

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- |                          |   |                                     |   |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed /<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées   |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     |   |

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. BEAUSOLEIL

---

VOLUME I.

---

MONTRÉAL

BUREAU DE "LA GAZETTE MÉDICALE", No 66, RUE ST-DENIS

---

1887

# LA GAZETTE MEDICALE DE MONTREAL

---

Revue Mensuelle de Medecine, de Chirurgie et des  
Sciences accessoires.

---

---

VOL. I. MONTREAL, FEVRIER 1887. No 1.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX.

---

### COUP-D'ŒIL SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA CHIRURGIE

Par Wm. H. HINGSTON, M.D., D.C.L., L.R.C.S. Edin.

*(Remarques faites à l'ouverture des cliniques chirurgicales à l'Hotel-Dieu de Montréal  
et recueillies par C. T. MOREL DE LA DURANTAYE, B. M.)*

---

MESSIEURS,

Les aspects d'une science, d'un art, sont comme ceux d'un pays—pas toujours purement objectifs—parce que le sujet a ses vues individuelles et une manière de voir qui lui est propre : ce qui peut changer et modifier l'appréciation qui sera faite d'un même objet. Qu'un certain nombre de touristes gravissent le flanc de notre montagne de Montréal, puis que chacun décrive ce qu'il aura vu : quelle différence dans toutes ces descriptions ! Sont-ils artistes ? L'un s'extasiera devant la limpidité des eaux qui entourent notre île d'un cercle de cristal ; un autre admirera la riche verdure qui orne les champs et les forêts que l'on rencontre autour de la circonférence de sa base ; celui-ci sera intarissable sur la beauté des îles qui coupent si délicieusement la transparence de ces vastes nappes d'eau ; celui-là vous parlera des sommets crénelés des Laurentides et des Monts Notre-Dame ; tandis qu'un autre, ne regardant qu'à ces pieds, ne verra que les monuments de l'industrie humaine dont les vastes proportions, se trouvant à l'étroit sur une seule des rives du St-Laurent, s'élancent d'un bord à l'autre et témoignent, d'une manière évidente, de la richesse et de l'esprit d'entreprise des habitants

de notre cité. Je suis comme l'un de ces observateurs, et je ne suis que l'un d'eux.

Pendant l'été dernier, comme vous le savez, je cherchais le repos pour mon esprit et mon corps épuisés par la fatigue, et traversant l'Atlantique, je consacrai trois mois à l'observation de ce qui était le plus intéressant pour moi dans certains départements de la Chirurgie.

Le changement, le grand changement que j'ai observé depuis mes visites antérieures, fut la création et la multiplication des spécialités. Les trois dénominations de médecin, de chirurgien, et d'accoucheur, d'alors, et dans les grandes villes, d'oculiste et d'auriste, ne suffisaient plus pour exprimer les nombreuses subdivisions que l'on rencontre aujourd'hui dans l'art de guérir. C'est ainsi qu' autrefois, durant une heure ou deux par jour, j'ai pu examiner l'œil avec Sichël, Desmarres ou von Graefe ; étudier l'oreille avec Wilde ou Toynbee ; examiner les affections de la gorge avec Gibb ou Mackenzie ; j'ai pu ausculter le cœur et les poumons avec Stokes ; avec Simpson et d'autres, j'ai pu parler des maladies particulières à la femme ; j'ai pu entendre Civiale, Symes ou Crampton sur la chirurgie en général, et ainsi de suite. Aujourd'hui, tout est changé ; et le laryngologiste et le gynécologiste restent dans les limites d'une sphère très étroite et plus restreinte, — voyant plus clair, sans doute dans ce qu'ils font, mais avec une moindre connaissance des désordres qui peuvent affecter d'autres organes avec lesquels celui qu'il traite est intimement lié. Nombreuses sont les remarques que l'on fait sur la *manie* des spécialités. Cependant les travaux du spécialiste, chacun dans son département propre, ont considérablement augmenté la somme générale des connaissances. Toutefois une grande partie de ces connaissances n'est utilisée par le spécialiste que dans la sphère étroite, et exclusive paraît il, de son intérêt exclusif. Il est pourtant assez rare de rencontrer un homme universel, *an all-around man*, comme on le dit, cependant lorsqu'un Jonathan Hutchison apparaît, tous, médecins comme chirurgiens, viennent lui rendre leurs hommages, car il a touché à beaucoup de choses et “ il n'a touché à rien qu'il n'ait embelli.”

Il y a quelques années, l'on s'est efforcé de réduire la classification des maladies. Erasmus Wilson, sur ses vieux jours, essaya dans un but thérapeutique, de ramener toutes les maladies de la peau à quatre chefs, clairement énoncés et facilement compris. J'ai suivi, comme vous le savez, ses divisions dans cet hôpital ; et à vous d'en dire les résultats. Mais avec les facilités sans cesse croissantes, qui sont mises à notre portée pour l'investigation de toute espèce de maladies, et avec les importantes améliorations qu'ont subies les méthodes de traitement, l'initiation n'est plus aussi facile. Cependant quand l'initiation est

enfin accomplie, l'on trouve qu'après tout, les principes de traitement ne sont pas beaucoup mieux compris, et que le diagnostic a fait un grand pas sur la thérapeutique. La séparation de la médecine d'avec la chirurgie en deux branches distinctes l'une de l'autre, semble avoir dépassé la portée du verdict d'une cour de divorce. Encore faut-il que l'une soit l'aide de l'autre, et que le divorce ne soit possible sans que l'intérêt de l'un et de l'autre n'en souffre. Cette dépendance mutuelle n'a jamais été aussi évidente que dans le temps présent. Il n'y a pas très longtemps, par exemple, dans toutes les affections de la poitrine ou de l'abdomen exigeant le secours de la chirurgie, le chirurgien était mandé, et l'opération était faite à la demande et sous la surveillance et la direction du médecin, dont il fallait suivre le diagnostic et qui avait appelé le chirurgien pour faire ce que plus de sang-froid, ou une main plus habile que la sienne, ou une connaissance plus intime de l'anatomie chirurgicale l'auraient rendu capable d'accomplir avec plus de sûreté. Comment les choses se passent-elles à présent? Les connaissances du chirurgien sur les dérangements internes du crâne, de la poitrine et de l'abdomen, doivent être si précises que toute son habileté en opérant doit être égalée et précédée par la justesse et l'exactitude de son diagnostic.

Le chirurgien qui trépane le crâne, en coupe les membranes et enlève une tumeur du cerveau, ou celui qui ouvre un abcès dans la substance propre du même organe, fait une opération qui ne demande ni une habileté ni une dextérité manuelle extraordinaire : un boucher ou un garçon de boucher pourrait en faire autant. Mais la location exacte, précise de la maladie ou du désordre qui se passe au dedans du cerveau, telle qu'indiquée à distance par le trouble fonctionnel, est l'un des plus grands triomphes de la chirurgie moderne, et c'est un pas vers la juste reconnaissance de la chirurgie comme science aussi bien que comme art. La multiplication des faits a atteint des proportions étonnantes et a induit les écrivains les plus accomplis sur la chirurgie, tels que Erichsen, à conclure que "les vieux sentiers de l'observation clinique ordinaire et de la pathologie de la salle d'autopsie en sont venus à un terme ; nous pouvons multiplier les faits déjà si soigneusement observés et rapportés d'une manière si admirable par des observations sans nombre dans tous les pays civilisés..... la chirurgie moderne leur devra son progrès..... dans l'application qui lui sera faite de ces moyens de recherche expérimentale qui occupent le monde savant dans le laboratoire tant biologique que pathologique..... où nous pouvons espérer trouver la solution de plusieurs de ces problèmes qui jusqu'ici ont confondu le chirurgien."

Les lignes qui séparent les spécialités, comme je l'ai déjà dit, sont

étroites, courtes et bien définies. Elles deviennent rapidement de plus en plus étroites, plus courtes et mieux définies entre les spécialités et surtout entre les spécialités chirurgicales. Que ce soit le public qui y gagne, c'est un point très contesté. Mais tandis que les lignes de démarcation qui limitent les spécialités entre des bornes qui se resserrent sans cesse, deviennent de plus en plus définies; celles qui séparent la médecine, en son entier, de la chirurgie, même dans les cas où, jusqu'à ces derniers temps, le médecin rejetait l'aide ou l'intervention du chirurgien, ont été négligées; le chirurgien a osé les franchir et entrer, même avec avantage, dans le domaine de la médecine.

