

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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.

- 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.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des
Sciences accessoires

VOL. II.

MONTRÉAL, MARS 1888.

No 3.

TRAVAUX ORIGINAUX.

GLAUCÔME

LEÇON CLINIQUE DU DR E. DESJARDINS, ANALYSÉE PAR
H. A. CHAPUT, B. M.

Le glaucôme, sans être encore connu parfaitement, ne peut plus du moins se définir comme autrefois : " Une maladie essentiellement chronique dont le point de départ est absolument inconnu, à marche toujours fatale et constamment au-dessus des ressources de notre art." Maintenant, grâce à l'ophthalmoscope et surtout aux travaux de M. de Græfe et de quelques autres ophthalmologistes, on y voit un peu plus clair dans cette maladie, et l'on parvient heureusement à guérir un bon nombre de ceux qui en sont affectés, et qui autrefois étaient irrévocablement condamnés à la cécité.

Vous le savez déjà, le glaucôme est essentiellement caractérisé par un phénomène constant : *l'exagération de la tension intra-oculaire.*

Ce phénomène est la cause de certaines altérations anatomiques et produit divers symptômes dont je veux vous entretenir aujourd'hui avant de pratiquer l'iridectomie chez cette malade qui a les deux yeux affectés de glaucôme. L'œil droit a déjà été iridectomisé comme vous voyez, et avec un résultat sinon très brillant du moins assez satisfaisant, puisque la malade, d'aveugle qu'elle était et souffrant des douleurs atroces, a recouvré un peu de vue et n'éprouve plus aucune douleur dans cet œil depuis l'opération. L'œil que je me propose d'opé-

rer aujourd'hui est aussi très douloureux ; j'espère peu de chose, il est vrai, pour la vue, parce que la maladie est trop avancée, mais je compte beaucoup faire disparaître le mal par l'iridectomie. Ce sera toujours rendre un grand service à cette malade si je puis la délivrer de ses souffrances.

Tension
oculaire

Le glaucôme étant la conséquence d'un changement survenu dans la tension oculaire, rappelons en peu de mots ce que l'on entend par cette tension.

Vous savez que l'œil, à l'état normal, offre un certain degré de résistance que l'on peut apprécier facilement en faisant une légère pression sur le globe oculaire avec le doigt. Vous remarquez alors que la sclérotique cède quelque peu sous cette pression, ce qui ferait supposer que le globe oculaire, tout en étant à peu près rempli, pourrait contenir encore quelque chose de plus. C'est ce degré de résistance à la pression que l'on nomme *tension oculaire*, et qui peut varier soit en diminuant soit en augmentant.

Dans le but de déterminer le plus approximativement possible les divers degrés de tension, on a imaginé des instruments très délicats auxquels on a donné le nom de *tonomètres*. Ce sont des instruments tout-à-fait ingénieux mais d'application difficile, aussi ne sont-ils à peu près employés que par leurs auteurs. Au reste on peut y suppléer avec les doigts, à condition cependant de les exercer souvent à pratiquer cette pression sur l'œil. Impossible autrement d'obtenir la finesse de tact nécessaire pour cette délicate opération. Les occasions ne vous manquent pas pour cet exercice. Commencez par vos propres yeux, et rendez-vous bien compte de la sensation de fluctuation que vous éprouvez. Comme aucun de vous n'êtes affectés de glaucôme, vous vous habituerez ainsi à connaître ce que c'est qu'une tension oculaire normale, puis avec du temps et de la patience vous arriverez à apprécier la différence en plus ou en moins d'une tension anormale.

Pour bien faire cette exploration tactile, il faut se servir des deux index : celui de la main gauche sert à fixer le globe oculaire recouvert par la paupière supérieure, et celui de la main droite exerce la pression sur l'œil en procédant à peu près de la même manière que lorsqu'il s'agit de reconnaître une fluctuation quelque part, pour un abcès par exemple.

Je vous mentionnerai en passant l'échelle proposée par M. Bowman pour déterminer les variations pathologiques de la tension oculaire, car vous aurez occasion de rencontrer les formules de cette échelle dans vos auteurs ou dans les journaux de médecine, vous comprendrez alors ce que cela signifie. T_n désigne la tension normale ; T_{+1} ,

$T + 2$ et $T + 3$ indiquent les différents degrés d'augmentation de tension ; $T - 1$, $T - 2$ et $T - 3$: les divers degrés de diminution de tension. Cette échelle est loin d'offrir une exactitude mathématique, mais elle rend des services en permettant aux ophthalmologistes de s'entendre entre eux sur les observations ou les relations de leurs cas particuliers.

Le glaucôme peut se présenter sous diverses formes. La classification suivante renferme, à mon avis, toutes les variétés de cette maladie : 1^o le glaucôme aigu, 2^o le glaucôme chronique, 3^o les glaucômes secondaires. Je vous dirai toutefois que chaque auteur a à peu près sa classification particulière. Classifi-
cation

1^o Le glaucôme aigu éclate très souvent d'une manière brusque et pendant la nuit, les malades s'éveillant avec des douleurs atroces dans un œil et les parties avoisinantes, surtout dans les régions sus-orbitale et temporale. Si l'on examine alors l'œil affecté, voici les symptômes qui se présenteront ordinairement : paupières gonflées avec rougeur tout le long des bords libres, conjonctive oculaire injectée et soulevée en forme de chémosis séreux, injection périkeratique, cornée trouble et dépolie devenant plus ou moins insensible au toucher (cette insensibilité de la cornée est une chose tout-à-fait remarquable dans le glaucôme), l'humeur aqueuse paraît trouble, cela est dû très probablement au défaut de transparence de la cornée, l'iris n'a plus la même teinte et se trouve projetée en avant, ce qui diminue la chambre antérieure, la pupille est dilatée transversalement, le cristallin présente cette teinte glauque verdâtre particulière d'où vient le nom de *glaucôme* donné à l'affection actuelle (cette teinte du cristallin a fait croire bien des fois à l'existence d'une cataracte), enfin le globe oculaire est plus dur, il va jusqu'à offrir quelquefois la dureté d'une bille d'ivoire. Impossible alors de faire l'examen oph. halmoscopique, la cornée ne permettant pas un éclairage suffisant du fond de l'œil. Symptômes
objectifs

Outre les douleurs parfois intolérables qu'éprouvent les malades, la vision est tout-à-fait confuse et peut même être abolie pour quelque temps. Lorsque la vue persiste, les objets regardés semblent être enveloppés d'un nuage épais, la flamme d'une bougie ou d'une lampe paraît entourée d'arcs-en-ciel, de plus le champ visuel est rétréci surtout du côté nasal. Symptômes
Subjectifs

Voilà à peu près l'ensemble des symptômes qui caractérisent une attaque de glaucôme aigu.

Si l'on interroge les malades, un certain nombre vous diront que, quelques temps auparavant, ils se sont aperçus que leur presbytie avait augmenté tout d'un coup dans l'œil affecté au point de ne pouvoir plus Prodromes

lire avec cet œil, ou qu'ils ont éprouvé des obscurcissements passagers de la vue (*obnubilations*) surtout après un repas copieux ou à la suite d'exercices violents, d'autres se plaindront d'avoir vu souvent des cercles irisés autour des lumières. Lorsque l'attaque glaucomateuse approche, on peut alors remarquer avec l'ophtalmoscope les pulsations de l'artère centrale de la rétine, lesquelles sont ordinairement spontanées ou du moins provoquées facilement par une légère pression avec le doigt sur le globe de l'œil. Ces symptômes prodromiques n'existent pas toujours, puisque, comme je vous le disais il y a un instant, l'attaque de glaucôme aigu arrive très souvent d'une manière brusque.

Diagnostic Maintenant peut-on confondre le glaucôme avec quelques autres maladies ? Difficilement, si l'on rencontre tous les symptômes que je viens d'énumérer, surtout quand il y a eu des prodromes. Cependant certains cas d'*iritis*, la *névralgie de la cinquième paire* et le *sarcôme de la choroïde* peuvent offrir des analogies avec le glaucôme. Mais dans l'*iritis*, la pupille, loin d'être dilatée, est contractée, il y a de plus des synéchies, et la tension oculaire ne change pas. Dans la *névralgie du trijumeau*, l'attaque, il est vrai, est aussi brusque que celle du glaucôme, mais la douleur qu'elle provoque ne siège pas dans le globe oculaire lui-même, c'est dans les régions occupées par le nerf qu'elle se fait sentir, à part cela, la vue n'éprouve pas de changement, la pupille est plutôt rétrécie que dilatée, et la tension oculaire reste à l'état normal. S'il s'agit d'un *sarcôme de la choroïde*, et que les milieux de l'œil soient encore transparents, le diagnostic est assez facile à établir par l'examen ophtalmoscopique qui permettra de reconnaître la présence du néoplasme. Il n'en sera plus de même toutefois si la maladie a duré quelque temps, parce que l'humeur vitrée aura perdu sa transparence et l'examen par l'ophtalmoscope deviendra impraticable ; le diagnostic sera alors extrêmement difficile sinon impossible. Et jusqu'à ce que la tumeur fasse saillie au dehors, nous n'aurons tout au plus que les deux signes suivants pour nous permettre d'établir une distinction avec le glaucôme : l'absence de prodromes et le reflet chatoyant de la pupille, *œil de chat amaurotique*, comme on l'appelait autrefois. Ce dernier symptôme est particulier aux tumeurs intra-oculaires et ne peut être confondu que difficilement avec l'état de la pupille dans le glaucôme.

La terminaison du glaucôme aigu n'est pas toujours la même. Dans certains cas favorables, tous les symptômes énumérés plus haut finissent par disparaître les uns après les autres et ne laissent que peu ou point de traces jusqu'à ce que de nouvelles attaques surviennent, Mais

très souvent, même après une seule attaque, le champ visuel reste rétréci et l'acuité visuelle est diminuée d'une manière permanente. Naturellement ces deux symptômes s'aggraveront après chaque nouvelle attaque. Dans d'autres cas, la maladie fait des progrès si rapides que dans trois ou quatre jours la cornée peut se nécroser et l'œil se vider en partie. C'est ce qu'on appelle le *glaucome foudroyant*. Enfin la maladie peut passer à l'état chronique.

Dans une prochaine leçon je vous parlerai du glaucome chronique, de l'étiologie du glaucome et de son traitement.

CLINIQUE A L'HOTEL-DIEU

Par l'HON. DR PAQUET

Maladies fonctionnelles du cœur.

MESSIEURS,

Je me propose de consacrer les cliniques qu'il me reste à donner aux nombreuses affections fonctionnelles et organiques du cœur, dont les hôpitaux regorgent généralement et que vous rencontrerez très souvent durant votre pratique. Je ne pourrai que vous signaler, à grands traits, les différences pathologiques les plus sensibles, leur diagnostic, pronostic et traitement, vous référant, pour les détails, aux ouvrages si importants de Bouillaud, Dujardin-Baumetz, Verneuil, Barthe, Roger, etc., etc.

La circulation, découverte seulement en 1628, par Harvey, a pour organe le cœur renfermé dans une enveloppe appelée "péricarde," qui peut être considérée comme formée de deux cônes creux réunis par leur base, la partie supérieure recevant les gros vaisseaux, et la partie inférieure la pointe du cœur. Cet organe a la grosseur du poing du sujet ; la position est derrière la moitié gauche du sternum et les côtes supérieures du même côté, au voisinage de leur attache sternale. Quant à la pointe, elle répond au 4^e espace intercostal, entre la 4^e et 5^e côte.

Les mouvements du cœur s'accompagnent d'un *choc* contre la paroi thoracique et d'un double battement accompagné de bruit qu'on nomme *tic tac* du cœur. Ce choc est perceptible à la vue ; il est isochrone aux battements du pouls des artères ; il coïncide avec le premier bruit du cœur et avec la systole ventriculaire. Plusieurs théories ont été

émises à l'occasion de la cause du choc de la pointe du cœur ; mais la plus plausible est celle de Haller et de Laënnec, qui l'attribuent à la projection en avant de la pointe du cœur *pendant la systole ventriculaire*, se fondant sur les faits que les ventricules *s'allongent en se contractant*.

A cette occasion, laissez-moi vous exprimer un désir, c'est celui de vous voir vous habituer, *entre vous*, au maniement du stéthoscope et à comprendre parfaitement les divers bruits du cœur et le doux murmure vésiculaire des poumons, afin que vous puissiez comparer avec les bruits morbides, et savoir quand il y a maladie et quelle est sa nature, du moment qu'à l'auscultation vous entendrez chez vos patients des bruits qui ne seront pas ceux que vous vous serez habitués à connaître et à étudier sur vos condisciples comme étant physiologiques. Je vous référerai aux savantes explications de notre professeur de physiologie pour les autres détails et explications des deux bruits et des deux silences, etc., et je m'empresserai de passer aux principaux traits pathologiques des diverses affections cardiaques. Les règles à suivre dans l'examen des maladies du cœur, sont relatives les unes aux malades, les autres aux médecins. Le malade sera au repos, couché ou demi-assis.

Quand on voudra explorer le cœur, le tronc sera soutenu par des oreillers, les positions gênantes évitées, faire asseoir et coucher alternativement le malade sur un côté et sur l'autre pour produire des déplacements, etc.

Dans tous les cas, on examinera à nu et sans aucun vêtement la région précordiale ; on ne manquera pas de faire suspendre quelque peu la respiration pour ne pas confondre les bruits, les mouvements respiratoires avec ceux du cœur.

Après un interrogatoire sommaire, on prendra connaissance de l'état de la face, de sa coloration, de l'état des jambes, *in extenso*, etc., du volume de l'abdomen ; on examinera le pouls, puis le cœur par l'inspection, la palpation, la percussion et l'auscultation ; on s'enquerra des maladies antérieures, de la santé des parents, etc., etc.

Pour éviter toute confusion dans l'étude avec profit des diverses maladies du cœur, disons de suite que nous les divisons en deux catégories.

1° Les maladies fonctionnelles du cœur ;

2° Les maladies organiques.

