi faciliter la tâche du médecin en expliquant aux familles les notions hygiéniques les plus communes et les plus importantes à mettre en pratique.

Les instructions du ministre de l'instruction publique sont très claires, très précises, très faciles à comprendre. Cela nous engage à les reproduire en y ajoutant certaines prescriptions recommandées par le Conseil d'Hygiène de la province de Québec. Nous espérons mettre ainsi nos lecteurs au courant de cette question de l'hygiène des écoliers malades telle qu'on la comprend en France et telle qu'on s'efforce de la pratiquer au Canada. Inutile de faire ressortir l'importance du sujet, qui sera compris par tout le monde, les pères de famille en particulier.

« Dès qu'une maladie contagieuse, dit le ministre de France, se montre dans une famille, il faut immédiatement appeler un médecin, parce que toutes ces maladies peuvent être graves et doivent être soignées. C'est aussi parce que le médecin, en veillant à ce que la présente instruction soit suivie, et en prescrivant les mesures complémentaires qu'il jugera utiles pour chaque malade en particulier, pourra éviter la propagation de la maladie dans la famille du malade et dans la commune

« On ne doit jamais avoir peur des maladies épidémiques ou contagieuses, car

on peut sûrement empêcher leur développement en détruisant les germes qui les produisent.

Ces germes sont des corps très petits qui peuvent se loger partout : dans les fentes du plancher ou du carrelage, sur les murs, dans les rideaux et les tapis, dans le linge et les vêtements, dans l'eau et les aliments, etc.

« Les mesures indiquées ci-après ont pour but d'empêcher les germes de se accumuler et de les détruire partout où ils peuvent se rencontrer. »

I.—PENDANT LA MALADIE.

Chambre du malade—La chambre du malade doit être tenue très propre, bien aérée et convenablement chauffée, selon la saison et selon l'ordonnance du médecin.

La chambre du malade doit renfermer aussi peu de meubles que possible, pas de tapis ni de rideaux.

Il est préférable que le lit soit au milieu de la pièce et jamais dans un alcôve.

Le malade sera placé dans une chambre où il soit tout seul avec la personne qui le soigne et qui doit n'avoir avec les autres personnes de la famille ou de la maison que les relations indispensables. L'entrée de la chambre sera particulièrement interdite aux autres enfants.

Il est de toute nécessité que la personne qui se dévoue pour soigner l'enfant se résigne à partager l'isolement du petit malade. Les relations indispensables consistent à recevoir le plateau contenant les repas ou les objets nécessaires pour le malade ou elle-même. Elle pourra sortir pour faire une promenade, à la condition de changer chaque fois de vêtement et de ne pas s'arrêter à causer avec les membres de la famille.

Il ne doit y avoir dans la chambre aucune provision de lait ou d'aliments quelconques, aucune boisson ou tisane, à moins que ce ne soit dans des récipients bien clos. Il vaut mieux même que les aliments ou boissons ne soient apportés dans la chambre du malade qu'au fur et à mesure des besoins et ce qui n'est pas immédiatement consommé doit être, après que le malade y a touché, brûlé ou jeté dans un vase uniquement affecté à cet usage.

Il est très utile de placer auprès du malade un bol contenant un peu d'eau dans lequel il crachera. Il y a grand intérêt, en effet, à maintenir humides les crachats, qui, étant secs, se répandent dans l'air sous forme de poussières et peuvent ainsi propager la maladie.

Le contenu du bol doit être jeté dans le vase spécial, après la visite du médecin.

Pendant toute la durée de la maladie on tient toutes les pièces d'habitation très propres, on les aère par l'ouverture des fenêtres pour laisser entrer l'air et le sole il le plus longtemps possible tous les jours.

Nettoyage de la chambre.—Pour nettoyer la chambre, il ne faut pas balayer, de crainte d'agiter les poussières qui peuvent contenir des germes et transmettre la maladie aux autres personnes de la famille, de la maison ou des maisons voisines, il faut, au contraire, soit répandre d'abord sur le sol de la chambre de la sciure de bois humide, soit l'essuyer avec un linge légèrement humide. On doit ensuite laisser séjourner pendant une heure dans l'eau bouillante et rincer ce linge, puis brûler les balayures dans le foyer. S'il n'y a pas de feu allumé, ces balayures seront mises dans le vase spécial, dont il a été parlé au paragraphe précédent.

Désinfection des effets, vêtements, draps, etc.—Aucun des effets : linge de corps, vêtements, draps, qui ont servi au malade, ne doit être secoué par la fenêtre ; on les mettra dans une boîte, un panier ou un sac jusqu'à ce qu'il soit procédé à leur désinfection.

Désinfection des déjections.—Aucune des déjections du malade, urine, ma-

tières fécales, crachats, vomissements, ne doit être répandue sur les fumiers ou dans les cours d'eau, ni jeté sur le sol.

Ces déjections, comme les résidus du balayage, comme l'eau du lavage à l'eau bouillante des effets et des vêtements, doivent être transportés dans le vase spécial, qui doit être toujours rempli à moitié au moins d'une solution de sulfate de cuivre (2 onces de sulfate de cuivre par pinte d'eau).

Ce vase doit être vidé dans les cabinets d'aisances ou dans un trou en terre, à demi rempli de chaux vive et creusé à une grande distance des puits et cours d'eau.

Le vase est lavé, sur place même, avec la solution de sulfate de cuivre avant d'être reporté dans la chambre du malade.

Eau de boisson.—L'eau servant à boire, à cuire les aliments et à prendre les soins de propreté pour le malade doit être bouillie. Tous les membres de la famille doivent aussi faire usage d'eau bouillie pendant le temps de la maladie ou de l'épidémie.

II.—APRÈS LA MALADIE.

Désinfection après la maladie.—A la fin de la maladie, tous les objets qui garnissent la chambre du malade doivent y être laissés jusqu'après la désinfection, qui doit être faite le plus tôt possible pour tous ces objets sans exception, qu'ils aient ou non servi au malade.

Mesures à prendre par le malade avant sa sortie.—Le médecin indique quand le malade doit être lavé et quand il doit sortir (mais la sortie ne doit jamais avoir lieu qu'après un bain ou un lavage à l'eau de savon).

Le médecin dit aussi quand l'enfant peut jouer avec ses camarades et retourner à l'école.

Exclusion de l'école.—La rentrée en classe ne peut s'effectuer que quarante jours après le début de la maladie pour la variole, la scarlatine et la diphtérie et seize jours seulement pour la rougeole.

Dans l'intérêt même des enfants, l'instituteur a le devoir de renvoyer dans sa famille tout enfant chez lequel il peut craindre l'apparition d'une affection contagieuse.

Tout le monde a intérêt à prendre chez soi les précautions nécessaires pour empêcher que la maladie se transmette aux autres membres de la famille et aux voisins.

Tout le monde a intérêt à ce que son voisin prenne des précautions chez lui quand il a un malade atteint d'une maladie contagieuse.

La présente instruction est applicable à toutes les affections épidémiques et contagieuses des adultes (choléra, fièvre typhoïde, diphtérie (croup, angine couenneuse, scarlatine, rougeole, suette, typhus, dysenterie épidémique, ptisie).

DÉSINFECTION DE LA CHAMBRE.

Voici à ce sujet les procédés recommandés :

“ Pour désinfecter la chambre, on lave les murs, le plafond et surtout le sol (plancher, carrelage ou terre battue) avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100 d'eau, ou avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 additionnée de 30 grains de sel marin pour un litre d'eau, ou avec une solution de crésyl à 5 pour 1000 d'eau. Le sol est ensuite épongé et essuyé avec soin. Si les murs sont blanchis à la chaux, on devra toujours procéder à un nouveau blanchissage de la surface.

“ Il pourra être pris, sur l'avis du médecin, d'autres mesures de désinfection suivant le cas.”

Désinfection de tout ce qui vient de la chambre où le malade contagieux est isolé.

Aliments :

Brûler les restes des aliments qui ont été servis au malade, ou les arroser d'une solution d'acide carbolique ou de bi-chlorure de mercure, ou encore les saupoudrer de chlorure de chaux, puis les enterrer.