Le domaine de la chirurgie s'étend donc rapidement, et les fractures, les dislocations et l'excision des tumeurs ne limitent plus le champ de ses travaux.

Il serait incompatible avec le temps dont je puis disposer, de traverser avec vous le champ de la chirurgie pratique, et de faire remarquer les points que l'on pourrait regarder comme des empiètements sur le territoire de la médecine. Je me contenterai d'énoncer les cas dans lesquels jusqu'à dernièrement, il ne fallait compter pour la guérison que sur les médecins et la médecine.

Dans la péritonite locale, que peut-on concevoir de plus hardi, de plus surprenant, et en même temps de plus satisfaisant, dans ses résultats, que le coup de bistouri de M. Lawson Tait dans l'aîne d'une femme souffrant, en apparence, de tous les symptômes de la fièvre puerpérale, parce qu'il y soupçonnait le pus par les symptômes seuls, mais où, comme il me l'a dit lui-même, il n'y avait aucun signe extérieur qui trahit sa présence, c'est-à-dire, sans gonflement ni sensibilité locale? D'une condition voisine du collapse la patiente revint à un état de santé parfaite. L'opération, il est vrai, n'était aucunement difficile—le premier venu aurait pu la faire—mais c'est le diagnostic qui tenait du prophète.

Le cas du Dr Leslie Phillips, opéré par John W. Taylor, F. R. C. S. est du même genre. Depuis que l'attention a été dirigée sur ce sujet, la mort par suite de fièvre puerpérale supposée, sera, il faut l'espérer, beaucoup moins fréquente qu'auparavant. Il est incontestable que c'est la chirurgie qui a trouvé le moyen d'y échapper. Ici, comme vous le voyez, le chirurgien vient à la rescousse de l'art obstétrical dans des cas qui, jusqu'à présent, faisaient exclusivement partie du domaine de ce dernier.

Dans les affections de la poitrine demandant l'intervention chirurgicale, le diagnostic doit être clair et précis. Dans l'empyème, non-seulement la quantité et la situation du fluide, mais même sa qualité doivent être diagnostiquées avant de procéder à l'opération. Dans la bronchectasie du poumon, la difficulté du diagnostic est incontestable;

toutefois faut-il qu'un diagnostic sûr précède tout procédé opératoire. Ici encore, le chirurgien sans récuser l'aide d'un autre dans la détermination du site et de la nature de la maladie, doit s'en rapporter principalement, sinon entièrement à son propre diagnostic.

Dans les maladies des organes abdominaux, la chirurgie a fait un grand pas.—L'hépatite, avec son cortège de souffrances, était réclamée comme appartenant à la médecine ; mais la chirurgie du foie a subitement pris de l'importance. Un foie douloureux, inflammé, et hypertrophié est maintenant soulagé et le patient guéri par Harley en enfonçant un long trocart dans la partie supérieure et convexe de l'organe, et en retirant une quantité de sang aussi grande que celle que l'on retirait du bras pendant les beaux jours de la vénésection. Les opérations pratiquées pour ouvrir les abcès hépatiques, ou pour enlever les tumeurs hépatiques ; la cholécystotomie pour pulvériser ou extraire les calculs de la vésicule biliaire ; la laparotomie pour la péritonite purulente ou persistante ; l'ouverture de l'abdomen pour arrêter une hémorrhagie interne sont toutes de date récente, et ouvrent un vaste champ, non pas à un brillant procédé opératoire, mais à un bien plus brillant diagnostic.

Je ne parle pas de la chirurgie hardie, ni de ce qu'on est convenu d'appeler *brillante* chirurgie ; toute opération bien faite est plus ou moins brillante. Je ne veux parler que de ces opérations, ou méthodes de traitement chirurgical, qui, étudiées avec soin et fondées sur un diagnostic d'une exactitude surprenante, ont été exécutées par des hommes qui ont su interpréter un trouble fonctionnel, ou un désordre général en remontant à leur cause locale avant d'y déployer l'adresse de leur art.

Pour ce qui regarde la chirurgie hardie, il n'y a que peu de chose à ajouter :

Dans les opérations pratiquées sur la gorge, Billroth a eu plus d'un imitateur, surtout en Allemagne.

L'extirpation du larynx a été pratiquée à plusieurs reprises ; mais les avantages qu'on en a retirés ne sont pas considérables. L'opération est formidable, et comme elle n'est pratiquée que dans les cas de maladie de nature maligne, la perspective d'une récurrence est si grande qu'on ne la pratique que sous des circonstances toutes particulières. La suggestion de faire la trachéotomie quelque temps, et non immédiatement, avant la redoutable opération de l'extirpation, est bonne et a certainement son mérite. Je puis pourtant prédire que cette opération ne sera pas longtemps en usage.

On peut dire la même chose de la thyroïdectomie, bien que l'opération puisse être pratiquée avec sûreté, vu qu'elle a été faite et répétée

fréquemment. Mais l'on a observé que l'ablation de la glande thyroïde a été suivie du développement d'une cachexie remarquable qui laisse en doute sur l'opportunité de l'opération. Aujourd'hui, on regarde comme préférable la division de l'isthme ou son énucléation partielle.

Le peu de danger que présente la section des parois abdominales a conduit à la castration des femmes mariées, non mariées, des veuves, des filles jeunes et vieilles, pour des troubles quelque fois réels, quelques fois, hélas ! purement subjectifs et ne donnant aucune évidence tangible de réalité objective.

On a pratiqué cette opération pour différentes causes : Atrophie des ovaires (problématique), cirrhose des ovaires (également problématique), hydrosalpingite ou œdème des ovaires (souvent plus ou moins problématique), hématosalpingite, (affection relativement rare), pyosalpingite, pur et simple ou résultant de la blennorrhagie—(maladie présumée sur une simple élévation de température), nervosisme aux formes multiples dont les manifestations hystériques causent tant d'erreurs, prolapsus de l'ovaire, péritonite localisée à laquelle on ne peut assigner de causes, péritonite locale dans laquelle les intestins et l'omentum sont agglutinés, péritonite pelvienne où les tubes et les ovaires sont adhérents, etc., etc ; état pultacé de l'ovaire, états inflammatoires après l'accouchement, surtout dans les périodes aiguës ou subaiguës, difformités qui feraient croire qu'une couche serait en toute probabilité fatale à la mère, myômes utérins dont le volume est embarrassant, tous les cas de myômes utérins chez les patientes de moins de quarante ans, rétroflexion ou antéflexion de l'utérus, épilepsie, hystéro-épilepsie, tous les cas d'affection mentale chez la femme !!!

Autrefois l'adage : *uterus tota mulier est* était d'une application générale ; mais l'utérus doit céder son importance aux ovaires dans les troubles mentionnés plus haut, bien qu'ils n'atteignent pas le volume d'un haricot.

Doit-on s'étonner de ce qu'on ait eu recours avec une fréquence alarmante à cette opération si avantageuse à tous égards,—véritable panacée contre tant de maux réels ou imaginaires ?

L'oophorectomie est aujourd'hui en beaucoup d'endroits à l'état épidémique, tant de ce côté-ci de l'Atlantique que de l'autre. Parfois, une autorité telle que Thomas Moore Madden, en Europe, écrit que l'opération de la laparotomie est pratiquée trop fréquemment et dans des cas douteux ; et Emmet, de ce côté-ci de l'Atlantique, s'oppose au courant, en disant que, pendant une année entière, il n'a vu qu'un seul cas de maladie des trompes où l'opération eut été opportune ; il ajoute que la patiente *refusa de s'y soumettre et recouvra sous quelques mois*



*une santé parfaite.*” Cependant tout le monde sait qu’Emmett opérerait dans un champ incomparable d’observation clinique. “ Dans un hôpital de Liverpool, dit le Dr Carter, on opéra l’ablation de l’un ou des deux ovaires sur plus de cent onze femmes en 1885, soit environ un tiers de toutes les patientes admises ! Cette multiplicité d’opérations s’est continuée en 1886, et a nécessité la création d’une commission d’enquête.”

