

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.

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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 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.

LA

GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

**Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des
Sciences Accessoires.**

DIRECTEURS: MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,
Professeur d'Ophthalmologie.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

LE DR L. E. FORTIER,
1208, Rue Mignonne, 1208.



MONTRÉAL,
ADMINISTRATION DE LA "GAZETTE MÉDICALE."
BUREAU DE POSTE, BOÎTE 729.

1890

Nous prions nos lecteurs d'être un peu indulgents pour le retard des derniers numéros de la *Gazette Médicale*. Nous espérons que dès maintenant le journal paraîtra régulièrement le 15 de chaque mois.

Comme nos lecteurs le verront par le couvert du journal, la rédaction a changé de main. M. le Dr Beausoleil qui en fut rédacteur dès le début et qui, sous le pseudonyme de Dr Noir, a tant fait pour la profession médicale a résigné la position de secrétaire de la rédaction. Nous n'avons qu'à exprimer notre vif regret de cette décision de sa part. La position de secrétaire de la rédaction a été confiée au Dr L. E. Fortier, jeune médecin d'énergie et d'une haute capacité. Nous espérons que le Dr Fortier, quoique nouveau dans la charge, soutiendra la réputation que son prédécesseur a acquise à la *Gazette Médicale*.

LA DIRECTION.

Des télégrammes reçus dernièrement, nous annoncent que le Dr Desjardins, qui fait actuellement sa troisième visite à Rome, dans l'intérêt de l'Ecole, a eu le même succès que dans ses visites précédentes et que les démarches de l'Ecole ont été approuvées par les autorités romaines.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoire.

VOL. IV.

MONTREAL, JANVIER 1890.

No 1.

Clinique des maladies mentales

(du *Bulletin Médical*.)

(*Asile Sainte-Anne*).—M. le Dr MAGNAN.

DE LA FOLIE INTERMITTENTE.

La classification, vraiment clinique, de la folie que nous avons adoptée, consiste à mettre en relief les signes principaux des troubles mentaux, et, en tenant compte des conditions étiologiques, de (l'hérédité, des maladies antérieures et de l'évolution de la maladie elle-même) à synthétiser les états morbides dans un petit nombre de groupes qui répondent bien à la réalité observée chez les malades.

C'est ainsi que j'ai réuni sous le nom de *délire chronique*, qui peut être considéré comme le type continu de la folie, tout un groupe de formes morbides décrites comme espèces distinctes.

La *folie des dégénérés héréditaires* constitue le groupe rémittent; elle est caractérisée par la déséquilibration des facultés intellectuelles, la désharmonie du moral et du caractère, et surtout par la tare héréditaire et la fréquence des anomalies physiques.

Sur ce sol particulier peuvent se développer des délires variés, généralement sans tendance à la systématisation, et surtout ces idées obsédantes, ces craintes, ces impulsions de toute sorte (folie du doute, agoraphobie, etc.) que l'on a décrite comme des affections distinctes, et

que je n'hésite pas à rattacher à une même origine et à réunir en un seul groupe clinique.

La folie intermittente, que nous allons étudier aujourd'hui, constitue un troisième groupe à part, un type bien défini. Cette variété de folie se traduit par la réapparition chez un sujet jusque-là bien portant, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières. Mais ce qui caractérise surtout le type intermittent, ce qui lui impose le cachet spécial qui permet de réunir sous ce nom des états psychiques qui ont été décrite sous dénominations variées, c'est qu'il existe toujours entre les accès des périodes intercallaires pendant lesquelles les sujets semblent guéris, et jouissent, du moins dans certaines périodes de l'affection, de l'intégralité de leurs facultés psychiques.

Le malade affecté de folie intermittente est en quelque sorte un diathésique dont la diathèse, tantôt reste silencieuse, tantôt au contraire se manifeste par des symptômes morbides variés. Si je voulais chercher une comparaison dans le cadre nosologique, je n'en trouverais pas de meilleure que le rhumatisme si souvent en puissance, sans manifestation aucune chez des sujets en apparence absolument sains; tantôt, et sans régularité, produisant ici l'arthrite, là l'endocardite, ailleurs encore la succession de manifestations diverses.

Si je vous ai bien fait comprendre ce que je décris sous le nom de folie intermittente, il me sera facile de vous montrer combien doit être variable la marche d'un semblable état; pourquoi, étudiant parfois des manifestations isolées, des accès, sans être suffisamment renseigné sur les antécédents et, partant, sans penser assez à l'avenir, on a décrit sous des noms divers des états psychiques qui ne sont que des épisodes d'une grande évolution morbide. Vous verrez facilement, à mesure que nous avancerons dans notre étude que les psychoses qu'on a décrites sous les noms de: folie à double forme, folie circulaire, folie alterne, cyclique, etc., ne sont que des accès de la maladie générale, pris isolément.

Ceci dit, et nous y reviendrons, nous allons étudier comment se produisent cliniquement ces accès et quels caractères distinctifs ils présentent.

Le mode d'invasion de la folie intermittente est rapide, quelquefois subit, mais toujours au moins, ou presque toujours plus rapide que dans les autres psychoses. Il n'y a pas, comme dans la mélancolie ordinaire, une période prodromique caractérisée par un état spécial et des troubles divers, période pendant laquelle l'organisme semble en quelque sorte se préparer pour fournir un milieu plus apte à l'éclosion du délire. Chez les intermittents il semble que le terrain soit préparé

d'avance, et comme chez les diathésiques dont je vous parlais il y a un instant, la psychose éclate vite ; elle se trouve dans son milieu.

Ici je ne voudrais pas cependant être trop absolue ; ce début rapide, cette absence de prodromes sont surtout spéciaux aux accès qui doivent être courts. Quand au contraire l'accès, manie ou mélancolie peu importe, doit durer plus longtemps, les prodromes sont plus longs, l'invasion plus lente, mais elle n'a jamais, je le répète, les caractères qu'elle présente dans la manie ou dans la mélancolie simple.

Ce début des accès revêt des caractères tout-à-fait spéciaux dans le cours de la maladie. Certains accès débutent rapidement, d'autres d'une manière plus lente sans jamais suivre de règle bien absolue. Je vous ferai cependant observer que dans certains cas, quand les accès ont revêtu la forme cyclique, le passage d'une variété à une autre, de la mélancolie à la manie, ou de la manie à la mélancolie, se fait d'une manière tout à fait brusque ; tel sujet est maniaque le matin et mélancolique le soir. Parfois, le changement est plus rapide encore, et un malade que nous avons vu, en commençant la visite, triste, déprimé, pleurant, est, à la fin, gai, rieur, agité.

Tout ce que je viens de vous dire de l'invasion des accès, soit de ceux du début, soit de ceux qui se produisent ultérieurement, suffirait pour vous faire comprendre comment il n'est possible de saisir l'ensemble des faits et l'unité morbide qu'à l'aide d'observations multiples et longtemps suivies.

C'est par ces faits seulement que l'on peut arriver à comprendre les rapports des accès entre eux et à éliminer ces classifications complexes qui donnent des noms spéciaux à des accès isolés.

C'est précisément cette synthèse des observations que je me suis efforcé de faire, et parmi les cas que je possède, beaucoup ont été suivis pendant plus de vingt ans ; une observation même a duré quarante-cinq ans (1).

(1) Nous ferons remarquer ici que les démonstrations de M. Magnan, en ce qui concerne la folie intermittente démonstrations qui ne peuvent être précises qu'à la condition qu'on puisse analyser l'ensemble d'une observation sont rendues d'une clarté absolue par des graphiques.

En effet, M. Magnan a résumé chaque observation sous forme d'un tracé qui, par des traits de couleurs différentes, indique la nature de chaque accès (manie ou mélancolie), la durée de cette accès, la manière dont les accès divers se combinent entre eux. Il est impossible de donner ici une description complète et précise de ces graphiques, mais nous croyons que, publiés dans un travail de longue haleine, ils rendraient le plus grand service au lecteur et lui feraient bien comprendre tout ce qu'il y a d'original et de précis dans l'enseignement de M. Magnan.

Je reviens au premier accès, sur lequel on ne saurait trop insister. Ce premier accès n'a rien de spécial, il est tantôt maniaque tantôt mélancolique ; plus souvent mélancolique cependant, parce que la forme mélancolique prédomine dans les affections mentales en général et aussi dans la folie intermittente. Si nous étudions plus en détail les variétés que présente ce premier accès, nous lui voyons revêtir des formes particulières : parfois c'est déjà un accès cyclique. A une phase de mélancolie succède de suite un accès de manie ou réciproquement. Or, cette forme, qui au premier abord semblerait assez spéciale, ne préjuge rien pour les accès suivants. Si par exemple le premier accès est cyclique, le suivant peut être un accès de manie ou un accès de mélancolie sans que rien rappelle le cycle du premier accès.

Ce qui caractérise spécialement la folie intermittente, c'est donc une certaine irrégularité des accès qui pourraient, à chaque rechute, faire admettre tantôt la manie, tantôt la mélancolie, tantôt enfin la folie circulaire ou à double forme, et c'est cette succession irrégulière qui constitue le syndrome.

Je vous disais, il n'y a qu'un instant, que j'avais une observation dont l'ensemble embrassait quarante-cinq années. En voici le résumé succinct, car, mieux que toutes les explications, elle vous fera comprendre le polymorphisme de la folie intermittente :

Mme X... a joui d'une santé physique et psychique excellente jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans.

A cette époque, en juillet 1844, la malade présenta subitement un accès de mélancolie. Elle s'est mariée avec un veuf, père d'un enfant, et ce mariage d'inclination présentait, dit-elle, toutes les garanties désirables. Cependant, pendant ses fiançailles elle devint tout d'un coup mélancolique : elle voyait l'avenir en noir, craignait tous les malheurs, se jugeait incapable de se rendre utile à son mari et à son enfant. Elle eut des idées de suicide et le jour même du mariage proposait à son mari de se jeter à l'eau avec elle. Naturellement ce dernier refusa, et de fait, peu de jours après, elle rentra en pleine possession d'elle-même.

Un mois après, survint un second accès ; elle était dans un état de stupeur complète, ne parlant pas, ne donnant pas signe de vie. Elle raconte qu'elle entendit à ce moment son entourage parler de sa mort prochaine et que malgré cela elle restait impuissante à réagir et à parler. Cet état dura deux jours, mais la malade fut déprimée pendant deux mois, au bout desquels elle revint à la santé.

Elle reste bien portante pendant près de sept ans ; elle s'occupait de son ménage et se rendait même utile à son mari dans son commerce de papiers peints. Pendant cette période d'intermittence elle eut deux

enfants. L'un d'eux ne vécut que trois mois et demi et cette mort lui causa un vif chagrin. Mais elle distingue très nettement cette douleur morale de la souffrance pathologique qu'elle éprouve pendant ses accès et qui se caractérise par un anéantissement tout particulier, une absence de volonté complète, un accablement très pénible.

De 1851 à 1864, la malade eut huit accès qui durèrent de quelques semaines à quelques mois. C'étaient tantôt des accès maniaques, tantôt des accès mélancoliques.

C'est le 20 février 1864 seulement qu'eut lieu la première entrée de la malade à la Salpêtrière pour un accès d'excitation maniaque qui dura trois ou quatre semaines.

Le second accès, en septembre 1864, fut un accès cyclique, présentant une première phase mélancolique de courte durée, suivie brusquement d'une seconde phase d'excitation maniaque également très courte.

En juillet 1865 se place un nouvel accès de mélancolie, survenu après une intermittence de neuf mois. C'est à ce moment—j'étais alors interne de M. Baillarger à la Salpêtrière—que j'ai vu pour la première fois cette malade que j'ai pu suivre depuis vingt-cinq ans.

Après une série d'accès maniaques ou mélancoliques, entrecoupés de périodes d'intermittence de plus en plus courtes, la malade présente successivement trois accès cycliques bien nets, en 1873 en 1874, en 1876.

Depuis novembre 1876, elle n'est plus sortie de l'asile Sainte-Anne, et depuis ce moment son état mental pendant les intervalles de ses accès est loin d'être normal. Elle est toujours légèrement exaltée, elle a une activité exagérée, ne peut rester calme un moment. Elle est loquace, se livre à des conversations infinies ; malgré cela, sa mémoire est excellente et son intelligence aussi est remarquablement indemne, si l'on songe à la fréquence des chocs cérébraux qu'elle a subis.

Les phases mélancoliques des accès sont caractérisées chez elle par un découragement, un affaissement complets. Elle ne peut plus vouloir ; il lui serait impossible, dans ces moments, de mettre une allumette à un feu tout préparé, ou encore de remonter ses pendules, de déplacer une chaise. Elle souffre beaucoup de cet état : "Je suis dans l'enfer en ce moment-là," nous dit-elle. Elle n'aime plus personne, tout le monde lui est indifférent, même ses enfants. Des idées de suicide surviennent souvent dans les crises violentes ; toutefois, elle n'a jamais fait de tentatives dans ce sens.

Elle s'accuse elle-même, elle est mauvaise mère ; elle est à charge à ses enfants ; elle finit par présenter des idées délirantes : on va la mettre

en prison parce qu'elle mange l'argent du gouvernement ; elle a volé le linge que l'Asile lui fournit.

Quand cette période mélancolique est suivie d'une phase d'excitation, ce qui est le cas le plus fréquent dans ces dernières années, la malade sort peu à peu de sa torpeur ; elle cause, s'occupe et éprouve alors un sentiment d'immense soulagement. Elle devient gaie, expansive, remuante : " Je suis comme un oiseau, dit-elle, qu'on laisse sortir de sa cage." Elle est bienveillante pour tout le monde, familière avec les médecins qu'elle appelle : " Mon petit, mon vieux." Autrefois elle restait des heures devant sa glace à arranger ces cheveux, à mettre des rubans. Elle se sent pleine d'énergie, vante ses capacités intellectuelles. Elle va gagner de l'argent ; les gens riches lui feront des commandes, les équipages attendront devant sa porte. Un jour, elle voulait aller à l'Elysée demander au président la croix qu'elle avait gagnée. Une autre fois, elle demandait le *Bottin* pour lancer des invitations à un grand dîner qu'elle donnait à tout Paris.