Vaisselle et ustensiles :

Les laver à l'eau bouillante.

Vêtements, draps, serviettes, couvertures et autres linges :

1o Les brûler, s'ils sont de peu de valeur ; ou

2o Les faire bouillir dans l'eau pendant une demi-heure au moins ; ou

3o Les faire tremper, pendant quatre heures, dans une solution de 1 drachme de bi-chlorure de mercure pour un gallon d'eau ; ou

4o Les faire tremper, pendant quatre heures, dans une solution de 1 once d'acide carbolique pour un gallon d'eau.

Meubles, matelas et effets que le mode précédent de désinfection pourrait gêner :

1o Les exposer pendant 10 minutes, et dans un appareil convenable, à un courant de vapeur ; ou

2o Les exposer, pendant deux heures, à une chaleur sèche de 230 degrés Fahrenheit ; ou

3o Si l'on ne peut employer l'une des méthodes précédentes, les exposer dans un local bien clos, et y faire la fumigation au soufre décrite dans le paragraphe suivant :

Fermer tous les issues du local à désinfecter, puis, le fumiger à l'acide sulfureux en y laissant brûler, pendant ou moins six heures consécutives, 3 livres de soufre par chaque 1000 pieds cubes d'espace.

Pour bien faire cette importante opération, il faut que toutes les ouvertures, fentes, trous, etc., soient hermétiquement bouchés, et les fenêtres disposées de manière à pouvoir être ouvertes du dehors, soit par une corde ou par tout autre procédé mécanique, lorsque la désinfection est terminée. Il est nécessaire de prendre ces précautions, car le gaz acide sulfureux, respiré en quantité notable, peut causer la mort.

Pour assurer la parfaite combustion du soufre, et se prémunir contre tout danger d'incendie, il faut mettre le soufre, en poudre ou en morceaux, dans un vase de fer placé sur quelques briques ou pierres plates disposées dans un cuvier dont le fond est recouvert de quelques pouces d'eau. Pour faire prendre le soufre, on devra en mouiller la surface avec un peu d'alcool, ou placer dans le vase même, parmi le soufre, quelques chiffons de papier qui en dépassent le bord, et y mettre le feu.

La fumigation terminée, il faut ouvrir largement portes et fenêtres, et aérer toute la maison le plus possible. Ensuite, on éponge avec une solution de deux onces d'acide carbolique pour un gallon d'eau, toutes les surfaces qui ont été exposées à l'infection, et, enfin, on fait le grand ménage ordinaire, à la brosse et au savon.

Expectorations et évacuations :

Les recueillir dans des vases, et y mêler, par moitié, un des désinfectants suivants qu'on laisse en contact, pendant une demi-heure :

1o Bi-chlorure de mercure : 2 drachmes dans un gallon d'eau ;

2o Acide carbolique : 4 onces dans un gallon d'eau ;

3o Chlorure de chaux en poudre ;

4o Chlorure de chaux : 6 onces dans un gallon d'eau ;

5o Le lait de chaux que l'on prépare comme suit : arroser, petit à petit, de la chaux de bonne qualité avec la moitié de son poids d'eau ; délayer la poudre ainsi obtenue dans le double de son volume d'eau.

PROPHYLAXIE DES MALADIES CONTAGIEUSES DANS LES ÉCOLES. (1).

Nous reproduisons à la suite du précédent article des instructions du Conseil d'Hygiène de la Province sur les mesures à prendre pour prévenir la propagation des maladies contagieuses dans les écoles. Si la famille a ses devoirs, le maître d'école a aussi les siens à remplir, et nous osons croire que l'on ne les trouvera pas trop exagérés.

Mesures à prendre avant l'apparition de la maladie.

On devra surveiller la propreté chez les élèves, la pureté de l'eau potable, la propreté des cabinets d'aisances et leur désinfection régulière, l'entretien des égouts.

Aucun élève demeurant dans une maison où il existe une maladie contagieuse ne doit être admis à l'école (Règlement du Conseil d'Hygiène).

Tout élève atteint de fièvre doit être immédiatement éloigné de l'école et n'y être admis qu'après que le médecin aura déclaré *positivement* qu'il n'est pas atteint d'une maladie contagieuse. S'il s'agit d'un élève pensionnaire, l'isoler jusqu'à la visite du médecin.

Mesures à prendre à l'apparition de la maladie.

Coqueluche.—La coqueluche est déjà contagieuse lorsque le malade ne présente pour tout symptôme qu'un rhume ordinaire.

Renvoi du malade à son logis, destruction de ses livres, cahiers et jouets. Si plusieurs cas se présentent, outre le renvoi immédiat des malades, licencier tous les élèves ayant moins de 6 ans, parce que chez eux la maladie est plus grave.

Les élèves qui auront été atteints ne seront réadmis à l'école qu'après quinze jours comptés depuis la cessation absolue des quintes de toux.

Leur réadmission ne peut être considérée comme exempte de danger si, au moins, la chambre occupée par le malade avec les effets y contenus n'ont pas été entièrement désinfectés.

Diphthérie.—(On l'appelle angine couenneuse lorsqu'elle n'attaque que le fond de la gorge et croup lorsqu'elle n'attaque que le larynx. Les enfants souffrants de la gorge devraient être regardés comme suspects, au moins quand il y a de la diphthérie dans les environs.)

Renvoi immédiat du malade à son logis, destruction de ses livres, cahiers, jouets, etc. Désinfection au soufre des appartements qu'il fréquentait. Si malgré ces précautions plusieurs cas se produisent, fermer l'école pour 12 jours (plus longtemps s'il y avait épidémie grave dans la municipalité.)

L'élève qui a souffert de la diphthérie ne peut être réadmis à l'école qu'après 40 jours et qu'en autant que sa gorge sera parfaitement guérie, qu'il ne reste plus chez lui aucune trace de la maladie et que son logis et ses effets auront été désinfectés d'après les Règlements du Conseil d'Hygiène.

Fièvre typhoïde.—Renvoi de l'élève malade, désinfection quotidienne des lieux d'aisances. S'il y a des doutes sur la qualité de l'eau la faire bouillir avant sa consommation ou prendre ailleurs l'approvisionnement d'eau.

Les malades qui ont été atteints de fièvre typhoïde ne peuvent pas être

(1) Il n'est pas question, dans cet article, des mesures spéciales qu'on doit prendre dans les pensionnats, N. D. L. R.

réadmis à l'école avant quatre semaines au moins et alors qu'en autant qu'il ne reste aucune trace de la maladie.

Rougeole.—(La rougeole est déjà contagieuse avant l'apparition de l'éruption, alors même que l'enfant ne présente pour tous symptômes que des yeux larmoyants et de la toux).

Renvoi du malade à son logis, destruction de ses livres, cahiers, jouets. Si plusieurs cas se présentent, outre le renvoi immédiat des malades, licencier tous les enfants ayant moins de 6 ans, parce que chez eux la maladie est ordinairement plus grave.

Les élèves qui auront été atteints ne seront réadmis à l'école qu'après trois semaines, comptées du début de la maladie et alors qu'en autant que toute desquamation aura cessée.

La réadmission ne peut être considérée comme exempte de danger si, au moins, la chambre occupée par le malade avec les effets y contenus n'ont pas été entièrement désinfectées.

Scarlatine.—(Les enfants souffrant de la gorge devraient être regardés comme suspects du moment qu'il y a de la scarlatine dans les environs.)

Renvoi immédiat du malade à son logis, destruction de ses livres, cahiers, jouets, etc. Désinfection au soufre des appartements qu'il fréquentait. Si, malgré ces précautions, plusieurs cas se produisaient, fermer l'école pour 10 jours (plus longtemps s'il y avait épidémie dans la municipalité).

L'élève qui a souffert de la scarlatine ne peut être réadmis à l'école qu'après 40 jours et qu'en autant que sa gorge sera parfaitement guérie, que la desquamation aura cessé, et que son logis et ses effets auront été désinfectés d'après les règlements du Conseil d'Hygiène.