Je vous mentionnerai, comme un des symptômes constant des premières, les palpitations dites *essentiels, nerveuses, inorganiques* ; et c'est de celles-ci dont nous allons nous occuper tout d'abord, bien que des palpitations existent aussi dans les maladies organiques, mais bien moins fréquemment.

Avant la puberté, elles sont également communes aux deux sexes, surtout à la suite d'un exercice un peu violent, et sont, d'après plusieurs médecins, le résultat d'une pléthore passagère se terminant souvent par un épistaxis.

Après la puberté, ces mêmes palpitations persistent chez les jeunes filles par suite d'un état chlorotique ou anémique ; par l'effet de l'irrégularité dans la menstruation, par des habitudes secrètes de masturbation, ou enfin par la mobilité nerveuse propre à leur sexe, à cet âge de la vie. On doit rassurer ces malades contre le danger des maladies organiques qui n'existent généralement que plus tard dans la vie. De plus, diverses substances, telles que le thé, le café, l'opium, les liqueurs fortes, peuvent aussi les occasionner, de même que la marche accélérée, la course, l'action de monter un escalier, les émotions morales.

Il y aura également *probabilité* de palpitations nerveuses si le malade est un jeune homme ou une jeune fille ; si ces palpitations sont accompagnées de douleurs au cœur (signe ordinaire de la chlorose).

Il ne faut pas s'en laisser imposer par de l'embonpoint et des couleurs fraîches, ces caractères de santé persistant quelquefois chez des individus chlorotiques. Il y aura *certitude*, s'il existe un souffle doux au premier temps et à la base du cœur, des bruits anormaux dans les vaisseaux du cou (bruit de diable dans les carotides) ; si la pointe du cœur n'est pas déplacée, si la matité n'est pas augmentée ; et, en outre, s'il y a d'autres symptômes nerveux, quelques phénomènes d'hystérie ou d'hypochondrie, un état d'excitation nerveuse, d'éréthisme, des douleurs vagues, *une diurèse aqueuse*, enfin si ces phénomènes ont une marche intermittente.

Les palpitations seront plutôt organiques si le malade a été affecté une ou plusieurs fois de rhumatisme, de pleurésie, de bronchite grave ; si les palpitations sont venues peu à peu et ont augmenté depuis cette époque ; s'il n'y a aucun phénomène de chlorose ; si l'on trouve quelque changement dans le volume et la matité du cœur et dans l'énergie de son impulsion habituelle ; s'il y a des intermittences fausses au début des affections organiques, la distinction est fort difficile. On tirera alors quelque partie des propriétés de la digitale et de l'influence de quelque moyen de traitement.

Les émissions sanguines exaspèrent les battements nerveux en augmentant l'état chlorotique et l'irritabilité des sujets.

La digitale appaise avec une rapidité merveilleuse les palpitations qui se lient à une affection organique et n'a pas d'influence sensible sur les palpitations nerveuses. Le traitement tonique calme celles-ci et exagère les autres.

Enfin les palpitations organiques ne surviennent pas par accès, ne

s'accompagnent pas de troubles nerveux, de cette mobilité particulière aux individus impressionnables, de cette *diurèse aqueuse* signalée plus haut (c'est alors que tout le contraire a lieu, les urines étant très rares et généralement très chargées).

D'un autre côté, il y a souvent des affections pulmonaires liées aux affections du cœur et qu'on ne rencontre pas dans le cas opposé. En résumé, les palpitations ne caractérisent aucune affection en particulier et quand on les observe, loin de penser à une affection organique du cœur, on songera d'abord à un état spasmodique, à une névrose et l'on ne se décidera pour une lésion organique que quand on aura des caractères indubitables. C'est surtout à cause du traitement que nous insistons sur cette distinction. Les battements nerveux du cœur sont quelquefois très précipités, mais toujours clairs, sans obscurité de son ; leur accélération n'est pas continue et l'on ne trouve aucun caractère de lésion du cœur, à proprement parler.

Quand les battements sont *ralentis* on doit toujours constater le ralentissement par l'auscultation de la région précordiale. Le fait seul de tâter le pouls expose à des erreurs. Quelquefois les battements cardiaques sont faibles et n'arrivent pas jusqu'aux artères ; il y a alors moins de battements artériels que de battements du cœur et l'on se trouve à compter de ceux-ci moins qu'il n'y en a en réalité.

C'est sans doute ce qui donnerait l'explication, assez souvent du moins, de ces cas extraordinaires où les mouvements du cœur seraient, dit-on, tombés à 25, 20 et même 16 par minutes. Andral insiste beaucoup, ainsi que Bouillaud, sur cette cause possible d'erreur.

On voit beaucoup de personnes jeunes, surtout des femmes, se plaindre de palpitations, d'étouffements et qui, de plus, ressentent une douleur plus ou moins vive sous le sein gauche et au niveau de la pointe du cœur. On commettrait une erreur si l'on considérait ces personnes comme affectées de lésions du cœur et si l'on regardait cette douleur comme appartenant au cœur lui-même. La plupart de ces malades sont chlorotiques ou anémiques, leurs palpitations sont nerveuses et leur douleur n'est qu'un point névralgique. En effet, on voit que pour les palpitations elles ne reviennent que sous l'influence d'une émotion, d'une agitation un peu forte, de l'action de courir, de monter ; qu'elles se passent promptement, qu'elles sont aussi mobiles dans leur manière d'être que les maladies nerveuses elles-mêmes ; qu'elles ne s'accompagnent d'aucun trouble notable dans la circulation et qu'il est impossible de saisir aucun indice de changements dans le volume, la forme, l'épaisseur du cœur. Ces individus présentent, en outre, les souffles chlorotiques des vaisseaux et quant aux phénomènes généraux ils témoignent seulement de l'état de liquidité ou d'appauvrissement

du sang et nullement d'une gêne dans la circulation. Quant à la douleur, elle est nerveuse, car elle est superficielle et siège dans l'épaisseur de la paroi thoracique, comme on peut s'en assurer par la pression. Elle est mobile et de plus il existe d'autres points douloureux dans le même côté du thorax, vers les points de conjugaison des vertèbres; enfin il y a aussi d'autres affections douloureuses des névralgies abdominales, faciales, de la gastralgie; chez les femmes les névralgies du col utérin, de la leucorrhée, etc., etc.

Tous ces phénomènes sont chlorotiques et si les faits précédents ne suffisent pas pour le démontrer, nous ajouterons qu'ils finissent par disparaître, en laissant les malades en santé, ce qui n'arrive, on peut dire jamais, pour les affections organiques du cœur. On aurait donc tort de considérer la douleur précordiale comme indiquant une lésion organique, c'est cependant ce qui a lieu trop souvent, soit chez les femmes, soit chez les hommes.

On pratique des saignées, on applique des sangsues, des ventouses; les accidents augmentent par l'appauvrissement du sang et l'on voit alors survenir des palpitations énormes, des douleurs extrêmes et des accès de dyspnée; une coloration jaune de la peau, semblable à celle des maladies du cœur, accidents qui peuvent en imposer même à un médecin instruit. Ainsi donc, retenez bien ceci et que la douleur précordiale que vous constaterez très souvent ne vous alarme pas plus qu'il ne faut et dirigez votre médication selon l'urgence des symptômes que je viens de vous décrire, et selon les données de la science en ces cas.

Les palpitations nerveuses se produisent aussi par action réflexe dans un grand nombre de dyspepsies, surtout les flatulentes chez les gens atteints de vers intestinaux, dans tous les cas d'épuisement nerveux par les excès de tout genre, excès de veille, de travaux intellectuels, de préoccupations, de passions, d'émotions etc.—

Elles constituent aussi un des trois symptômes de la maladie de Basedow ou goître exophthalmique (saillie oculaire, goître et palpitations); elles peuvent même présenter dans cette étrange maladie une violence extraordinaire.

A l'exception de cette dernière maladie on peut dire d'une manière générale que le pronostic n'est pas grave.—Le plus difficile est d'en persuader les porteurs de cette affection. Pour y arriver, gardez-vous d'un examen trop hâtif; car si vous vous prononcez dès les premiers signes, on sera porté à croire que vous n'avez pu, en si peu de temps, reconnaître toute la situation et de là vous vous exposez à perdre dans l'esprit du malade l'ascendant qu'il vous est si important de conserver toujours.

Dirigez toute votre attention sur le régime hygiénique de votre malade.—Corrigez l'anémie, ou le chlorose par les moyens appropriés. Veillez à sa diète qui devra toujours être généreuse. Voyez par l'histoire du cas ce que vous aurez à ordonner ou à proscrire durant les intervalles.

Pendant les paroxysmes l'éther, la liqueur d'Hoffman seule ou combinée avec parties égales de Teinture de Lavande composée, le musc, l'assafœtida, la codéine, la cocaïne, les injections hypodermiques de morphine, les énémes laxatifs dans les cas de constipation habituelle, les pédiluves sinapisés, les applications glacées sur la région précordiale (que les Allemands surtout vantent beaucoup), l'emplâtre de belladone sont, entre un plus grand nombre d'autres les moyens préconisés.

On vente aussi beaucoup la compression des deux carotides à la fois pendant quelques secondes ; ainsi que du pneumogastrique dont le Dr Adams de Boston dit avoir obtenu les meilleurs résultats—mais l'affection n'étant que symptomatique, le moyen par excellence est de savoir reconnaître la cause et d'y remédier.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

5. Syncope respiratoire.

Il arrive assez souvent que le malade auquel on administre le chloroforme ne fait que des inspirations rares et incomplètes ; parfois même les inspirations s'arrêtent tout à fait et le malade semble, en quelque sorte, oublier de respirer.

En général, quelques excitations superficielles, de légers *soufflets* sur la joue ou sur le côté de la poitrine (jamais au creux épigastrique, ce que font quelquefois les élèves), une friction énergique des parois thoraciques avec les doigts, comme si l'on voulait chatouiller énergiquement le malade, suffisent à rappeler la respiration à son rythme normal. Mais parfois les accidents sont plus graves. Le malade cesse tout à coup de respirer et bien que le cœur continue encore à battre quelques temps, il y a extérieurement toutes les apparences de la syncope, de la mort même, et les apparences ne tardent pas à faire place à la réalité. Cet accident, que Vulpian a appelé syncope respiratoire et qu'il attribue à l'intoxication chloroformique agissant sur le centre respiratoire intra-bulbaire, est moins souvent fatal que la syncope cardiaque.

La respiration artificielle, la faradisation en appliquant un réophore à la bête du cou et l'autre à l'épigastre au niveau du diaphragme réussissent assez souvent à rappeler à la vie des malades en état de mort apparente.

On ne peut pas dans toutes les observations classer nettement les causes de la mort et les faire rentrer dans les catégories que je viens de tracer. Quelquefois la respiration, irrégulière d'abord, s'embarrasse peu à peu, et la mort survient ; d'autres fois, les accidents sont dus à une maladie de cœur préexistante dont le chirurgien ne s'est pas préoccupé. Dans ce cas les troubles surviennent à la fois du côté de la respiration et du côté de la circulation, tandis que dans les faits malheureusement si nombreux dans lesquels la mort est survenue par syncope cardiaque, on trouve presque toujours que les *battements du poulx et du cœur ont cessé brusquement*, mais que la respiration a continué plus ou moins régulière quelques secondes ou quelques minutes encore. Les phénomènes inverses ont été observés dans les cas d'asphyxie par spasme de la glotte, par rétrocession de la langue, par la syncope respiratoire.

Nous avons à nous demander quelle part prend le chloroforme dans la syncope et dans la mort? La réponse est assez facile. Le chloroforme n'empêche pas la syncope, puisque si l'anesthésie supprime la perception intellectuelle et le souvenir de la douleur, elle ne supprime pas les effets réflexes que cause chez l'anesthésié la section de parties douées de sensibilité ; mais telle syncope spontanée, qui chez un malade non chloroformé eût cédé aux moyens ordinaires, devient mortelle, par absence de réaction chez un opéré sidéré par l'anesthésie. A cette cause fréquente de mort s'ajoutent toutes celles qui tiennent à l'effet toxique des agents anesthésiques et celles qui peuvent provoquer l'asphyxie, la syncope respiratoire, le spasme de la glotte, la rétrocession de la langue, etc.

Choix de l'agent anesthésique.

Plusieurs éléments interviennent dans la solution de cette question. Le plus important est la question de léthalité. On a vanté à ce point de vue certains agents au détriment des autres et l'on a condamné le chloroforme au profit de l'éther, des mélanges de chloroforme et d'éther, de l'amylène, du bichlorure de méthylène, etc. Ce que j'ai dit plus haut doit déjà faire supposer que je n'attache pas grande importance à ces discussions.

Peut-être l'avenir nous éclairera-t-il à cet égard, mais actuellement on peut dire que, sauf les cas où l'on a commis des fautes ou des imprudences, la mort est due à l'anesthésie et non à tel ou tel anes-

thésique. Les cas mortels se rencontrent tout aussi nombreux, proportion gardée du nombre des cas, avec l'éther, le bichlorure de méthylène, le protoxyde d'azote, qu'avec le chloroforme. Les statistiques publiées ne laissent guère de doute à cet égard.

Chaque agent anesthésique a pour lui et contre lui des avantages et des inconvénients qui ont guidé le choix des chirurgiens ; nous allons rapidement examiner ceux qui sont le plus généralement employés.

Ether.

Son emploi exige presque nécessairement l'usage d'appareils spéciaux en raison de son extrême volatilité. Son inflammabilité le rend dangereux, il laisse après lui du malaise, de la lourdeur de tête, et son choix ne pourrait se justifier que par la pensée d'une innocuité plus grande que le chloroforme. L'expérience a montré que cette innocuité si vanté par quelques-uns n'existe pas.

Protoxyde d'azote.

Cet agent n'a guère été employé jusqu'aujourd'hui que par les dentistes. La difficulté de sa préparation, la nécessité de l'administrer sur place au moyen d'appareils peu transportables, la courte durée du sommeil qu'il procure le rendent peu propre à la pratique chirurgicale.