Vous voyez que quand on est en présence d'un cas semblable, le diagnostic s'impose ; je dirai plus, il s'impose après le second ou le troisième accès, mais est-il possible dès le premier ? C'est le point pratique que nous allons maintenant examiner.

On ne peut pas affirmer tout d'abord qu'on est en présence d'une folie intermittente, mais sans arriver à cette précision désirable le diagnostic peut cependant être fait avec une certitude relative et une probabilité suffisante dans bien des cas. Au point de vue clinique, en effet, s'il n'existe aucun signe pathognomonique dans les accès eux-mêmes, on y observe cependant une évolution, une série de symptômes spéciaux qui permettent, dans un grand nombre de cas, un diagnostic par exclusion.

En premier lieu, et c'est là un fait important que vous ne devez jamais perdre de vue, la folie débute à l'âge de 25 à 35 ans *chez un sujet jusque là parfaitement sain et pondéré*. Ajoutez que si l'accès est spontané, sans cause bien nette, s'il n'y a pas eu de période prémonitoire, le diagnostic devient encore plus probable.

Sans doute, les héréditaires dégénérés peuvent revêtir toutes les formes mentales et se présenter sous les apparences les plus variées, mais un accès maniaque ou mélancolique chez un héréditaire dégénéré, âgé de 25 ans, ne saurait être une première manifestation. En dehors de sa déséquilibration mentale permanente, que nous ne rencontrerons pas chez notre intermittent, il est bien rare, il est impossible en quelque sorte, qu'il n'ait pas présenté plus tôt quelque trouble mental caractérisé. Ainsi donc, cette première motion : l'intégrité-

mentale parfaite avant le début du premier accès, nous permet déjà d'éliminer l'héréditaire.

La première idée qui se présente, toujours bien entendu au moment d'un premier accès, est celle d'une manie ou d'une mélancolie simple ; or, la raison la plus importante qui nous permette d'éliminer cette hypothèse c'est, et je le redis volontiers, que l'accès s'est développé spontanément ou sous l'influence d'une cause légère. C'est seulement, en général, sous l'influence de causes puissantes et continues (excès, veilles, émotions morales prolongées) que ce développera un accès de manie ou de mélancolie qui ne se reproduira plus.

Les délirants chroniques peuvent aussi présenter de l'excitation et de la dépression, mais, chez eux, ces états ne se produisent que sous l'influence des hallucinations et des idées de persécution, et, quand de semblables symptômes se montrent, le délire est déjà nettement caractérisé.

Il va sans dire que nous n'avons pas à nous occuper des épileptiques avec leur délire inconscient, des hystériques avec les stigmates qui les font toujours reconnaître, des alcooliques qui, en dehors de quelques caractères particuliers de leur délire, présentent encore des troubles somatiques à physionomie spéciale, et enfin des paralytiques généraux à la première période, lesquels pourraient sans doute se présenter au premier aspect comme des maniaques ou des mélancoliques ordinaires, mais dont les antécédents permettront toujours de reconnaître la maladie.

Si j'ai insisté sur l'importance d'un diagnostic précoce, ce n'est pas seulement dans un but scientifique, c'est parce qu'il en découle des conclusions pratiques qu'il est important de connaître. Nous savons, en effet, que chez les intermittents, tout écart de régime peut être le point de départ d'une recrudescence dans les phénomènes mentaux et la cause du retour des accès.

Si donc vous faites vite le diagnostic, vous pourrez en tirer des déductions et des préceptes hygiéniques dont l'application sera d'une grande utilité pour le malade.

Voyons maintenant quelle est dans son ensemble la marche de la maladie.

Les accès mélancoliques ou maniaques conservent le même aspect pendant toute leur durée. Cependant, à mesure que la maladie progresse, le caractère du délire peut changer, se modifier ; c'est ainsi que des idées ambitieuses et hypocondriaques peuvent se surajouter aux symptômes essentiels. Le déclin de l'accès est analogue à l'invasion. Les accès courts ont un déclin rapide. Les accès mixtes ont un déclin très brusque, mais de cette chute subite du délire, il ne faudrait pas

conclure à la guérison. Souvent un intermittent sort de l'asile et est repris le jour même d'un nouvel accès.

Enfin l'état mental de l'intermittent est ordinairement intact avant et après les premiers accès. L'intermittence peut être très longue après le premier accès, mais à mesure que les accès se reproduisent, les intermittences se raccourcissent, les périodes d'intégrité deviennent de plus en plus courtes ; à un moment les accès se soudent les uns aux autres.

Vers la fin de la maladie, il existe souvent un état intermédiaire à la santé d'une part, et à la dépression, à l'exaltation d'autre part. C'est, ou bien du ralentissement de l'activité physique et motrice, ou un état d'exaltation qui se traduit par des excentricités de toute sorte, une loquacité persistante. Cette manière d'être se rapproche de la déséquilibre des dégénérés et montre comment on a pu considérer comme des dégénérés certains intermittents.

Pour résumer brièvement ce que nous venons de dire, je dirai :

La folie intermittente est bien une forme spéciale, un groupe qu'il faut conserver. D'une part, elle est assez fréquente de l'autre elle permet de réunir sous une seule dénomination, des types qui ont reçu des noms nombreux et que la clinique nous montre bien n'être que des manifestations variées d'un seul état mental.

Anatomie pathologique.

MICROBES DE LA PNEUMONIE.

Cours de M. le P^r CORNIL.

(Leçon recueillie par M. Noir, externe des hôpitaux.)

MESSIEURS,

Nous allons étudier aujourd'hui les microbes de la pneumonie. Vous savez qu'il y a quelques années la pneumonie était considérée comme un type d'inflammation franche dont le froid était la principale cause. On faisait de la pneumonie un phlegmon du poumon, une manifestation inflammatoire considérée alors comme aussi typique que les phlegmons du tissu cellulaire sous-cutané.

Aujourd'hui il est bien démontré que l'affection appelée pneumonie franche, lobaire, aiguë, fibrineuse, etc., est une maladie infectieuse, due à l'action de microbes bien étudiés, et le froid ne joue dans son étiologie qu'un rôle secondaire. Du reste, les lésions concomitantes

que l'on observe dans la pneumonie, telles que pleurésies, endocardites, péricardites, méningites, péritonites, etc., sont causées aussi par les mêmes microbes.

Deux micro-organismes ont été étudiés dans la pneumonie, l'un est le pneumococcus de Friedlander, le second le microbe lancéolé.

Friedlander le premier, en 1881, avança que la pneumonie pouvait bien être causée par un micro-organisme. Les recherches de Friedlander et celles de Frœbenius amenèrent la découverte chez les malades atteints de pneumonie d'un bâtonnet ovoïde enveloppée d'une capsule gélatiniforme. Ce pneumococcus, comme l'appelle Friedlander affecte quelquefois une forme plus allongée; il est toujours encapsulé mais dans la même capsule peuvent se trouver plusieurs éléments. Ce microbe de Friedlander se rencontre dans les exsudats de la pneumonie et même à l'intérieur des leucocytes, toujours muni de sa capsule. Cependant dans les anciennes cultures les pneumocoques prennent la forme de bâtonnets plus longs et la présence de la capsule qui les entoure est souvent difficile à constater. Si l'on ensemence par piqûre un tube de gélatine avec cette bactérie, le milieu n'est pas liquéfié, mais les colonies en se développant donnent à la culture une apparence caractéristique. Elle offre l'aspect d'un clou dont la grosse tête ronde fait saillie au dessus de la surface de la gélatine, tandis que la pointe dentelée sur les bords plonge en s'effilant dans le tube. Cultivée dans le bouillon, la bactérie de Friedlander se développe sous forme de grameaux blanchâtres.

Sur la pomme de terre, elle forme une couche épaisse et jaunâtre qui donne naissance à quelques bulles de gaz. Ce microbe a en outre une faible propriété saprogène. Le pneumocoque très pathogène pour le cobaye et la souris, ne l'est pas pour le chien et le lapin. L'injection de ses cultures pures développe chez les animaux qui ne sont pas réfractaires l'inflammation des séreuses, principalement des plèvres et la formation de nodules de pneumonie.

On ne tarda pas à s'apercevoir que les pneumococcus de Friedlander n'existait pas toujours et n'était pas souvent le seul microbe pathogène dans la pneumonie. Weichselbaum, Netter et Gamaleïa remarquèrent la présence d'un autre microbe dans la pneumonie. Ce micro-organisme était celui que M. Pasteur avait isolé en recherchant le microbe de la rage dans la salive d'un enfant hydrophobique du service de M. le Pr Lannelongue. Cette bactérie fut décrite, étudiée et cultivée par M. Pasteur qui lui donna le nom de microbe de la salive. Comme le pneumocoque, elle est encapsulée, on la trouve dans la salive des pneumoniques et souvent dans celle des personnes parfaitement saines.

Quelques gouttes d'une de ses cultures pures injectées à un lapin le tuait en trente-six heures. Talamon parvint dans le laboratoire de M. le Pr G. Sée à reproduire chez le lapin la pneumonie par injections de cultures pures du microbe de la salive de Pasteur et nomma ce dernier : *Microbe lancéolé de la pneumonie*. On lui a encore donné le nom de microbe de Fränckel et Gamaleïa qui en fit l'étude la plus complète l'appelle : *Streptococcus salivarius Pasteuri*.

Ce microbe donc, isolé et cultivé par Pasteur, fut reconnu pathogène de la pneumonie par Talamon et Fränckel en fit deux ans plus tard une étude sérieuse Weichselbaum le recherchant chez les pneumoniques le trouva 20 fois sur 30. Netter en France et Sternberg aux Etats-Unis le rencontrèrent plus souvent encore ; enfin Gamaleïa dans son récent travail sur le microbe lancéolé affirme qu'il ne fait jamais défaut dans la pneumonie.

Le microbe de Fränckel apparaît à un fort grossissement sous la forme d'éléments losangiques plus ou moins réguliers et présentant à leur intérieur, après avoir subi l'action des couleurs d'aniline, des points très fortement colorés. Ces éléments isolés ou au nombre de deux plus ou moins séparés sont toujours encapsulés. Dans les cultures les microbes lancéolés forment de véritables chaînettes.

On observe souvent, soit au milieu de ces chaînettes, soit à une extrémité un élément beaucoup plus volumineux que les autres ; ces gros éléments atteignent 2 m. de longueur sur 1 m. de largeur, tandis que les petits varient entre 0 m. 4 et 0 m. 5 La coloration de cet organisme est facile avec toutes les substances d'aniline. La méthode de Gram donne surtout de bons résultats. Le microbe lancéolé ne se développe bien qu'entre 20° et 30° de température. Portées à 40°, ses cultures s'atténuent. On ne peut l'ensemencer sur la gélatine, qu'il liquéfie à 22° ; sur l'agar-agar, il forme des colonies petites, circulaires, grisâtres tout d'abord d'un demi-millimètre à 1 millimètre de diamètre. Elles sont très lentes à se développer et finissent par prendre l'aspect caractéristique d'une gouttelette de rosée.

Les propriétés du microbe de Fränckel sont presque toutes opposées à celles du pneumocoque de Friedlander. Il ne donne pas de culture par ensemencement sur pomme de terre. Il est très pathogène pour les souris, qu'il tue en vingt-quatre heures, et à l'opposé du pneumocoque il cause des infections chez le lapin tout en étant inoffensif pour le cobaye.

Par des inoculations successives au lapin, on augmente sa virulence ; et des liquides pathologiques provenant d'un lapin inoculé amènent, après injection, la mort d'un second sujet en cinq ou dix heures. Son action pathogène n'a pas du reste la même violence pour

tous les animaux, M. Gamaleïa a remarqué que l'on pouvait classer les animaux de la façon suivante, au point de vue de leur susceptibilité vis-à-vis le microbe lancéolé : la souris est l'animal le plus sensible, puis viennent le lapin, le rat, le mouton et en dernier lieu le chien et l'homme. Le cobaye et le pigeon sont réfractaires, M. Gamaleïa à ce propos a remarqué que les animaux très sensibles mouraient rapidement avec des signes d'infection générale sans grandes lésions locales, tandis que les animaux plus réfractaires présentaient des réactions locales très intenses et des localisations viscérales très-nettes, telles que pneumonie ou pleurésie fibrineuses, avec peu ou point de généralisation du microbe. Ici la bactérie lancéolée joue un rôle analogue à celui du streptocoque, amenant dans certains cas de simples phlegmons et chez les femmes en couches, la septicémie rapidement mortelle et sans lésions macroscopiques.

Le microbe de Fränckel existe dans la bouche de la moitié des individus sains. Ceux qui ont été atteints une seule fois de pneumonie ne peuvent s'en débarrasser, quels que soient les soins hygiéniques auxquels ils aient recours. La virulence de ce microbe augmente en hiver et on le trouve alors en plus grand nombre dans la bouche des anciens pneumoniques. Ces observations rendent compte de l'augmentation des pneumonies en hiver et de la fréquence des récidives dans cette maladie. Ces récidives sont généralement moins graves que la première atteinte, mais chez les débilités et les vieillards elles amènent fréquemment la mort. On a aussi observé que pendant quelques semaines les animaux relevant d'une atteinte de pneumonie jouissent d'une certaine immunité à l'égard du microbe lancéolé. Les voies aériennes irritées facilitent le développement de la maladie et Gamaleïa a confirmé, par des expériences, ce fait souvent constaté dans les maladies microbiennes. Un mouton dans la trachée duquel on a injecté en assez grande quantité des cultures de microbes lancéolés, meurt rapidement ; l'injection d'une faible dose de culture ne produit rien à l'état normal, mais ne tarde pas à causer une pneumonie, si, par l'administration de tartre stibié, l'on irrite les bronches du mouton en expérience. Cette constatation porterait à exclure l'usage de l'émétique dans le traitement de la pneumonie.

En résumé, nous trouvons deux microbes dans la pneumonie : le pneumococcus de Friedlander que l'on y observe quelquefois et le microbe lancéolé dont la présence est constante pour Gamaleïa. Du reste, s'il passe quelquefois inaperçu, selon cet auteur, c'est que la présence du pneumocoque de Friedlander l'empêche de se développer.