Renvoi immédiat du malade à son logis, destruction de ses livres, cahiers, jouets, etc. Revaccination de tout le personnel de l'établissement. Désinfection au soufre de la bâtisse entière, ou, s'il s'agit d'une grande institution, au moins de la partie de la bâtisse que fréquentait le malade. Si, malgré toutes ces précautions plusieurs cas se produisent, fermer l'école pour quinze jours (plus longtemps s'il y avait épidémie dans la municipalité). Les élèves qui ont souffert de variole ne peuvent être réadmis à l'école qu'après 40 jours et qu'en autant que toutes les gales seront tombées, que toute desquamation aura cessé, que le malade aura été lavé avec une solution désinfectante et enfin que la maison aura été désinfectée avec son contenu, d'après les règlements du Conseil d'Hygiène.

Telles sont, dans les maladies contagieuses les plus fréquentes, les mesures de prophylaxie que le Conseil d'Hygiène, se basant sur les données de la science, recommande de mettre en pratique dans les écoles. Certaines prescriptions, qui peuvent paraître arbitraires, ont cependant leur raison d'être, et la prévention des maladies est chose si importante que rien, pas même les pertes d'argent, ne doit empêcher de la mettre en pratique.

On vend à Moscou, sous le non de Rogogeski, un thé fabriqué à Rogogé de la manière suivante. certains juifs achètent dans les maisons de thé les feuilles qui ont déjà servi à la consommation de ces établissements; encore humides, elles sont mélangées à d'autres feuilles indigènes ou à du thé véritable. Le tout est soumis à l'ébullition avec du caramel ou de l'extrait de campêche, afin d'améliorer la couleur et le goût. Par ce traitement, le thé est devenu plus léger, on en augmente le poids en y ajoutant du sable, de la terre, de la limaille de laiton; enfin, pour donner aux feuilles leur aspect enroulé, les ouvriers juifs les frottent entre leurs mains sales. Ce thé, exposé à fermenter, possède une odeur désagréable; les feuilles présentent une mauvaise torsion, et leur surface est couverte de traces de caramel et de poudres brunes.

REVUE DE PÉDIATRIE

Sous la direction du docteur ISAÏE CORMIER,
Médecin des enfants malades à l'Hôpital Notre-Dame.

MELÈNA DU NOUVEAU-NÉ, par MILTON-LEWIS. *New-York medical Journal*, 1er février 1896.—À l'occasion de trois observations personnelles de melèna du nouveau-né, l'auteur entreprend l'étude critique des diverses théories pathogéniques émises à propos de cette affection, et rapporte une riche statistique de 185 faits, relevés dans la bibliographie.

Nombreuses sont les théories étiologiques : un bon nombre peuvent être considérées comme exactes ; toutefois, elle pèchent lorsqu'elles veulent être exclusives. Lewis cite, en premier, celle qui rattache les hémorrhagies à une ulcération de la muqueuse digestive (Billard, Landau, Tross). Ces ulcérations, siégeant soit à la partie terminale de l'œsophage, soit sur les muqueuses gastrique, duodénale, ou même du gros intestin, ont pu être constatées à l'autopsie (12 sur 68 autopsies, Lewis).

Le plus souvent il n'y a que suffusion sanguine localisée à l'estomac ou à l'intestin, avec légères érosions des capillaires.

Dans un petit nombre de faits, on trouve chez les parents une hémophilie véritable ou, tout au moins, une prédisposition aux hémorrhagies (Fleischmann, Hemenway, Croom). Comme cause prédisposante, on cite la syphilis. Toutefois, Neumann considère que cette diathèse agit plutôt en prédisposant à l'infection des voies digestives. Cette infection pyoseptique agit par la production d'embolies dans les parois de l'estomac ou de l'intestin.

Osler attribue le melèna à un excès de compression dans l'abdomen du fœtus pendant l'expulsion ou l'extraction (Osler, Tross) ; Lewis cite une observation personnelle dans laquelle cette influence a été des plus manifestes. Loranchet attribue le melèna à une congestion interne des viscères, produite par l'action du froid sur les téguments de l'enfant. D'autres auteurs attribuent cette même congestion viscérale à la compression des artères ombilicales, lorsqu'il existe des circulaires du cordon.

Reubold, Panovski et Lewis font jouer un rôle capital aux lésions ou même à la simple compression des centres nerveux, conformément aux recherches expérimentales de Brown-Séquard et Vulpian. Reubold, pour 199 autopsies, où l'on a trouvé des lésions encéphaliques, n'a relevé que 65 fois, soit 34 pour 100, du melèna. Ces lésions peuvent consister en une inflammation septique des méninges (Eppinger). Cette dernière conception ne va donc pas à l'encontre de la théorie bactérienne du melèna, émise par Neumann, l'infection ayant le tube digestif pour point de départ.

Les autres désordres constatés à l'autopsie, en dehors de l'estomac et de l'intestin, consistent en une décoloration des parenchymes par ischémie généralisée.

Le melèna débute habituellement sans prodromes : l'enfant, tantôt solide d'apparence, tantôt, et plus souvent né prématurément, est brusquement pris, dans le cours de la première semaine, d'un vomissement de sang, noirâtre et coagulé. La respiration est rapide et superficielle, le pouls à peine sensible. L'enfant remue peu et refuse de téter. Après le vomissement, apparaissent les selles noirâtres, pâteuses, visqueuses et caractéristiques du melèna ; en même temps, le ventre est volumineux, étalé et flasque.

Le méléna est généralement beaucoup plus abondant que l'hématémèse ; il dure ordinairement deux ou trois jours, mais rarement plus de vingt-quatre heures, en cas de guérison. Même avec une issue favorable, on est surpris de la grande quantité de sang que peuvent perdre les enfants, eu égard à leur poids total.

Cette affection est rare : Henoeh en a observé 14 cas ; Hecker, 8 cas sur 4,000 accouchements ; Spiegelberg, 2 cas sur 5,000 accouchements.

Quant au pronostic, il comporte une mortalité variant suivant les statistiques entre 35 pour 100 et 70 pour 100. Pour les 185 cas réunis par Lewis, la mortalité a été de 68 pour 100. Dans 52 observations où le mode d'accouchement est rapporté, il y a eu 12 fois dystocie ; 43 fois il est indiqué que les mères étaient multipares, et 32 fois primipares.

Sur 79 cas, 35 fois le méléna se déclara dans les trois premiers jours. Quant à la durée, elle a été, sur un ensemble de 57 faits : 22 fois d'un jour ; 24 fois de 1 à 6 jours ; 11 fois de plus de 6 jours.

Le début le plus précoce a été de 2 heures après la naissance, et le plus tardif de $4\frac{1}{2}$ mois.

Le traitement doit consister dans l'immobilisation de l'enfant. Bien que l'emploi du froid en topiques ait été conseillé, Lewis préfère la chaleur à l'extérieur : il conseille toutefois de faire ingérer à l'enfant de la glace pilée, et de l'alimenter à la cuiller, pour éviter tout déplacement et tout repas trop copieux. (Rev. des mal. de l'Enf.)

ÉVOLUTION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, communication du Dr BERNHEIM au Congrès Français de Médecine tenu à Nancy du 6 au 12 août 1896.—*Journ. de Clin. et de Thér. Inf.*, vol. IV. No 36.

M. BERNHEIM.—Voici les conclusions principales de cette étude :

1o Le type normal de la fièvre typhoïde tel qu'il est décrit par Wunderlich, *évolution en trois septénaires*, n'est pas le plus fréquent (période d'augment 3 à 4 jours, période d'état jusqu'au 12 ou 14e jour, période de déclin, 5 à 6 jours).

2o A côté de ce type qu'on peut conserver comme schéma, il faut mentionner :

La fièvre typhoïde avec *raccourcissement de la période d'état* ou *fièvre typhoïde abortive*.

La fièvre typhoïde avec *prolongation de la période d'état* ou *fièvre typhoïde prolongée*.