Le mode d'action de ce gaz, dont l'inhalation donne à la figure du malade la teinte bleuâtre de l'asphyxie, est encore peu connu. Paul Bert a cru pouvoir affirmer que le protoxyde d'azote donné sous pression était sans dangers. Je n'ai pas à discuter cette vue toute théorique et ce n'est pas une centaine d'expériences, même faites sur l'homme, qui permettent de pareilles affirmations. Quoi qu'il en soit, ce mode d'administration est loin d'être facile, car malade, chirurgien et aides ne peuvent opérer que dans l'intérieur d'une sorte de cloche à plongeur. Il ne faut donc pas s'étonner que le moyen fort coûteux, fort encombrant, et l'on peut affirmer, quand on a étudié pratiquement l'anesthésie, fort inutile de Paul Bert soit rapidement passé de mode.

Chloroforme.

C'est l'anesthésique le plus généralement employé et cette préférence est largement justifiée par la facilité de son emploi. Cependant le chloroforme n'est pas sans quelques inconvénients. Le plus grave est la fréquence des vomissements et cette complication, qui est grave quand il s'agit d'opérations délicates, ou pratiquées sur la poitrine et l'abdomen, est toujours pour le chirurgien une cause de préoccupa-

tions, d'ennuis, car elle le force presque toujours à arrêter momentanément l'opération. Il semble même que les inconvénients sont beaucoup plus marqués aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a une dizaine d'années. Peut-être cela tient-il au progrès de l'industrie au sens trop fréquent du mot. Le chloroforme vendu aujourd'hui à bas prix fait l'objet d'une fabrication industrielle importante et l'on est en droit de croire que la substitution des alcools de betterave et peut-être de pommes de terre à l'alcool de vin pourrait expliquer, par l'infériorité du produit, l'infériorité des résultats que donne aujourd'hui le chloroforme. Aussi, quelques chirurgiens ont-ils expérimenté d'autres agents et en particulier le bichlorure de méthylène.

Bichlorure de Méthylène.

Cet agent anesthésique fut proposé en 1867 par Richardson et utilisé d'abord par Spencer Wells qui a continué à s'en servir à l'exclusion du chloroforme sur lequel il a ce très grand avantage d'amener une période d'agitation beaucoup plus faible, de la supprimer même assez souvent et pardessus tout de provoquer rarement les vomissements. Je l'emploie à peu près exclusivement depuis quatre ans, il est vrai à l'aide de l'appareil de Junker et je n'ai qu'à me louer de son usage. Malheureusement il est assez difficile de s'en procurer en France, car jusqu'à présent on ne m'a fourni sous ce nom que du chloroforme. Celui dont je me sers me vient de Londres ; il est vrai que mon collègue et ami Regnault prétend qu'il n'est qu'un mélange de chloroforme et d'alcool méthylique. J'avoue cependant que j'ai fort peu de confiance dans l'autorité de la chimie en pareille matière, je n'y crois pas beaucoup plus que dans sa puissance d'analyse pour me dire ce qui différencie si bien au goût un bon Chambertin d'un excellent Clos-Vougeot. Regnault m'a remis un liquide composé par lui d'après son analyse et qui devait me donner les efforts du méthylène préparé à Londres ; malheureusement son liquide a échoué presque toujours à me procurer l'anesthésie, tandis que le liquide acheté à Londres, qu'il soit ou ne soit pas, de par l'analyse chimique, du vrai bichlorure de méthylène, ne m'en donne pas moins d'excellents résultats au point de vue pratique et c'est ce qui m'intéresse le plus. Les résultats que me donne ce liquide, quel qu'il puisse être, sont bien supérieurs à ceux que me donne le chloroforme acheté à Paris. Ces résultats sont : peu ou pas d'agitation, vomissement très exceptionnels, réveil facile, absence de mal de tête ou de nausées dans les quelques heures qui suivent l'anesthésie. Des recherches cliniques ultérieures pourront seules m'apprendre pour quelle part interviennent dans ces résultats le liquide employé et son mode d'emploi, car je me sers toujours de l'appareil de Junker.

Quoi qu'il en soit, le méthylène ne saurait pas plus qu'aucun autre anesthésique mettre à l'abri des syncopes cardiaques ou respiratoires mortelles. Kappeler dans son article de la *Deutsche Chirurgie* de 1880 rapporte neuf cas mortels survenus de 1869 à 1875.

Il me paraît inutile de parler dans cet ouvrage des autres anesthésiques peu employés, tels que le chlorure d'éthyl, l'aldéhyde, l'amylène, le kerosolène, etc.

Mode d'administration du chloroforme.

Le protoxyde d'azote n'est pas employé en chirurgie pour les motifs que nous avons dit plus haut. L'éther, très peu employé, ne peut l'être facilement qu'avec des appareils spéciaux en raison de sa volatilité. Le chloroforme est d'un usage général, aussi aurons-nous pour objectif, dans ce que nous allons dire : le chloroforme ; et ce que nous en dirons peut également s'appliquer au méthylène.

Le malade qui doit être débarrassé de tous les liens capables de gêner la respiration ou de comprimer le cou, tels que cravate, brides de bonnet, col de chemise, cordons de jupons, etc. ; il doit être dans le décubitus dorsal, la tête peu élevée, mais pas tout à fait horizontale. Qu'on se serve d'un mouchoir, d'une compresse ou des appareils dont je parlerai plus loin, il faut ne verser tout d'abord que quelques gouttes de chloroforme et tenir la compresse assez éloignée de la bouche du patient, la plupart d'entre eux éprouvant pour le chloroforme une certaine répugnance. Soit avant de commencer l'administration du chloroforme, soit après l'avoir présenté devant la bouche du malade et observé la manière dont il le respire, il est utile de lui recommander de respirer franchement, naturellement, sans efforts, et d'éviter surtout ces mouvements de déglutition qui, trop souvent, sont la cause de vomissements par suite de l'ingestion dans l'estomac d'une certaine quantité d'air mélangé de vapeurs. Si le malade respire mal, on interrompt un instant pour lui faire de nouvelles recommandations ; s'il fait des mouvements de déglutition, on l'engage à tenir la bouche ouverte.

Les premiers phénomènes qui se manifestent d'abord consistent en des bourdonnements d'oreilles et de la loquacité, puis survient la période d'agitation. Le malade se débat plus ou moins énergiquement, et cette période, qui peut cependant manquer ou être peu marquée, est presque constante. Il ne faut donc pas prendre pour une véritable résolution chloroformique l'apparente insensibilité dans laquelle tombent assez rapidement quelques malades avant l'apparition d'aucune agitation. La flaccidité des membres n'est pas alors suffisamment caractéristique, et, pour ne pas s'exposer à voir le malade en apparence endormi s'agiter au premier coup de bistouri et forcer l'opérateur à s'in-

terrompre pour faire redonner du chloroforme, il est bon de piquer avec la pointe du bistouri l'endroit sur lequel doit porter l'opération.

Une dernière période, qui manque rarement, surtout chez les hommes, est celle de la sputation ; le patient crache fort au hasard et presque toujours avec une certaine force. Cette deuxième période en précède une troisième avec laquelle elle se confond quelquefois. C'est celle qu'on pourrait appeler de *confusion des langues*, car le malade balbutie des mots inintelligibles. A partir de ce moment l'anesthésie survient en général rapidement. Elle est caractérisée par deux symptômes : la disparition du réflexe conjonctival, phénomène décrit déjà par Sansom en 1865 dans son livre *On Chloroform*, et l'atésie de la pupille signalée par Budin et Coyne en 1874.

J'ai déjà dit qu'il fallait toujours laisser arriver aux poumons une certaine quantité d'air atmosphérique, j'ajoute que la quantité de chloroforme varie beaucoup avec les individus, et surtout avec leurs habitudes de sobriété ou d'intempérance ; on peut dire d'une manière générale qu'une fois qu'on est arrivé à la période d'agitation, il vaut mieux verser à la fois dans l'appareil une certaine quantité de chloroforme que de diviser cette même quantité en doses plus petites et successives.

Pendant la durée de l'opération, l'aide chargé du chloroforme ne doit pas laisser le malade se réveiller, et il doit faire la plus grande attention aux changements qui peuvent survenir dans la physionomie de l'opéré, dans la force et la régularité des battements du cœur, des pulsations radiales et de mouvements respiratoires. Cette surveillance doit être continuée, même après l'opération et jusqu'à ce que le malade soit complètement réveillé ; on a vu plusieurs fois la mort survenir même à ce moment, et à l'insu du chirurgien.

Je ne reviens pas sur les intermittences conseillées par Gosselin ; elles sont à peu près forcées, puisqu'on retire de temps en temps la compresse pour y verser du chloroforme. Quant à prétendre, par ces intermittences, mettre le malade à l'abri de la mort par syncope cardiaque ou respiratoire, c'est substituer l'imagination à l'observation et avancer, sans les appuyer sur aucune preuve, des assertions téméraires.

Lors de la découverte du chloroforme et de l'emploi de ce nouvel agent, on se servait d'appareils analogues à ceux dont on se servait pour l'éthérisation, mais d'un volume plus réduit. La volatilité moindre du chloroforme a permis même de se passer de tout appareil, et la plupart des chirurgiens préfèrent se servir d'un mouchoir ou d'une compresse pliés en plusieurs doubles ; après les avoir disposés en godel, on verse sur le linge quelques gouttes de chloroforme, de manière à l'imbibber assez fortement en cet endroit, et on l'applique sur les nari-

nes et la bouche du malade, en laissant cependant assez de jour pour que l'air atmosphérique puisse aborder librement. Si le sujet est nerveux, irritable, et accuse un sentiment de suffocation, on laisse flotter le mouchoir ou la compresse, en les tenant même éloignés des narines, pour accoutumer peu à peu le malade à l'odeur du chloroforme. Si la quantité de chloroforme ne suffit pas, on recommence autant de fois qu'il est nécessaire, en observant toujours les mêmes précautions.

(A CONTINUER).

GYNÉCOLOGIE

Subinvolution utérine.

Les *Archives de Gynécologie* (New-York) d'avril renferment l'analyse suivante d'un travail paru dans le *Medical Age* :

L'auteur, Dr Wymam, dit avoir trouvé un nouveau moyen de remédier à la subinvolution utérine autrement que par des opérations ; il s'agit d'applications de chlorure de sodium sec, et voici la formule :

Chlorure de sodium.....	32 grammes.
Poudre d'écorce d'orme.....	96 “
Poudre de feuilles de jusquiame.....	4 “
Mêler et piler dans un mortier jusqu'à dessiccation.	

L'auteur prend ensuite un morceau de coton absorbant, arrondi, d'environ trois pouces de diamètre. La poudre est disposée à l'intérieur du coton qui la recouvre entièrement, de manière à avoir ainsi un tampon contenant dans son intérieur le principe actif. On l'applique au moyen d'un spéculum contre le col et on le change, généralement, une fois par jour.

Si des douleurs se manifestent, on peut mettre une plus grande quantité de jusquiame ou de morphine. L'auteur admet que les bons résultats obtenus sont dus à :

- a) La déplétion utérine qui se produit pendant la liquéfaction du chlorure de sodium ;
- b) Les propriétés antiseptiques du sel, qui arrêtent et empêchent les produits de décomposition ;
- c) La présence d'un support pour l'utérus agrandi et ayant subi un déplacement, qui permet une meilleure circulation.

Si la présence d'un tampon de coton était désagréable, on peut appliquer le mélange directement sur le col.

(*Gazette de Gynécologie*).

MEDECINE PRATIQUE

Constipation.

Un moyen très simple de combattre efficacement la constipation est le suivant adopté par le Dr Anocker, de Château-Salins. A l'aide d'une petite seringue ordinaire, il injecte dans le rectum environ une demie à une cuillerée à thé de glycerine. Par son action stimulante sur la muqueuse, la glycerine provoque une hyperhémie considérable en même temps qu'elle réveille de fortes contractions péristaltiques. La défécation est complète en quelques minutes.

I. Eau chaude en thérapeutique.

Tripier (de Lyon) recommande les lavements d'eau à 45° et même 48° pour calmer les douleurs des coliques de plomb, du ténesme rectal ou vésical des tabétiques, et aussi de la dysenterie. Pour cette dernière affection, l'eau chaude détermine non-seulement la sédation des douleurs, mais aussi la diminution de fréquence des gardes-robes, des évacuations sanguinolentes et du ténesme.

On a coutume trop souvent d'ordonner des boissons froides ou glacées dans le traitement de l'hémoptysie. Or, il est démontré que, le plus souvent, les infusions très chaudes réussissent beaucoup mieux. Il en est de même pour les vomissements qui sont souvent arrêtés par le même moyen, alors qu'ils ont pu résister à l'emploi de la glace *intus et extra*.

Tout le monde connaît aussi l'action remarquable des injections ou irrigations vaginales très chaudes (de 45 à 50°) contre les métrorrhagies et les métrites congestives, et notre journal a suffisamment insisté sur ce fait pour qu'il nous paraisse inutile d'y revenir. Or, ceci nous rappelle que M. Noël Guéneau de Mussy est parvenu à arrêter des métrorrhagies très rebelles par l'application d'un sac de caoutchouc rempli d'eau très chaude sur la région lombaire de la colonne vertébrale.

II. Importance de l'antisepsie dans le traitement des maladies de la peau.

a). Il est indispensable, dit l'auteur d'un article intéressant sur ce sujet (*Conc. méd.* 4 février 1888) de réaliser souvent aussi et aussi complètement que possible l'asepsie des téguments chez tous les malades (arthritiques, herpétiques ou strumeux) prédisposés aux affec-

tions cutanées. D'une façon générale, on peut faire l'asepsie quotidienne de la peau avec des solutions d'acide borique, d'après la formule suivante déjà bien connue :

Eau distillée..... I pinte
Acide borique..... I once

Voici la formule d'une solution dont l'odeur est agréable .