Les lésions auxquelles ces deux bactéries donnent lieu dans le poumon méritent de nous arrêter un instant. Les microbes déterminent

d'abord une turgescence congestive des vaisseaux suivie peu après d'une exsudation de fibrine et de globules blancs et rouges. Au bout de peu de jours, l'épithélium des alvéoles et des bronchioles se tuméfie, dégénère et se mêle à l'exsudat qui remplit les vacuoles pulmonaires (alvéoles, infundebulum, petites bronches).

Ainsi se forme un moule fibrineux concret que l'on peut extraire par râclage d'une coupe de poumon malade. Le poumon est alors dit hépatisé, il plonge au fond de l'eau et présente un aspect granité, dû à la couleur de l'exsudat qui tranche sur celle du tissu pulmonaire. Si la pneumonie évolue vers la guérison, l'exsudat subit une transformation granulo-graisseuse et est résorbé par les vaisseaux lymphatiques.

S'il n'y a pas de résorption, le nombre des globules blancs augmente, et la suppuration finit par s'établir. Ainsi donc dans la pneumonie, sous l'influence de microbes spécifiques l'on voit s'établir d'abord une congestion suivie de diapédèse qui forme la période d'engouement; puis survient la formation de l'exsudat ou hépatisation rouge, et enfin la résorption ou la suppuration (hépatisation grise).

Presque toujours la pneumonie retentit sur la plèvre, dont la surface se recouvre alors d'exsudats fibrineux. L'inflammation spécifique peut s'étendre à toutes les séreuses, au péritoine, au péricarde, à l'endocarde, aux méninges. L'exsudat fibrineux est formé de fibrilles formant par leur entre-croisement des mailles de différentes grandeurs qui contiennent des cellules fixes et lymphatiques avec microbes dans leur intérieur.—*Journal des Connaissances Médicales.*

THERAPEUTIQUE

Digitalines.—Par M. le DR G. BARDET.

Leur activité. Le Codex français admet deux digitalines, l'une amorphe, l'autre cristallisée, qui doivent l'une et l'autre se dissoudre *entièrement* dans le chloroforme; aussi les distingue-t-on des autres produits par l'adjectif *chloroformique*, destiné à bien spécifier cette propriété.

Les Allemands, sous le nom de digitaline, emploient et fabriquent un produit soluble dans l'eau et insoluble dans le chloroforme, analogue à la digitaléine des auteurs français, réservant le nom de *digitoxine* au corps connu en France sous le nom de digitaline.

On trouve donc dans le commerce à l'heure actuelle et sous des noms différents deux genres de produits actifs retirés de la digitale :

1^o De la *digitaline* amorphe ou cristallisée, dénommée *digitoxine* par les Allemands, soluble dans le chloroforme ;

2^o De la *digitaléine*, dénommée *digitaline* en Allemagne, insoluble dans le chloroforme, mais soluble dans l'eau.

Il est intéressant de connaître l'énergie comparée, encore peu connue, de ces divers produits, souvent employés en médecine.

Jusqu'ici les divers formulaires s'accordent à considérer la digitaline cristallisée comme dix fois plus active que la digitaline amorphe, mais ils sont muets sur l'action de la digitaléine, qui pourtant se trouve en majorité dans le commerce comme digitaline d'origine allemande. J'ai donc fait une longue série d'expériences dans le but d'élucider cette question.

Dans une note publiée dans les *Comptes rendus* du 2 novembre dernier, M. Arnaud a démontré que la digitaline cristallisée française représentait bien une espèce chimique définie, et que la digitaline commerciale étudiée par lui renfermait environ 98 0/0 de principe chimiquement pur, degré de pureté déjà remarquable. C'est cette même digitaline cristallisée qui a servi à mes expériences, et j'ai également employé de la digitaline amorphe et de la digitaléine de même provenance, que j'ai comparées avec de la *digitoxine* et de la *digitaline* d'origine allemande ; ces diverses recherches m'ont donné les résultats suivants :

1^o La *digitaline* cristallisée et la digitaline amorphe, préparées suivant la formule inscrite au Codex français, ont une activité identique et égale, elles sont toujours comparables dans leurs effets.

2^o La *digitoxine* allemande qui se trouve dans le commerce, contrairement aux digitalines françaises (amorphe ou cristallisée), est incomplètement soluble dans le chloroforme, et son activité est, suivant les échantillons, de deux à trois fois moindre.

3^o La *digitaléine* française et la *digitaline allemande*, toutes deux solubles dans l'eau, ne sont pas des produits définis ; elles ont une action semblable et une activité sensiblement égale ; mais ces propriétés varient d'une manière assez sensible, et leur activité s'est montrée, de 20 fois au moins et de 35 fois au plus, moindre que celle de la digitaline chloroformique. D'autre part, il est possible que l'action déterminée sur le cœur ne soit pas exactement la même que l'action de ce dernier produit.

La digitaline chloroformique est donc le seul dérivé de la digitale bien défini dont l'action soit toujours égale, résultat qui concorde avec sa pureté chimique absolue ou relative. Quoique je n'aie pas

trouvé de différence notable entre l'activité du produit amorphe ou cristallisé (ce que j'attribue à la pureté déjà très grande de celui-là), j'ai pensé qu'il y a intérêt à toujours formuler le produit le plus pur, c'est-à-dire cristallisé.

Enfin, étant donnée l'incertitude de l'action et de l'activité des digitalines non solubles dans le chloroforme (digitaléine et digitaline allemande), il me semble utile de bien spécifier le produit qui doit être délivré dans les pharmacies. Or, dans l'état actuel des choses, la digitaline d'origine allemande, qui est souvent livrée au commerce, ne répond nullement au produit inscrit au Codex ; il y a donc nécessité d'exiger l'emploi de la digitaline du Codex.—(Nouv. Rem.)

—*Journal des Connaissances Médicales.*

LES NOUVEAUX MÉDICAMENTS CONTRE L'ÉPILEPSIE.—LA BRYONIA ALBA
COMME HÉMOSTATIQUE.—LE CIMIFUGA RACEMOSA EN OBSTÉTRIQUE
—ENCORE LE CHLORALAMIDE.

I.—Nouveau traitement de l'épilepsie

—Les recherches de M. Cornet, faites sous l'inspiration et la direction de M. Bourneville, ont porté plus particulièrement sur le *bromure d'or*, le *bromure de camphre* et la *picROTOXINE*.

Le bromure d'or paraît avoir une certaine action favorable chez certains épileptiques, bien que cette action soit inférieure à celle du bromure de potassium. On ne constate aucun trouble physiologique à la dose employée ($\frac{1}{2}$ grain par jour). Le bromure d'or s'élimine par l'urine ; le brome se trouve très peu de temps après l'indigestion et disparaît lentement. Quant à l'or, il s'emmagasine dans l'organisme ; on constate sa présence dans le foie. Il n'apparaît dans l'urine que longtemps après le début du traitement.

Le *bromure de camphre*, dont l'action sur les accès d'épilepsie est encore discutée, a incontestablement une action favorable sur les vertiges dans l'épilepsie, qu'il diminue ou même fait disparaître. Le bromure de camphre s'élimine par l'urine ; le brome à l'état de bromure de sodium et le camphre sous la forme de produits dérivés qui résultent de transformations subies dans l'organisme.

La *picROTOXINE* produit un effet favorable sur les accès d'épilepsie, à la dose de 1/50 à 1/25 de grains. Expérimentalement, elle produit des attaques convulsives épileptiformes. A l'autopsie, la toxicité de la picROTOXINE se révèle par une forte hyperémie des organes. La substance se retrouve dans le foie.

II.—La *Bryonia alba* comme hémostatique utérin.—

(PETRUSCO.)

—D'après l'auteur, la racine de *Bryonia alba* posséderait des propriétés hémostatiques analogues à celles de l'ergotine et de l'hamamelis virginica.

La dose thérapeutique à laquelle Pedresco a employé ce médicament est de 5 à 6 drachmes de racine sèche pour 10 onces d'eau. Faire bouillir jusqu'à la réduction de 5 onces ; filtrer et édulcorer. A prendre en trois ou quatre fois à des intervalles d'une demi-heure.

Le chef des travaux chimiques du laboratoire, M. Urbenu, en faisant l'analyse de cette racine, a obtenu plusieurs principes résineux et glycosidiques en extraits alcooliques et aqueux dont l'énergie thérapeutique a varié en intensité, selon la dose, en nous donnant toujours des effets identiques à ceux qui ont été obtenus par la racine en nature.

Le glycoside qui lui a donné l'action la plus énergique il l'a nommé *bréine*, du nom populaire *bréi*, que porte en Roumanie la plante *Bryonia alba*.

La dose à laquelle il a donné ce glycoside a été de 4 grains dans 15 gouttes d'eau (une seringue de Pravaz) pour les lapins ; et de 2 grains pour les grenouilles. Les doses de 20 grains pour les lapins et de 3 à 4 grains pour les grenouilles sont des doses toxiques. Les chiens et les chats ont très bien supporté la dose de 20 grains de *bréine* donné en injection sous-cutanée.

L'auteur a employé aussi les extraits aqueux et alcooliques de la *Bryonia alba* en les administrant par la méthode digestive (en pilules, potions, liqueurs, etc.) et à la dose de 15, 30 à 45 grains par jour.

Avec l'extrait alcoolique surtout, à la dose de 30 à 45 grains par jour, il a obtenu des résultats dans le traitement non seulement des métrorrhagies, mais encore des épistaxis et hémoptysie.

En somme, la *bryonia alba* mérite une étude clinique plus complète et nous aurons l'occasion d'en parler.

III.—L'extrait fluide de *cimifuga racemosa* dans l'accouchement.

—Le *cimifuga racemosa*, plante de la famille des renonculacées, croît principalement dans l'Amérique du Nord. Son rhizome est officinal aux Etats-Unis, où il jouit d'une grande réputation comme tonique du système nerveux, emménagogue, etc. Le Dr SNYDAN KURSE, qui a particulièrement étudié son influence, donne chaque soir, pendant le mois qui précède l'accouchement, cinq gouttes d'extrait fluide, dans du sirop de salspareille.

Selon cet auteur, il abrège au moins de moitié la première et la

seconde période, calme l'irritabilité réflexe, les nausées, le prurit, l'insomnie de la fin de la gestation, diminue ou même supprime les crampes et les douleurs irrégulières du début de l'accouchement, facilite le travail et éloigne les chances de laceration, en relâchant les fibres musculaires de l'utérus et du vagin, enfin augmente l'énergie et le rythme des douleurs de la seconde période et, à l'instar du seigle ergoté, amène la contraction utérine après la délivrance.

IV.—Encore le chloralamide.

—Les expériences de plus en plus nombreuses faites dans nos hôpitaux nous permettent décidément de classer le chloralamide parmi les bons hypnotiques.

Les observations cliniques ont été faites par Otto Halasz sur 4 personnes saines et 31 malades (maladies du cœur, phtisie, névralgies, bronchites, emphysème, maladies de la moelle épinière, de l'estomac, faiblesse, alcoolisme, etc.,) en tout 194 fois. On administrait le médicament soit en pains axyme, soit dissous dans du vin, soit d'après la formule suivante :

Chloralamide.....	30 à 45 grains.
Eau distillée.....	4 onces.
Acide chlorhydrique dilué	4 gouttes.
Sirop de groscilles.....	½ once.

D. S.—A prendre le soir.

Des doses de 15 grains n'ont produit sur l'auteur aucune action ; avec 30 grains, il survint du sommeil qui devint surtout intense avec 40 grains (il arriva même à l'auteur de s'endormir le matin immédiatement après le réveil.) Parfois aussi 40 grains furent suivis d'une céphalée qui persista une demi-heure environ.

L'auteur résume comme suit ses observations :

- 1o. Le chloralamide est un bon hypnotique, mais son action n'est pas absolument sûre. La dose ordinaire est de 30 à 40 grains.
- 2o. Dans le cas où l'insomnie est causée par des douleurs ou la toux, le chloralamide n'est que rarement efficace ;
- 3o. Comme il n'exerce aucune influence défavorable sur le cœur et la circulation, on peut le prescrire avec sécurité dans les lésions du cœur, la faiblesse et l'arythmie de cet organe ;
- 4o. Le chloralamide est parfois suivi de phénomènes secondaires désagréables (céphalée, vertige, lassitude, sécheresse de la gorge.) Mais en tout cas, on n'a jamais observé de troubles sérieux ;
- 5o. Chez quelques personnes, il agit défavorablement sur la digestion (vomissement) ;

60. On n'a observé ni action cumulative, ni accoutumance (*Centrbll. f. d. gesammte Thhr.*, novembre 1889, p. 669-671.—(*Journal de Médecine de Paris.*)

ACTION COMPARATIVE DE LA PARALDÉHYDE ET DU SULFONAL. LE CAPSICUM ANNUUM DANS LA PNEUMONIE.

I.—*De l'action de la paraldéhyde et du sulfonal sur l'insomnie et plus spécialement dans les maladies nerveuses.* (HAY.)—Voici les résultats obtenus par l'auteur avec la paraldéhyde sur un grand nombre d'aliénés et de névropathes. En résumé, dit M. Hay, les 3,515 administrations de la paraldéhyde ont été suivies dans 68,5 0/0 d'un sommeil de six à neuf heures de durée, de trois à cinq heures dans 20,2 0/0 et d'aucun sommeil dans 12,3 0/0. Prescrite aussi 267 fois dans 20 cas de maladies internes, la paraldéhyde a provoqué le sommeil dans 50,9 0/0, en partie seulement dans 19 0/0; dans 30,1 0/0, elle n'a produit aucun effet.

Le sulfonal fut employé dans 166 cas, à la dose de 18 à 50 grains. Dans 27 cas de folie post-épileptique, sur 143 fois, on a noté un sommeil de six à neuf heures dans 86 0/0, de trois à cinq heures dans 9,1 0/0, et aucun effet dans 4,9 0/0. Dans 21 cas de délire chronique (269 fois) 76,5 0/0 furent suivis de succès, 13,8 0/0 en partie seulement, et 9,6 0/0 ont donné des résultats négatifs. Dans 10 cas de délire aigu (168 fois) 75 0/0 ont provoqué un sommeil prolongé, 10,1 0/0 ont donné des résultats incertains et 14,9 0/0 des résultats négatifs. Dans 5 cas de délire périodique (47 fois) les résultats furent favorables dans 70 0/0. De même, succès dans 70,3 0/0 de folie chronique (43 cas), 67 0/0 de mélancolie chronique (33 cas), 49 0/0 de mélancolie aiguë (21 cas), et dans 30,8 0/0 seulement de paralysie générale (16 cas). En résumé, les 1,313 administrations du sulfonal ont été suivies d'un sommeil de six à neuf heures dans 69,3 0/0, de trois à cinq heures dans 15 6 0/0, et d'aucun effet dans 15,7 0/0. Dans 20 cas de maladie interne (190 fois), on n'a noté des résultats favorables que dans 42 0/0.