Le Canada même a eu son contingent d’oophorectomiste et de *salphingitonistes*. Le journal *Upper Canada Lancet* a jeté à ce sujet un cri opportun d’alarme, puisque même dans notre *société médico-chirurgicale* de Montréal, on se plaisait à exhiber des ovaires que l’on retirait de ses poches de gilet ; et il est arrivé qu’un pathologiste aussi accompli que le Prof. Osler ait déclaré après minutieux examen, n’y découvrir rien d’anormal.

Quand cette épidémie se terminera-t-elle ?

Je ne sais ; mais je crains bien que ce ne soit avant que le nom de l’art divin de guérir n’en ait souffert ; j’espère cependant qu’aucun de ceux qui m’écoutent aujourd’hui, ne s’armera du couteau dans le but d’enlever ces annexes, sans la plus grave nécessité, avant d’avoir acquis une évidence objective, et seulement après mûre considération de la question sous le triple point de vue social, moral et médical et après consultation avec des membres de la profession.

---

## TRAITEMENT DE L’ALCOOLISME.

Dr A. H. PAQUET.

(Notes recueillies par M. J. H. BASTIEN, B. M.)

---

Dans l’alcoolisme aigu, on donnera l’acétate d’ammoniaque, ou des douches froides. Contre la stupeur et le coma, on prescrira le repos, la tête sera tenue élevée, on ôtera toute cause de compression du cou. Si le coma est plus profond : frictions, chaleur artificielle, stimulants de térébentine ou de sel 1 oz. par chopine d’eau, injections hypodermiques de strychnine ou d’atropine à petites doses et souvent répétées, inhalations d’ammoniaque, électricité sur les muscles de la respiration, emploi de la pompe stomacale suivi de l’ingestion de café fort et chaud.

Dans la forme convulsive on donnera 20 grs de chloral répétés à de courts intervalles jusqu’à ce qu’on ait donné 60 grs. Quand le malade ne peut le prendre on le donne par injection rectale. Si la circulation est faible et que l’action du chloral soit à craindre, on donnera la paral-

déide à la dose d'un drachme à un drachme et demi répété toutes les deux heures. Si avec ce dernier médicament l'on ne réussissait pas, on aurait recours aux inhalations d'éther. En outre on portera beaucoup d'attention au malade. Dans la manie, le chloral, la paraldehyde et le bromure de potassium sont très utiles. Jamais on ne se permettra de donner de l'alcool ; mieux vaut donner l'éther et les injections hypodermiques.

On ordonnera les thés de bœuf chauds, de bons bouillons avec un peu de capsicum, de petites doses d'opium selon le besoin. Au commencement je donne un bon purgatif. A la suite d'une orgie, on aura recours à la pompe stomacale, à défaut de la pompe stomacale on administrera une bonne dose de moutarde en nature, ou du sulfate de zinc et les injections hypodermiques. Le patient sera tenu couché et entouré de couvertes chaudes ; électricité sur les muscles de la respiration et frictions sur les extrémités.

Dans l'alcoolisme chronique on exercera une surveillance continue sur le patient ; on soustraira la cause première autant que possible, on se gardera bien de cesser tout-à-coup les stimulants. On ordonnera de bons bouillons, diète généreuse, les toniques tels que la Quinine gr j avec strychnine gr 1/200 toutes les heures. Autant que possible, on évitera l'opium. Bains froids ou chauds. On calmera l'angoisse de l'estomac par des bouillons chauds. On combattra l'anémie par les toniques ferrugineux ; car l'anémie existe toujours chez un ivrogne. Dans les cas de faiblesse mentale, on donnera l'huile de foie de morue, le phosphore gr 1/50, la noix vomique gr 1/4. On diminuera progressivement les doses d'alcool et on aura surtout soin d'éloigner les compagnons de désordre du patient.

Contre le delirium tremens qui arrive à la suite de l'alcoolisme, on placera le patient dans une vaste chambre bien éclairée et bien aérée.

On le surveillera pour qu'il ne s'évade pas. Le soir on lui donnera une dose de calomel et le lendemain matin, du sel et du séné afin de faire disparaître la congestion cérébrale. Bouillons, extraits de viande, infusions amères, le tout chaud surtout s'il y a vomissements.

Contre l'insomnie: chloral, paraldehyde, bromure de potassium, et jamais opium. Dans les vomissements opiniâtres: champagne, carbonate d'ammoniaque grs v à x.

Pour l'alcoolisme héréditaire, le traitement est le même, mais plus long. Contre la dipsomanie, on aura recours à la réclusion pendant l'attaque. Dans l'intervalle des attaques on se servira de l'arsenic, et la meilleure préparation d'arsenic est la liqueur de Fowler. Je ne conseille pas les maisons de santé, car jusqu'ici elles n'ont pas eu de grands succès.

## PNEUMONIE INFANTILE.

Par le Dr J. ASSELIN,

*Chargé du dispensaire des maladies des enfants à l'asile de la Providence,  
le 22 janvier 1887.*

Clinique recueillie par le J. H. BASTIEN, B.M.

MESSIEURS,

Chaque professeur au début d'une session scolaire, donne le programme qu'il devra suivre dans le cours de l'année ; vous trouverez bien que je me conforme à cette louable habitude.

J'ai, pour la première fois, l'honneur de lecturer devant vous, je compte donc sur votre indulgence. Mon unique but en commençant ces leçons, est de me rendre utile auprès de vous. Cette idée m'encourage, et je compte sur votre volonté et votre travail, pour m'aider à remplir avec intelligence et profit la tâche, du reste agréable, que je me suis imposée.

Nous allons avoir pour sujet d'études les maladies les plus importantes de la pathologie infantile. Je m'attacherai surtout aux états morbides, je pourrais dire les plus en vue, ceux qui se rencontrent le plus souvent dans la clientèle. Ces leçons seront donc essentiellement pratiques, ce sera leur seul mérite. Toutefois, si quelques cas rares se présentent je ne les laisserai pas passer sans attirer votre attention ; la curiosité est alors trop légitime pour ne pas la satisfaire. Les saisons me guideront dans le choix des maladies à étudier. Les petits malades que nous verrons ici, seront à votre disposition ; je vous engage donc à les examiner avec soin dans les plus petits détails et dans les cas les plus simples. Que vos yeux, vos oreilles et vos mains puisent ici les éléments si importants du diagnostic. Ne craignez pas de déshabiller physiquement et moralement, si je puis m'exprimer ainsi, tous vos petits malades. Ces éléments d'observation obtenus ici vous seront plus tard d'une grande utilité, lorsque vous serez aux prises avec une maladie infantile. Lors même que vous ne réussirez pas à guérir un enfant, les parents vous sauront toujours gré d'avoir pris tous les moyens possibles, pour parvenir à un bon diagnostic, base de tout traitement.

Nous aurons souvent à faire des visites à domicile, qui seront d'autant plus importantes, qu'elles se rattacheront à des maladies sérieuses ; je vous invite donc, à tour de rôle, à m'accompagner ; ce sera pour vous un noviciat.

Toutes les petites opérations vous seront confiées ; faites-vous la main ici, (permettez-moi cette expression) et vous vous éviterez par là de graves inconvénients pour l'avenir.

Tels sont les détails que j'avais à vous donner au début de ces cliniques. Travaillons donc ensemble consciencieusement, afin d'acquiescer le plus possible, et par là devenir médecin dans toute l'étendue du mot.

Messieurs, ma première leçon aura pour sujet, une maladie d'une grande importance dans nos saisons froides, je veux parler de la pneumonie franche, que l'on a aussi appelée primitive, inflammatoire, fibrineuse, croupale, lobaire. Aujourd'hui je ne m'arrêterai qu'à la forme ordinaire de la pneumonie franche infantile.

*Etiologie.*—Cette affection s'observe chez l'enfant, le plus fréquemment entre l'âge de deux à six ans. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; cependant elle peut se déclarer à un âge moins avancé de la vie. D'après Steiner elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Sur 1000 cas de pneumonie, il a trouvé 610 garçons et 390 filles. Bouchut a trouvé une égale fréquence.

Les causes sont les mêmes que chez les adultes.

Les enfants robustes pas plus que les enfants faibles, n'en sont exempts. Le froid semble être la cause occasionnelle la plus fréquente.

Dans quelques cas, les coups, les chutes détermineront cette maladie. Dans un certain nombre de cas, la cause restera ignorée. On rencontrera encore cette maladie dans le cours de la coqueluche, de la rougeole, de la variole, de la fièvre typhoïde, du rachitisme, du rhumatisme, du croup, etc. Elle récidive quelquefois.