Dans le premier cas l'évolution microbienne avorte : les lésions des plaques de Peyer se résolvent sans s'ulcérer. Dans le second l'évolution microbienne ne se fait pas d'une pièce, mais par poussées successives, comme l'anatomie pathologique le démontre, les diverses lésions ne sont pas contemporaines ; les unes sont ulcérées ou cicatrisées, quand les autres sont à la phase d'hyperplasie. La période d'état peut ainsi se prolonger pendant plusieurs semaines, la fièvre typhoïde peut, comme l'érysipèle, procéder par poussées successives.

3o Quand une nouvelle évolution microbienne recommence, alors que la première est en voie de répression, que la température se relève et fait un nouveau plateau, alors que la défervescence était déjà en train, il s'agit d'une *recrudescence*.

4o Quand la première évolution est tout à fait terminée, et qu'une seconde a lieu, quand la température se relève et fait un nouveau cycle alors que le premier était achevé, que l'apyrexie et les symptômes de la convalescence étaient marqués depuis un ou plusieurs jours, ou même depuis quelques semaines, il s'agit d'une rechute.

5o Prolongation de la période d'état, recrudescence, rechute, correspondent à un même phénomène ; évolutions subintrantes, successives, consécutives, des germes typhiques. Le nombre des rechutes dans la fièvre typhoïde est très fréquent ; je les ai trouvées dans un quart des cas ; et en réunissant recrudescences

cences et rechutes, dans un tiers des cas. Ces rechutes peuvent être abortives; d'autres fois elles sont longues et graves. Les formes abortives peuvent être suivies de rechutes prolongées et même mortelles.

La bactériologie en montrant la persistance du bacille typhique pendant plusieurs mois après la convalescence dans l'économie, dans une vésicule biliaire (Dupré), dans une lésion ostéo-périostique (Orloff), dans le pus d'abcès, etc., confirme les vues cliniques sur la fièvre typhoïde que je professe depuis une vingtaine d'années. Les bacilles typhiques évoluent successivement, ne se détruisent que lentement; certains échappent à la consommation typhique et survivent, propres à créer de nouvelles poussées.

On voit souvent 2 ou 3 rechutes, même 4, survenir successivement, après des périodes d'apyrexie de quelques jours à quelques semaines.

6o Les rechutes, typhiques peuvent être purement thermiques sans autres symptômes, comme si les germes n'agissaient plus sur les organes que comme pyrétotoxines. Les rechutes thermiques pures peuvent se prolonger pendant des semaines, ou bien elles ne durent qu'un ou très peu de jours, figurant des poussées abortives de microbes retardataires.

7o L'évolution thermométrique typhique peut aussi se prolonger ou être suivie, après une période d'apyrexie, par une fièvre irrégulière, quelquefois seulement vespérale, sans localisation constatable. Cette fièvre peut être due à une infection secondaire se rencontrant après la fièvre typhoïde comme après l'influenza.

8o La période, dite amphibole, de Wunderlich, n'est pas à proprement parler une période. Toutes les complications si fréquentes surtout dans le 3e septénaire, hémorrhagie, pneumonie, escarre, myocardite, accréation, paralysie du cœur, etc., ou pendant la convalescence, escarres, furoncles, infections secondaires, peuvent altérer la courbe régulière de la fièvre typhoïde.

DE LA STOMATITE ULCÉREUSE CHEZ LES ENFANTS, par ENRICO DALL'ACQUA. *La Pediatra*, No 3, p. 73, 1896.—L'auteur a pu en observer 47 cas. La stomatite ulcéreuse se rencontre, le plus souvent, dans la première enfance : l'âge des malades variait entre dix-huit mois et sept ans. Ils présentent un faciès spécial, qui rappelle celui de la suppuration chronique. La maladie se localise d'abord au bord libre des incisives et des canines, et de là, si le traitement n'intervient pas, elle envahit la gencive des autres dents et finit par former une large ulcération irrégulière, siégeant dans les muqueuses labiale et gingivale dont le grand diamètre transversal est parallèle au bord des gencives. Le produit du processus ulcératif se présente sous forme de petites masses couleur de café, qui sont composées de globules sanguins altérés.

Les fonctions gastro-intestinales sont troublées de plus en plus, soit par l'ingestion des produits ulcéreux, soit par la mastication incomplète des aliments. La stomatite ulcéreuse n'est pas seulement une affection plus ou moins grave suivant les cas, elle peut être mortelle; Dall'Acqua a observé deux cas de mort. Dans ces deux cas, à la stomatite ulcéreuse est venue s'ajouter une toux convulsive. Disons, enfin, que la maladie est contagieuse; ce sont le linge et les autres objets qui servent d'agents de transmission.

Arrivons au traitement.

1o Les aliments seront composés de substances liquides (lait, bouillon, etc.), portées jusque dans l'arrière-gorge par des récipients à bec; la bouche sera lavée, avant chaque repas, avec des solutions désinfectantes pour empêcher l'ingestion de substances septiques.

2o On combattra directement le processus ulcératif. On évitera le chlorure de calcium en poudre, l'acide chlorhydrique, la glycérine boriquée et le chlorate de potasse; toutes ces substances présentent des inconvénients ou bien ne donnent aucun résultat thérapeutique appréciable, comme la glycérine boriquée et le chlorate de potasse. Le remède le plus utile, le plus énergique, c'est le per-

manganate de potasse qu'on porte sur les points ulcérés à l'aide d'un pinceau. Mais, dans les cas où la stomatite est étendue, l'emploi du permanganate de potasse n'est pas indiqué, car ou bien on doit badigeonner toute la muqueuse buccale, et il se produit alors des pertes de substance assez grandes, ou bien, si l'on ne le porte que sur certaines régions, on est presque sûr qu'une partie de la muqueuse malade échappera à l'action du médicament. Tout ce que nous venons de dire à propos du permanganate de potasse s'applique au nitrate d'argent. On peut aussi badigeonner les ulcérations avec une solution aqueuse, légèrement alcoolisée de sublimé (sublimé 1 gramme; eau 1 litre; alcool 30 grammes). Enfin, on lavera la bouche, fréquemment, avec des liquides stérilisés neutres.—(*Rev. des mal. de l'Enfance.*)

DU TRAITEMENT FARADIQUE DE L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE, par G. KÖSTER (de Halle).—L'auteur recommande un procédé de faradisation qui ne paraît pas jouir de la notoriété qu'il mérite.

Ce traitement a toujours donné des résultats aussi rapides que complets. D'autre part, il n'exige comme instrumentation qu'un de ces petits appareils de faradisation que tout médecin possède ou peut facilement se procurer.

Le manuel opératoire est des plus simples :

Après avoir fait uriner le patient, on le fait coucher sur le dos et on lui applique sur la région pubienne une électrode ordinaire mise en communication avec le pôle positif de l'appareil faradique. Le fil de cuivre qui est relié au pôle négatif n'est pas muni d'électrode. On gratte, au niveau de l'extrémité libre de ce fil, la couche isolatrice de caoutchouc qui le recouvre, de façon à mettre le métal à nu sur une étendue d'un demi-centimètre environ, on désinfecte soigneusement le fil dans une solution d'acide phénique à 5 p. 100, et on l'introduit à une profondeur de 1 à 1½ cent. dans l'urèthre du patient. On fait passer ensuite un courant d'abord très faible, dont on augmente lentement la force jusqu'à une limite variable suivant la sensibilité du sujet. On laisse alors agir le courant pendant deux ou trois minutes; puis on en diminue peu à peu l'intensité pour l'augmenter de nouveau progressivement. On termine la séance après avoir une troisième et dernière fois diminué puis augmenté alternativement l'intensité du courant. La durée totale de chaque application faradique est de cinq à sept minutes.

D'après Köster, il suffirait en moyenne de deux séances et parfois même d'une seule pour amener la guérison de l'incontinence d'urine, et cela aussi bien chez les garçons que chez les filles. Dans tous les cas, on pratique une première faradisation, puis on s'en tient là tant qu'il n'y a pas d'émission involontaire d'urine; mais, dès que celle-ci se produit de nouveau, on doit procéder sans retard à l'emploi du courant d'induction.