Quant aux actions secondaires désagréables du sulfonal et de la paraldéhyde, elles sont tout à fait différentes pour chacune de ces deux substances. L'effet secondaire fâcheux important de la paraldéhyde, c'est son action irritante sur l'intestin : voilà pourquoi il faut l'administrer toujours très diluée (dans 1 à 3 onces d'eau). L'auteur a observé de la diarrhée, des vomissements et des troubles de la digestion dans 7 0/0 de tous les cas traités par la paraldéhyde. Fait paradoxal à noter : son administration prolongée fut suivie de l'amélioration

ration de l'appétit et de la digestion chez tous les malades souffrant de dyspepsie atonique. Pas de modifications notables dans le pouls, la température et la respiration. Hay a observé des phénomènes secondaires désagréables dans 18 0/0 de malades traités par le sulfonal. Les malades se plaignirent de faiblesse extrême, de céphalée, la langue était couverte d'un enduit épais, la bouche et l'arrière-gorge sèches, les pupilles dilatées, la respiration lente et irrégulière. Quelques uns présentèrent des symptômes rappelant l'alcoolisme aigu ; prolixité, délire, troubles de la marche. Dans les cas légers, tout se borna aux vomissements, à la diarrhée et à un état de dépression.

De tout ce qui précède, l'auteur tire la conclusion que, dans le cas où l'on a besoin d'une action prolongée, la paralaldéhyde est un hypnotique plus sûr que le sulfonal. Dans l'état de dépression accompagnant les maladies mentales, le sulfonal est incertain, et parfois même il empire l'état du malade ; il est contre indiqué dans la faiblesse générale accompagnée d'insomnie. Il est aussi important de se rappeler que quelques malades présentent une idiosyncrasie très prononcée pour le sulfonal, et qu'on a déjà observé des terminaisons fatales à la suite de son administration ; c'est pourquoi il faut toujours commencer par de petites doses.—*J. de Méd. de Paris.*

II.—*Emploi de la teinture de capsicum annuum dans la pneumonie des alcooliques.*—Cette teinture, recommandée par des médecins américains, a été employée avec succès par P. NETCHAEFF dans 8 cas de pneumonie chez des alcooliques avec délire très intense. On administrait dès les premiers jours de la maladie la teinture de *capsicum annuum*, soit sous forme de décoction selon la formule suivante :

Teinture de *capsicum annuum*..... 1 à 1½ drachme
Eau..... 6 onces

M. D. S.—A prendre, par cuillerée à bouche, toutes les deux à 3 heures, soit la teinture seule, à la dose de XX gouttes répétée plusieurs fois par jour. L'action du cœur commence-t-elle à faiblir et les phénomènes nerveux éclatent-ils, on augmente la dose les jours suivants. L'auteur n'ayant jamais observé de phénomènes secondaires fâcheux du côté du cœur, des reins, ni du tractus gastro-intestinal, ne s'arrête pas, dans le cas de délire très intense, à une dose déterminée quelconque, mais donne la teinture en quantité suffisante pour faire cesser les accès. Les huit malades guérissent.

De ses observations l'auteur tire les conclusions suivantes :

La teinture de *capsicum annuum* fait avorter ou du moins rend moins intenses les accès de délire chronique dans la pneumonie et exerce une influence sur l'action du cœur. S'il est vrai qu'elle n'a au

cune action sur la durée de la pneumonie, du moins elle la rend plus bénigne. Amélioration de l'appétit. Sommeil calme et profond, ;
(*Médical Observer*, nov. 1889). — *Journal de Médecine de Paris*.

Action diurétique du mercure.

(Société des médecins de Styrie, 23 novembre 1889.)

M. MAHNERT.—Déjà au siècle dernier on employait le mercure pour produire la diurèse. Mais cette action de ce métal était tombée dans l'oubli et il fallut que Jendrassik découvrit véritablement à nouveau le pouvoir diurétique du calomel. Depuis ses travaux, un grand nombre de physiologistes et de cliniciens ont repris cette étude et l'on peut actuellement apprécier le mode d'action de ce médicament et établir avec quelque certitude ses indications et ses contre-indications.

On obtient une polyurie manifeste lorsque le malade élimine par ses urines une quantité de mercure supérieure à 12 de grains. Si l'on examine le sang des malades ou des animaux, on constate que le mercure s'y trouve à l'état d'oxy-albuminate de mercure. Ainsi l'on peut faire prendre au malade n'importe quel sel de mercure puisque, quel que soit ce'ui que l'on administre, il se dédouble pour donner naissance à l'oxy-albuminate. Ce n'est donc pas le calomel, en tant que calomel ; qui agit, c'est bien le mercure. C'est néanmoins le calomel qu'il faut ordonner de préférence, parce qu'il a sur le tube digestif une action moins irritante que les autres préparations mercurielles. On le donne par doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 renouvelées deux ou trois fois par jour.

J'ai dit qu'il fallait pour obtenir la polyurie, que le mercure puisse s'éliminer par les reins. Or, quand les reins sont malades, cette élimination se fait incomplètement. Cela a une première conséquence, c'est que dans les cas de néphrite, les malades sont exposés à l'intoxication mercurielle, puisqu'ils n'éliminent pas le poison. On peut alors observer de la stomatite et de l'entérite ; ce dernier accident ne doit pas être considéré comme une chose avantageuse facilitant l'élimination de l'urée et des produits toxiques de l'urine, mais comme une véritable lésion d'intoxication mercurielle. La seconde conséquence, c'est que la polyurie ne se produit pas dans la néphrite, puisque le mercure ne peut être éliminé. Cela a une très grosse importance parce que cela nous permet de comprendre dans quelles conditions le mercure peut être diurétique. Cette condition unique est que le rein soit sain. La diurèse mercurielle est impossible dans les hydropisies de cause rénale.

Le mercure n'agit absolument pas sur la contraction cardiaque, ni sur la tonicité vasculaire générale. Il agit exclusivement sur l'épithélium sécréteur du rein, peut-être par suite d'une augmentation locale de la pression sanguine. Son action paraît comparable à celle de l'urée et des nitrites.

L'action diurétique du mercure est peut être augmentée de la façon suivante. Quand on absorbe du mercure par les voies digestives, il passe presque aussitôt dans le foie. Là il semble activer la fonction glycogénique du foie ; il détermine, en effet, une hyperglycémie ; or, celle-ci est une cause de polyurie comme cela se voit chez les diabétiques. Il faudrait donc pour obtenir une abondante diurèse chez un malade que non-seulement ses reins soient indemnes, mais aussi que son foie soit en bon état ; ce serait là un point important à élucider plus complètement.

Si pour être diurétique, le calomel a besoin de rencontrer des reins sains, c'est dans les hydropisies d'origine cardiaque qu'il doit avoir son maximum de puissance. C'est en effet ce qui arrive. Il faut, en raison même de son action puissante, le manier avec prudence. Il m'est arrivé trois ou quatre fois de l'ordonner à des cardiaques œdématisés ; j'obtenais une diurèse abondante, mais mes malades moururent subitement. Je crois que dans ces cas, la polyurie excessive avait été la cause de la mort subite, en amenant un abaissement trop brusque de la pression sanguine. On sait que chez des malades dont le cœur est faible, il est imprudent de ponctionner et d'évacuer en totalité un épanchement ascitique. Il se fait, en effet, une congestion énorme des veines de l'abdomen, amenant un abaissement de la pression générale et une syncope. La diurèse mercurielle exagérée doit agir de la même façon.

Les œdèmes de cause pulmonaire ou hépatique disparaissent aussi facilement sous l'influence du calomel que les hydropisies cardiaques. Cependant l'ascite de la cirrhose cède moins facilement. Quant aux épanchements pleuraux, ils semblent résister presque totalement à la diurèse du calomel. D'ailleurs, dans la pleurésie, même chronique, il y a presque toujours de la fièvre ; or, la fièvre est une contreindication presque formelle à l'emploi du calomel comme diurétique.

(*Bulletin Médical.*)

MEDECINE PRATIQUE

Prises contre la fièvre typhoïde (BOUCHARD).

Naphtol..... }
Salicylate de bismuth..... } à 75 grains.

Mélez et divisez en 10 paquets.

Au début de la fièvre typhoïde, on fait prendre une dose de calomel, qui varie de 6 à 12 grains, suivant l'âge du sujet. Le lendemain, on administre toutes les heures, aux adultes, un des paquets ci-dessus, afin d'obtenir l'antisepsie intestinale.—Le salicylate de bismuth n'est indiqué que quand la diarrhée est intense. Si le nombre des selles n'excède pas trois ou quatre jours, on se contente de prescrire le naphtol seul.

Pour l'enfant, les doses de naphtol et de salicylate de bismuth sont réduites de moitié.—Cette médication a pour effet : La désinfection des garde robes, la diminution du ballonnement, et l'atténuation notable des douleurs spontanées ou provoquées.

Maladies des yeux.

Blépharite ulcéreuse.—Le bord ciliaire est rouge, tuméfié, garni de croûtes sous lesquelles se trouvent des ulcérations ; souvent les cils tombent et les déviations palpébrales surviennent. Il n'est pas rare d'observer de petits abcès à la base des cils. On fera nettoyer convenablement la base des cils, on enlèvera avec une pince toutes les croûtes et on fera appliquer des compresses trempées d'eau :

Eau 12 onces
Acide phénique..... 5 grains

ou dans :

Eau 10 onces
Sublimé corrosif..... 2 grains

Ces compresses seront employées chaudes et devront être maintenues en place pendant une demi-heure, deux ou trois fois par jour. Quand les paupières sont convenablement désinfectées et débarrassées des produits de sécrétion, on doit s'adresser aux ulcérations qu'on guérit aisément, soit en les cautérisant avec la pointe effilée du crayon au nitrate d'argent, soit en les badigeonnant avec un pinceau trempé dans :

Eau..... $\frac{1}{2}$ once
Nitrate d'argent..... 4 grains

Quand les ulcères sont torpides, on peut les toucher avec la teinture d'iode pure.

— Chez quelques personnes, les cils tombent sans rougeur, sans inflammation des paupières ; il faut alors soigner l'état général herpétique ou arthritique et prescrire des onctions locales avec :

Vaseline.....	75 grains
Huile de ricin.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Acide gallique.....	10 grains
Essence de lavande.....	4 gouttes

— Dans les *granulations conjonctivales*, il est nécessaire de changer fréquemment les applications topiques. Voici quelques formules que l'on peut employer :

Glycérine neutre	$2\frac{1}{2}$ drachmes
Tannin.	18 grains
ou : Eau	$2\frac{1}{2}$ drachmes
Sous acétate de plomb liquide.....	18 grains
ou : Eau	$2\frac{1}{2}$ drachmes
Sublimé	1 grain
Alcool.....	q. s.

Le sous-acétate de plomb ne serait pas utilisé sans inconvénient si l'épithélium de la cornée était éraillé, à cause de la possibilité des incrustations métalliques.

Entre les cautérisations, on appliquera les antiseptiques en compresses et en lavages froids.

Lorsque les malades ne peuvent être vus tous les jours ou tous les deux jours, il faut les cautériser le plus souvent que l'on pourra et, dans l'intervalle, prescrire, outre les lavages antiseptiques, une pommade à introduire entre les paupières une fois par jour et contenant $2\frac{1}{2}$ drachmes de vaseline pour 18 grains d'iodorme, ou 18 grains d'huile de cade ou 18 grains d'oxyde jaune de mercure, ou 18 grains d'acide phénique ou mieux encore 1, 2 ou 3 grains de sulfate de cuivre.

— La *kératite phlycténulaire*, assez fréquente chez l'enfant, offre comme principal danger, la transformation de la phlyctène après rupture en ulcère ou en abcès. Pour combattre cette kératite, on introduira une fois par jour dans l'œil avec un petit pinceau, gros comme un grain de blé de la pommade suivante :

Vaseline.....	75 grains
Oxyde jaune de mercure.....	5 grains

On mettra trois fois par jour sur l'œil pendant un quart d'heure des compresses chaudes trempées dans la solution :

Acide borique	3 drachmes
Eau.	10 onces

On proscrit l'usage du bandeau qui augmente le blépharopasme ; on permettra les lunettes fumées.

Contre l'élément douleur on prescrira les frictions faites autour de l'orbite avec la pommade suivante :

Onguent mercuriel.....	2½ drachmes
Extrait de belladone	¼ drachme

A renouveler matin et soir.

On donnera encore le traitement général antistrumeux, spécialement l'huile de foie de morue. Mais il ne faut jamais donner à l'intérieur en même temps que la pommade à l'oxyde jaune, de l'iode ou un iodure qui formerait dans le cul-de-sac conjonctival une combinaison (biiodure néfaste pour l'œil.

S'il y avait tendance à l'ulcération ou à l'abcès, on suspendrait la pommade qu'on remplacerait par le collyre suivant :

Eau	2½ drachmes
Nitrate de pilocarpine	1 à 3 grains

Et on insisterait sur les fomentations chaudes. Les vésicatoires et le collyre à l'atropine, dont on a tant abusé dans la kératite phlycténulaire, doivent être repoussées comme inutiles, voire même nuisibles.—*Le Scalpel.*

Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde

M. Albert Josias a fait dernièrement, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, une communication qui vient confirmer l'excellence des résultats du traitement de la fièvre typhoïde par les bains frais, traitement sur lequel nous avons déjà à plusieurs reprises attiré l'attention de nos lecteurs.