*Anatomie pathologique.*—Ces lésions anatomiques sont les mêmes que chez l'adulte ; je laisse donc à M. le Dr Demers, votre professeur de pathologie interne, le soin de vous renseigner sur cette question.

*Siège.*—La pneumonie primitive, chez l'enfant, n'attaque ordinairement qu'un seul poumon et qu'un seul lobe. La partie supérieure est plus souvent atteinte que chez l'adulte.

Elle est aussi fréquente à droite qu'à gauche, cependant les pneumonies du sommet siègent habituellement à droite, tandis que celles de la base se portent à gauche. Quant aux pneumonies doubles, elles sont d'après les auteurs 8 à 10 fois plus rares que les pneumonies d'un seul lobe.

*Symptômes fonctionnels.*—Le début de la pneumonie lobaire, dans sa forme ordinaire, est caractéristique. Il y a frissons, vomissements bilieux, coloration des pommettes, plus prononcée d'un côté que de l'autre ; ce signe annonce de suite la localisation morbide. L'enfant a des alternatives d'agitation et d'accablement. La température dans les

premières heures s'élève à 40 degrés centigrades (soit 104 Fahrenheit) et s'y maintient à quelques dixièmes de degrés près, jusqu'au jour de défervescence. Les pulsations marquent 140 à 160 à la minute. Chez les très jeunes enfants, le corps est quelquefois le siège d'une rougeur érythémateuse, rappelant le *rash variolique*. Les convulsions chez ces derniers sont assez fréquentes, particulièrement, et je dirai même naturellement chez ceux d'un tempérament nerveux. La respiration est haletante, saccadée, douloureuse, abdominale; les enfants poussent du ventre comme disent certains auteurs.

Cette gêne de la respiration entraîne le battement des ailes du nez; des gémissements faibles mais continus, annoncent la souffrance et l'anxiété respiratoire.

Au-dessus de cinq ans, l'enfant se plaint d'un point douloureux occupant l'un des côtés de la poitrine; la respiration est difficile; on remarque une toux sèche, pénible, suivie quelquefois de l'expulsion de mucosités légèrement striées de sang. Les crachats visqueux, rouillés ne font pas généralement partie du cortège symptomatique de la pneumonie infantile. L'appetit est considérablement diminué et la soif augmentée; la langue est chargée d'un léger enduit jaunâtre, les lèvres sont rouges, sèches. Il existe en même temps et dans la plupart des cas de la constipation plus ou moins opiniâtre, entraînant à sa suite une céphalalgie plus ou moins intense.

*Symptômes physiques.*—Nous venons de voir en quelques mots les signes les plus saillants, les plus habituels de la pneumonie franche chez les enfants, passons maintenant aux signes physiques. La pneumonie, avons-nous dit, siège tantôt à la base, tantôt au sommet du poumon, de là donc, découle naturellement l'étude des signes physiques, résultant de la localisation inférieure ou supérieure de cette affection. Dans la pneumonie de la base, la respiration dès le premier jour devient voilée en bas et en arrière. Dans les 24 ou 48 heures qui suivent on constate des râles sous-crépitaux mêlés de souffle, de la matité, de la bronchophonie. Les vibrations thoraciques sont augmentées. A ce moment, il faut chercher, surtout dans l'aisselle les souffles et les râlés les plus fins. Je vous ferai remarquer, en passant, que l'on ne rencontre guère chez l'enfant le râle crépitant caractéristique de la pneumonie chez les adultes. Dans la pneumonie du sommet les signes apparaissent plus tard. Ce n'est que le quatrième ou cinquième jour que l'on perçoit le souffle et les râles dans la fosse sus ou sous-épineuse et surtout à la partie externe. A ce moment la percussion ne nous dit rien, ce n'est que le lendemain que nous constatons de la matité et un souffle tubaire intense dans toute l'étendue supérieure du poumon. Ces différences de symptômes physiques entre la pneu-

monie du sommet et celle de la base, s'explique facilement; la pneumonie du sommet est ordinairement centrale; les signes physiques doivent donc être perçus plus tard que ceux de la base.

*Marche.*—La marche de la pneumonie franche infantile a, comme dans son début, des caractères spéciaux. La température est, si je puis m'exprimer ainsi, dans ce cas le fil conducteur du diagnostic. En effet, après s'être élevée de deux ou trois degrés au-dessus de la normale, elle s'y maintient avec des rémissions diurnes de quelques dixièmes de degrés. Vers le troisième jour, il y a un léger abaissement de température. La défervescence n'arrive que le cinquième, septième ou neuvième jour, bien plus rarement le onzième ou le treizième. La moiteur des mains à laquelle s'ajoute quelques heures plus tard une transpiration générale et abondante, nous annoncera la crise véritable. Le visage est alors pâle, défait, le regard est terne, sans expression; en un mot la prostration est telle qu'elle alarme l'entourage. On constate une diminution marquée de la pulsation radiale en même temps qu'un abaissement considérable de la température, qui tombe même au-dessous de la normale, surtout lorsque la fièvre a été antérieurement très forte. La toux augmente de fréquence, devient plus grasse, plus facile et l'auscultation nous révèle des râles humides abondants.

La crise terminée, les enfants reviennent rapidement à leur vie ordinaire, l'appétit renaît, la gaiété naturelle à leur âge reprend ses droits, ce que vous constaterez avec beaucoup de plaisir par la présence des nombreux jouets que vous offrez de si bon cœur, vos petits malades. Parfois, cependant, vous découvrirez pendant une dizaine de jours des râles, du souffle, de la matité; mais ces signes disparaissent heureusement sans influencer la marche de la convalescence.

*Pronostic.*—Le pronostic de la pneumonie franche infantile est très rassurant quand elle est primitive, qu'elle n'attaque qu'un seul poumon et qu'elle n'est soumise à aucun traitement débilitant. La mortalité n'excède pas, suivant les auteurs, 6 à 8 par 100. La maladie est bien plus grave dans la première que dans la seconde enfance. Elle est encore bien plus dangereuse lorsqu'elle s'attaque aux deux poumons. Chez les enfants de un à deux ans, la pneumonie du sommet est d'autant plus sérieuse qu'elle se complique d'accidents cérébraux par le fait de la période de dentition qu'ils traversent.

Les signes fâcheux sont : dyspnée considérable, hyperthermie très forte qui dépasserait souvent le neuvième ou le treizième jour de la maladie; ce qui ferait craindre une complication pleurétique.

*Diagnostic.*—Lorsque vous serez appelés auprès d'un enfant qui présentera une fièvre ardente et continue, un pouls rapide, de la colo-

ration des pommettes plus prononcée d'un côté que de l'autre, une respiration courte, haletante, une toux sèche, douloureuse, gémissante, votre attention devra naturellement se porter du côté des poumons, et dans des cas aussi tranchés, vous pourrez presque *de visu* diagnostiquer une pneumonie au début. Malheureusement une symptomatologie aussi évidente se rencontrera assez rarement ; car bien souvent les symptômes subjectifs manquent en grande partie ; les renseignements recueillis auprès de la famille sont le plus souvent incomplets ou mal interprétés. Il ne vous reste donc que l'examen physique, qui seul vous mettra sur la voie, et qui vous sera d'autant plus utile, que vous serez plus minutieux, dans vos recherches. L'auscultation sera votre guide le plus sûr. Examinez souvent vos petits malades et à des intervalles rapprochés afin de suivre la marche de la maladie, dans les cas douteux, surtout dans la pneumonie centrale. En agissant ainsi vous éviterez des déboires et vous ne détruirez pas votre réputation par un diagnostic trop hâtif. Les symptômes du début, l'hyperthermie forte et continue, les symptômes gastriques (inappétence, nausées, vomissements) les convulsions pourraient faire croire au début d'une fièvre éruptive surtout de la variole ou bien de la fièvre typhoïde ; mais l'absence des symptômes prodromiques spéciaux à ces états fébriles et d'un autre côté les caractères objectifs et subjectifs énumérés plus haut vous mettront sur la voie.

Le diagnostic entre la bronchite, la pleurésie, la bronchophonie et la pneumonie sera étudié dans les cliniques subséquentes et dans leurs détails les plus intéressants et les plus pratiques.