Acide thymique..... 18 grains
Alcool à 90°..... I drachme
Eau distillée..... I pinte

M. Hélot (de Rouen) recommande la formule suivante d'un savon antiseptique :

Acide borique ½ once
Crème de savon des parfumeurs..... 3 onces
Mêlez intimement.

b). La parasite du *pityriasis versicolor* (le microsporon furfur) est doué d'une vitalité très faible, ce qui explique sa disparition facile et rapide à l'aide d'applications antiseptiques.

M. Besnier recommande la lotion suivante :

Bichlorure de mercure..... 5 grains
Eau distillée..... 4 onces

Faites dissoudre. Pratiquer des lotions sur la peau après l'avoir frottée avec du savon ponce.

Dans l'intervalles des lotions, M. Hardy prescrit les onctions avec cette pommade :

Soufre sublimé..... 2 drach. et 18 gr.
Axonge..... 3 onces
Mêlez.

c). L' *impétigo* est épidémique et contagieux, comme cela résulte de recherches récentes ; il est même en partie inoculable, et les enfants peuvent ainsi par le grattage s'inoculer eux-mêmes des pustules d' *impétigo* sur diverses parties du visage. De même, est démontrée la contagiosité des *tournoles* qui n'ont avec l' *impétigo* que des relations assez éloignées ; et c'est ainsi que le Dr Aubry (*Lyon méd. 1886*) a relaté l'histoire d'une épidémie de *tournoles* dans une école où douze enfants et la maîtresse furent atteints de la maladie. Il en résulte qu'il est nécessaire de prendre quelques mesures prophylactiques.

M. le Dr Gaucher, médecin des hôpitaux, emploie le traitement suivant contre l' *impétigo* des enfants :

Il faut d'abord faire tomber les croûtes à l'aide de cataplasmes de fécules de pomme de terre refroidis, arrosés d'eau boriquée. Puis, on enduit la surface rouge et suintante mise à nu avec ce topique :

Glycérolé d'amidon..... 1 once
Acide borique..... 45 grains

d). *L'ecthyma* est certainement aussi de nature microbienne, car M. Vidal a démontré dès 1872 que ses pustules sont auto-inoculables. Le meilleur traitement à employer consiste, après la chute des croûtes, à lotionner la région atteinte avec une solution d'acide borique ou de sublimé, puis de recouvrir en permanence chaque pustule d'une rondelle d'emplâtre mercuriel de Vigo ou d'emplâtre suivant cette formule due à M. Vidal :

Emplâtre diachylum	1 once
Minium.....	40 grains
Cinabre.....	25 grains

e). *La sucur des pieds* doit être combattue par des précautions de propreté, des lavages fréquents avec des solutions boriquées, thymolées et chaudes, par l'application d'un mélange à parties égales de salicylate de bismuth et d'acide benzoïque, ou encore de poudre de tannin.

Le docteur Debout a obtenu des succès rapides en faisant mettre dans les chaussures des soldats une poudre ainsi composée : à deux parties de plâtre saturé, desséché et pulvérisé, on ajoute une partie de plâtre anhydre ; puis 95 parties de cette poudre sont additionnées de 3 à 5 parties de coaltar.

Dans l'armée allemande, on fait usage de la poudre suivante :

Acide salicylique.....	45 grains
Amidon.....	5 drachmes
Talc en poudre	3 onces

f). Puisque nous parlons des maladies de la peau, ceci nous amène, après avoir mentionné l'importance de l'antisepsie de la surface cutanée, à dire quelques mots de l'antisepsie intestinale et de la régularisation des excrétiens par les émonctoires. Déjà notre collaborateur, M. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris, insistait sur ce fait dans ses articles sur le *traitement des eczémateux* (voir les nos 1, 2, 3, 4 de la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* et la *Gaz. Méd.* de Montréal, février 1888). Or, c'est là un principe de thérapeutique générale qu'il ne faut jamais oublier en dermatologie ; souvent les affections cutanées sont des éruptions dues à un défaut d'élimination par les divers émonctoires et surtout par le rein. Déjà, depuis longtemps, M. Quinquaud a insisté sur l'existence des *éruptions rénales*, et l'on pourrait tout aussi bien parler des éruptions d'origine gastro-intestinale. En tous cas, dans toutes les affections cutanées, il est nécessaire, non-seulement d'assurer la liberté du ventre, mais aussi, et surtout de veiller au fonctionnement de l'émonctoire rénal. Car, le temps n'est pas éloigné où l'on devra créer, à côté des maladies par

ralentissement des excrétions, qui ressortissent du reste, à la classe des maladies par auto-intoxications étudiées récemment par Bouchard. (*In Rev. gén. de Clin. et de Thérapeutique.*)

Pneumonie franche infantile.

TRAITEMENT.

On peut diviser les méthodes de traitement qui ont été préconisées successivement contre la pneumonie franche des enfants, en méthodes nuisibles, inutiles et utiles.

A. Médications nuisibles.

Il ne faut pas oublier, avant d'ordonner une médication énergique contre la pneumonie franche, qu'il s'agit d'une maladie à forme cyclique, qui guérit par les seuls efforts de la nature dans l'immense majorité des cas. *Primum, non nocere.*

Aussi n'est-il plus besoin aujourd'hui de faire le procès des *émisions sanguines générales* et de *l'émétique* ou du kermès à haute dose ; ils sont proscrits par tous les médecins d'enfants.

Il n'en est pas de même de la classe toujours plus nombreuse des antipyrétiques internes, et je serais heureux si ce travail donnait l'occasion à mes confrères de se prononcer sur leur danger ou leur utilité dans la pneumonie franche.

Je mets à part les *sels de quinine*, qui ne sont pas dangereux, à moins qu'on n'en force les doses, et que j'ai employés à maintes reprises comme adjuvants du traitement externe, soit en lavement, soit en solution dans du café, à la dose journalière de 0 gr. 30 à 0 gr. 75.

Quant au *salicylate de soude*, je l'ai abandonné, n'ayant pu m'empêcher de lui attribuer une influence hyposthénisante sur le cœur, dans l'observation de gangrène pulmonaire que j'ai relatée (obs. 3).

L'antipyrine a eu une certaine vogue dans le traitement de la pneumonie infantile, qui, je le crois, est actuellement en voie de décroissance. Vu son action déprimante sur le cœur démontrée chez les animaux par des expériences récentes, j'avoue que je n'oserais jamais l'employer à dose réellement efficace contre la fièvre pneumonique.

L'antifébrine, par son action sur le sang et la cyanose qui peut en résulter, devrait *à priori* être bannie de toute affection thoracique aiguë dont le danger réside dans l'asphyxie. Mon expérience à l'égard de ces deux médicaments dans les inflammations aiguës du poumon est très restreinte, parce que dans les cas rares où je les ai employés ou vu employer, je n'en ai pas été satisfait. L'abaissement thermique

n'était pas accompagné d'une amélioration parallèle de l'état général ; il laissait subsister la fréquence du pouls, que je regarde comme un signe de faiblesse cardiaque. Ce signe, joint à la diminution du premier bruit en sonorité et en intensité, me sert toujours de guide dans le pronostic et le traitement des maladies aiguës. Je serais heureux de les avoir indiqués plus expressément dans les observations de pneumonies traitées par l'antipyrine. Il est probable en effet que beaucoup d'entre elles guérissent, non grâce à la médication instituée, mais malgré elle.

Quant à la *digitale*, dont l'usage est encore si répandu dans le traitement de la pneumonie infantile, je ne puis m'expliquer la faveur dont elle jouit. Quand on l'emploie à faibles doses (0 gr. 05 à 0 gr. 15 d'infusion), ce médicament n'a aucune action appréciable sur la fièvre pneumonique et les accidents nerveux qui en dépendent. Elle a par contre dans certains cas le grave inconvénient d'irriter l'estomac et de gêner l'alimentation liquide, qui joue un rôle important en soutenant les forces de l'enfant jusqu'à la crise.

A hautes doses, la digitale est dangereuse et peut paralyser le cœur, tout en abaissant la température.

B. Médications inutiles.

Je range sous ce chef les *vésicatoires*, qui sont, comme on le sait, sans action sur la marche du processus pneumonique et augmentent inutilement l'agitation fébrile. Ils gênent, par contre, les applications réfrigérantes externes. Les vésicatoires doivent être réservés pour les cas où l'induration pulmonaire persiste après la chute de la fièvre ; ils sont également indiqués dans les complications pleurales ou endopéricardiques de la pneumonie.

C. Médications utiles.

Je n'en connais que deux, les *applications réfrigérantes externes* et les *stimulants diffusibles* à l'intérieur.

Les premières peuvent être employées dès le début de la fièvre sous forme de *compresses de Priessnitz* sur la poitrine et de *bains tièdes* administrés deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, au moment des exacerbations thermiques.

Jamais elles ne sont nuisibles dans la période fébrile, quand on les applique avec les précautions que nous avons indiquées¹. Si elles ne suffisent pas pour ramener la température à la normale, ce qui à notre avis n'est pas nécessaire, elles combattent efficacement les symptômes nerveux de la fièvre (insomnie, agitation, convulsions), elles diminuent la dyspnée et elles fortifient le cœur.

(1) D'Espine et Picot, 3e éd., p. 639 et 640.

Nous avons pu constater par ce traitement, dans un cas de pneumonie cérébrale d'une extrême gravité chez une fillette de quatre ans et demi, une amélioration notable, quoique passagère, après chaque bain et la disparition définitive du coma après quelques jours de traitement balnéaire persévérant. Nous avons la conviction que, dans ce cas, nous avons dû le salut de notre malade au traitement balnéaire, combiné avec quelques lavements de sulfate de quinine à petites doses. La fièvre tomba le 7^e jour et l'enfant ne conserva aucune trace des accidents nerveux formidables qu'elle avait présentés.

Les *excitants diffusibles* sont d'un usage si répandu contre la faiblesse cardiaque dans la pneumonie, qu'il n'y a pas lieu d'insister ici sur leur utilité symptomatique. Nous mettons au premier rang de ces médicaments les *alcooliques* et le *musc* associé au *benzoate d'ammoniaque*. Nous n'avons pas d'expérience chez l'enfant sur les injections sous-cutanées d'éther, qui rendent de si éminents services dans les pneumonies asthéniques des adultes. (*Revue de Médecine*, février '88.)

Le traitement de la fièvre typhoïde.

D'APRÈS LE PROF. JACCOUD.

Nous empruntons à la *Tribune médicale* (février 1888), l'analyse suivante d'une leçon clinique de M. le prof. Jaccoud sur le traitement de la fièvre typhoïde :

Le traitement qu'il convient d'instituer dans la fièvre typhoïde est assez complexe. Les moyens dont il se compose forment deux parties distinctes : l'une constante, uniforme, devenue presque classique et à peu près universellement suivie ; l'autre variable, dont les indications, assez mal connues, méritent d'être sérieusement établies.

La partie constante du traitement se compose d'abord du *régime*, lequel a le lait pour agent fondamental. Un des dangers invariables de la fièvre typhoïde est une insuffisance urinaire qui porte à la fois sur la quantité et les qualités du liquide : par l'administration précoce et suivie du lait on combat efficacement ce danger, on remédie à l'insuffisance quantitative et qualitative de l'urine, on assure la diurèse en même temps que l'élimination des produits excrémentitiels dont l'accumulation dans l'économie est redoutable. Il faut donc, dès les premiers jours, faire prendre 1 litre à 1 ½ litre de lait, et arriver à 2 litres au bout de trois à quatre jours. Ces doses sont, du reste, facilement acceptées en général par les malades, même par ceux qui, dans l'état de santé, ont pour le lait un goût très modéré.

Le régime peut être complété par un peu de bouillon. En tout cas, il est bon de faire prendre, par jour, 250 grammes environ de vin de

Bordeaux, pur ou coupé d'eau, peu importe, pourvu que cette ration de vin soit bue dans les vingt-quatre heures.

Puis vient la *médication antithermique*, qu'il faut bien se garder de confondre avec la *médication antipyrétique*; les deux termes sont loin d'être synonymes. La première médication agit en activant la déperdition de la chaleur, en soustrayant à l'organisme le calorique produit; la seconde agit, ou prétend agir, en modérant la production de la chaleur. Or, dans le traitement constant, applicable à tous les cas de fièvre typhoïde, ce n'est pas de médication antipyrétique qu'il s'agit, mais bien de médication antithermique, dont les lotions froides sont le meilleur agent. Donc, dès que le diagnostic de la maladie est établi, il faut prescrire les lotions froides, faites sur toute la surface du corps, et rendues plus efficaces par l'emploi du vinaigre remplaçant l'eau pure. Elles doivent être répétées quatre fois par jour, si la température du malade ne dépasse pas 39 degrés; six fois, si elle atteint 39½ degrés; huit fois au delà de ce chiffre. Elles doivent être invariablement continuées jusqu'à ce que la convalescence soit franchement établie.

Après chaque lotion, on constate un abaissement de la température, qui varie entre 0,7 et 1 degré, et qui dure d'une demi-heure à une heure et demie: rarement il se prolonge au delà de trois quarts d'heure. On n'obtient donc ainsi qu'une réfrigération temporaire du corps; mais comme elle se répète plusieurs fois chaque jour, et qu'elle constitue autant de périodes de détente, de repos pour l'organisme, elle n'en est pas moins d'un grand secours pour lui.

Parfois, il arrive qu'après avoir usé des lotions froides pendant un jour ou deux, on voit s'abaisser manifestement le niveau général de la courbe thermométrique; dans ces cas particulièrement heureux, elles modèrent la production de la chaleur en même temps qu'elles en activent la déperdition, elles agissent à titre d'antipyrétiques aussi bien que d'antithermiques. Mais il ne faut pas compter sur cette réfrigération permanente, qui est tout à fait exceptionnelle; ce que donnent habituellement les lotions froides, c'est une réfrigération temporaire, la seule qu'on ait intérêt à obtenir en général.