Durant les années 1888 et 1889, M. Josias a pu traiter 36 fièvres typhoïdes par le bain froid systématiquement donné à 18 degrés, toutes les trois heures, lorsque la température centrale atteignait ou dépassait 39 degrés. Ces 36 cas ont fourni 35 guérisons et une mort, soit 2,77 p. 100 de mortalité. L'analyse des observations de M. Josias permet d'ailleurs de constater que la médication réfrigérante, plus que toute autre méthode, semble combattre avec succès la fièvre et l'adynamie, et placer les typhiques dans de meilleures conditions de résistance pour supporter leur maladie ; et qu'aucune médication ne saurait répondre plus fructueusement à un plus grand nombre d'indications, sans l'aide de médicaments antipyrétiques ou antiseptiques.

L'année dernière, MM. Juhel Rénoy et Richard, en réunissant leur statistique de ces traités selon cette méthode, annonçaient 108 malades, ayant seulement donné 5 décès ; soit 4,62 pour 100 de morta-

lité. M. Josias, en réunissant ces cas à ceux de ces médecins, obtient 730 cas, parmi lesquels il n'y a eu que 6 morts : soit 4,61 pour 100 de mortalité

Or M. Merklen, dans un rapport présenté récemment sur la mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, constatait que cette mortalité oscillait entre 14 et 15 p. 100. Ce sont là des chiffres dont la comparaison est assez éloquente et qui devront engager les médecins à employer un traitement pour lequel ils semblent encore avoir une grande répulsion.

Il est d'ailleurs intéressant de rapprocher de ces chiffres ceux qui ont été obtenus par le même traitement dans l'armée allemande depuis l'époque où il a été employé. On sait que, dans cette armée, le traitement réglementaire officiel de la fièvre typhoïde est la méthode de Brand. Si la pratique des médecins militaires n'y est pas obligatoirement limitée, du moins il leur est prescrit d'en faire la base, le pivot de leur thérapeutique. Voici quels sont ces chiffres, qui viennent d'être donnés par M. R. Longuet, dans un tout récent article de la *Semaine médicale*, d'après une publication allemande, le *Sanitäts-Bericht*—publication qui, malheureusement, paraît bien irrégulièrement et dont le volume, relatif au double exercice (1^{er} avril 1882—31 mars 1884) vient seulement d'être livré.

Vers 1865, l'armée allemande, comptant annuellement 2500 typhoïdiques, en perdait de 500 à 700. En 1882-1884, le chiffre des atteintes n'a pas sensiblement diminué ; il a été de 2733 pour le premier exercice, de 2286 pour le second. Les décès typhoïdiques ont été respectivement de 221 et 183. Une seule cause explique ces résultats : la généralisation graduelle de l'emploi des bains froids. Il n'y a pas là de surprises de chiffres ni de hasards de séries ; la diminution de la mortalité typhoïde se fait lentement, progressivement, mathématiquement, pour ainsi dire d'année en année, à mesure que la méthode hydrothérapique gagne du terrain. La mortalité typhoïde, par rapport aux atteintes, était de 25 pour 100 en 1865 ; elle était déjà tombée à 11,7 pour 100 en 1873-1874, soit 1,03 pour 100 de l'effectif de l'armée. En 1883-1884, la mortalité par rapport aux atteintes est devenue 7,7 pour 100 et, par rapport à l'effectif, 0,46 pour 1000. Le tableau suivant montrera avec quelle régularité de progression arithmétique décroissante s'est accomplie cette atténuation de la mortalité :

Exercices.	Mortalité pour 100 traités.	Mortalité pour 1000 hommes d'effectif.
1873-1874.....	11,7	1,03

1874-1875.....	12,0	1,09
1875-1876.....	11,2	1,28
1876-1877.....	10,8	0,96
1877-1878.....	10,0	0,65
1878-1879.....	9,0	0,61
1879-1880.....	9,4	0,53
1880-1881.....	8,9	0,70
1881-1882.....	8,3	0,55
1882-1883.....	7,7	0,55
1883-1884.....	7,7	0,46

La critique des renseignements qui accompagnent cette statistique prouve d'ailleurs amplement que celle-ci est à l'abri de ce reproche — qu'on a souvent réédité — de comprendre des embarras gastriques et des fébricules typhoïdes, qui sont des éléments de succès trop faciles. La statistique allemande n'ignore pas les formes atténuées ou incertaines de la fièvre typhoïde, mais elle les compte à part, et ne comprend ici que des maladies dont la durée moyenne a été de 45 à 47 jours.—*Revue Scientifique.*

Traitement antiseptique de l'éclampsie puerpérale

I. *Traitement préventif.* — 1o Il faut d'abord prescrire le régime lacté, c'est classique ; et de plus, d'après M. Maurice Rivière (de Bordeaux), empêcher la formation des poisons dans le tube digestif par l'administration, toutes les heures, de l'un des cachets suivants :

Naphtol.....	40 grains.
Sucre.....	} à à ½ drachme.
Salicylate de bismuth.....	

F. s. a. et divisez en huit cachets.

2o Administrer tous les trois ou quatre jours un verre à Bordeaux d'une eau purgative ou une cuillerée à dessert de sulfate de soude en solution dans un demi-verre d'eau ;

3o Favoriser l'émonction cutanée et rénale par des bains chauds bi-hebdomadaires.

II. *Traitement curatif.* — 1o Calme, repos absolu ;

2o Saignée de 9 à 12 onces pour diminuer la quantité des poisons contenus dans l'organisme ;

3o Administrer par la voie stomacale la potion suivante :

Eau distillée.....	2 onces.
Sirop de cerises.....	2 onces.
Chloral hydraté.....	} à à ½ à 1 drachme.
Bromure de sodium.....	

40 Lavement au chloral à la dose de $\frac{1}{2}$ à 1 drachme et au besoin anesthésie chloroformique.

50 Pendant l'accouchement, M. Rivière conseille l'abstention obstétricale ; les manœuvres pour hâter l'accouchement produisent l'irritation du col. Après l'accouchement, la saignée est le plus souvent inutile, l'hémorragie physiologique en tenant lieu.

S'il existe de la contracture, il devient difficile de faire ingérer les médicaments par la bouche ; M. Rivière conseille alors de placer la femme dans le décubitus dorsal et de faire couler tous les quarts d'heure, dans les fosses nasales, trois grandes cuillerées de lait véhiculant 5 à 10 grains de chloral en suspension.

—*Le Courrier Médical.*

Eczéma de la langue.

(1) Traitement par le DR PAUL DE MOLÈNES.

Trois indications principales s'imposent :

10 Traitement de la diathèse, et particulièrement des troubles de la fonction digestive.

20 Hygiène aussi complète que possible de la cavité buccale.

30 Traitement de la lésion de la langue.

10 Pour ce qui a trait au traitement de la diathèse, je renverrai le lecteur aux différents traités français des maladies de la peau, j'insisterai spécialement sur l'utilité de la médication thermale, et des alcalins à l'intérieur, et sur l'inutilité de la médication arsenicale contrairement aux idées généralement admises.

Les troubles des fonctions digestives, neurasthénie et dilatation de l'estomac, dyspepsie intestinale, doivent être traités avec le plus grand soin, et je dois dire que je me suis plusieurs fois très bien trouvé soit du lavage de l'estomac, soit du naphthol associé au salicylate de bismuth. La constipation qui est fréquente sera combattue activement. La poudre suivante, dont la formule a été donnée par M. Dujardin-Beaumetz, et qui doit être prescrite à la dose d'une cuillerée à dessert dans un quart de verre d'eau le soir en se couchant, m'a donné les meilleurs résultats :

Follicules de séné passés à l'alcool, en	}	ââ 1 $\frac{1}{2}$ drachme.
poudre.....		
Soufre sublimé.....	}	ââ 75 grains
Fenouil en poudre.....		
Anis étoilé en poudre.....		
Crème de tartre pulvérisée.....		$\frac{1}{2}$ drachme

(1) Archives de laryngologie rhinologie.

Réglisse en poudre..	2 drachmes
Sucre en poudre..	6 drachmes

On devra également s'occuper des différentes manifestations concomitantes de la diathèse arthritique dont nous avons montré la fréquence.

2o La cavité buccale sera examinée avec le plus grand soin, et s'il existe des dents ou des fragments de dents, susceptibles de déterminer la lésion sur un point de la langue on devra y remédier de suite ainsi qu'à toutes les causes pouvant exagérer la sécheresse de la bouche.

Tous les excitants alimentaires et particulièrement le tabac seront rigoureusement proscrits. Le malade fera un usage souvent répété de bains de langue et de bouche soit avec des eaux émollientes, soit avec des eaux faiblement alcalines, tièdes.

3o Le traitement local est à peine indiqué dans les différents auteurs. Il est à même cependant de rendre des services incontestables. Il est divers agents thérapeutiques que l'on doit employer, en se pénétrant bien toutefois de cette idée que certains médicaments qui agissent bien chez l'un, sont sans action sur un autre malade. Aussi doit-on ne pas craindre de modifier le traitement quand au bout de quelques jours il n'a pas donné de résultats satisfaisants. L'acide borique, le soufre et ses principaux composés, particulièrement l'hyposulfite de soude (Unna), l'acide lactique, le chlorhydrate de cocaïne, le salol, l'acide salicylique, la résorcine en solutions, en pommades, en collutoires, en glycérolés, doivent être employés tour à tour quand c'est nécessaire. Des onctions répétées soir et matin avec la vaseline boriquée à 5 0/0, ou avec le glycérolé suivant :

Glycérine.....	1½ once.
Hyposulfite de soude.....	1 drachme.

(Faites dissoudre.)

La solution de cocaïne à 1/40 quand la langue était très sensible, l'acide salicylique (2 gr. pour vaseline 50) doivent être préférés. Chez les enfants ces médicaments seront employés avec précaution en raison de leur rapide absorption sur la muqueuse linguale, et c'est aux collutoires qu'on devra donner la préférence. Dans un cas très tenace j'ai dû employer l'acide lactique coupé de parties égales d'eau en attouchements répétés. Enfin quelques auteurs ont conseillé de légères scarifications de la muqueuse linguale ; mais je n'ai jamais eu besoin d'y avoir recours.

Une particularité curieuse du microbe de l'érysipèle.

M. Leroy a fait récemment connaître, à la *Société de biologie*, une observation qui, si elle ne jette aucune lumière sur la question si obscure des causes du réveil des épidémies, indique cependant que l'étude de ces causes devrait peut-être bien être cherchée beaucoup moins loin qu'on ne le suppose, et serait accessible dans les laboratoires.

Il s'agit d'une vieille culture du microbe de l'érysipèle qui, après avoir été considérée comme éteinte depuis longtemps, se mit de nouveau à végéter sous une influence tout à fait inconnue.

On sait que ce microbe se cultive très difficilement ; après avoir donné sur la gélatine de petits grains qui poussent très mal, la culture s'atrophie et disparaît pour toujours. Or, ayantensemencé, le 16 décembre 1887, un tube de gélatine avec une culture pure de microbe de l'érysipèle, et obtenu, selon la règle, une médiocre récolte qui s'était atrophiee au bout de quatre à cinq semaines, M. Leroy fut tout surpris de constater, à la fin de janvier 1889, c'est-à-dire après plus d'un an, que le microbe qu'il croyait mort avait repris sa végétation et donné naissance à de nouvelles colonies actives. Il faut noter que le tube en question était resté, dans l'intervalle, hors de l'étuve, à la température de la chambre.

M. Leroy fit alors de nouveaux ensemencement avec cette culture revenue à la vie, inocula des animaux et put s'assurer qu'il s'agissait bien du microbe de l'érysipèle et que celui-ci était parfaitement actif et virulent.

Il s'agit tout au moins, dans cette intéressante observation, que nous supposons bien faite, de particularités biologiques non connues du microbe de l'érysipèle, particularités qui pourront expliquer certains points obscurs de l'histoire de cette maladie, tels que le réveil de son épidémicité et les retours périodiques des formes dites à répétition.

Revue Scientifique (Rose).

Fièvre puerpérale, prophylaxie. (1)

Par M. le Professeur PETER.

On semble aujourd'hui considérer l'accouchement comme un acte monstrueux, absolument redoutable et contre lequel on ne saurait prendre trop de précautions. Ces soins exagérés ne s'étendent pas seulement à la période puerpérale, on y a recours même pendant la grossesse et l'observation suivante va vous montrer combien est dangereuse parfois cette intervention intempestive.

(1) D'une intéressante clinique de M. le professeur Peter sur la pathogénie et la prophylaxie de la fièvre puerpérale, nous extrayons les pages suivantes empruntées à la *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des Femmes*.—(N. de la R.)

Une jeune femme, enceinte pour la seconde fois, avait, au sixième mois d'une grossesse parfaitement normale, un léger suintement vaginal, suintement physiologique en pareil cas, vous le savez. L'accoucheur du pays, c'était dans la banlieue, imbu des doctrines microbiennes, vit dans cet écoulement un foyer à streptocoques et prescrivit de faire trois fois par jour une injection avec une solution de sublimé. Les conséquences funestes ne se firent pas attendre, une péritonite éclata ; la malade fut transportée à Paris et comme je m'étonnai de l'origine de cet accident, M. Bailly, qui vit la malade avec moi, me dit que, depuis la *fièvre antiseptique* des accoucheurs, de pareils cas n'étaient plus rares. Chez cette malade l'affection se termina par une fausse couche et par la mort.

Voilà donc une mort due aux antiseptiques.

Mais où ceux-ci deviennent surtout redoutables, c'est après l'accouchement. Tant qu'il s'agissait de précautions hygiéniques, de propreté et d'isolement, les résultats étaient merveilleux et l'on pouvait, à bon droit, applaudir aux efforts de M. Siredey et du professeur Tarnier, exigeant dans leurs Maternités une propreté sévère, une chambre pour chaque accouchée. On vit alors, l'encombrement ayant cessé, cesser aussi les épidémies qui naguère faisaient si souvent fermer d'urgence les services d'accouchements ; et l'ancienne clinique de la Faculté disparut, dans laquelle blessées et accouchées s'infectaient mutuellement.

Un autre progrès fut la pratique des injections vaginales après l'accouchement ; mais ces injections ne sont bienfaisantes que comme agent de propreté ; elles n'agissent pas en qualité de microbicide, elles font disparaître *mécaniquement* les causes d'auto-infection. C'est en se plaçant à un autre point de vue que les microbiologistes les emploient : ils veulent tuer le microbe, ils ont tort, et leurs pratiques peuvent devenir dangereuses. La preuve de cette assertion, je la trouve dans une brochure toute récente, publiée par un de nos confrères de Dunkerque ce qui m'est l'occasion de redire après Voltaire :

C'est du Nord aujourd'hui que nous vient la lumière.