TRAITEMENT. — Le traitement de la pneumonie infantile franche, sans complications, est des plus simples ; car la maladie a une tendance naturelle à la guérison. Dans les cas de fièvre moyenne, donnez des boissons agréables, rafraîchissantes et acidulées ; le lait et les bouillons seront très bien supportés. Lorsque la fièvre est plus intense, la quinine de deux à dix grains et même quinze et vingt par jour, suivant l'âge, produit de bons effets.

Les bains froids recommandés par plusieurs auteurs, comme antithermiques doivent être absolument rejetés dans nos climats. Pour faciliter l'expectoration vous ordonnerez le sirop de Gomme d'Épinette, qui est facilement pris par les enfants à cause de son bon goût, ou tout autre sirop pourvu qu'il soit agréable au goût et qu'il ne renferme pas d'opium. Les vésicatoires doivent être rejetés ; mieux vaut employer les cataplasmes saupoudrés de moutarde qui vous rendront de grands services par leur action locale et décongestionnante. Les stimulants alcooliques ne devront être donnés que dans le cas d'asthénie marquée. Ils sont indiqués dans la convalescence. Vous prescrivez en outre

dans cette période, des toniques : le fer, l'huile de foie de morue, le quinine, les amers. Une bonne alimentation et une hygiène bien suivie compléteront le traitement et vous assureront le succès. On doit aussi conseiller la position assise dans le lit plutôt que couchée.

Pour faciliter l'expectoration on peut faire usage de la prescription suivante, tout en se rappelant que le Sénéga provoque des vomissements chez les très jeunes enfants.

℞. Infusion de Sénéga,	5 iij
Carbonate d'Ammoniaque,	grs xx
Teinture de Scille,	ʒ ss
Sirop de Tolu,	ʒ vi

Dose : 1 cuillerée à thé pour un enfant de 10 ans, toutes les 3 ou 4 heures.

Dans la prochaine clinique nous étudierons les différentes formes que peut prendre la pneumonie primitive infantile.

## NOTES SUR LA DIPHTÉRIE.

La diphtérie emporte un grand nombre d'enfants, parce qu'on n'a recours au médecin que lorsqu'elle est passée à l'état de croup secondaire, lorsque, bien souvent, les concrétions ont envahi le larynx, la trachée, et même les bronches. Quand l'affection est à l'entrée de la *glotte*, un traitement local approprié peut encore l'enrayer ; quand elle est rendue plus loin, à quoi bon torturer son patient par des cautérisations inutiles ? Un semblant d'intervention par cautérisations pour plaire à la famille, aux amis, n'est pas praticable, lorsqu'on est moralement convaincu que tout escarotique est ici impuissant, intempetif. Il vaut beaucoup mieux avoir recours aux vomitifs afin de détacher les fausses membranes.

Lorsqu'on vient requérir nos soins pour un enfant malade depuis quelques jours, et qu'on nous dit qu'il est tranquille, étranger aux jeux de ses petits compagnons, somnolent, notre anxiété a raison d'être éveillée parce que l'on connaît le caractère pour ainsi dire adynamique de cette maladie, à son début. Si déjà deux ou trois jours se sont écoulés depuis qu'on a remarqué ce changement, on peut, à peu près, s'attendre à se trouver en présence d'un cas d'angine maligne, dont le pronostic est déjà douteux, vû que la marche de l'affection est rapide... Disons qu'il n'est pas toujours rationnel de se fier à la présence de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires pour baser son diagnostic



et porter un pronostic. Un très grand nombre de malades sont emportés par la diphtérie et n'ont pas présenté cet engorgement.

Implantée sur l'amygdale où elle est retenue par des mucosités visqueuses, la *concrétion diphtérique* y trouve un foyer, un terrain favorable à sa germination, à sa propagation aux tissus voisins par la chaleur et par les mouvements de la respiration qui l'entraînent du côté des organes respiratoires et dans les fosses nasales ou elle provoque des épistaxis. Il est assez rare que la diphtérie affecte d'abord la santé générale ; et selon la force du patient, il s'écoule quelques jours avant que les symptômes constitutionnels fassent leur apparition ; chez le patient faible et épuisé, elle suit une marche plus rapide et enlève plus vivement le malade.

C'est quand elle est locale qu'un traitement énergique peut amener la guérison de la diphtérie. Il ne faut pas oublier que la première chose à faire c'est d'isoler le patient autant que possible. Une bonne précaution est de répandre au moyen d'appareils appropriés, des vapeurs de phénol et de créosote dilués dans la chambre du malade. Le patient suivra une diète généreuse, consistant en vins, potages, bouillons, qui l'aideront à résister à l'action débilitante de la maladie. Plusieurs traitements locaux et généraux sont préconisés contre la diphtérie. La cautérisation au nitrate d'argent, le suc de citron, les irrigations phéniquées plus ou moins concentrées, les gargarismes de chlorate de potasse. Pour réussir il faut que le traitement soit vigoureusement poussé, les cautérisations devant alterner avec un traitement général, tonique et antiseptique, se succédant d'heure en heure comme suit : Cautériser les concrétions avec une solution de perchlorure de fer (60 grs à l'oz) nitrate d'argent, (60 grs à l'oz) chlorure de zinc (30 grs à l'oz) porté sur toutes taches suspectes au moyen d'un pinceau de poil de chameau, faire suivre les cautérisations des toniques ou analeptiques, en sorte que le traitement local et le traitement général se succéderont, non interrompus par intervalles d'une heure. Les vomitifs sont indiqués dès le début de la maladie afin de détacher efficacement les concrétions et prévenir leur renouvellement.

Dr D.

---

## A TRAVERS LA PRESSE ANGLO-AMÉRICAINE

---

Nous nous proposons, sous ce titre, de donner chaque mois un résumé bref et succinct de ce qu'il y aura de plus important dans les journaux de médecine de l'Angleterre et des Etat-Unis. Nous croyons

ainsi pouvoir rendre un service important à nos lecteurs, en les tenant au courant de tout ce qui se passe dans le monde médical de ces deux pays, et en même temps en leur donnant les traitements les plus nouveaux, ainsi que les diverses découvertes pathologiques qui peuvent leur être utile. C'est un fait incontestable que c'est par l'échange des idées, que dans la médecine, plus que dans toutes les autres sciences, jaillit la lumière sur bien des points obscurs, et en même temps c'est dans la lecture des journaux de médecine que le praticien trouve souvent telle ou telle formule qui peut lui être de la plus grande utilité dans ses luttes et ses travaux quotidiens. Ces notes et observations indiquées à la fin de chaque année par un index soigneusement préparé, serviront non seulement aux lecteurs pour le moment, mais lui resteront sur les rayons de sa bibliothèque comme une référence précieuse à tout moment.

Le *New-York Medical Record* du 8 janvier 1887 nous apporte un compte rendu de la séance de l'Académie de Médecine de New-York du 21 décembre 1886. L'on y discuta plusieurs questions de la plus haute utilité pratique. Entre autres fut celle de l'efficacité des *antipyrétiques* dans la fièvre typhoïde et de leur effet sur la durée et la mortalité de cette maladie. Le Dr Barvucht, conférencier sur ce sujet, discuta les divers moyens employés pour combattre les grandes élévations de température. Il vit dans ces symptômes le plus grand danger pour le malade, par suite de leur effet débilitant sur le cœur. Il termina par la conclusion qu'il est très important de combattre et de prévenir autant que possible toute température excessive.

Après une longue discussion la majorité des membres se prononça en faveur des moyens ordinaires pour combattre la fièvre, mais ils n'ajoutèrent pas foi au traitement héroïque pour atteindre ce but.

La *Section Obstétricale* discuta l'emploi des anesthésiques pendant le travail de l'accouchement. La majorité de ceux qui prirent part à la discussion s'accorda avec le conférencier en faveur de l'emploi du chloroforme lorsqu'il faut se servir d'un anesthésique quelconque. Quant à l'emploi de la cocaïne, personne ne semblait en voir l'utilité dans les accouchements. A ce sujet nous voyons que le Dr Hartshorne, écrivant au *Lancet* de Londres, recommande un composé de six parties de cocaïne avec vingt-quatre de vaseline, et vingt de glycérine, comme application locale durant la deuxième période du travail. Il affirme qu'une anesthésie en résulte qui exempte la patiente de beaucoup de souffrances.