L'effet favorable de ce traitement résulterait de l'action tonique exercée par le courant faradique sur le sphincter vésical, dont l'état de faiblesse constituerait le facteur étiologique de l'incontinence nocturne d'urine.

PARÉSIE DES MEMBRES INFÉRIEURS ET PARAPLÉGIE CHEZ L'ENFANT, par FILATOFF. *Dietskia medicina*, 1894.—Filatoff divise les paraplégies en deux groupes, suivant qu'elles appartiennent à la première enfance ou à des enfants plus avancés en âge.

Première enfance.—1o la faiblesse des membres inférieurs reconnaît souvent pour cause le rachitisme, facile à reconnaître par les déformations osseuses, la liberté des mouvements quand l'enfant est couché ou suspendu, l'amaigrissement des membres.—2o La poliomyélite spinale antérieure aiguë ou subaiguë se distingue du rachitisme par son début brusque, la paralysie généralisée après la disparition de la fièvre; sa régression après laquelle un ou deux membres restent complètement paralysés, avec atrophie rapide des muscles, perte de l'excitabilité électrique et arrêt du développement du membre. 3o La poliencéphalite de

Strümpell a aussi un début aigu et se distingue par la conservation de l'excitabilité électrique des muscles, l'absence d'atrophie musculaire, l'augmentation de la tonicité des muscles et l'exagération des réflexes tendineux au cours de la maladie.—40 Dans la *névrite multiple*, quatrième cause de paraplégie chez les jeunes enfants, le début n'est pas brusque, la paralysie est symétrique et plus prononcée à la périphérie des membres, il existe de la douleur sur le trajet des troncs nerveux.—50 La faiblesse des membres inférieurs peut reconnaître pour cause le *macro* ou la *microcéphalie*. Le diagnostic n'est pas difficile dans ces cas par l'affaiblissement de l'intelligence et le défaut des rapports entre les dimensions de la circonférence de la tête et du thorax.—60 Les lésions cérébrales congénitales accompagnées d'une paralysie spasmodique des membres inférieurs ou d'une rigidité musculaire peuvent avoir pour cause des processus morbides dont la nature ne peut pas toujours être reconnue pendant la vie. Telles sont la *diplopie cérébrale infantile spastique* et la *maladie de Little*. Mais ces lésions sont excessivement rares et ne sont pas d'une grande importance pour le médecin praticien.

Deuxième enfance.—10 La cause la plus commune de paraplégie chez les enfants plus avancés en âge est le *mal de Pott*, caractérisé par la douleur à la pression des apophyses épineuses, la rigidité de la colonne vertébrale et par l'apparition d'une saillie angulaire. La paralysie elle-même a un caractère spasmodique avec rigidité des muscles et exagération des réflexes.

20 La *paraplégie hystérique*. L'*astasia abasia* des hystériques, constitue par sa fréquence la seconde grande cause de paralysie de ce groupe, c'est à-dire chez les enfants au dessus de 5 ans, particulièrement entre l'âge de 10 à 15 ans. La localisation, l'évolution, le développement et les symptômes de la paraplégie hystérique présentent des caractères tellement disparates et variables que le diagnostic est parfois très épineux et le tableau clinique suggère quelquefois l'idée d'une simulation. La caractéristique de ces paralysies c'est que, quelle que soit la forme qu'elles affectent, monoplégique, hémiplégique, paraplégique, elles ne ressemblent à aucun des types des paralysies organiques, centrales ou périphériques. L'absence d'amyotrophie et la diminution de l'excitabilité électrique permet de les distinguer d'une paralysie périphérique et la présence des anesthésies de toute espèce les distingue des paralysies centrales. La paralysie d'origine spinale se distingue de la paralysie hystérique par les troubles sphinctériens vésicaux et rectaux, la localisation de l'anesthésie aux membres inférieurs sans extension sur le sacrum, les organes génitaux et les parties situées au-dessus du segment lésé de la moelle. Dans les cas d'*astasia-abasia* pure il y a impossibilité de la marche et de la station debout avec conservation de la sensibilité et de la force musculaire normales. Le diagnostic est basé sur l'existence d'autres symptômes d'hystérie.

30 La *paralysie diphtérique* se reconnaît par son début dans les muscles du voile du palais et du pharynx, par l'envahissement progressif d'autres groupes musculaires.

40 La *paralysie spinale spasmodique* peut aussi donner lieu à la paraplégie. Ici la démarche du malade est caractéristique par suite de contracture des muscles du mollet et des adducteurs de la cuisse. Le malade marche sur la pointe des pieds, les genoux rapprochés. Les symptômes cardinaux de cette paralysie sont l'absence complète d'atrophie musculaire et de troubles de sensibilité, la conservation des fonctions rectales et vésicales, la persistance à l'état normal de l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs, la conservation de l'intelligence, l'exagération marquée des réflexes tendineux. Dans quelques cas la paralysie spastique qui semble être idiopathique n'est que le vestige d'une diplopie cérébrale ou d'une maladie de Little.

50 La dernière cause de faiblesse des membres inférieurs est l'*atrophie musculaire progressive* myopathique, qui se distingue de la paralysie d'origine nerveuse par ce fait que la paralysie est ici postérieure à l'atrophie qui se développe

très lentement. L'atrophie est symétrique et commence souvent par les muscles de l'épaule et du tronc, ce qui ne s'observe pas dans la poliomyélite.

(*Rev. des Mal. de l'Enf.*)

FORMULAIRE

Pleurésie purulente.

Il est de la plus grande importance de ne pas laisser vieillir un empyème.

Traitement chirurgical. C'est le seul indiqué tout d'abord. Il faut vider la plèvre.

1^o Thoracentèse.

S'assurer que le fonctionnement de l'aspirateur est irréprochable.

Aseptic absolue de l'aiguille et du trocart, de la peau, des mains de l'opérateur.

L'aiguille ou le trocart doivent être assez gros pour laisser passer les grumeaux de pus (aiguilles Nos 3 et 4 de Dieulafoy).

Quand on fait la ponction, incliner l'aiguille parallèlement à la paroi thoracique, afin de ne pas blesser le poumon.

Déprimer aussi profondément que possible l'espace intercostal avec l'index de la main gauche, afin de conduire à coup sûr l'instrument sur l'ongle de ce doigt.

Ponctionner sur la ligne axillaire postérieure ou même au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, en raison des adhérences qui se produisent rapidement en avant au niveau du cul de sac costo-diaphragmatique. Le malade peut être assis ou couché, suivant que son état le lui permet ou non. Les espaces intercostaux préférés sont les sixième, septième et huitième.

A droite, on ponctionne plus haut qu'à gauche, et chez les enfants plus haut que chez les adultes.

Diriger l'instrument un peu en haut et en arrière, afin d'éviter plus sûrement la blessure du diaphragme.

Vider les grands épanchements purulents en plusieurs fois. Rapprocher les séances de thoracentèse dans la même journée, afin de soustraire le pus le plus rapidement possible.

Accidents à prévoir : la syncope et l'expectoration albumineuse.

Les lavages antiseptiques, faits après la ponction, demandent des précautions méticuleuses, et font courir au malade des risques d'infections inutiles. Il vaut mieux s'en abstenir.

2^o Pleurotomie.

L'opération doit être aseptique.

Instruments.—Un bistouri courbe, un bistouri boutonné bien tranchant, quelques pinces hémostatiques, une paire de ciseaux, une seringue à ponction explorative, une seringue à injection sous-cutanée; le tout stérilisé et maintenu dans une solution phéniquée forte.

Objets de pansement et accessoires.— Du fil à ligature (soie aseptique); deux gros tubes à drainage, longs de six pouces, et stérilisés; quelques gros crins de Florence; des tampons de ouate hydrophile stérilisés; tout ce qui est nécessaire pour faire un volumineux pansement antiseptique, (gaze iodoformée, ouate au bi-chlorure, ouate hydrophile); une brosse à peau; une solution de sublimé

au 1/1000 ; de l'eau stérilisée tiède ; de larges cuvettes pour recevoir le pus ; cinq à six pintes d'une solution boriquée à 4 p. 100 tiède, ou de chlorure de zinc à 1 p. 100 tiède ; irrigateur ; épingles de sûreté ; solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/100 ; flacon d'éther.