En même temps que la médication antithermique, et non moins constamment qu'elle, il faut employer la *médication stimulante*, ayant l'alcool pour base. Aussitôt que la maladie est reconnue, on administre l'alcool (rhum ou cognac, suivant les goûts individuels) à la dose de 40 à 80 grammes par jour, proportionnée à l'âge et à l'état du malade. Le meilleur mode d'administration est la potion cordiale qui, en plus de l'eau-de-vie ou du rhum, renferme de la teinture de cannelle et 3 à 4 grammes d'extrait de quinquina. Si la cannelle et le quinquina ré-

pugnent au malade, on se borne à incorporer l'alcool dans un simple julep ; mais la potion cordiale complète est préférable en principe. Si, malgré tout, l'adynamie reste menaçante, on ajoute à la potion 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque ; ces divers éléments s'allient parfaitement les uns aux autres.

Enfin, si les phénomènes thoraciques sont intenses, si le catarrhe bronchique est très prononcé, on les combat en faisant appliquer, matin et soir, 40 ventouses sèches sur les membres inférieurs, et répétant cette application six, huit, dix jours de suite ; mais on n'a recours aux ventouses que si les signes de congestion pulmonaire sont très accusés ; on en cesse l'usage quand ces signes ont disparu.

En résumé, le lait, le vin, les lotions vinaigrées, la potion alcoolique, voilà les moyens qu'il faut constamment employer dès le début et pendant toute la durée de la fièvre typhoïde. Dans beaucoup de cas, il n'y a pas autre chose à faire pour secourir le malade ; dans certains autres, il faut employer quelques moyens supplémentaires, qui forment la partie variable de la thérapeutique.

En quoi consiste cette variabilité du traitement ? Ce n'est pas, ce n'est jamais dans une modification quelconque apportée à celui qui précède et qui reste immuable. C'est dans l'intervention de la médication antipyrétique surajoutée aux précédentes, c'est dans l'addition de la quinine ou de l'acide salicylique aux médications précédemment énumérées, dont l'emploi se continue malgré tout. Un autre accessoire qui doit prendre place à côté des deux premiers, c'est la digitale.

Dans quels cas convient-il d'ajouter la quinine ou l'acide salicylique au traitement fondamental de la fièvre typhoïde ? Ces médicaments étant uniquement antipyrétiques, s'adressant exclusivement à la fièvre, il est indiqué d'y avoir recours toutes les fois que l'observation de deux ou trois jours consécutifs prouve que, malgré l'emploi des lotions froides, la fièvre reste grave en soi, par elle-même.

Mais comment juger que la fièvre est grave en soi, et doit être combattue par un des agents qui influencent les centres calorigènes en modérant leur activité ? Il ne faut pas croire que toute fièvre dont le chiffre vespéral est notablement élevé soit forcément grave. D'abord, un seul chiffre ne signifie absolument rien : c'est une observation sans valeur au point de vue dont il s'agit. Si même la température se maintient autour de 40 à 41 degrés pendant plusieurs jours, c'est encore une constatation insuffisante pour apprécier le caractère de gravité de la fièvre ; car il peut arriver qu'une série de chiffres oscillant entre 39½ et 40 degrés soit plus grave qu'une série de 40 à 41 degrés, si, dans la première, les oscillations sont presque insensibles, marquées par des rémissions peu appréciables comparativement à celles de la seconde série.

L'unique *criterium* se trouve dans les rémissions du matin ; quand l'écart est assez grand entre les chiffres vespéraux et matutinaux, l'organisme a une période de repos plus longue et plus bienfaisante que quand la ligne thermométrique est en plateau. Quand donc ces rémissions sont-elles suffisantes pour que la fièvre ne présente pas par elle-même de gravité ? Quand elles sont au moins égales aux oscillations diurnes de la température physiologique, oscillations qui atteignent, on le sait, 0,8 à 1 degré. Lorsque les rémissions de la fièvre arrivent à ce dernier chiffre, le tracé ressemble exactement à la courbe qui représente la température physiologique, sauf qu'il est transporté sur un degré plus élevé de l'échelle thermométrique ; dans ce cas, la fièvre n'est pas grave en soi, il n'est pas nécessaire de la combattre autrement que par le traitement fondamental. Lorsqu'au contraire, les rémissions du matin ne dépassent pas 0,5 de degré, que la ligne est en plateau, la fièvre est grave par elle-même, le malade est en danger du fait de la fièvre ; c'est le cas d'ajouter au traitement fondamental la quinine ou l'acide salicylique.

La quinine est d'un usage plus général que l'acide salicylique, non que la première possède une grande supériorité d'action, mais parce que le second a un plus grand nombre de contre-indications. Ainsi la *quinine* est l'agent principal de la médication accessoire dans la fièvre typhoïde. Mais il ne faut jamais l'administrer pendant plus de trois jours de suite.

Le premier jour, on donne la dose maxima, par exemple 2 grammes de bibromhydrate (ce qui équivaut à 1 gramme de sulfate), ce sel étant mieux supporté que le sulfate, et ayant l'avantage de mettre en liberté dans l'organisme une portion de brome qui agit comme sédatif sur les phénomènes nerveux. Les 2 grammes se divisent en quatre cachets de 50 centigrammes : la dose totale doit être prise dans l'espace de trois quarts d'heure, d'une heure au plus, parce que l'élimination de la quinine est tellement rapide que, si on en fractionne et éloigne les prises, on n'obtient à aucun moment d'action sensible sur la fièvre, ce qui a fait dire bien à tort, par des expérimentateurs non prévenus de cette particularité, que le médicament n'agissait pas.

Le second jour on donne une dose moindre, 1 gramme 50 ; le troisième jour, 1 gramme seulement. Puis on suspend complètement la médication pendant deux ou trois jours ; après ce repos, on la recommence s'il y a lieu.

C'est sept à huit heures avant l'apparition de la température qu'on veut modifier, qu'il convient d'administrer la quinine, tantôt le soir, tantôt le matin, suivant les particularités de la courbe. Sans doute, ses effets sont bien plus marqués quand on veut agir sur la température

du matin que quand on cherche à influencer celle du soir, parce que, dans le premier cas, l'action thérapeutique s'ajoute au mouvement naturel de dépression thermométrique qui se manifeste aux premières heures du jour, tandis que, dans le second, le médicament agit en sens inverse de la nature, qui tend à augmenter la fièvre le soir.

C'est pourquoi Liebermeister donne toujours la quinine dans la soirée, pour en obtenir le plus grand profit possible vers le matin ; M. Jaccoud considère cette méthode comme trop exclusive : si c'est la température du soir dont l'élévation le préoccupe, il agit en conséquence ; de même pour la température du matin.

Les doses, les heures et procédés d'administration de l'*acide salicylique* sont exactement les mêmes que pour la quinine. Il a sur celle-ci quelques avantages qui sembleraient devoir le faire préférer.

D'abord son action sur la température est au moins égale, peut-être supérieure, à celle de la quinine. Puis il a une influence utile sur la diurèse ; s'éliminant en partie sous forme d'acide salicylurique, il facilite l'élimination des déchets azotés de l'organisme ; il est vrai que cet avantage est presque négligeable si l'on a mis le malade au lait, qui suffit à cette tâche d'épuration.

En troisième lieu, il a une action antiseptique bien supérieure à celle de la quinine. Mais on est rarement libre d'user à volonté de l'un ou de l'autre médicament, l'emploi de l'acide salicylique étant formellement contre-indiqué par la faiblesse du cœur, par les troubles de fonctionnement des reins, par les manifestations cérébrales intenses, toutes complications fréquentes dans la fièvre typhoïde, ainsi que par l'alcoolisme. Une autre contre-indication se trouve dans l'intensité des phénomènes thoraciques ; car, en pareil cas, le cœur est déjà compromis, ce serait vouloir augmenter sa faiblesse que d'administrer l'acide salicylique.

En somme, celui-ci peut et doit être donné de préférence quand aucun des états précédents n'existe ; dans le cas contraire, c'est à la quinine qu'il faut avoir recours.

Il reste à mentionner une dernière addition possible aux médications qui précèdent : c'est l'emploi de la *digitale*. Souvent dans le cours des fièvres typhoïdes graves, particulièrement vers la fin du second septenaire, l'action du cœur devient insuffisante, ce qui se traduit par la petitesse, l'état misérable du pouls, et surtout par la faiblesse d'impulsion de l'organe central de la circulation, ainsi que par l'affaiblissement de ses bruits, principalement du premier, qui peut être presque éteint.

Cette défaillance cardiaque, qui peut se produire par pure insuffisance fonctionnelle, sans péricardite ni endocardite, constitue un

accident très grave, d'autant plus qu'il est insidieux, qu'il demande à être recherché avec soin ; si on en ignore la possibilité, on perd des malades qui auraient pu être sauvés. En pareil cas, il faut renoncer à la quinine comme à l'acide salicylique, et, tout en continuant le traitement fondamental, donner la digitale pendant deux ou trois jours de suite, y revenir même après un ou deux jours de repos.

L'infusion de digitale est le meilleur mode d'administration ; il est rarement indiqué d'en faire prendre plus de 60 centigrammes, encore cette dose est celle du premier jour seulement ; celle du second jour est de 40 centigrammes, de même pour le troisième.

Tel est le traitement de la fièvre typhoïde, comme le conçoit et l'applique le professeur Jaccoud, qui n'indique, comme on le voit, ni moyens anti-diarrhéiques, ni agents désinfectants de l'intestin. Loin de combattre jamais la diarrhée, il la provoque, au contraire, quand elle n'existe pas ; en effet, le processus typhoïde a sa source dans l'intestin ; là pullulent des agents pathogènes qui sont nuisibles par eux-mêmes ou par leurs produits, et qui, résorbés, empoisonnent le malade ; il est clair que cette résorption serait augmentée par l'absence des selles.

Or, le naphтол, le principal agent de la méthode antiseptique, a le grave inconvénient de produire souvent la constipation, qui est une source de sérieux accidents.

M. Jaccoud remarque en outre que le principal danger vient de la présence d'agents pathogènes dans les ganglions mésentériques, la rate, et autres foyers d'infection où l'antisepsie intestinale ne peut avoir aucune action.

Enfin il n'existe pas encore, dit-il, de séries d'observations qui prouvent que la durée et la mortalité de la maladie sont diminuées par l'application de l'antisepsie intestinale. Jusqu'ici donc il convient de faire sur celles-ci les plus grandes réserves, et de s'en tenir, jusqu'à ce qu'elle ait fait ses preuves, à un ensemble de moyens que l'expérience a montrés capables d'amener la guérison dans une proportion sensiblement égale à 90 p. 100 des cas ainsi traités.

Traitement de l'agalactie. (DR WANGH).

MIGRAINE D'ORIGINE UTÉRINE.

L'auteur condamne d'une façon absolue l'emploi de l'alcool et de tous les stimulants (vins, bières, etc.), dont l'absorption amène, il est vrai, un afflux de lait dans les seins, mais ce lait est aqueux, pauvre en principes nutritifs et nullement comparable à celui qui est produit par la digestion d'une nourriture saine.

Aucune drogue n'est comparable au *jaborandi*, quant au pouvoir de provoquer la sécrétion lactée. Ceci est tellement certain, que l'on a pu découvrir des extraits de *jaborandi* falsifiés par l'absence de cette propriété.

Dernièrement, nous avons cru rencontrer l'indication bien précise de cette drogue. La mère, une femme forte pesant au delà de 100 kilogrammes, était devenue de plus en plus corpulente après chacun de ses accouchements ; mais, en même temps, le lait avait beaucoup diminué. Il nous sembla rationnel de croire que, si nous pouvions modifier la direction du courant nutritif et le concentrer sur les glandes mammaires, l'augmentation du lait sécrété s'accompagnerait d'une disparition plus ou moins notable de cette graisse inutile et gênante. Il y avait plus de deux semaines que le lait avait disparu. Nous administrâmes à cette femme dix gouttes d'extrait fluide de *jaborandi*, dose répétée tous les quatre heures. Le lait reparut, et aussitôt, pendant un certain laps de temps, tout alla très bien. Peu de semaines après, nous fûmes appelé en hâte auprès d'elle ; nous la trouvâmes alitée. Elle souffrait d'insomnies continuelles et d'une excitation nerveuse indescriptible ; elle nous confia qu'elle était possédée de l'idée fixe d'assassiner toute sa famille au moyen d'une hachette, et elle nous suppliait de la mettre dans l'impuissance d'accomplir ce projet insensé. Nous supprimons l'administration du *jaborandi* ; aussitôt la sécrétion du lait s'arrête, et en même temps les phénomènes nerveux disparaissent.

Migraine liée aux affections utérines.

Tout récemment, le professeur Germain Sée a appelé l'attention du monde médical sur l'action analgésique remarquable de l'antipyrine. Il en a fait l'application au traitement d'un grand nombre d'affections douloureuses et notamment aux différentes sortes de céphalalgies.

Un certain nombre de femmes dont l'appareil utéro-ovarien n'est pas dans un état d'intégrité absolue souffrent, au moment des règles, de migraines extrêmement violentes. Je suis parvenu à faire disparaître ces migraines, avant toute intervention du côté de l'appareil utéro-ovarien, à l'aide de l'antipyrine employée sous l'une des formes suivantes :

Solution pour injections hypodermiques :

Antipyrine.....	10 grains.
Eau distillée.....	25 gouttes.

F. s. a.—1 à 2½ drachmes par jour.

Potion à l'antipyrine :

Antipyrine.....	75 grains.
Eau distillée.....	2½ onces.
Rhum vieux.....	5 drachmes.
Sirop de limon.....	1 once.

A prendre par cuillerées tous les quarts d'heure.

Traitement médical du vaginisme. (DR GIRARD).

1^o Bromure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

2^o Sulfate de quinine, s'il y a eu quelques accès de fièvre intermittente.

3^o Frictions sur la région dorso-lombaire avec un liniment composé de 60 grammes d'huile de jusquiame et de 15 grammes de chloroforme.

L'auteur ajoute que lorsque le vaginisme est en rapport avec une fissure à la vulve, il joint au traitement précédent l'usage des suppositoires de ratanhia, d'après la formule suivante :

Beurre de cacao.....	½ drachme.
Extrait de ratanhia.....	½ “

Bronchite congestive de la dysménorrhée.