La *Therapeutic Gazette* de Détroit, pour le mois de décembre contient plusieurs articles de la plus haute importance, entre autres

une explication de la manière dont la bromure d'éthyle peut produire la mort, et condamnant l'usage de cet anæsthésique comme tout-à-fait dangereux. L'effet de la quinine comme anti-périodique est expliqué brièvement d'après les travaux de notre ancien et illustre concitoyen M. le Dr Osler. D'après lui, la quinine a un effet toxique sur les microbes de la malaria et c'est ainsi que par leur destruction la maladie cesse entièrement.

Parmi les notes sur le progrès thérapeutique, nous trouvons plusieurs extraits des journaux étrangers. C'est ainsi que, d'après un journal italien, le thymol serait un ténifuge de premier ordre, mais les doses dans lesquelles le Dr Campi l'a donné peuvent apparemment faire autant de mal au patient que le tænia lui-même.

---

### EXTIRPATION DU LARYNX.

---

M. Henry Morris a fait, dans la dernière séance de la SOCIÉTÉ CLINIQUE, une communication sur un cas d'extirpation totale du larynx chez un homme de cinquante-neuf ans, atteint d'épithéliome de cet organe. La tumeur, qui datait de trois ans, n'avait pas dépassé les limites du larynx, mais elle gênait si fortement la respiration, que la trachéotomie était devenue nécessaire ; cinq mois après cette opération, le néoplasme, qui s'était développé du côté de la trachée, commença à déprimer la canule dont l'extrémité pressait sur la muqueuse et entretenait un état d'irritation très pénible. On se décida donc à extirper le larynx, mais le malade mourut huit jours plus tard dans le collapsus. L'autopsie fit voir que toute la masse cancéreuse avait été extirpée et qu'il n'existait plus de tumeurs secondaires.

M. Morris est d'avis que l'extirpation du larynx est indiquée dans certains cas rares et exceptionnels, lorsque tous les autres moyens de traitement sont restés sans effets. Il est essentiel que le néoplasme ne dépasse pas les limites du larynx. Lorsqu'après la trachéotomie, le malade souffre beaucoup de toux et de dyspnée, l'extirpation a considérablement diminué les souffrances du malade pendant les derniers jours.

M. Félix Semon a eu sous ses soins un avocat de cinquante-deux ans dont le seul symptôme subjectif était une aphonie survenue graduellement dans le cours d'une année. En examinant le larynx au laryngoscope, on s'aperçut que la corde vocale gauche tout entière était englobée dans une masse blanchâtre, verruqueuse, de la grosseur d'un haricot. On en excisa un fragment et on parvint ainsi à

diagnostiquer avec certitude un épithéliome. M. E. Hahn pratiqua l'excision de la moitié gauche du larynx, laissant toutefois en place le cartilage cricoïde. La tumeur était attachée par un pédicule assez épais à la paroi du ventricule gauche du larynx. La guérison du malade fut retardée par un catarrhe bronchique probablement causé par l'aspiration d'un peu de sang ; plus tard il eut une légère pleurésie, mais ces complications ne tardèrent pas à disparaître et maintenant l'opéré semble être tout à fait remis. Cinq mois se sont écoulés depuis l'excision du larynx et il n'y a pas trace de récurrence.

L'opéré ne porte pas de canule ; il avale sans difficulté et sa voix est redevenue si nette et si forte, malgré l'absence totale de la corde gauche, qu'il songe à reprendre ses occupations.

L'occlusion complète de la trachée pendant l'opération est un des points les plus importants, car l'entrée du sang dans les bronches peut devenir l'origine de graves complications.

On a tort de dire que l'excision du larynx doit être faite aussitôt que le carcinome a été diagnostiqué d'une manière certaine, car il arrive parfois qu'à ce moment-là il est déjà trop tard. En tous cas l'opération n'est admissible que quand la tumeur est limitée au larynx. L'excision et l'examen microscopique d'une petite partie du néoplasme ne doivent jamais être négligés dans les cas douteux.

M. Butlin a pratiqué l'excision partielle du larynx chez un homme de cinquante ans dont la voix était devenue rauque deux ans auparavant. Lors du premier examen laryngoscopique, la tumeur, qui siégeait sur la corde vocale gauche, ne présentait pas de signe évident de malignité ; le malade resta en observation pendant six mois et l'on excisa à plusieurs reprises de petits fragments de la tumeur. On s'aperçut alors que la corde vocale perdait graduellement sa mobilité et M. Butlin se décida, après consultation avec M. Semon, à extirper une partie du larynx. Dans le cours de l'opération, il découvrit que la tumeur avait envahi la face inférieure de la corde vocale droite ; il enleva cette dernière, ainsi que le ligament supérieur droit et toute la moitié gauche du larynx. Le tube de Hahn resta en place pendant deux jours, puis on le remplaça par un autre, plus petit. Le malade fut nourri au moyen d'un tube et d'une seringue pendant cinq jours et le septième jour on enleva le tube placé dans le larynx. Le malade guérit sans accident et au bout de quatre semaines il était assez bien pour retourner chez lui. M. Butlin l'a vu, pour la dernière fois, trois mois après l'opération ; à ce moment-là, toute la plaie était fermée, sauf une petite fistule à l'angle inférieur. Il n'y avait pas d'apparence de récurrence, la santé générale était bonne et le malade parlait d'une voix rauque mais distincte.

M. Lennox Browne n'approuve pas l'excision fréquente de petits fragments de la tumeur, faite dans le but de fixer le diagnostic. Il croit que ces irritations répétées peuvent donner un caractère de malignité à une tumeur bénigne. Le peu de temps qui s'est écoulé depuis les opérations de MM. Hahn et Butlin ne permet pas d'affirmer que la guérison est complète.

M. Fenwick a vu deux cas d'extirpation totale du larynx à la clinique de Thiersch, à Vienne. L'un des opérés parlait au moyen d'un larynx artificiel.

M. Pick a essayé dans un cas, d'exciser la tumeur avec toute la muqueuse environnante, mais en respectant le cartilage ; au bout de trois mois le cancer avait reparu et le malade ne tarda pas à mourir.

M. Butlin ne pense pas que l'excision répétée de petits fragments de la tumeur puisse avoir l'influence fâcheuse que M. Browne lui attribue. Il ne croit pas que l'extirpation totale soit jamais indiquée. Un seul opéré, celui de Hahn, a survécu plus de quatre ans ; sur 65 malades, 35 sont morts des suites de l'opération elle-même et 6 ou 7 seulement ont vécu plus d'une année. — *Semaine Médicale*.

DR KESER.

---

### Traitement antiseptique de la blennorrhagie

---

M. le Dr Bourgeois préconise dans les *Archives de médecine militaire* les injections antiseptiques employées dès le début de la blennorrhagie. L'affection est d'autant plus courte que les antiseptiques sont employés plus tôt et le traitement antiphlogistique et émollient des premiers jours serait inutile.

L'antiseptique auquel il accorde la préférence est le permanganate de potasse à la dose de 1 grain dans 3½ onces d'eau distillée. Il fait pratiquer quatre injections par jour : une le matin, une le midi, une à sept heures du soir et une la nuit. En pratiquer davantage, c'est fatiguer inutilement le canal. Il convient que le liquide soit tiède et il doit être injecté, suivant le conseil de M. Guyon, au moyen d'une petite seringue de verre, en deux fois : la première moitié, destinée simplement à balayer le canal, on la laisse s'écouler immédiatement ; la seconde doit être conservée quelques minutes. L'eau de savon ou le jus de citron enlèvent facilement les taches que le médicament fait sur les doigts et le linge.

Quarante-deux malades ainsi traités dès le début, ont guéri complètement sans complications ni rechutes en dix-neuf jours en moyenne (les termes extrêmes ont été six et trente jours.)