Préliminaires.—L'opération devant donner énormément de pus et de liquide, les objets dont la table d'opération sera munie devront être soigneusement garnis avec une toile cirée. Désinfecter à la brosse et au savon d'abord, puis à la solution de sublimé tiède, la paroi thoracique et l'aisselle. Border le champ opératoire de compresses aseptiques.

Technique.—Pratiquer dans l'espace intercostal choisi pour l'incision (7e ou 8e à droite, 8e ou 9e à gauche) une ponction exploratrice pour constater la présence du pus. Enlever la seringue et laisser l'aiguille dans la plèvre pour servir de guide. Faire l'anesthésie locale à la cocaïne. Pratiquer ensuite rapidement l'incision : la peau d'abord (2 à 3 pouces), exactement au niveau du bord supérieur de la côte située en dessous, puis les muscles, en longeant toujours la côte, à cause de l'artère intercostale. Inciser la plèvre avec le bistouri boutonné. Appliquer aussitôt l'index gauche pour que les quintes de toux ne chassent pas violemment le pus, et introduire les tubes ; on dirige alors le pus dans la cuvette. Attacher les tubes avec une épingle de sûreté, pour qu'ils ne tombent pas dans la cavité pleurale.

Lavages.—On fait un seul lavage après l'incision, sauf dans les cas à pneumocoques. Solution d'acide borique à 4 p. 100 ou de chlorure de zinc à 1 p. 100, tiède. On fait le lavage lentement à très faible pression. Le liquide injecté par un tube sort par l'autre ; on continue jusqu'à ce que le liquide de retour soit clair. Il est inutile de renouveler le lavage.

Laver la plaie. Pansement très épais et bien maintenu, pour recueillir le liquide qui sortira. Le renouveler après 24 heures. Laisser le second 48 heures en place, puis espacer de plus en plus suivant le liquide secrété.

TRAITEMENT MÉDICAL.

Traiter la tuberculose, si elle existe. Traiter les suites de la pleurésie.

1° Augmenter la capacité pulmonaire.

Gymnastique respiratoire, marche sur un plan incliné, marche au pas progressivement accéléré, exercices d'inspirations profondes, inspirations d'air comprimé (appareils spéciaux).

2° Combattre les atrophies.

Gymnastique musculaire ; mouvements du bras. Activer la nutrition des muscles par le massage et les courants électriques continus

Le malade atteint d'un empyème ne sera considéré comme guéri que lorsqu'il aura repris assez de force pour ne pas être condamné à l'inactivité

A. MANQUAT.

Le Dr Moud, se basant sur les succès de la médication thyroïdienne, a essayé de traiter les troubles dus à la disparition naturelle ou à l'extirpation des ovaires par l'ingestion de substance ovarienne. Il a fait préparer par Merck des tablettes contenant parties égales de sel et de substance ovarienne (sel, 4 grains, ovaire de vache trituré, 4 grains). On donne 4 à 6 tablettes par jour. L'auteur a soigné onze cas, et chez huit, il y a eu amélioration ou disparition des douleurs (palpitations, sentiment de chaleur, douleurs de tête).

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, OCTOBRE 1896

BULLETIN MÉDICAL

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde au Conseil d'Hygiène de la Province.

A peu près à la même époque où paraissait notre dernier Bulletin, contenant les communications de Widal et de Dieulafoy, le Dr Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène de la Province, causant de la nouvelle découverte avec le bactériologiste, le Dr Wyatt-Johnson, ces deux médecins en vinrent à la conclusion qu'il était important de contrôler l'exactitude et la précision de la nouvelle méthode, et de plus de continuer les expériences afin de s'assurer si le sang desséché des malades donnerait la réaction caractéristique tout comme le sang frais. Dans le cas où les expériences seraient affirmatives, on aurait entre les mains un moyen pratique de vulgariser la méthode en la mettant à la portée de tous les médecins, même les plus éloignés, qui pourraient envoyer les échantillons par la poste.

Le Dr Wyatt-Johnson télégraphia au bactériologiste du Conseil d'Hygiène de la Province d'Ontario, qui lui envoya un tube de culture du bacille d'Eberth. En même temps, le Dr Hébert, de l'Hôpital Notre-Dame, mettait les malades typhoïdants de son service à la disposition du Conseil. Le Dr Wyatt-Johnson put donc commencer immédiatement ses recherches, et établir que le sang desséché des malades, même au bout de trois jours, peut encore, quand on l'a dilué de nouveau, agglutiner les microbes du bouillon de culture.

Sur ces entrefaites eut lieu l'assemblée de l'Association Américaine d'Hygiène (*American Public Health Association*, Buffalo, du 15 au 18 septembre 1896).

Le Dr Wyatt-Johnson s'y rendit avec le Dr Lachapelle, et y fit une communication qui commençait ainsi :

« Un intérêt double s'attache à la découverte importante faite par Widal, que le sérum des malades souffrant de fièvre typhoïde est capable, quand on le mélange à une culture pure du bacille typhoïde dans du bouillon, d'arrêter les mouvements actifs si caractéristiques de cet organisme, et d'agglutiner les bacilles en amas ressemblant à des zoogléés.

« D'un côté, avec le sérum d'un cas non douteux de fièvre typhoïde, nous pouvons appliquer ce qui est probablement l'épreuve la plus concluante que nous ayons pour déterminer si un organisme est véritablement ou non le bacille typhoïde. De l'autre côté, avec une culture du véritable bacille typhoïde, nous pouvons réciproquement décider si un cas douteux est ou n'est pas la fièvre typhoïde.

« Bien que la méthode d'épreuve soit toute récente, ceux qui l'ont essayée paraissent pratiquement unanime à en reconnaître la délicatesse, et surtout, les résultats négatifs qu'elle donne sont aussi concluants que les positifs, ce qu'on ne peut guère dire de l'épreuve bactériologique de la tuberculose.»

Suit la description de la méthode de Widal. Puis le Dr Wyatt-Johnson ajoute :

« Comme la réaction paraît suivant toute probabilité, dépendre de la présence de substances analogues aux toxines ordinaires, et comme plusieurs de ces toxines conservent leurs propriétés même à l'état sec, j'ai pensé que cela pourrait être vrai de la substance qui donne la réaction de Widal. L'avantage de pouvoir se servir d'une substance séchée devenait évident surtout lorsqu'il s'agissait de l'application de cette méthode au diagnostic bactériologique rapide de la fièvre typhoïde dans les laboratoires municipaux, tout comme on le pratique aujourd'hui dans les cas de diphtérie.

« Au lieu de prendre le sérum dès qu'il était exsudé, j'ai laissé sécher la goutte de sang ; et j'ai trouvé qu'ensuite, en l'humectant, la solution obtenue était toute aussi efficace que le sérum pur dans l'application de l'épreuve.

« Cette propriété semble demeurer intacte même lorsqu'on a laissé sécher le sang pendant plusieurs jours. Mes recherches sur la longueur du temps où le sang séché peut continuer à réagir ne sont pas encore terminées.»

Le Dr Wyatt-Johnson rapporte ensuite ses expériences, que nous publierons tout au long dans notre prochain numéro. Le savant bactériologiste fit suivre cette communication d'une expérience très concluante.

Son assistant, le Dr McTaggart lui envoya de Montréal à Buffalo une lettre contenant six gouttes de sang desséché provenant de six malades du *Montreal General Hospital* ; la lettre contenait aussi une enveloppe fermée où se trouvait la liste numérotée des diagnostics. Le Dr Johnson examina les gouttes de sang devant le congrès, et trouva que trois de ces gouttes provenaient de malades typhoïde, et trois d'autres maladies. Le Dr Bissell, de Buffalo, ayant décaeté la lettre qui contenait la clef, trouva que le diagnostic bactériologique correspondait exactement à celui des cliniciens de l'hôpital.