L'auteur, M. Lancry, ancien interne des hôpitaux de Paris et d'un service d'accouchement, était parti muni de cet arsenal qui fait dire aux mères dont les filles accouchent : "C'est donc un acte bien terrible qu'un accouchement ? pour moi on n'a pas pris tant de précautions ; comment ai-je pu échapper ? et tout cet appareil est-il bien nécessaire !" Mais je laisse la parole à M. Lancry, son récit sera la confirmation la plus démonstrative de mon dire :

" Il y a bientôt trois ans, dit-il, quand je fus appelé à faire mon premier accouchement en clientèle, chez une femme—pauvre—dénudée de ressources—et domiciliée à trois kilomètres de chez moi, la ques-

tion de la prophylaxie des accidents infectieux chez les femmes en couches m'apparut, à moi, qui sortais d'un service d'accouchements à Paris, sous un jour bien matendu.

“ A Paris, j'avais vu mettre à la disposition des accoucheurs dans les hôpitaux et un personnel extrêmement nombreux, et toutes les ressources hygiéniques, pharmaceutiques que peut donner une administration riche et complaisante.

“ Ici, les nécessités de la clientèle m'obligeaient—et d'éviter les frais pécuniaires,—et de me passer de tout aide exercé,—et de tenir compte des trois kilomètres qui séparaient mon domicile de celui de ma cliente.

“ Il fallait pourtant, de toute nécessité, que ma première accouchée en clientèle eût des suites de couches excellentes. Pour atteindre ce but, l'accouchement et la délivrance étant effectués correctement, que faire?..... Il se trouvait que j'avais sur moi un flacon d'acide phénique concentré : il me sembla qu'une injection vaginale de solution phéniquée à 1 0/0 me mettrait à l'abri de tout accident infectieux immédiat : je pratiquai cette injection, après quoi je m'en retournai chez moi, le cœur léger.

“ J'étais à peine rentré qu'un messager, tout essoufflé, frappait à ma porte : “ Vite, monsieur, la malade a tremblé de tous ses membres et puis elle a déliré, et maintenant elle a perdu connaissance ! ” Nullement inquiet de ces phénomènes que je n'hésitai pas, pour les avoir déjà vus, à attribuer à la résorption de l'acide phénique, je ne pus pourtant esquiver de retourner auprès de la malade, soit trois kilomètres pour aller et autant pour revenir. Chemin faisant, je jurai bien qu'on ne me reprendrait plus à me servir d'acide phénique en injection vaginale banale chez les accouchées, et je me mis à réfléchir pour trouver un mode de traitement qui pût, tout en assurant à mes accouchées de bonnes suites de couches, m'assurer, à moi, le minimum possible de préoccupations et de déplacements. ”

Or, savez-vous ce qu'il a trouvé pour remplir toutes ces indications? Le titre de son travail, titre bien spirituel dans sa simplicité, va répondre : “ *De l'excellence de l'eau simple* comme liquide d'injection vaginale chez les accouchées. ” Depuis ce temps M. Lancry a employé l'eau simple et s'en est bien trouvé—comme ses accouchées.

Voici la statistique de M. Lancry et celle d'un de ses confrères, M. Delbecq de Gravelines.

M. Lancry nous dit :

“ Depuis que je suis médecin, j'ai fait au total 58 accouchements, soit dans ma clientèle, soit dans celle des sages-femmes qui m'appelaient pour les accouchements qu'elles ne pouvaient terminer.

“ La plupart de ces accouchements ont été faits chez des multipares appartenant soit à la classe ouvrière, soit à la classe aisée, mais laborieuse : mes clientes étaient presque toutes des femmes robustes. Un nombre relativement élevé parmi elles (5 sur 58) avaient le bassin notablement rétréci. Une douzaine d'entre elles se sont adressées à moi parce qu'elles avaient eu, à leurs couches précédentes, des accidents plus ou moins graves.

“ Ces 58 accouchements se décomposent ainsi :

“ 37 accouchements naturels, dont un par le siège et un provoqué artificiellement à 8 mois 1/2.

“ 21 accouchements artificiels dont :

“ 4 forceps au détroit supérieur.

“ 14 forceps dans l'excavation, presque tous pour O. I. P.

“ 2 versions par manœuvres internes.

“ 3 délivrances artificielles dont deux après forceps.

“ Sur ces 58 accouchements, j'ai eu comme suites de couches 50 tout à fait bonnes ; 3 passables ; 2 défectueuses. ”

La statistique du Dr Henry Delbecq n'est pas moins démonstrative.

“ Depuis mon séjour à Gravelines, j'ai constamment employé et avec un plein succès les injections d'eau tiède (soit eau bouillie et refroidie, soit simplement eau tiède) à la suite des accouchements.

“ Je n'ai eu de suites de couches pénibles que dans un seul cas, où, par suite de rétention d'une partie de placenta, j'ai employé les injections de sublimé à 1 pour 2000. Toutes mes malades se sont levées du second au quatrième jour ; je les fais manger huit heures environ après l'accouchement, et l'enfant est mis au sein deux heures après la délivrance. Ces malades que j'ai observées durant huit ou neuf jours après l'accouchement, n'ont jamais eu de fièvre, excepté celle chez qui j'ai employé le sublimé.

“ Ma statistique porte sur 114 cas sans accidents.

“ Je dois ajouter enfin que j'ai employé l'eau simple dans un grand nombre de fausses-couches de 2 à 3 mois 1/2, sans avoir jamais aucun accident.

“ Dans un seul cas, à la suite d'une version et d'une délivrance précipitée, nécessitée par une violente hémorrhagie, j'ai employé les injections au sublimé à cause de la rétention partielle du placenta. La température de la malade atteignit 40°4 comme maximum. Les débris placentaires furent expulsés le troisième jour, et les injections d'eau tiède remplacèrent le sublimé. La malade était sur pied le onzième jour. ”

Ah ! je sais bien l'objection : “ On ne peut pas, on ne doit pas conclure des faits de Lancry à ceux des Maternités de Paris. ”—Mais c'est

précisément mon objection en sens inverse : " On ne peut pas, on ne doit pas conclure des faits des Maternités aux cas de la ville et surtout de la campagne. "

On conseille, on enseigne aux étudiants, un luxe de précautions antiseptiques qui leur seront bien inutiles dans leur pratique privée, surtout s'ils exercent à la campagne.

La PROPRETÉ y suffira : et c'est la conclusion comme la moralité de toute la campagne microbienne et antiseptique.

D'ailleurs, voici qui est bien autrement concluant, parce que les faits sont absolument comparables ; je veux parler des résultats obtenus par deux chirurgiens qui se sont immédiatement succédés dans un même établissement gynécologique à Londres, le *Samaritan free hospital*. L'un, le docteur Thornton, microbien convaincu, appliquait le pansement de Lister dans tous ses détails : l'autre, le docteur Granville Bantock, se contentait d'être *propre*, et n'employait aucune précaution antiseptique. Or, voici les résultats de leur pratique :

116 laparotomies listériennes ont donné à M. Thornton 12 décès.

82 opérations de même nature, pratiquées avec de simples soins de propreté, par M. Bantock, ont été suivies de 82 guérisons.

J'ajouterai que Lawson Tait, qui n'emploie que l'eau bouillie—laquelle est impuissante à tuer les microbes—a eu 139 succès sur 139 ovariectomies.

La question n'est-elle pas jugée ?

Que devons-nous conclure de cette démonstration à mon avis si complète ? C'est que l'antisepsie, c'est la propreté, exclusivement la propreté. Je veux rendre pleine justice aux microbiologistes ; leurs recherches ont été l'origine de soins de propreté plus minutieux ; cela, nous le leur devons en grande partie, mais cela seulement.

Et, ici encore, ainsi qu'il est habituel à l'esprit humain, l'esprit médical a décrit la courbe du compliqué vers le simple.

Traitement de l'Érisypèle nasal.—(SCHIFFERL.)

L'érisypèle nasal est provoqué par les mêmes microorganismes pathogènes que l'érisypèle facial, qu'il accompagne très souvent. Schifferl le traite avec succès en introduisant dans les cavités nasales des tampons de coton imbibés de bichlorure de mercure. Dans le cas de sécrétion purulente abondante, on lave les cavités nasales avec une solution de sublimé à 1 partie en 2.000 d'eau.

Traitement de psoriasis.—(GUILLETON)

Après avoir nettoyé les surfaces malades par des frictions savonneuses et des bains alcalins, l'auteur applique la *pommade à l'acide*

chrysophanique un dixième en frictions légères et en limitant la friction aux parties affectées.

Comme traitement général, il conseille la *liqueur de Fowler* de 5 à 20 gouttes par jour, mais seulement après la période aiguë.

Puis il complète sa médication par des bains simples, mais d'une durée de 1 à 3 heures. C'est à cette longue durée de la balnéation qu'il faut, d'après Guilleton attribuer les succès obtenus près des stations thermales.

Traitement de la furonculose de l'oreille.—(WILHELM ANTON SIGISMUND SZENES.)

Après avoir passé en revue les différents traitements usités dans la furonculose de l'oreille, les auteurs rapportent une série d'observations où ils ont employé le menthol selon la formule de Cholewa :

Menthol	1 drachme
Huile d'olive	4 drachmes

en application sous forme de tampons d'ouate. Il résulte de ces observations que malgré les assertions de Cholewa, le menthol n'empêche pas la formation du furoncle, ni sa récurrence, qu'il n'abrège pas sa durée et qu'il ne supprime pas la douleur.

Pour les auteurs de l'article, le meilleur traitement que l'on doive employer jusqu'à la découverte d'un agent véritablement antifuronculaire, consiste à favoriser la formation du pus par des applications chaudes et antiseptiques, par exemple en mettant des compresses avec la solution de Burow :

Acétate d'alumine.....	18 grains
Acétate de plomb	75 grains
Eau	3½ onces

et à inciser dans les cas douloureux.

Traitement de l'ictère des nouveaux-nés.—(VEILLARD).

Au point de vue thérapeutique, on doit distinguer les ictères des enfants nouveaux-nés en ictère bénin et ictère grave. Le premier guérit spontanément, le second est presque toujours mortel.

Dans le cas d'ictère bénin, on examinera la plaie ombilicale; s'il y a de la rougeur ou des excoriations, on fera le pansement à la vaseline boriquée.

L'ictère grave peut tenir à une malformation des voies biliaires; mais le plus souvent il y a phlébite infectieuse, et l'inflammation du foie est consécutive à l'empoisonnement de la plaie ombilicale par des germes septiques. Toutes les fois que la mère présente des accidents septicémiques ou pyohémiques (fièvre puerpérale, érysipèle, phlegmon,

péri-utérin), et que la plaie ombilicale n'est pas encore fermée, on doit éloigner l'enfant et appliquer des pansements antiseptiques.

Vaseline 5 drachmes

Acide borique 1 drachme

ou bien appliquer sur la plaie un linge propre imbibé de solution bori-
quée à 4/100.

Lavage ou grands bains à l'eau alcoolisée, salicylée ou chargée de
tannin.

Une des nombreuses ouates préparées pour les pansements antisepti-
ques pourront rendre des services. En même temps on fera sur la
région du foie des frictions avec la *pommade alcaline* suivante :

Axonge..... 5 drachmes

Carbonate de soude..... 75 grains

On évitera la constipation qui pourrait augmenter les manifesta-
tions ictériques en donnant un léger purgatif, huile d'amande douce,
sirop de chicorée, etc., ou un lavement simple ou huileux. Enfin on
n'oubliera pas que l'on se trouve en présence d'une maladie rapide-
ment débilitante, et l'on cherchera à soutenir les forces du petit
malade en lui donnant une très bonne nourrice ; lait à la cuiller, vins
généreux très étendus d'eau, et bains au vin chaud si l'enfant ne peut
pas prendre le sein.—*Journal de médecine de Paris.*)

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Formulaire de l'asthme

(DIEULAFOY.)

Si l'*accès commence ou va commencer* : babigeonner le nez, en remon-
tant aussi haut que possible, avec un pinceau imbibé de la solution
suivante :

Chlorhydrate de cocaïne..... 18 grains.

Eau distillée..... 5 drachmes.

ou bien pulvériser dans le nez ou dans la gorge, pendant quatre à
cinq minutes, au moyen d'un petit pulvérisateur à eau chaude, une
cuillerée à bouche de cette solution, et souvent l'accès avorte.

Si cela ne réussit pas, faire respirer fortement 6 à 12 gouttes de
pyridine versées sur un mouchoir.

Si l'*accès est à son apogée*, on formule l'injection hypodermique sui-
vante :

Chlorhydrate de morphine..... 2 grains.

Eau distillée..... 2 ½ drachmes.

Injecter une demi-seringue de Pravaz ; de cette façon, souvent on jugule l'accès ; si cette dose ne suffit pas, un quart d'heure après, injecter une autre demi-seringue.

L'iodure de potassium est le médicament par excellence de l'asthme à la dose, de 15 à 30 grains par jour. Il faut commencer par la dose de 5 grains par jour et arriver à 15 grains et à 30 grains si l'asthme est invétéré.

Pour combattre la diathèse on a recours à trois médicaments : l'iodure de potassium, la belladone et l'arsenic ; voici comment on les administre : Pendant une quinzaine de jours, on fait prendre au moins 15 grains, et même si c'est possible, $\frac{1}{2}$ drachme d'iodure de potassium par jours également, on ordonne la belladone sous la forme suivante :

Poudre de feuilles de belladone.....	} à 4 grains.
Extrait de belladone.....	

pour 20 pilules, à prendre d'abord une demi-pilule, puis une pilule. En même temps, on donne une cuillerée à café par jour de la solution suivante :

Arséniate de soude.....	1 grain.
Eau distillée.....	$2\frac{1}{2}$ onces.

Si le malade est emphysémateux, on emploiera avec succès les bains d'air comprimé.—*Journal de Médecine de Paris.*

Traitement des ulcérations nasales et laryngiennes

(COUPARD.)