M. Bourgeois a obtenu des résultats analogues avec d'autres injections antiseptiques : le sublimé corrosif (2 drachmes et demi de liqueur de Van Swieten sur six onces d'eau distillée) ; le sulfate de quinine (1 gr. sur 80 d'eau distillée) et l'antipyrine (1 gr. sur 100 d'eau distillée). Ce dernier médicament, qui agit peut-être plus rapidement encore que les autres, a l'inconvénient de provoquer des érections et, pour cette raison, doit être abandonné.—*Gazette Médicale et Pharmaceutique.*

### LES FIÈVRES

M. Robin, établit que dans les fièvres il y a : 1<sup>o</sup> Rétention dans l'organisme de produits incomplètement brûlés et peu solubles ; 2<sup>o</sup> contrairement à l'opinion ordinaire, les oxydations sont diminuées ; 3<sup>o</sup> la destruction organique est augmentée en quantité considérable. On peut prendre comme type d'étude la fièvre typhoïde. Il est de croyance vulgaire que si la température s'élève, c'est que les oxydations augmentent. Or, rien n'est plus faux. Schutzensberger a démontré que, avant de pouvoir être oxydés, les résidus organiques doivent être d'abord hydratés et dédoublés. Or, ce premier stade s'accompagne tout comme le second (stade d'oxydation), d'un dégagement de chaleur, donc élévation de la température n'est pas synonyme d'augmentation des oxydations. Pour mesurer les oxydations, M. ROBIN établit le rapport entre l'azote total de l'urine et l'azote complètement brûlé, c'est-à-dire l'urée. C'est là le *coefficient d'oxydation des substances azotées*. Le *coefficient d'oxydation des sels* s'établit par le rapport entre le phosphore et le soufre totaux de l'urine et le phosphore et le soufre incomplètement oxydés. Le *coefficient des matériaux non azotés et non salins* s'obtient en faisant ingérer du benzol au sujet et en calculant le rapport qui existe entre le benzol introduit et le phénol constaté dans l'urine.

L'azote désintégré et complètement brûlé est normalement dans l'urine de 80 à 85 0/0 de l'azote total ; dans la fièvre typhoïde ce chiffre tombe à 70, 71, soit en moyenne 74 0/0. Il existe une proportion inverse entre l'urée éliminée et la gravité de la maladie ; dans les formes légères, M. Robin a trouvé 25 gr ; dans les moyennes 23,7 ; dans les graves 10,65. L'acide carbonique exhalé diminue chez le typhique : 83,8 au lieu de 100 chez l'adulte, preuve que les oxydations sont diminuées. Enfin les matières extractives augmentent dans le sang. Ainsi donc dans la fièvre typhoïde il y a exagération de la désintégration organique, c'est-à-dire exagération du combustible mis en

liberté, mais en même temps la puissance oxydante ne croit pas proportionnellement et la capacité respiratoire du sang diminue plutôt. La thérapeutique doit donc favoriser les oxydations au lieu de les entraver puisque l'on transforme par l'oxydation les produits de dédoublement et d'hydratation, résultats de la désintégration organique, toxiques et peu solubles en produits solubles et peu toxiques. Pour arriver à ce résultat il faut remplir plusieurs indications : 1<sup>o</sup> *Se garder absolument de tout ce qui peut entraver les oxydations*, quelle que soit l'action sur la température. M. ROBIN a étudié à ce point de vue les principaux antithérmiqnes connus. Comme exemple il donne des chiffres à l'appui des résultats que lui a fournis l'étude du sulfate de quinine. Il résulte de ces nombreuses recherches qu'à petite dose, 0,60 centigr. par exemple, il fait baisser le chiffre de l'azote total de l'urine sans changer notablement celui de l'urée, c'est-à-dire qu'il diminue la désintégration organique sans modifier sensiblement les oxydations, il diminue aussi la quantité du soufre et du phosphore éliminés. Il remplit donc parfaitement le but proposé. A fortes doses au contraire, il produit exactement l'effet inverse. Il est donc nuisible, dangereux même. Des recherches analogues permettent à M. ROBIN d'affirmer, chiffres à l'appui, que l'antipyrine, la thalline, la kairine sont également nocives, plus dangereuses même encore. — Le second principe thérapeutique doit être *de favoriser les oxydations*. C'est là que doivent trouver leur explication scientifique les vieilles méthodes qui consistent à renouveler l'air, à mettre des ventouses sur le thorax pour s'opposer à la stase qui gêne la pénétration de l'oxygène. Il est utile aussi de diffuser de l'oxygène autour du malade, de régulariser et tonifier le système nerveux et rien n'est aussi bon pour cela que les lotions et les bains froids qui augmentent la quantité d'urée et de CO<sup>2</sup> éliminés et sont donc d'excellents moyens d'oxydation. Quant aux médicaments oxydants directs tels que les permanganates, chlorates, bromates et iodates, M. Robin n'a obtenu dans ses expériences que des résultats nuls ou insignifiants. Les médicaments indirectement oxydants au contraire sont fort utiles : il faut citer d'abord l'alcool à petite dose et surtout les boissons abondantes qui sont le plus puissant des agents médicamenteux de ce groupe, car elles augmentent les oxydations et facilitent l'élimination. — *Progrès Médical.*

## DIÉTÉTIQUE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE

Par ALFRED LOOMIS, M. D.

La diététique de la phthisie pulmonaire est souvent l'élément le plus difficile comme le plus important du traitement efficace de cette maladie.

Voici les règles générales de pratique que l'expérience m'a fait adopter.

Trois choses demandent considération :

- 1o. Les aliments les plus convenables à la nutrition.
- 2o. En quel temps et en quelle quantité ils doivent être donnés.
- 3o. L'usage de principes digestifs artificiels.

Puisque le but à obtenir est le maintien de la meilleure nutrition possible et que l'on n'a à sa disposition que des pouvoirs digestifs relativement faibles, le choix de la nourriture ne sera pas déterminé seulement par leur valeur chimique comme produit nutritif, mais plutôt par la facilité avec laquelle ils seront assimilés.

Les meilleurs aliments sont ceux dont le système retire le plus de chaleur et de force pour la reconstitution de ses éléments, avec la moindre dépense proportionnelle de forces digestives et assimilatrices.

Le lait est certainement la meilleure nourriture de toutes *per se*, mais dans bien des cas et avec un pouvoir digestif relativement faible, la nutrition y gagnera davantage par l'emploi du koumys quoique moins riche en éléments nutritifs.

Parmi les albuminoïdes, les meilleurs sont les œufs et les viandes, spécialement le bœuf.

Les meilleurs hydrocarbonés sont l'huile de foie de morue, le beurre, la crème et la graisse animale. Les sucres et les amylacés doivent être évités autant que possible parce qu'ils ont une tendance à la fermentation et causent la dyspepsie tant gastrique qu'intestinale. C'est à peine si l'on trouvera un patient qui ait retiré quelque avantage de leur emploi. Ils ne devraient donc être employés dans la diète que comme variété et pour éviter le dégoût que la nourriture engendre par une diète trop monotone.

Le phosphore, si important surtout dans les cas de tubercules, se trouve dans la préparation des phosphates, lesquels ne devraient pas être donnés sous forme de sirops. Les légumes et les fruits peuvent être requis dans les premières périodes de la maladie pour éviter la monotonie, et plus tard pour satisfaire un appétit capricieux, mais ils



ne doivent être tolérés qu'en minime quantité et qu'en autant qu'ils ne contiennent que peu d'éléments sucrés.

Il faut reconnaître deux classes très distinctes de phthisiques : ceux qui sont au-dessous de trente ans et ceux qui sont au-dessus de quarante. On peut dire, en règle générale, que pour la première classe, la base de tout traitement diététique doit être les hydrocarbonés et les phosphates. Ils sont souvent les seuls agents curatifs chez les jeunes sujets. D'un autre côté les albuminoïdes doivent constituer le principal aliment de la seconde classe. Il est digne de remarque que souvent, dans la phthisie, les besoins qu'occasionnent la déperdition et la réparation rendent les jeunes patients, qui ordinairement ont de la répugnance pour les aliments gras, non seulement capables de prendre et d'assimiler mais même de faire preuve d'une prédilection marquée pour cette sorte de nourriture. Les sujets plus âgés qui, à l'état de santé se servent de plus de graisse que d'aliments albuminoïdes, sont capables de digérer une assez grande quantité de viande, tandis que les graisses leur causent de la dyspepsie intestinale.

Dans le choix des articles spéciaux de diète convenables à ces deux classes, il est important de se rappeler que les phthisiques passent par des périodes distinctes, quant à ce qui regarde leurs pouvoirs digestifs. La première période comprend le temps pendant lequel la digestion et l'appétit restent à l'état normal. La seconde commence avec les premières indications d'infection septique, elle est marquée par une pyrexie intermittente et par des troubles gastriques. Elle se continue jusqu'au temps où l'estomac se refuse à toute alimentation solide. La troisième période embrasse le reste de la vie du patient. C'est dans la première période que l'on peut obtenir les meilleurs résultats.