Infusion pectorale additionnée de sirop de safran. Léger badigeon d'iode en haut de la poitrine et entre les deux épaules. Sinapismes aux membres inférieurs tous les deux ou trois jours. Matin et soir, l'une des pilules :

Extrait d'aconit.....	} àâ 1 grain.
“ de jusquiame.....	

M. pour une pilule.

Lavement chaud avec 2½ drachmes de follicules de séné et 75 grains d'armoise.

THERAPEUTIQUE

Chlorure de Méthyle, nouveau procédé de réfrigération locale ;
par M. le DR BAILLY, de Chambly.

Mr le Dr Vidal, rapporteur sur ce travail, annonce que depuis sa communication à l'Académie de médecine de Paris, l'auteur a simplifié son procédé. Il se borne à tremper un tampon isolateur d'ouate et de bourre de soie dans du chlorure de méthyle liquéfié, au lieu de pro-

jeter un jet gazeux de ce chlorure de méthyle sur le tampon isolateur. On peut, en effet, conserver le chlorure à l'état liquide pendant près de trois heures, en le maintenant dans un récipient spécial dit *thermo-isolateur*. Rien de plus facile que d'imbiber les tampons en les trempant ou en les arrosant.

On peut également, à l'aide d'un pinceau, porter l'anesthésique sur un point aussi limité qu'on le désire. Pour combattre la douleur, l'application suffisamment prolongée du tampon imbibé de chlorure de méthyle, a une efficacité aussi grande que celle du jet du siphon. La facilité avec laquelle on peut en mesurer les effets, permet de porter sans crainte la réfrigération sur la face et d'en traiter les névralgies. Dans un certain nombre de cas de névralgies intercostales, de torticolis, de douleurs musculaires, de lumbagos, de névralgies dentaires, M. le professeur Bouchard a vu la douleur céder rapidement à ce mode de réfrigération. Il a vu également la colique de plomb, les crises de la gastralgie tabétique, celles de l'emphysème, soulagées par ce moyen.

En ce qui concerne ses applications aux opérations chirurgicales, le nouveau procédé permet de produire une anesthésie locale suffisante pour la plupart des opérations courtes, ponctions d'abcès, incisions de la peau, scarifications, cautérisations par la galvano-caustique ou par le thermo-cautère, raclages, etc.

La sensation de cuisson au contact du tampon est plus vive que celle de la réfrigération par l'éther. La douleur consécutive à l'opération est un peu plus prolongée. Quant à la perte de sang, toujours plus active au moment de la réaction congestive qui suit la réfrigération, elle n'est pas plus abondante qu'après l'anesthésie par l'éther. L'écoulement de sang pendant l'opération, non plus que le suintement et l'humidité d'une surface ulcérée, ne constituent des obstacles absolus à l'anesthésie. Il suffit d'interposer un morceau de baudruche pour que l'humidité n'entrave pas l'action du chlorure de méthyle. En pratiquant les cautérisations, il est très rare que le tampon s'enflamme ; il suffit d'ailleurs de souffler dessus pour éteindre le gaz en ignition. On peut donc, sans danger, utiliser ce moyen pour anesthésier avant la cautérisation.

Selon M. Bouchard, le procédé d'anesthésie locale de M. Bailly est un perfectionnement de celui de M. Debove. Il permet de mesurer l'intensité, l'étendue et la durée de la réfrigération, ce qui constitue un progrès des plus importants pour la thérapeutique. Ce n'est pas seulement un procédé d'anesthésie, mais encore un mode de révulsion énergique qui peut dispenser d'appliquer les pointes de feu après une anesthésie par le chlorure de méthyle, jugeant suffisante la révulsion

consécutives ainsi obtenue. Le nouveau procédé supprime la douleur pendant un temps considérable ; il a pu rendre la vie supportable à des malades torturées par les douleurs atroces du cancer de la matrice.

L'indigo, ses applications thérapeutiques.

Le Dr Yout, dans le *Medical Record*, dit que l'indigo est un puissant emménagogue, que l'on peut donner à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 25, deux à trois fois par jour, sauf chez les femmes enceintes, celles qui ont l'estomac susceptible ou qui ont eu quelque inflammation des organes pelviens, etc. Il recommande de joindre à l'indigo une certaine quantité de sous-nitrate de bismuth, et de prendre par-dessus un peu de bonne eau-de-vie ou de la teinture de gentiane, pour combattre l'anorexie qui résulte d'un long usage.

L'indigo fut employé contre l'épilepsie, mais il est depuis longtemps tombé en désuétude. On formulait :

Poudre d'indigo.....	2 drachmes.
“ de cascarille....	} <i>ad</i> 10 grains.
“ de cannelle.....	
Sirup de miel.....	q. s.

Pour une confection ou électuaire, de consistance convenable. Par cuillerées à café dans le courant de la journée, ou bien en quatre fois, en deux fois, en une fois, etc.

L'indigo est une matière colorante végétale, extraite par fermentation des feuilles de diverses plantes de la famille des légumineuses, dont les plus intéressantes croissent dans l'Inde, d'où est venu le nom de ce produit.

Idler, médecin aliéniste de Berlin, l'a proposé contre l'épilepsie, et Moritz Strall l'employa contre l'hystérie, l'aménorrhée et les douleurs néphrétiques. Ce remède sans danger peut être employé à de grandes doses. Il provoque parfois des nausées, des vomissements, de la diarrhée, l'urine devient brune ; mais cela ne doit pas empêcher d'en continuer l'usage.

On a associé l'indigo aux différents antispasmodiques. Voici un exemple d'une composition emménagogue à l'indigo :

Poudre d'indigo.....	1 once.
“ d'armoise.....	$\frac{1}{2}$ “
“ gingembre.....	} <i>ad</i> 75 grains.
“ de valériane.....	
“ de thériaque.....	

Délayés dans du sirop d'oëillet rouge et mêlés à miel, q. s. A prendre par cuillerées à café de deux à quatre par jour.

Lavement purgatif à la glycérine.

Quand le médecin prescrit un lavement, on lui demande avec quoi ? On en met de toutes espèces. S'il s'agit d'obtenir des évacuations, le choix est assez embarrassant. Or, d'après le Dr Arnacker, une injection de glycérine, de la valeur de 50 gouttes, poussée dans le rectum, au moyen d'une seringue à bout olivaire, provoque des selles énergiques et abondantes. Cet effet purgatif est, de plus, obtenu avec une grande rapidité.

D'après l'auteur, la glycérine produit cet effet purgatif en raison de l'attraction qu'elle exerce sur l'eau du sang ; il résulte de cette attraction une réplétion exagérée des vaisseaux de la dernière portion du gros intestin, des mouvements péristaltiques d'une plus grande activité, et finalement des selles diarrhéiques. (*Courrier Médical*).

Le *Collinsonia Canadensis*,

Dont les propriétés ont été exposées par le Dr Shcemaker (1), est une plante américaine, possédant une action sédative et antispasmodique. Il est de plus astringent et tonique. Son action physiologique est mal connue encore ; des doses faibles ne produisent aucun effet chez les individus bien portants, mais donné en quantité trop forte, il donne naissance à une sensation de brûlure stomacale et intestinale, puis à des nausées, de la diarrhée accompagnée de vomissements, si la dose est répétée. Depuis longtemps les habitants de la campagne se servaient du *Collinsonia* dans la gravelle, et les autres affections urinaires. L'auteur a éprouvé de bons résultats en l'employant chez des malades atteints de cystite, due, soit à la blennorrhagie, soit à la calculose.

Il apaise le spasme des uretères, de l'urèthre et de la vessie, et en même temps augmente la sécrétion urinaire. Ce double effet a pour résultante, dans la gravelle, de permettre aux petits calculs d'être expulsés. L'auteur admettrait même, et cela avec l'opinion populaire, qu'il dissoudrait les pierres vésicales. Dans la cystite il l'emploie mélangé à de l'aconit et de la morphine. Il conseille de l'employer contre l'incontinence d'urine de l'enfance, en l'administrant le soir à la dose d'un drachme de teinture. Le *Collinsonia* peut être utilisé avec avantage dans la blennorrhagie chronique, pour remplacer le santal et le copahu, qui donnent souvent lieu à des troubles digestifs.

Chez trois malades atteints d'hémorroïdes, avec constipation et spasme du sphincter anal, l'auteur a obtenu d'excellents résultats, par

(1) *Med. Press and Circular*, 12 octobre 1887.

l'administration de ce médicament, en employant des suppositoires contenant 40 à 90 grains de poudre de *Collinsonia*. Le Dr Shoemaker pense que l'on peut retirer aussi un grand bénéfice de son emploi dans le vaginisme. Là ne s'arrête pas l'action merveilleuse de cette plante ; elle guérit, d'après l'auteur, les gastralgies, l'entérocholite, la pharyngite, la laryngite, la laryngite striduleuse, la gastrite chronique ; elle a une influence salutaire dans les cas de troubles menstruels, elle est vermifuge, etc... !

Le *Collinsonia canadensis* peut être administré soit en infusion, soit à l'état de poudre, de teinture ou d'extrait liquide. La dose de la poudre varie de 10 à 60 grains, celle de la teinture de 10 gouttes à un demi drachme pour les enfants, et de un à deux drachmes pour les adultes. L'extrait liquide s'emploie à la dose de 15 minimes à un drachme. Enfin, pour l'infusion, on se sert de un à quatre onces de racine.

(*Progrès Médical*),

Quelques préparations d'acide chlorhydrique contre la dyspepsie.

L'emploi très ancien de ce médicament a pour indication : 1^o d'augmenter l'acidité du suc gastrique ;—2^o de solubiliser certaines substances salines : telles que les phosphates calcaires ;—3^o de contribuer à la formation du chlorure de sodium et à son augmentation relative dans l'organisme.

Dans quel cas doit-on l'ordonner ? Dans les dyspepsies avec alcalescence ;—cette indication est vulgaire ;—après l'essai et l'échec des alcalins ;—contre l'atonie gastrique (Trousseau) ;—dans la dilatation stomacale —dans la dyspepsie des tuberculeux, etc., etc.

A quel moment le prescrire ? Avant les repas pour vaincre l'atonie et après eux pour combattre l'alcalescence. Parfois, il est avantageux, selon la remarque de M. Damaschino, d'en combiner l'administration avec celle des alcalins ; le premier étant donné avant le repas et les seconds une heure après.

Quelles sont les formes pharmaceutiques de son administration ?

I. EN SOLUTION.—Trousseau prescrivait une à trois gouttes d'acide chlorhydrique médicinal dans une petite quantité d'eau.

La limonade à l'acide chlorhydrique se prépare suivant diverses formules. La plus classique est la suivante :

Eau	28½ onces.
Sirop simple	4 “
Acide chlorhydrique à 220 B. P. à	2 drachmes.
Alcoolat de citron.....	18 gouttes.

F. s. a. A prendre par demi-verre ou par verrées après les repas.

II. EN POTIONS.—*La potion antidyspepsique* de Trousseau s'administre par dose de une à quatre cuillerées à bouche après les repas et contient :

Acide chlorhydrique médicinal...	3 à 10 gouttes.
Julep gommeux.....	4 onces.
F. s. a.	

La potion toni-digestive de Caron avait pour formule :

Acide chlorhydrique médicinal...	18 grains.
Sirop thébaïque.....	1 once.
Vin de quinquina au Bordeaux....	3 "

F. s. a. — Doses : Une cuillerée à bouche en mélange avec une ou deux cuillerées d'eau avant chaque repas.

Comme cette préparation possède une saveur acide et désagréable à bon nombre de malades, il est utile d'en diluer chaque dose dans une quantité d'eau plus considérable.

On obtient une *potion digestive et laxative* en substituant le vin de rhubarbe au vin de quinquina. Elle se formule ainsi :

P. Acide chlorhydrique.....	18 grains.
Sirop simple.....	1 once.
Vin de rhubarbe.....	3 "
F. s. a.	

On a prescrit aussi une *décoction anti-dyspepsique et émolliente à l'acide chlorhydrique* contenant d'après M. Paulier :

P. Sirop de sucre.....	3 onces.
Décoction d'orge.....	1 pinte.
Acide chlorhydrique officinal.....	q. s. pour acidifier.
F. s. a.	

M. Huchard prescrit dans les dyspepsies avec gastralgie à raison d'une verrée à liqueurs après chaque repas la *potion digestive calmante* ainsi composée :

P. Sirop de menthe	8 onces.
Acide chlorhydrique.....	18 grains.
Hydro-chlorate de cocaïne.....	2 "

III. EN MIXTURE.—Sous cette forme, West l'administrait aux enfants dont la digestion était lente et à la dose quotidienne de 1 à 2 cuillerées à café de la préparation suivante :

P. Acide chlorhydrique dilué.	18 grains.
Sirop d'écorces d'oranges amères....	75 gouttes.
Teinture d'écorces d'oranges amères.	45 gouttes.
Infusion de cascarrille.....	10 drachmes.

F. s. a.

S. R.

(Revue Gén. de Clin. et de Thérap.)

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE.

De l'administration de l'antipyrine à l'intérieur.

En raison de ses propriétés, on l'ordonne comme agent antihyperthermique et comme médicament nervin : de là des différences dans la posologie.

I. *A quelles doses la prescrire ?* DOSE ANTIPYRÉTIQUE.—Pour l'adulte, elle varie de $\frac{1}{2}$ à $1\frac{1}{2}$ drachme selon la tolérance et doit être fractionnée par prises espacées plus ou moins selon la marche de la température. C'est le thermomètre à la main qu'il faut l'administrer. Chez les enfants de quatre ans, la dose quotidienne totale n'excédera pas 4 à 5 grains. A sept ans, elle variera entre 6 à 10 grains.

DOSE NERVINE.—En moyenne, de moitié plus élevée elle est massive, et s'élève à 1, $1\frac{1}{2}$, 2 et même jusqu'à $2\frac{1}{2}$ drachmes (Lépine), en une ou deux prises quotidiennes.