Dans un important travail publié sur la question, l'auteur recommande la formule suivante qu'il emploie avec le plus grand succès :

Poudre de salol.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes.
Camphre.....	75 grains.
Alcool.....	75 grains.

Cette solution est appliquée sur les ulcérations.—*Journal de Médecine de Paris.*

Solution contre la blépharo-conjonctivite

(De SAINT-GERMAIN et VALUDE.)

Sulfate de zinc.....	15 grains.
Eau de roses.....	$1\frac{1}{2}$ once.
Eau distillée.....	$4\frac{1}{2}$ onces.

Faites dissoudre.—On emploie cette solution pour pratiquer des lotions, soit avec un linge fin, soit au moyen d'une éponge, dans le cas de blépharo-conjonctivite légère des enfants.—(N. G. *Union médicale*, Par).

Potion contre le tenia

(B. PERSH.)

Huile de croton.....	1 goutte.
Chloroforme.....	1 drachme.
Glycérine.....	1 once.

F. s. a. une potion à prendre le matin, à jeun.—La veille au soir, laxatif salin afin de faciliter l'examen des évacuations, et pour éviter que le ver se brise en plusieurs morceaux, après qu'il est détaché.— Dans le cas où ce remède provoquerait une légère irritation intestinale, on la combattrait en administrant du sous nitrate de bismuth et de Popium.—(N. G. *Union Médicale*, Paris.)

Pilules contre la toux

(N. GUÉNEAU DE MUSSY.)

Goudron purifié.....	$\frac{1}{2}$ drachme.
Poudre de Dover.....	45 grains.
Poudre de benjoin.....	q. s.

F. s. a. 40 pilules.—Deux à six par jour, aux emphysémateux et aux personnes atteintes de bronchite chronique, lorsque la toux est fréquente et rebelle.—(N. G. *Union Médicale*, Paris.)

Potion contre le mal de mer

(ROUQUETTE.)

Antipyrine.....	1 grain.
Chlorhydrate de cocaïne.....	2 grains.
Caféine.....	5 grains.
Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{25}$ grain.
Cognac.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes.
Eau distillée.....	3 onces.

F. s. a.—On fait prendre une cuillerée à bouche de cette potion avant de monter en bateau, et deux autres dans la journée, c'est-à-dire trois cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.—(N. G. *Union Médicale*, Paris.)

Formule contre le tenia infantile

(DESCROIZILLES.)

Huile éthérée de fougère mâle.....	$1\frac{1}{2}$ drachme.
Calomel.....	8 grains.
Sucre en poudre.....	$\frac{1}{2}$ once.
Eau distillée.....	$\frac{1}{2}$ once.
Gélatine.....	quantité suffisante.

Avant de faire prendre cette préparation à l'enfant, on le nourrit pendant deux jours, suivant une habitude dont on ne doit pas s'écarter, avec des aliments liquides, du lait, des potages peu épais.

Dysménorrhée névralgique

(P. MÉNIÈRE.)

Curaçao..... 1½ once.

Exalgine. 40 grains.

F. S. A. solution. Chaque cuillère à café renferme 5 grains de médicament actif, et la saveur en est mieux masquée par le curaçao que par toute autre liqueur, chartreuse, rhum, cognac, qui pourraient lui être substitués, suivant le goût du malade.

Eau distillée de tilleul..... 3 onces.

Hydr de laurier cerise..... 2½ drachmes.

Curaçao..... 10 drachmes.

Exalgine 45 grains.

F. S. A. Potion à prendre par cuillerées à café de demie-heure en demie-heure, jusqu'à sédation de la douleur. Par cuillerées à soupe si les douleurs sont très intenses.—*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des Femmes.*

Solution contre le prurit sénile. — E. BESNIER.

Acide phénique..... 75 grains.

Vinaigre aromatique du Codex.... 8 onces.

Faites dissoudre. -- Une cuillerée de cette solution pour un bol d'eau chaude — Avec une éponge imbibée de cette solution, on fait, chaque soir, des lotions sur tout le corps, pour calmer le prurit des vieillards. On étend ensuite sur la peau une poudre composée de : amidon 3 onces, salicylate de bismuth 2½ drachmes.—N. G. (*Union Médicale de Paris.*)

Lotions contre le prurit vulvaire.—(PERCY.)

Acide phénique..... 15 à 45 grains.

Teinture d'opium..... ½ once.

Acide cyanhydrique..... ½ drachme.

Glycérine ½ once.

Eau distillée..... 4 onces.

M.

D'autre part, M. Scanlan indique comme un excellent remède contre le même mal, les applications d'une pommade ayant pour forme :

Chlorhydrate de cocaïne..... 1 grain.

Lanoline. 1 once.

M. pour f. s. a. un onguent. Enduire la région vulvaire avec une petite quantité de cette pommade. (*Gazette de Gynécologie.*)

Injection désinfectante. —(HAMON.)

Acide salicylique.....	} ½ drachme.
Acide thymique.....	

Essence d'ambre.....	20 gouttes.
Essence de verveine.....	30 gouttes.
Alcool à 90°	6 drachmes.
Eau de Cologne.....	1½ once.
Eau distillée.....	10 onces.

Mêlez.—Une cuillerée à soupe de cette solution pour un litre d'eau, que l'on emploiera sous forme d'injections utéro-vaginales, répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, afin de faire cesser la fétidité des lochies. (*Gazette de Gynécologie*).

BIOGRAPHIE

François Damaschino.

Après l'hommage extemporané de nos regrets amicaux à la mémoire de DAMASCHINO, nous nous étions proposé de consacrer à l'appréciation du professeur et du médecin un article que justifiaient, à tous égards, l'œuvre du savant et les qualités exceptionnelles de l'homme privé.

Cet article vient d'être fait, comme il n'est guère possible de le mieux faire : nous le trouvons dans le *Progrès Médical* ; il est dû à la plume du plus distingué des élèves du jeune maître, M. le docteur GILLES DE LA TOURETTE ; nous devrions dire plutôt à son cœur, tellement on le sent vibrer d'émotion touchante et communicative dans cette esquisse éloquente du modèle, si bien senti, si bien apprécié.

Nous remercions bien vivement, pour notre compte, et pour notre vieille amitié, l'auteur si bien, si sincèrement inspiré de ce cher et aimable portrait ; et nous ne saurions mieux lui prouver notre reconnaissance et la communion de nos sentiments avec les siens, qu'en lui demandant la permission de nous l'approprier, en le reproduisant :

“ Il est des hommes dont la mémoire reste impérissable au cœur de tous ceux qui les ont connus, parce qu'ils se donnèrent tout entiers : de ceux-là fut Damaschino, qu'une aveugle fatalité vient d'enlever prématurément à l'amour des siens, à l'affection sans bornes de tous ses amis, de tous ses élèves.

Celui-là ne connut pas d'ennemis, car sa vie fut un long tissu de bienfaits ; il est de ceux que l'on pleure sans penser au-delà ; on ne peut croire qu'ils sont partis, et le regret semble ne pas exister devant l'immensité de la douleur.

DAMASCHINO naquit à Paris, en 1840, d'une vieille famille de cette antique Corfou, mère de tant de héros. Son enfance fut bercée par les exploits de ces hardis marins bravant, avec de frères navires, les flottes ottomanes, comme autrefois les barques de Salamine attaquaient

les lourds vaisseaux du grand roi. Son père lui racontait la délivrance de la Morée par les Français ; peut-être oubliait-il son active participation à cette héroïque épopée.

Aussi l'enfant devenu grand se réclamait-il de sa naissance à Paris pour tirer au sort comme tous les Français. C'était un brave : déjà souffrant de la cruelle affection qui devait le ravir à tant d'amitiés, il recevait une médaille d'or pour sa conduite pendant le choléra de 1864. A 31 ans, en 1871, son admirable conduite pendant le siège de Paris, son dévouement sans bornes aux blessés de l'ambulance de Saint-Jacques-du Haut-Pas lui valurent la croix de la Légion d'honneur.

Son intelligence égalait son courage : élève très brillant du Lycée Henri IV, il remportait trois années de suite le premier prix au Concours général pour les sciences naturelles. Dans ce vieux collège, berceau de tant de gloires, combien d'amitiés contractées, aujourd'hui plongées dans la désolation. C'était du reste son propre, quelque chose d'inhérent à lui même, de se faire partout des amis, de ceux que l'adversité n'éloigne pas. Sa suprême consolation a été de les voir tous entourer ses derniers moments de leur profonde affection. D'ailleurs, toujours il avait payé d'exemple. Jamais un camarade malheureux n'était venu le trouver sans partir réconforté : chez lui la main s'ouvrait grande comme le cœur.

Son amour des sciences naturelles le poussa vers la médecine. Reçu interne en 1861, il conquiert de haute lutte, en 1865, la médaille d'or si enviée de l'Internat, comme il avait, l'année précédente, emporté la médaille d'or de l'Ecole pratique. C'est pendant son internat qu'il scelle, avec son vénérable maître, qui pleure aujourd'hui son élève, Henri Roger, cette respectueuse et inaltérable amitié qui devait être si féconde en travaux originaux. Chef de clinique de Monneret, en 1867, il était en 1872 médecin des hôpitaux et agrégé. En 1874, le remplacement d'Axenfeld lui permet de mettre en pleine lumière ses grandes qualités d'enseignement faites tout entière de clarté et de simplicité, jointes à une élégance native et à une merveilleuse facilité d'élocution. Ses *Leçons sur les Maladies des voies digestives* sont là pour attester sa profonde érudition et la lucidité de sa méthode d'exposition. "Ecartez avec intention tout ce qui n'est que pure hypothèse, passer vite sur les théories douteuses, exposer avec sincérité le pour et le contre dans les questions indécises, ne s'attacher qu'aux faits et tâcher de les décrire avec méthode," telles étaient les bases de son enseignement, ainsi qu'il les a lui-même formulées. Ces brillantes facultés ne pouvaient rester sous le boisseau.

Aussi la Faculté l'appelait-elle, en 1783, à occuper définitivement cette chaire où son passage avait été si remarqué. Nous étions alors

son interne. et c'est avec la plus vite émotion que nous nous rappelons encore les applaudissements enthousiastes qui saluèrent sa prise de possession d'un siège illustré par tant d'hommes éminents. Mais le poids n'était pas trop lourd pour ses épaules : rarement enseignement théorique fut plus suivi ; il est vrai qu'il avait tout pour le rendre attrayant. Ses leçons de tous les jours à l'hôpital Laennec l'avaient rompu à toutes les difficultés de ses nouvelles fonctions. Enfin, combien n'était-il pas encouragé par ce courant de sympathie qui s'établissait, dès le début de la leçon, entre le maître et les élèves qu'il entourait d'une constante sollicitude. Bon pour tous, il était aimé de tous : l'Ecole a perdu un de ses professeurs les plus justement populaires parmi les étudiants ; et ceux-ci, qu'on le croie, ne se donnent qu'à bon escient. Non seulement il les aidait de ses affectueux conseils, de ses recommandations toujours inépuisées, mais encore il leur ouvrait sa bourse toute grande, sans même qu'ils pussent s'en douter. Un jour, il apprend qu'un interne ne peut, faute d'argent, faire imprimer sa thèse ; aussitôt il remit à deux de ses élèves, amis du pauvre candidat, 500 francs, qu'ils prêteront comme tirés de leurs propres ressources. La seule condition mise à son bienfait, c'est qu'il restera ignoré. Celui qui fut ainsi secouru ne saura jamais qu'il doit peut-être son titre de docteur, son gagne-pain, à mon pauvre maître qui n'est plus.

En 1888, dans une élection presque unanime, l'Académie de médecine lui ouvrit ses portes. Jamais, d'ailleurs, distinctions ne furent plus méritées, et le nom de Damaschino restera attaché à une série de travaux et de découvertes dont nous ne pouvons donner ici qu'une succincte analyse.

Sa thèse de doctorat sur les *Différentes formes de la pneumonie chez les enfants* (1867) lui avait valu le premier prix de thèse de la Faculté. Avant tout, homme de progrès, il s'était adonné dès le début de ses études à la pratique du microscope et y avait acquis une habileté consommée. Il pouvait ainsi démontrer, pour la première fois, que les altérations anatomiques de la pneumonie lobaire chez l'enfant sont exactement les mêmes que chez l'adulte ; établir expérimentalement la signification précise des vacuoles pulmonaires et de l'état fœtal ; fixer l'anatomie pathologique de la phlegmatia alba dolens et des anévrysmes de l'artère pulmonaire chez les phthisiques ; décrire le muguet des typhiques et prouver par des cultures la présence permanente dans l'air des salles des spores de l'*Oidium albicans*. Parmi tant de recherches, nous en passons à des meilleures pour arriver à ses travaux sur les affections du système nerveux qui l'avaient classé hors de pair.

En 1868, à l'aide du harpon, il montre l'intégrité de la structure musculaire dans la *paralysie hystérique*. Usant d'une méthode d'imprégnation des éléments nerveux par l'acide osmique qui lui est propre, il décrit d'une façon magistrale, avec Roger et Archambault, les lésions récentes de la *paralysie infantile*. En 1875, il montre, dans les racines antérieures, les mêmes lésions de la *paralysie diphthérique* signalées par MM. Charcot et Vulpian dans les nerfs périphériques.

Ses études sur la *paralysie pseudo-hypertrophique* sont de premier ordre. Etudiant l'altération des muscles dans cette affection, il montre ses préparations à Duchesne (de Boulogne) qui, sur son conseil, substitue la dénomination de *paralysie myo sclérosique* à celle qu'il avait donnée d'abord de paralysie pseudo-hypertrophique. Cette affection, du reste, l'intéressait tout particulièrement. Cette affection, du reste, l'intéressait tout particulièrement. En 1883, il inspirait la thèse de Hamon, dans laquelle on trouvera le démembrement ou mieux la reconstitution de ce groupe morbide, signalant la pseudo-hypertrophie sans hypertrophie, les rétractions fibro-tendineuses permanentes, le caractère familial :

“ Je suis convaincu, disait-il, que nombre de faits décrits en Allemagne sous le nom d'*atrophie musculaire héréditaire* ne sont que des *pseudo-hypertrophies* affectant ce dernier mode d'évolution.” Ce en quoi il avait raison.