On ne pouvait pas établir d'une manière plus complète la précision de la méthode telle que modifiée par le Dr Johnson, et son application pratique même à de longues distances devenait évidente pour tous les membres de l'Association.

La communication du Dr Wyatt-Johnson eut un grand retentissement parmi les membres, et comme il y avait des médecins bactériologistes et hygiénistes de toutes les parties des Etats-Unis et du Mexique, on peut dire que la méthode va être mise à l'épreuve dans tous les grands centres américains.

Le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec ne s'est pas arrêté sur un si beau succès. Dans quelques jours, les médecins de la Province recevront la circulaire suivante, que nous donnons en abrégé.

“ Le Conseil d'Hygiène de la Province de Québec désire attirer l'attention de la profession médicale et des autorités sanitaires de cette province sur le fait que certaines méthodes bactériologiques semblent vouloir donner un moyen rapide et satisfaisant d'établir le diagnostic de la fièvre typhoïde, moyen qui pourra se comparer facilement, quant à l'efficacité, à ceux employés d'une manière si générale pour le diagnostic de la tuberculose et de la diphtérie.” Suit la description de la méthode de Widal, et de l'expérience de Wyatt-Johnson à Buffalo.

“ Comme la chose est nouvelle, le Conseil ne se croit pas encore en position de dire exactement le degré de précision que donnera cette méthode appliquée sur une grande échelle au diagnostic de la fièvre typhoïde. Néanmoins, désirant juger de son utilité pratique, le Conseil offre maintenant d'examiner gratuitement et de faire rapport sur tout échantillon de sang recueilli et envoyé par les médecins suivant les formules imprimées qui seront remises avec les boîtes d'échantillons. Le rapport sera envoyé le lendemain à deux heures, ou donné par téléphone, si on le désire.

“ Le Conseil désire se renseigner sur les points suivants et prie instamment la profession de fournir tous les renseignements possibles.

1. Le degré d'exactitude, c'est-à-dire la proportion des cas où un diagnostic exact peut être fait à l'aide du sérum.

2. La période la plus rapprochée du début de la maladie où la méthode puisse donner des résultats.

3. L'époque de la convalescence où la méthode est encore applicable

4. L'existence d'une relation quelconque entre l'intensité de la réaction par le sérum et la marche de la maladie.

5. L'étude de la nature véritable de ces états fébriles obscurs appelés cliniquement : fièvre gastrique, fièvre continue, typhoïde abortive, fièvre bilieuse, et lesquels, d'après l'état actuel de nos connaissances, sont classés par les autorités sanitaires comme fièvres typhoïdes.”

Le Conseil d'Hygiène de la Province termine sa circulaire en émettant le vœu que les médecins qui profiteront des offres du Conseil voudront bien autant que possible faciliter cet enquête en remplissant avec soin les blancs qu'on leur enverra avec les échantillons, et ensuite en rapportant au Conseil si la marche ultérieure de la maladie a confirmé le séro-diagnostic ou non, et en fournissant,

si possible, la carte de la température, qui servira aux études des officiers du Conseil.

Le Conseil ajoute qu'il serait anxieux de savoir s'il existe des cas authentiques de fièvre typhoïde où la méthode de diagnostic n'a pas réussi. Il vaudrait mieux, dans ces cas lui envoyer de nouveaux échantillons.

A l'hôpital Notre-Dame, sur trois cas authentiques de fièvres typhoïde, le séro-diagnostic a été positif deux fois (19^e et 20^e jour) et une fois négatif (25^e jours). Deux autres cas examinés tout récemment à leur entrée à l'hôpital, et par conséquent à la période d'ascension de la fièvre ont donné deux résultats opposés : l'un positif, l'autre négatif. Les symptômes ultérieurs ont démontré que l'un était une fièvre typhoïde, et l'autre n'en était pas.

Le Conseil d'Hygiène de la Province mettra sous peu de jours à la disposition des médecins des feuilles de papier stérilisé sur lesquelles ceux-ci pourront déposer la goutte de sang de leur malade, et la laisser sécher pour l'expédier ensuite. Ceux qui le désireront pourront aussi expédier un peu de sang dans un tube-capillaire. Enfin, pour que ces choses soient faites avec toute l'antiseptie voulue, voici les instructions que le Conseil d'Hygiène remettra avec chaque papier à échantillon :

“ Pour recueillir l'échantillon, lavez et asséchez soigneusement le bout du doigt ou de l'oreille du malade, puis avec une aiguille, préalablement stérilisée dans la flamme d'une lampe ou d'un bec de gaz, faites une piqûre et déposez sur le morceau de papier stérilisé ci-inclus une ou plusieurs gouttes du sang. Après que le sang a séché, pliez le papier et transmettez, au plus tôt, au *Laboratoire du Conseil d'Hygiène de la Province, No 76 rue St-Gabriel* (ouvert entre 9.30 et 5 heures, les dimanches exceptés). Aussitôt que le diagnostic sera fait, — en général 2 hrs p. m. le lendemain de la réception de l'échantillon au Laboratoire, — un rapport écrit sera transmis au médecin, par la malle. On peut également obtenir un rapport par téléphone en appelant le No 454.

“ N. B.—Si le premier examen donnait un résultat négatif, il serait préférable d'envoyer un second échantillon et d'envoyer en même temps quelques gouttes de sang dans un tube de verre qui sera fourni sur demande spéciale adressée aux dépôts ci-dessus indiqués.”

Les médecins de Montréal pourront se procurer les “nécessaires” en s'adressant aux endroits suivants :

GRAY'S Pharmacy, 122 St. Lawrence ; — Pharmacie DÉCARY, coin St-Denis et Ste-Catherine ; — J. LEWIS' Pharmacy, corner St. Catherine and University ; — MCGALE'S Pharmacy, 2123 Notre-Dame ; — SKEITH'S Pharmacy, 71 Richmond ; — Pharmacie BEAUPRÉ, 291 Notre-Dame ; — Pharmacie DELVECCHIO, 1097 St-Laurent ; — Pharmacie LAPORTE, coin Ontario et Panet ; — Pharmacie LAURENCE, coin St-Denis et Ontario ; — CHAPMAN'S Pharmacy, corner Buckingham and St. Catherine ; — Pharmacie LAVIGNE, coin Av. Laval et Roy ; — Pharmacie LECOURE, coin Craig et Bonsecours ; — Pharmacie SAVARD, coin Rachel et St-Denis.

A Québec, les médecins devront s'adresser au Bureau local d'Hygiène, à l'Hôtel de Ville. Les médecins de la campagne pourront correspondre avec le Conseil d'Hygiène de la Province, soit directement, soit par l'entremise du secrétaire-trésorier.

Enfin, chaque médecin devra remplir la formule suivante, afin de permettre au Conseil d'étudier complètement la question :

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

76, rue St-Gabriel, Montréal.

SÉRO DIAGNOSTIC DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE,

DATE.....Heure.....

{ Nom du Patient.....Sexe.....Age.....

{ Résidence : No.....Rue.....

Médecin.....Adresse.....Téléphone.....

Période de la maladie.....A-t-on déjà envoyé un échantillon ?.....

Dites si les symptômes suivants se sont présentés :

{	Diarrhée	Fièvre.....	{	Léger.....
	Tympanite	Délire.....		} Ordinaire.. ...
	Hémorragie.....	Taches rosées...		

Opinion du Médecin sur la nature probable de la maladie.....

Indiquez l'origine probable de l'infection.....

On voit qu'en fait de progrès hygiéniques et médical, le Conseil d'Hygiène de la Province ne reste pas en arrière. Nous sommes heureux aujourd'hui d'avoir à le féliciter d'être le premier Conseil provincial qui fasse faire un pas de plus à cette question nouvelle du séro-diagnostic et la mette au service de la profession médicale en général. Nous avions le diagnostic certain de la diphtérie et de la tuberculose ; ajoutons-y celui de la fièvre typhoïde.