II. *Sous quelle forme et par quelle voie l'administrer ?* Par la bouche, sous la peau ou par le rectum ; en poudre, en solution, en injection hypodermique, en lavement et en suppositoire.

10 *En poudre* : sous forme de cachet de 10 à 18 grains ou en prises dissoutes dans l'eau vineuse.

20 *En solution* : dans l'eau alcoolisée par le rhum, le kirsch ou la chartreuse (H. Huchard) ou bien dans la limonade citrique.

30 *En potion* ainsi formulée :

Antipyrine.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes
Hydrolat de menthe.....	3 onces et 2 drach.
Sirop simple.....	$\frac{1}{2}$ once

F. a. s.

Ou bien :

Antipyrine.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes
Eau.....	$3\frac{1}{2}$ onces
Sirop simple.....	$1\frac{1}{2}$ once
Teinture de badiane.....	q. s.

Chaque cuillerée à soupe de ces potions représente un gramme du médicament.

Chez les enfants on peut prescrire :

Antipyrine.....	3 à 10 grains
Sirop de fleurs d'oranger.....	$1\frac{1}{2}$ once
Eau.....	$3\frac{1}{2}$ onces

F. s. a.

40 *En injection hypodermique* avec la solution suivante dont chaque centimètre cube contient cinquante centigrammes de substance active :

Antipyrine.....75 grains
Eau.....2½ drachmes

F. s. a.

Ou bien :

Eau distillée.....2½ drachmes
Antipyrine.....do

F. s. a. (Caravias).

On a proposé d'ajouter une petite quantité de cocaïne à cette solution (G. Sée, Baudoin) pour prévenir la douleur consécutive à l'injection.

50 *En lavement* ainsi composé :

Eau tiède.....4 onces
Jaune d'œuf.....n° 1
Antipyrine.....½ drachme

F. s. a.

60 *En suppositoires* contre les hémorroïdes douloureuses et fluentes.

Beurre de cacao.....50 grains
Antipyrine.....10 grains
Chlorhydrate de cocaïne.....2 grains

F. s. a. (H. Huchard).

S. R. in *Rev. gén. de Clinique et de Thérap.*

Diphthérie (PEPPER).

Bi-chlor. de mercure.....½ grain
Teinture de chlorure de fer.....3 drachmes
Glycerine.....½ once
Eau, Q. S. pour.....3 onces

M. s. a.—Dose : une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures.

Anémie fécale (SIR ANDREW CLARK).

Diète généreuse, exercices méthodiques, régularité des repas et du sommeil.

Sulfate de fer.....½ drachme
Sulfate de magnésie.....6 do
Acide sulf. arom.....1 do
Tr. gingembre2 do
Inf. de gentiane comp.....1 once

M. Pour 6 doses égales. Direction : une dose deux fois par jour à 11 heures a.m. et à 6 heures p.m.

Quelquefois cette mixture acide provoque la sécheresse de la peau, alors on recourt à la formule suivante :

Sulf. de fer.....	.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Bi-carb. de soude.....	.....	2 do
Sulf. de soude.....	.....	6 do
Teinture de gingembre.....	.....	2 do
Esprit de chloroforme .....	.....	1 do
Infusion de quassia.....	.....	8 onces

M. Dose : la sixième partie de cette préparation aux heures indiquées plus haut.

Pommade antinévralgique [GALIZOWSKI]

Menthol.....	.....	15 grains
Cocaïne .....	.....	5 grains
Hydrate de chloral.....	.....	3 grains
Vaseline .....	.....	75 grains

F. s. a. une pommade, qu'on étend sur la région douloureuse, et qu'on recouvre d'une bande de taffetas d'Angleterre, dans le cas de névralgie périorbitaire et d'hémicranie ophthalmique.

N. G. in *l'Union médicale de Paris*.

Des préparations de spartéine et de fleurs de genêt.

L'action de la spartéine est celle d'un tonique cardiaque : ainsi le prouvent les travaux de Laborde qui ont été le point de départ des applications les plus récentes de ce médicament à la thérapeutique des cardiopathies avec l'arythmie.

Celle des fleurs de genêt est connue depuis longtemps dans la médecine populaire. Elle se traduit par une diurèse abondante que Rayer utilisait naguère contre les hydropisies brightiques. En résumé, des deux principes immédiats des fleurs de genêt, la spartéine et la scoparine ont une action différente : l'une est un *régulateur du cœur*, l'autre un *diurétique*.

I. EMPLOI DE LA SPARTÉINE.—1° *En solution* : à la dose quotidienne de 2 à 6 grains par jour que l'on peut formuler ainsi :

P. Sulfate de spartéine.....	.....	18 grains
Eau distillée.....	.....	5 onces

F. s. a.

Prendre au moment des repas une à trois cuillerées de cette solution.

2° *En potion* :

Sulfate de spartéine.....	.....	4 grains
Sirop simple .....	.....	1 once
Eau distillée de fleurs d'orangers.....	.....	$1\frac{1}{2}$ once

F. s. a.

Une cuillerée à bouche contient un grain de spartéine.

3° *En pilules* :

Sulfate de spartéine..... 18 grains
 Conserve de roses..... q. s.

Pour dix pilules : chacune d'elles renfermant 2 grains du médicament.

II. EMPLOI DES FLEURS DE GENËT.—Elles se prescrivent seulement sous la forme de tisane :

Tisane diurétique de Rayer : ou infusion de genêt.

Sommités fleuries du *Genista Scoparia* $\frac{1}{2}$ once
 Eau..... 1 lb.

F. s. a. pour une infusion. A prendre en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

S. R. in *Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*

CHRONIQUE.

Dites-moi, je vous prie, où vont nos promesses, que deviennent nos engagements ? Les résolutions d'hier ne s'effacent-elles pas devant les exigences d'aujourd'hui ? Aussi n'est-il pas insensé d'engager demain qu'on ne tient pas, qui n'existe peut-être pas pour nous ? Trop d'instantants ne sont-ils pas ainsi *gaspillés* en spéculations oiseuses sur l'avenir, ce grand X... ?

Je philosophais ainsi en songeant à l'article que je vous ai promis, avec sincérité, sur le projet de législation médicale que vous savez. L'article est fait, vif, alerte, prêt à s'envoler à vous ; je le retiens volontiers, car la nouvelle m'arrive que les auteurs de ce projet ne sont pas satisfaits de leur œuvre. Il y a de quoi, vraiment ! Ce qui plus est, quelques-uns d'entre eux refusent d'en reconnaître la paternité. Au cours ordinaire des choses, on appellerait cela *manquer de naturel*. Dans le cas actuel, c'est dégager à temps sa responsabilité, c'est se couer une intolérable imposition.

"*Réflexion faite,*" me dit un membre du comité, "*ce projet devrait être remis à l'étude.*"

Vous vous donnez beaucoup de mal, me dit un M.P.P. des plus influents, *laissez donc les ambitieux se tuer par leurs excès.*

Faites passer, remarqua un journaliste, *les carcans sont pour ceux qui les font.*

Au reste, vous savez que les plus chauds partisans, les défenseurs *naturels* du projet n'ont pas osé le défendre. Du plus naïf au plus clairvoyant, il n'y eut qu'une voix pour dire : *tâchons de faire mieux que ÇA.*

Après des aveux aussi humiliants, si l'auteur du projet — car il n'y en a qu'un, je le sais et peux le prouver — persiste à faire *prendre son ours*, il est le bienvenu : les émotions ne lui manqueront pas.

* * *

Ce sujet d'aigreur ne va pas à mes dispositions pacifiques... Actuellement, je préfère vous entretenir d'un beau et grand sujet, propre à réveiller vos chaudes et sincères sympathies. Je veux parler de nos confrères engagés dans la pratique médicale aux Etats-Unis.

Vous le savez, tous les ans, un certain nombre des élèves gradués de nos Facultés, vont s'établir chez nos voisins. Ils y sont aujourd'hui près de deux cents.

Ainsi transplantés sur une terre étrangère, au milieu de races nombreuses dont ils ignorent la langue et les usages, ces jeunes gens sont exposés à de rudes épreuves. Isolés les uns des autres, ils doivent éprouver comme un sentiment d'abandon qui leur apprend à ne compter que sur eux-mêmes. Cette situation est une pierre d'achoppement pour les uns et une source de prospérité et de grandeur pour les autres. On peut le dire, à la gloire de ceux qui sont là-bas, le courage ne leur a pas fait défaut, et le succès a couronné leur œuvre. La profession médicale canadienne-française des Etats-Unis a fait honneur au nom canadien. La plupart de ses membres se sont créés une position enviable chez nos voisins. Nous les en félicitons cordialement.

* * *

Dispersés sur un vaste territoire, nos compatriotes médecins de la Nouvelle-Angleterre déploraient depuis longtemps un état de choses qui répugnait à leurs nobles sentiments de patriotisme et aux pures traditions de sociabilité inhérente à la race française. Il leur fallait une occasion de se connaître, de s'apprécier ; il leur manquait un lien d'union qui leur permit de défendre ensemble leurs intérêts communs.

A la fin d'un article sur le charlatanisme, M. le Dr E. Sirois, de Three Rivers, Mass., écrivait en octobre 1885 : " Je veux soumettre à mes confrères une idée qui peut-être n'a pas grand mérite. Je les prie de donner leur opinion sur le sujet. Pourquoi n'aurions-nous pas notre convention, nous aussi, pour fonder une société qui pourrait faire con-

naître les faux médecins et les vrais. Les bévues des premiers ne seraient pas sur le compte des derniers, etc."

L'éveil était donné, de nombreux et chaleureux appels à la profession médicale furent faits dans la presse et par correspondances privées. Quelques noms firent émergence et le 15 mai 1887, s'assemblait à Worcester, Mass., un comité provisoire qui se chargeait de rédiger une proclamation invitant tous les médecins diplômés à se réunir en un lieu convenu.

Ce comité était composé de MM. les Drs Fontaine, Mignault, Sirois, St-Germain, Gagnon et Trudeau. Le Dr Fontaine fut appelé à présider l'assemblée et le Dr Sirois fut nommé secrétaire.

Il fut résolu que la grande convention aurait lieu le 15 septembre suivant à Worcester même, que tout médecin porteur d'un diplôme y serait admis, que le secrétaire, M. le Dr Sirois, serait chargé de préparer une proclamation à cet effet, ainsi que la constitution et les règlements de la société qui devra naître de cette convention, afin que chaque clause put être discutée par l'assemblée.

Comme on le voit, M. le secrétaire devait avoir les épaules larges pour se charger d'un pareil fardeau. La suite a prouvé que M. le Dr Sirois était de taille à se mesurer avec une tâche herculéenne, et que sa témérité apparente ne s'élevait pas encore à la hauteur de son activité et de son énergie.

Au mois d'août dernier, chaque médecin de la Nouvelle-Angleterre recevait la proclamation suivante qui dit, plus que tous les commentaires, le but et les avantages de cette convention :

PROCLAMATION.

CONFRÈRES,

Il est maintenant connu que la grande majorité des médecins canadiens-français de la Nouvelle-Angleterre sont en faveur d'une convention médicale et en voient venir le jour avec plaisir et espérance.

Ce sera un beau jour pour nous, isolés et pour la plupart inconnus les uns aux autres, que celui où nous pourrons nous serrer la main, réchauffer, pour ainsi dire, le patriotisme et cimenter l'union, la confraternité qui doit exister entre les membres d'une profession.

Dans un temps où nos droits sont méconnus par les législatures, où les puissances subversives du charlatanisme attaquent sur tous les points notre noble profession et lui font une guerre à mort ; pendant que les charlatans s'insinuent dans nos rangs, se riant de la science, de l'honneur et de la santé publique, n'est-il pas opportun de protes-

ter contre ces abus comme corps et d'étudier ensemble les moyens à prendre pour arrêter autant que possible les ravages du mal ? N'est-il pas temps de se connaître, de s'entr'aider, d'affirmer notre existence et de promouvoir nos intérêts généraux en s'instruisant mutuellement, en établissant des règles d'étiquette pour notre gouverne et en se prémunissant contre l'ingratitude et la mauvaise foi de cette classe flottante de nos compatriotes qui doit tant à chacun de nous ? Nous avons pensé qu'il était temps d'agir et que toutes ces raisons et que beaucoup d'autres étaient sérieuses et assez fortes pour déterminer l'opportunité d'une convention médicale.

Pendant que nos conventions nationales produisent de bons résultats ; pendant que toutes les catégories d'hommes instruits ont leurs conventions, leurs assemblées où ils s'étudient à progresser, à s'entr'aider et à éviter les dangers qui menacent leur état, les médecins canadiens-français de la Nouvelle-Angleterre resteront-ils indifférents sur leurs propres intérêts ? Non. Il ne sera pas dit que la majorité de la classe instruite parmi nous n'aura pas eu assez d'énergie et de bons sens pour sacrifier un jour ou deux à travailler pour elle-même.

Peut-être ne réussirons-nous pas au gré de nos désirs, mais il en résultera toujours du bien. Toutefois, il faut commencer par travailler : nous n'aurons rien sans peine. La victoire se fera d'autant moins attendre que nous aurons mis plus d'ardeur à organiser la lutte ; et ceux qui en jouiront avec moins de remords seront ceux qui y auront le plus contribué.

Faites trêve à vos occupations journalières, confrères, et venez à Worcester pour votre bien et celui de la profession.

Il a été réglé que la convention médicale aurait lieu à Worcester, les 15 et 16 septembre prochain. Toutes les questions intéressant la profession médicale de ce pays pourront y être discutées. Nous nous occuperons de la formation d'une société médicale, dont le but sera l'instruction et la protection de ses membres en général.

Tout médecin diplômé sera admis à la convention ; par conséquent, chacun devra emporter son diplôme. Cette décision a été prise après réflexion, dans l'intérêt des vrais médecins.

A Worcester, donc, le 15 septembre prochain.

E. D. FONTAINE, M. D.	} Comité organisateur.
V. ST-GERMAIN, M. D.	
V. MIGNEAULT, M. D.	
J. A. GAGNON, M. D.	
W. TRUDEAU, M. D.	
E. SIROIS, M. D.	