C'était le moment où il fondait, à l'hôpital Laënnec, un des plus beaux laboratoires que nous possédions, afin de “ mener de front les études cliniques, anatomo-pathologiques et pathogéniques, en les complétant et en les contrôlant les unes après les autres. Cette méthode — disait-il — est celle des professeurs de la Faculté de Paris, et je l'ai apprise auprès d'illustres maîtres. C'est la seule qui puisse former des médecins instruits et des praticiens capables.”

Esprit ouvert, Damaschko avait un des premiers marché dans la voie des recherches microbiennes. Ses efforts avaient été couronnés de succès, car, en 1885, il découvrait le *Bacille de la diarrhée verte*.

Investigateur ingénieux, il était incontestablement le premier entre tous pour la reproduction microphotographique de ses magnifiques préparations, à l'aide de puissants appareils construits sur ses propres dessins. Chargé du cours de pathologie interne, il avait voulu en faire une leçon de choses. Ayant obtenu de notre éminent doyen l'aménagement du grand amphithéâtre, il projetait, devant ses auditeurs émerveillés, les préparations microscopiques nécessaires à la compréhension anatomo-pathologique de l'affection sur laquelle il faisait sa leçon, rendue de cette manière extrêmement profitable.

Ces reproductions microphotographiques de la nature prise sur le

vif lui avaient valu cette année, à l'Exposition universelle, la médaille d'or, la plus haute récompense de la section. On y voyait une partie des planches de ce grand atlas d'anatomie pathologique auquel il travaillait depuis si longtemps et qui, peut-être, ne verra jamais le jour maintenant que le maître n'est plus.

Qu'ajouter encore dans ce journal qui lui fut toujours si libéralement ouvert ; envoyer à sa famille, à sa pauvre mère debout au milieu de cet effondrement de sa vie, un suprême souvenir. Si la douleur d'autrui peut lui apporter quelque soulagement dans son malheur, qu'elle considère celle de ses amis, de ses élèves qui recueillirent son dernier soupir. Mais elle ne lui rendra pas son fils, son François ! Il est des douleurs qui ne peuvent être consolées.—*Le Progrès Médical.*

GILLES DE LA TOURETTE.

COMMUNICATION

Monsieur le Rédacteur de la *Gazette Médicale*,

Permettez-moi d'attirer l'attention de la profession médicale sur l'avis publié dans la *Gazette Officelle* de Québec, n^o 2. page 82.

AVIS.

Est par les présentes, donné que Azarie Mireault, cultivateur, de la paroisse de Sainte-Marie Salomée, dans le distrit de Joliette, fera application à la Législature de cette Province, à sa prochaine session, pour en obtenir un acte l'autorisant à pratiquer l'art de rebouteur ou renoueur.

J. MARTEL,

Procureur du Réquérant.

Joliette, 24 décembre 1889.

J'espère bien que votre Collège des Médecins et des Chirurgiens va se tenir coi et ne protestera pas. Voyez-vous, il faut avoir le respect des choses saintes, et ce Mireault possède un don, étant le dernier de sept frères qui se suivent. C'est le don des miracles. Nous avons eu maintes fois le bonheur de voir ses stigmatisés venir proclamer sa puissance dans nos hôpitaux de Montréal : ô cas difformes, fractures non-consolidées, membres disloqués, retors, inanités, parlez ! Et vous aussi, docteurs Hingston, Brosseau, Brunelle, Lamarche, vous en savez quelque chose.

Esperons que nos gouvernants n'auront pas l'audace de priver la Province des services éminents de cette *Illustration* du district de Joliette.

Il y a longtemps, Monsieur le Rédacteur, que vous travaillez à relever le niveau des études médicales, eh bien ! voilà le moyen trouvé pour y arriver. ouvrez les portes du temple d'Esculape ; faites entrer Mireault le renoueur, puis Tucker des *Montagnes vertes*, Mesdames Desmarais et Lachise (le beau sexe !) Racicot No. 1, Racicot No. 2

(le Sauveur du peuple), enfin Jos. Smith l'homme aux *petits bois*, et nous aurons notre Académie de Médecine tout comme la France.

L'homme aux *petits bois* ! cela paraît vous surprendre ? c'est toute une révélation que ce nouveau système de chirurgie inauguré dans nos montagnes et destiné à rejeter bien loin dans l'ombre toutes les innovations en chirurgie : Ignorez-vous que c'est du nord que nous vient la lumière. Jugez vous-même Monsieur le Rédacteur.

Le 10 novembre dernier je suis appelé à 60 milles d'ici, sur les bords du lac Nomingue, auprès d'un homme de chantier qui a reçu à bout portant, dans la partie interne et inf. du bras, la décharge d'un fusil chargé avec du plomb à canard ; les muscles ont été coupés à l'emporte pièce et une partie du plomb suivant le trajet des tendons est venue se loger au niveau de l'articulation du coude. J'arrive 4 jours après l'accident ; le membre est tuméfié depuis la main jusqu'à l'épaule, la plaie est noire, sale, infecte, les douleurs sont atroces. J'enlève ce que je puis de tissus mortifiés, bourre, grains de plomb ; je fais appliquer sur la plaie des cataplasmes de farine de lin froids ; sur le membre des compresses arrosées d'eau blanche. A l'intérieur des calmants. Trois jours plus tard, de l'aveu même du blessé, l'œdème était complètement disparu, la plaie nettoyée et les souffrances tolérables.

Arrive Joseph Smith, l'homme aux *petits bois*. " Je suis envoyé, dit-il, par un de vos amis pour vous soigner, je vous promets de vous guérir, mais il faut que vous mettiez de côté les remèdes du docteur." Le blessé consent, on enlève cataplasmes et compresses, charpie et huile phéniquée ; alors commence la magie.

Smith, armée de trois *petits bois* (qu'on croit être de pommier), gratte et frotte la plaie du blessé pour en faire sortir du sang. Le blessé s'agite, crie, se lamente, se tord sous la douleur ; l'homme au talisman l'encourage et lui dit qu'il faut que les *petits bois* se réchauffent pour que les souffrances s'apaisent. Une heure après, le malade épuisé s'assoupit." Il est sauvé" dit le magicien, et tous d'admirer la puissance de l'homme aux *petits bois*. Il place ses précieuses baguettes sur la poitrine du malade et lui enjoint d'en avoir bien soin, car *si les petits bois ont froid le blessé souffrira*.

Smith a reçu pour récompense un fusil de la valeur de trente piastres et le médecin attend encore ses honoraires.

Smith est devenu un prodige dans Ste-Jovite, où il réside et dans les paroisses situées plus au nord ; un colon se fait une entaille au pied, vite l'homme aux *petits bois* ; a-t-on un mauvais rhume ou est-on gratifié d'un ulcère indolent, toujours l'homme aux *petits bois*. Déjà notre héros à des disciples et comme je passais l'autre jour à Ste-Jovite, revenant de faire une amputation dans la région du Nomingue, on me

dit qu'un des sectaires de Smith venait d'appliquer le remède des *petits bois* à un individu qui s'était fait arracher le pouce dans un moulin à battre le grain.

Et Ste-Jovite parle de s'éclairer à la lumière électrique !..... O siècle de lumière !

Ne soyez pas surpris, M. le Rédacteur, si l'an prochain à pareille date, vous lisez sur le No. 2 de la *Gazette Officielle*, l'avis suivant :

AVIS.

Est par les présentes donné que Joseph Smith, cultivateur de St. Jovite, dans le district de Terrebonne, fera application à la Législature, à sa prochaine session, pour en obtenir un acte l'autorisant à pratiquer la médecine des *PETITS BOIS*.

J. M.

Avocat du réquerant.

Merci, M. le Rédacteur, pour la patience que vous avez eue de m'écouter jusqu'à la fin. Votre serviteur,

EDM. GRIGNON, M. D.

Ste. Agathe des Monts, 23 janvier, 1890.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITEMENT ELECTRIQUE des *fibromes utérins* par les Docteurs L. Championnière et Danion.

* * *

Personal Observations of Leprosy in Mexico and the Sandwich Islands, by Prince A. Morrow, A. M. M. D., reprinted from the *New York Medical Journal* for July 27, 1889.

* * *

REFORMATION in the PRACTICE OF MEDECINE by the *Dosimetric Method of Practice*, or the method of small doses of the active principles of plants, mathematically measured and scientifically adapted to the varied abnormal conditions. With Biographical Sketch of Dr. Ad. Burggraeve, by J. E. Macneil, M. D.

* * *

ENUCLEATION OF TUBERCULOUS GLANDS by Thos. W. Kay, M. D., Scranton, Pa., reprinted from the *Medical Register* of February 9th, 1889.

* * *

CASE OF TUBERCULOSIS PAPILOMATOSA CUTIS *with remarks on the relation of papilloma to syphilis, lupus, etc.* Illustrated with chromo, lithographic plate, by Prince A. Morrow, A. M., M. D., clinical professor of venereal diseases, formerly clinical lecturer on dermatology, in the University of the city of New York, surgeon to Charity Hospital, etc. Reprinted from the *Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, October and November, 1888. *New-York, William Wood and Company, 56 and 58 Lafayette Place, 1888.*

* * *

TRAITÉ DES MALADIES DU TESTICULE ET DE SES ANNEXES par *Ch. Monod*, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la société de chirurgie, et *O. Terrillon*, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière, membre de la société de chirurgie. 1 volume in-8, avec 92 figures : Prix, 16 fr.

PRÉFACE DES AUTEURS.—Il y a plus de trente ans paraissait en France la traduction française du Traité de Curling sur les maladies du testicule. Ce livre excellent eut un grand et légitime succès. Il le devait en partie à l'autorité du professeur Gosselin, le maître éminent et regretté qui l'introduisait parmi nous, et aux notes dont il avait enrichi le texte original.

Depuis lors, de nombreux travaux, publiés en France et à l'étranger, ont augmenté la somme de nos connaissances relatives à la pathologie de la glande séminale.

Le moment semblait venu de disposer ces matériaux dans une œuvre d'ensemble.

Des recherches personnelles, faites en vue d'éclaircir certains points obscurs de l'histoire des maladies du testicule, nous préparaient à cette tâche.

Nous ne nous en sommes pas dissimulé les difficultés. Nous savions que certaines questions posées demeureraient sans solution satisfaisante ; que l'étude si ardue des tumeurs du testicule, en particulier, ne pourrait, faute de documents suffisants être entièrement menée à bien.

Malgré ces imperfections inévitables, nous nous sommes efforcés de faire un traité à la fois élémentaire et complet, utile aux élèves et aux praticiens. Peut-être au moins sur quelques points, sera-t-il digne d'attirer l'attention des hommes de science pure.

Ce travail est limité à l'étude des maladies du testicule et de ses annexes les plus proches, *épididyme vaginale, canal déférent*. Il ne traite pas des affections du *scrotum* ni de celles des *vésicules séminales*. Les premières forment un tout complet, dont la description ne peut être scindée ; les secondes constituent dans l'histoire des maladies des organes génitaux de l'homme deux groupes distincts, qui veulent être étudiés à part.

Quant aux troubles purement fonctionnels de la glande séminale, *spermatorrhée, azoospermie, dyspermatisme*, etc., etc., on ne devra pas non plus chercher dans ce livre aucun document qui s'y rapporte. Les questions que l'étude de ces désordres soulève sont complexes ; elles ne nous ont pas paru devoir trouver place dans un ouvrage tel que celui-ci. Bien souvent d'ailleurs ces désordres ne se rattachent pas d'une façon évidente à une lésion du testicule.

Ajoutons que l'illustration a été l'objet de soins tout particuliers ; de plus, une table alphabétique et un index bibliographique, où sont mentionnés tous les ouvrages traitant des maladies du testicule, accompagnent l'ouvrage.

PRINCIPALES DIVISIONS DE L'OUVRAGE.—I. ANOMALIES.—II. TRAUMATISMES.—III. INFLAMMATIONS : *Inflammation des enveloppes*. (Vaginalites aiguës Vaginalites chroniques). *Inflammation de la glande* (Épididymo orchites d'origine urétrale. Orchites infectieuses de causes générale).—IV. TUBERCULOSE.—V. SYPHILIS.—VI. ATROPHIE.—VII. FONGUS BÉNIN. — VIII. NÉURALGIE.—IX. KYSTES. SPERMATOCÈLE.—X. TUMEURS (Cancer du testicule. Carcinome. Sarcome. Tumeurs mixtes. Maladie kystique Enchondrome. Lymphadénome. Tumeurs diverses).—XI TÉRATOMES. (Inclusions fœtales. Kystes dermoïdes).—XII TUMEURS DE LA VAGINALE.—XIII. MALADIES DU CORDON.—XIV. CASTRATION.

*
* *

AFFECTIONS CHIRURGICALES DES REINS, DES URÈTÈRES ET DES CAPSULES SURRÉNALES, par M. Le Dentu, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la société de chirurgie. 1 volume in-8, avec figures dans le texte.

La pathologie chirurgicale des reins est entrée depuis quelques années dans une phase nouvelle. On peut même dire qu'elle s'est créée presque de toutes pièces depuis le moment où l'antisepsie a rendu légitimes toutes les hardiesses. M. Le Dentu a pensé que le moment était venu de tirer parti de tous les matériaux accumulés en peu de temps et de consacrer une étude d'ensemble aux affections des reins et des urètres. En outre des travaux dus à un grand nombre de chirurgiens français ou étrangers, l'auteur y a donné place à des documents personnels, dont plusieurs ont déjà été publiés. Des chapitres spéciaux sont consacrés aux lésions traumatiques des reins, à la lithiase, aux inflammations, aux fistules, à l'hydronéphrose, aux kystes, aux dégénérescences diverses, aux reins mobiles, aux méthodes d'exploration et aux opérations que comportent les affections énumérées à l'instant. Les affections de l'urètre occupent pour la première fois une place à part. Elles se divisent en plusieurs chapitres, correspondant à ceux de la première partie.

Cet ouvrage offrira donc au lecteur une étude complète des maladies chirurgicales de l'appareil urinaire supérieur, envisagées sous tous les points de vue propres aux œuvres didactiques. Il fera naturellement suite au *Traité des maladies des voies urinaires*, de Voillemier et Le Dentu, dont le second volume est dû presque en entier au second des deux collaborateurs.