Le Dr Laurent n'est pas satisfait du rapport de l'assemblée des gouverneurs que nous avons publié dans notre livraison du mois d'août, comme le prouve sa lettre parue dans "La Clinique." Chercher à tourner quelqu'un en ridicule peut être un moyen excellent de détourner la discussion, quand elle devient dangereuse pour les intérêts, mais nous rappellerons au Dr. Laurent que les injures ne sont pas des arguments. Quant à l'article cité dans la lettre, ceux qui ne peuvent pas ou ne veulent pas le comprendre ce sont précisément les membres du Bureau des Gouverneurs à qui, comme nous le dit le Dr Laurent, de nombreux médecins ont demandé de vouloir bien se laisser élire. Il est certain que pour ces messieurs, la procuration, c'est du pain bénit.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES COMPLAISANCES DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

Nous signalions, dans notre dernier numéro la présence au milieu de nous de la compagnie de médecine brevetée Munyon, et de la Compagnie Médicale de l'Erié, deux excellents spécimens du *humbug* américain. Nous avons eu depuis un bel exemple de la réclame scientifique, de la réclame de haut lieu. Un professeur français en rupture de banc est venu s'installer dans l'hôtel le plus connu de la ville et a publié dans les journaux une longue annonce où l'on énumérait tous ses titres à la gloire et toutes ses capacités hors lignes. Le Bureau des Gouverneurs lui-même ne publie pas de plus élogieux compte-rendus de ses séances. Le Dr Fort, naturellement, terminait en disant que de 10 à 12, à sa chambre, pour ceux qui lui feraient le plaisir, etc. Air connu. Très bien.

Or, nous demandons au Bureau des Gouverneurs s'il a accordé une licence pour permettre à ce médecin de pratiquer dans la Province de Québec; et si oui, *moyennant quelles conditions*? Nous demandons au Bureau des Gouverneurs s'il a accordé une licence à la Compagnie Médicale de l'Erié pour lui permettre de pratiquer dans la Province de Québec, et si oui, *moyennant quelles conditions*? Nous demandons au Bureau des Gouverneurs s'il a accordé une licence à la Compagnie Munyon pour lui permettre de pratiquer dans la Province de Québec, et si oui, *moyennant quelles conditions*? Nous attendons une réponse avec impatience.

Et ce brave M. Racicot! Ah! celui-là, par exemple, c'est autre chose. Le Bureau des Gouverneurs est terrible pour Racicot. Aussi ça n'a pas traîné. Depuis tant de temps qu'on le laissait tranquille, en voilà un qui a dû être surpris. Cinquante dollars d'amende, ni plus ni moins. C'est le maximum. Tucker, (George Arrapaho), qui tient son bureau quelques portes plus loin, en a ri pendant deux jours de voir son rival dans un si beau pétrin. Mais ça ne fait rien, Racicot compte bien se rattraper durant l'automne, la saison des rhumes. Si vous avez besoin d'herbages, le magasin est encore ouvert, 338, rue Craig. Ne vous gênez pas. N'oubliez pas non plus que Mme Lacroix a pour spécialité une pâte épilatoire qui ne rate jamais son coup.

Plusieurs trouveront singulier que le Bureau des Gouverneurs maltraite ainsi ce pauvre Racicot, qui ne lui a jamais rien fait, alors qu'il accorde la protection du silence à Tucker, Munyon, Erié, et même à M. le Dr Port, de Paris, qui n'a pas le droit de pratiquer ici, surtout après qu'on a refusé la licence à Pavlidès.

Il est vrai que pour consoler la profession de ces envahissements répétés, le Bureau nous promet une bibliothèque où l'on pourra lire toutes les thèses de la Faculté de Paris.

(*La Clinique* nous prie d'annoncer que les thèses publiées avant le 1er janvier 1896 n'y seront pas). Du moment que nous aurons de quoi perfectionner nos études, qu'est-ce que cela nous fait qu'un pauvre diable vende quelques herbages de plus, ou que de savants médecins étrangers donnent quelques consultations à l'hôtel Windsor ou au Balmoral.

Voilà comment nous sommes protégés par le Bureau des Gouverneurs, qui trouve étrange que l'*Union Médicale* prenne la défense de ses abonnés et ose critiquer la conduite du Bureau. Allons donc !

LA DERNIÈRE RÉUNION DES GOUVERNEURS.

Nous n'avons pu assister à la dernière réunion du Bureau des Gouverneurs. Si nous en jugeons par le rapport élogieux envoyé à la *Presse*, on semble y avoir mis cette fois-ci un peu plus de méthode. Ce n'est pas un mal.

On y a présenté un rapport financier préparé cet automne par les auditeurs et qui a donné satisfaction à tout le monde. De celui du printemps dernier, il n'a plus été question. On a préféré en faire faire un nouveau qui s'étendait jusqu'au 26 septembre dernier. Du moment que cela était préférable, à la bonne heure. Tout est bien qui finit bien.

Quant aux propositions concernant le mode de votation, la publication de la liste des médecins qui ont payé, etc., on les a rejetés avec un ensemble magistral. Le Bureau désire beaucoup s'en tenir à l'état actuel, ce qui ne nous surprend guère.

Le projet de bibliothèque a occupé pendant quelques instants l'attention du Bureau. On a même à ce propos demandé une allocation de \$500. La question a été remise à l'assemblée triennale.

La seule chose sérieuse discutée a été le projet de licence interprovinciale. Nous attendons avant de juger, la publication du rapport ; mais il nous paraît y avoir beaucoup de bon dans ce projet.

Quant à l'allusion au Dr Rottot, glissée dans le rapport envoyée à la *Presse*, à propos du *round robin*, c'est un grand mensonge, attendu que le Dr Rottot n'a pas pris part aux délibérations de la dernière assemblée.

La réunion de la *American Public Health Association*, à Buffalo, a été un succès complet. Un grand nombre de médecins assistaient aux séances. Le Canada était représenté par les Drs Montizambert, inspecteur des quarantaines, Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, Beaudry, inspecteur du même conseil et Wyatt Johnson, bactériologiste, ainsi que par les membres du Conseil d'Hygiène de la Province d'Ontario. Notre Conseil a remporté un très beau succès, comme on verra par le Bulletin médical.

CHRONIQUE

Un chinois récemment arrivé de Chine est mort de la lèpre à Montréal.

Les amis du Dr Brennan, récemment arrivé d'Europe, doivent lui donner un banquet le 6 octobre prochain.

Le Dr Laberge, médecin de la ville, a fait passer une nouvelle loi pour obliger les médecins à déposer à son bureau les certificats de naissances et de décès.

La séance d'ouverture des cours de la Faculté de Médecine aura lieu le 6 octobre dans la nouvelle salle de clinique, maintenant terminée, de l'Hôpital Notre-Dame. Le Dr E. P. Benoit a été chargé de faire le discours de circonstance.

Le Dr Laviolette poursuit toujours activement son projet de sanitarium à la Montagne tremblante. Nous sommes très en faveur d'un établissement de ce genre, administré scientifiquement et situé dans un climat sain. Il rendrait des services énormes aux malades et à la profession.

Nous apprenons que le gouvernement fédéral a chargé M. le Dr Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène de la Province, de représenter le Canada au Congrès Médical des deux Amériques (*Pan American Congress*) qui doit avoir lieu à Mexico au mois de novembre prochain.

Les conférences d'hygiène infantile organisées par le Conseil National des Femmes vont recommencer le 12 octobre, rue Fullum, à l'école Champlain. Les conférenciers cette année seront les Drs Asselin, Prume et Benoit. Sujet des conférences : L'alimentation des Enfants, — Les maux de yeux et les maux de gorge, — L'hygiène générale de la première enfance.

L'Université McGill doit consacrer prochainement la somme de dix mille dollars à la création d'un musée d'Hygiène où l'on pourra étudier les modèles de toutes les inventions anciennes et récentes destinées à établir l'assainissement des maisons, des villes, des édifices publics, etc., etc. Le Dr Adami, durant son dernier voyage en Angleterre, s'est activement occupé de la chose, et nous n'avons aucun doute que le musée, une fois installé, sera des plus intéressants à visiter.