Ce fut un véritable bonheur pour les organisateurs de voir arriver à Worcester, et au jour indiqué, un grand nombre de confrères, parmi lesquels s'en trouvaient plusieurs qui ne s'étaient jamais vus, d'autres qui ne s'étaient pas rencontrés depuis longtemps. L'ouverture de la première convention médicale avait donc lieu à Worcester, le 15 septembre, à 1 heure p. m.

CONVENTION MÉDICALE

Un comité composé des Drs Verner, Gendron et Mignault fut nommé pour faire l'examen des diplômes des membres de la convention.

Le rapport de ce comité donne la liste suivante de porteurs de diplômes authentiques et autorisés à prendre part aux délibérations.

Diplômés de l'Université Victoria, Canada :

Drs F. D. Fontaine,	Worcester, Mass.
O. Charbonneau,	" "
V. Migneault,	Lawrence, "
B. Fagnant,	Springfield, "
J. A. Gagnon,	Woonsocket, R. I.
W. Trudeau,	Fall River, Mass.
A. A. E. Brien,	Suncook, N. H.
O. J. Comtois,	Holyoke, Mass.
N. A. Primeau,	Fitchburg, "
N. Malo,	Danielsonville, Ct.
R. Migneault,	Lowell, Mass.
J. F. Fournier,	Manchaug, Mass.
J. S. Chagnon,	Waterbury, Conn.
M. Fontaine,	Spencer, Mass.
T. Verner,	" "
M. J. E. Legris,	Centreville, R. I.
F. X. Barolet,	Putnam, Conn.
F. R. Patoël,	Holyoke, Mass.
J. E. V. Mathieu,	Central Fall, R. I.
J. B. A. Tanguay,	Providence, R. I.
A. W. Petit,	Nashua, N. H.

Diplômés de l'Université Laval :

Drs E. M. Poirier,	Salem, Mass.
Larochelle,	Lowell, "

Drs P. Monat,	Malboro, Mass.
R. J. J. LaPalme,	Lawrence, “
J. H. Palardy,	W. Gardner, Mass.

Diplômés de l'Université Bishop :

Drs E. Sirois,	Three Rivers, Mass.
V. St-Germain,	West Warren.

Universités Américaines :

Drs L. B. Niquette,	Northampton, Mass.
J. A. Génereux,	Southbridge, “
J. O. Génereux,	Webster, “
J. H. Ménard-Bellerose,	Worcester, “
J. E. Gendron,	“ “
Chs P. Charpentier	River Point. “
A. J. Lagacé,	Milbury. “
C. A. A. Bissonnette,	Holyoke. “

L'appel des noms ci-dessus étant terminé, on procéda à l'élection des officiers de la convention et le résultat suivant fut obtenu :

Président — DR F. D. FONTAINE.

Vice-Présidents — DRS V. MIGNEAULT et F. X. BAROLET.

Secrétaire — DR E. SIROIS.

Assistant Secrétaire — DR A. W. PETIT.

Trésorier — DR. V. ST-GERMAIN.

Le secrétaire annonça qu'il venait de recevoir des télégrammes et des lettres d'adhésion de l'hon. Dr Martel, de Lewiston, Me., et de MM. les Drs O. Larue et Tremblay, exprimant leur regret de ne pouvoir être présents à la convention.

Immédiatement on prépara les ordres du jour et, à 3 heures, la séance régulière s'ouvrit par une discussion au sujet de l'étiquette professionnelle à observer vis à vis des charlatans, à laquelle prennent part plusieurs médecins, entre autres les Drs St-Germain, Petit, Comtois, Barolet, etc.

Avant de clore cette première séance, il fut proposé par le Dr Fagnant, secondé par le Dr Trudeau, et adopté à l'unanimité : *Qu'il est*

expédient pour s'unir, s'entre-aider et se protéger, de former une association médicale canadienne pour la Nouvelle-Angleterre.

Les Drs Fagnant, Larochelle et Barolet donnent alors leur rapport et parlent longuement sur l'étiquette professionnelle. Il s'élève un point de discussion : est-ce qu'un médecin régulier doit accepter une consultation avec un *sectaire* (homéopathe, botaniste), etc ? Les Drs Comtois, St-Germain, Palardy, Fagnant et Mignault prennent part aux débats et cette question est résolue dans la négative.

Le Dr Trudeau propose, secondé par le Dr Gagnon, qu'il soit résolu que tout médecin qui aime à se respecter ne s'accoude pas avec les charlatans en pratique, et qu'au nombre de ces derniers, soient considérés tout médecin sectaire et quiconque déroge à sa dignité en faisant du charlatanisme, c'est-à-dire en brevetant ou annonçant des drogues en vente, etc. (Adopté.)

On décide que la nouvelle société prend le nom de *Société médico-chirurgicale canadienne-française de la Nouvelle-Angleterre*; que tous les médecins diplômés d'une manière authentique, et présents à cette convention, soient *ipso facto* membres de la société. Plusieurs médecins prennent part à une discussion sur le mode d'admission, opportunité d'un examen, etc.

On passe alors à l'élection des officiers de la société, et l'on obtient le résultat suivant : Dr V. Mignault, de Lawrence, président ; Dr F. D. Fontaine, de Worcester, Mass., 1er vice-prés. ; Dr V. St-Germain, de West Warren, Mass., 2nd vice-prés. ; Dr E. Sirois, de Three Rivers, Mass., secrétaire-archiviste ; Dr J. H. Palardy, de West Gardner Mass., secr.-corr. ; Dr N. Malo, de Danielsonville, Conn., ass.-sec.-corr. ; Dr B. Fagnant, de Springfield, Mass., trés. ; Dr F. R. Patoël, de Holyoke, Mass., bibliothécaire. Les Drs Gagnon, Barolet, Brien, Gendron, Trudeau et Legris sont élus conseillers.

Les nouveaux officiers prennent leurs sièges et les travaux se continuent au nom de la société.

Le Dr Trudeau est chargé de s'entendre avec M. H. A. Dubuque, avocat, de Fall River, au sujet de l'incorporation de la nouvelle société. Nous apprenons que le projet de charte est tout rédigé et qu'il sera adopté par l'Etat avant mai prochain.

Une motion est alors présentée par le Dr St-Germain, appuyé par les Drs Sirois et Trudeau, et adoptée, à l'effet de recommander aux sociétés de bienfaisance, St-Jean-Baptiste et autres, de n'accepter les services et certificats que de médecins régulièrement diplômés.

On vote des remerciements à la presse, aux officiers et aux citoyens de Worcester pour leur cordiale et généreuse réception. On décide

que la prochaine réunion aura lieu à Lawrence, Mass., puis l'assemblée s'ajourne *sine die*.

Il serait injuste de passer sous silence le banquet que nos compatriotes de Worcester ont donné aux représentants de la profession médicale. Les tables étaient somptueusement dressées dans la salle St-Jean-Baptiste, décorée pour la circonstance. Des santés furent présentées aux Etats-Unis, réponse par M. le Dr Bissonnette; à la France, par M. le Dr Généreux, de Webster; au clergé, par M. le Dr Malo; à la profession médicale, par MM. les Drs Mignault et Malo; au Canada, par M. le Dr Comtois; à nos sociétés canadiennes-françaises, par M. le Dr Généreux, de Southbridge; à la presse, par M. le Dr V. St-Germain; aux dames, par M. le Dr Trudeau; aux Canadiens de Worcester, par MM. Joseph Marchessault et C. Toupin; aux organisateurs du banquet: MM. J. R. Jannery et A. G. Lalime; au président: M. Chas. Lalime.

Nous n'avons que les félicitations les plus enthousiastes et les plus méritées à faire à nos amis et confrères de la Nouvelle-Angleterre pour les nobles efforts qu'ils font pour l'honneur de la profession médicale et de la nationalité canadienne. Il y a plus de cent médecins canadiens dans les Etats de la Nouvelle-Angleterre. Il n'y a pas un seul médecin digne de ce nom qui puisse refuser son appui au mouvement si bien commencé. Avant peu, l'on considérera comme un opprobre de ne pouvoir se dire membre de la Société Médico-Chirurgicale Canadienne-Française. Tout homme soucieux de l'honneur de sa profession doit prendre les moyens de la faire respecter, et celui qui se croit médecin s'enrôlera dans cette société, pour ne pas s'exposer à être confondu avec la gent des charlatans, cette disgrâce!

Nous prions M. le Dr E. Sirois et tous les officiers de nous tenir au courant des progrès de la société et de nous faire connaître les nouvelles adhésions à mesure qu'elles se présenteront. Nous disons donc au revoir à nos amis de la Nouvelle-Angleterre.

* * *

Je viens de vous parler de nos confrères des Etats-Unis, savez-vous qu'il m'arrive souvent des lettres toutes empreintes des meilleurs sentiments d'approbation et d'encouragement. Vous me permettrez bien d'en citer une; elle est le résumé de toutes les autres:

Chère Gazette, je te souhaite prospérité et longue vie, continue ta noble mission avec ardeur et dévouement. Fustige le charlatanisme sous toutes ses formes; soutiens, éclaire et relève la profession de toutes tes forces.

Bien à toi,

J. O. GÉNÉREUX, M. D.

Merci de ces bonnes paroles. Je profite de cette occasion pour inviter nos confrères de là-bas à collaborer à la " Gazette " qu'ils tiennent en si grande estime. C'est, je crois, le meilleur moyen de lui donner le cachet de variété qui convient à une revue de médecine pratique. Messieurs, les colonnes de la " Gazette " vous sont largement et cordialement ouvertes : vous êtes les bienvenus.

* * *

Il y a longtemps que j'aurais dû vous parler d'un admirable livre de compte que j'ai sous la main et dont je me sers tous les jours depuis le premier de décembre dernier. C'est le *Medical World Visiting List* (1).

Vous savez mieux que moi combien est fastidieuse la tenue de nos livres de compte, eh ! bien, voici un petit livret qui va vous rendre la tâche aussi douce qu'expéditive.

Il est composé de 47 pages, petit format de poche. Chaque page porte au sommet le mois et l'année. En marge une série numérotée représentant tous les jours du mois, puis une ligne libre pour les charges d'honoraires, puis une colonne pour le montant. Il y a dans chaque page une marge pour crédits et balance. De sorte que, sans être obligé de référer à d'autres livres, vous pouvez, à une minute d'avis, trouver le compte de vos clients.

Ainsi, plus de journal, plus de grand livre, plus de signes d'abréviation, de la clarté, de la lumière, du sens pratique.

Le tout pour la bagatelle d'un dollar et cinquante centins.

Si vous aimez à vous servir de la Liste des *Balances Mensuelles* elle vous arrivera moyennant la modique somme de cinquante cents.

LE DR NOIR.

NOUVELLES

Nous accusons réception des *Bulletins et Mémoires* de la société obstétricale et gynécologique de Paris, fondée en 1885, sous la présidence du professeur PAJOT ; mensuel, prix d'abonnement \$2.00.

(1) *The Medical World*. 1520 Christian street, Philadelphia, Pa.

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Bureau Provincial de Médecine. Assemblée semi-annuelle.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs (Bureau Provincial de Médecine) du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec aura lieu **MERCREDI**, le 9 de **MAI** 1888, à 10 a. m., à l'Université Laval, Montréal. Les candidats à l'examen ou à la Licence doivent envoyer à l'un des Secrétaires soussignés leur certificat d'admission à l'étude de la Médecine, ainsi que les frais de licence, \$20.00, *au moins dix jours avant l'assemblée*. Les candidats doivent apporter leur diplôme à l'assemblée.

A. G. BELLEAU, M. D.

Québec.

F. WAYLAND CAMPBELL, M. D.

Montréal, sept. 1887.

Montréal.

College des Medecins et Chirurgiens

DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Bureau Provincial de Médecine.— Examen préliminaire d'admission à l'étude de la médecine.

L'examen d'admission à l'étude de la médecine aura lieu **JEUDI**, le 3 **MAI** 1888, à 9 heures a. m., à l'Université Laval, à Montréal.

Les certificats de conduite morale et le montant des droits d'examen, \$10, doivent être envoyés à l'un des Secrétaires soussignés au moins dix jours avant la dite assemblée.

A. G. BELLEAU, M. D.

Québec.

F. WAYLAND CAMPBELL, M. D.

Montréal.

Montréal, sept. 1887.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

Dictionnaires

DÉCHAMBRE A.—Dictionnaire usuel des sciences médicales, avec figures. 4 fascicules in-40. \$6.00

ROBIN CH.—Nouveau dictionnaire abrégé de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles (1885) ; 1 fort vol. in-8. \$4.00

Histologie

LEE et HENNEGUY.—Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique, histologie, embryologie et géologie (1887) ; 1 vol. grand in-8. \$3.00

Anatomie

BEAUNIS et BOUCHARD.—Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, 4e édition (1885) ; 1 vol. grand in-8 cart. \$5.00

TILLAUX P.—Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie ; 1 fort vol. grand in-8 rel. toile. \$6.50

Physiologie

BEAUNIS H.—Nouveaux éléments de physiologie humaine, comprenant les principes de la physiologie générale, avec 288 figures dans le texte (1881) ; 2 vols. grand in-8 rel. toile. \$6.25

CADIAT O.—Cours de physiologie, physiologie générale, génération, organes des sens (1883) ; 1 vol. in-4. \$2.25

Hygiène

BECQUEREL A.—Traité élémentaire d'hygiène privée et publique ; 1 fort vol. in-12, rel. toile. \$2.75

PAULIER B.—Manuel d'hygiène publique et privée ; 1 vol. in-12. \$2.00

Pathologie générale

BOULEY H.—Leçons de pathologie comparée. Le progrès en médecine par l'expérimentation ; 1 vol. in-8 (1882). \$3.00

VULPIAN A.—Cours de pathologie expérimentale, leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses (1882) ; 1 vol. in-8. \$3.50

MM. CADIEUX & DEROME, libraires à Montréal, se sont procurés tous les ouvrages qui paraissent dans notre *Bulletin Bibliographique mensuel*.