On devrait donc instituer une diète systématique, dès le premier soupçon d'une phthisie naissante. La diète n'est plus indifférente, mais on devrait s'attacher strictement aux règles suivantes :

Pour les jeunes patients on devra prescrire libéralement la viande, le beurre et la crème. Le lait, à la quantité de deux à quatre pintes par jour, constitue le principal breuvage ; d'autres articles seront pris avec réserve, et simplement pour éviter la monotonie ; chaque repas sera complété par une dose généreuse d'huile de foie de morue (1 oz. à 2). Les phosphates si favorables à cette classe de patients doivent être fournis en quantité suffisante mais seulement dans des préparations spéciales. Pour les patients de plus de quarante ans les viandes seront plutôt maigres que grasses, et en grande quantité. Deux à trois livres de bœuf, trois à quatre pintes de lait et trois ou quatre œufs doivent être donnés à ces patients dans les vingt-quatre heures.

Dans la seconde période, les changements porteront plutôt sur le mode de préparation des mets que sur les éléments qui les composent.

Toute nourriture doit être administrée sous une forme aussi divisée que possible et préparée de la manière la plus appétissante. Le bœuf peut être rapé ou haché avec un couteau mousse, la fibre ténue qui reste adhérente à la lame doit seule être employée et prise crue ou légèrement cuite, le point essentiel étant d'écarter la grosse fibre et de rendre la nourriture aussi agréable que possible au goût du patient.

Le lait doit être pris cru, bouilli, cuit dans une *custard*, caillé ou battu avec de la glace pilée et un peu de sel.

Les œufs sont plutôt pris crus ou légèrement bouillis. Le kounys peut en partie remplacer le lait et les divers peptones du bœuf, du lait, etc., et servira à relever les forces digestives tout en fournissant une précieuse nutrition ; on ne donnera l'huile de foie de morue qu'en émulsion fraîche. En pratique j'ai trouvé une émulsion très avantageuse d'huile, de pepsine et de quinine, lorsque les autres causaient de l'indigestion ou des éructations fort pénibles.

Dans la troisième période, alors que l'on n'espère plus que la prolongation de la vie, la diète forcée des premières périodes doit être abandonnée. Quand un repas copieux cause de la toux et des vomissements, avec l'épuisement comme conséquence, l'on se trouvera bien en diminuant la quantité de nourriture. Dans ces cas la nourriture réduite en quantité, et donnée plus fréquemment, consistera surtout en préparations déjà digérées artificiellement.

Il est d'usage de différer l'emploi des ferments digestifs jusqu'aux dernières périodes de la maladie, mais puisque la cure n'est guère possible que dans la première période, il semble plus sage de concentrer toutes ses forces sur la maladie à son début.

Lorsque l'on désire activer la nutrition, vingt à trente grains de pepsine avec quinze à vingt gouttes d'acide HCl, immédiatement après le repas et dix à quinze grains de pancréatine une heure plus tard, rendront le patient capable de digérer une certaine quantité de nourriture, laquelle autrement produirait une dyspepsie aiguë. Quand la digestion des amylacés fait défaut, ou demande du secours, la diastase peut être donnée seule pendant ou après le repas. Dans la seconde comme dans la troisième période, la digestion artificielle devient une nécessité.

On peut formuler ainsi quelques unes des règles les plus importantes qui président à la diététique de la phthisie :

1. Tout phthisique devrait prendre de la nourriture au moins six fois dans les vingt-quatre heures. Les trois repas entiers peuvent être pris de six en six heures avec de légères collations dans l'intervalle.

2. L'on ne donnera pas plus d'aliments que le patient n'en peut digérer facilement et complètement dans le temps prescrit.

3. L'on ne donnera jamais de nourriture au patient lorsqu'il souffre de fatigue corporelle, de dépression morale ou d'excitation nerveuse. Pour cette raison, le patient fera la sieste avant plutôt qu'après dîner. Alors un repos de vingt à trente minutes, même sans sommeil, facilitera plus la digestion que les préparations pharmaceutiques.

4. Autant que possible, chaque repas consistera de mets d'une digestion également facile ou mieux d'un seul mets.

5. Chaque repas sera composé de mets d'une digestion exclusivement stomacale ou intestinale, *i. e.*, les graisses, les amylacés et les sucres ne devront pas être mêlés aux albuminoïdes et les repas devront alterner sous ce rapport.

6. Dans les premières périodes, l'on ne devrait prendre que peu de liquide et plus tard les aliments solides devraient être continués aussi longtemps que possible.

7. Quand la présence de la nourriture dans l'estomac excite la toux, ou quand un accès de toux produit le vomissement, l'ingestion de tout aliment devra être remise après l'accès, ou l'on emploiera un sédatif approprié. Dans les cas extrêmes où toute tentative d'alimentation excite des nausées, des vomissements ou une toux spasmodique intense, l'on obtient d'excellents résultats par l'alimentation artificielle au moyen d'un tube stomacal en caoutchouc de consistance molle.

8. En autant que les forces le permettront l'on stimulera par l'exercice systématique l'assimilation et la désassimilation, et quand ce régime ne sera plus possible, l'on aidera la nutrition par un exercice passif et régulier.

Voici le menu de la première période. On fait une excellente soupe à la viande en faisant digérer du bœuf finement haché (1 lb) dans de l'eau (O 1) et de l'acide chlorydrique (5 gts) qu'on passe à travers un coton léger.

#### MENU :

Au réveil.—Lait chaud et eau de Vichy, un demiard de chacun, pris à intervalle pendant une demi-heure.

8 a. m.—Bouillie d'avoine à la crème et un peu de sucre, bifsteck peu cuit, et patates à la crème ; œufs légèrement bouillis, pain rôti avec crème ; petite tasse de café, deux verres de lait.

9 a. m.—Une demi-once d'huile de foie de morue, ou une once d'huile de foie de morue peptonisée et lait.

10 a. m.—Un demiard de soupe à la viande crue ; une mince tranche de pain.

11-12.—Sommeil.

12.30 p. m.—Poisson blanc, un peu de riz ; poulet rôti ou à la sauce ; chou-fleur ; pain rassis et beaucoup de beurre ; pommes cuites et crème ; lait ; Koumyss ou Matzoon, deux verres.

2 p. m.—Une demi-once d'huile de foie de morue, ou une once d'huile de foie de morue peptonisée et lait.

4 p. m.—Une bouteille de Koumyss ou Matzoon ; un *sandwich* de bœuf cru râpé.

5.30-6 p. m.—Repos ou sommeil.

6 p. m.—Une soupe à la viande ou au poisson ; bœuf ou mouton peu rôti ; épinards ; tranche de pain rassis ; pudding aux œufs ; crème à la glace.

8 p. m.—Une demi-once d'huile de foie de morue, ou une once d'huile de foie de morue peptonisée et lait.

9-10 p. m.—Une chopine de lait à la glace ; une tasse de soupe à la viande.

1-2 a. m.—Un verre de lait si le patient s'éveille.

—*Journal of Reconstructives.*

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

---

### Sur l'action de l'acétanilide (antifébrine.)

#### I

L'acétanilide  $C^6H_5AzHC^2H_3O$  peut être considérée—ou bien comme de l'aniline  $C^6H_5AzH^2$ , dont un atome d'hydrogène est remplacé par le radical acétyle  $C^2H_3O$ —ou bien comme de l'ammoniaque dont un atome d'hydrogène est remplacé par du phényle  $C^6H_5$ , et un autre par de l'acétyle. A ce dernier point de vue, elle mérite plutôt le nom de phénylacétamide. C'est un corps blanc cristallin, presque sans saveur, soluble dans environ 160 parties d'eau froide, et qui, depuis Gerhardt, avait maintes fois préoccupé les chimistes, mais jamais les médecins jusqu'à ces derniers temps où MM. Cahn et Hepp, assistants du professeur Kussmaul, firent connaître ses propriétés antithermiques et l'appellèrent, pour ce motif, antifébrine. La *Semaine Médicale* ayant analysé leur communication, d'ailleurs fort courte (Voir p. 358), je rappellerai

seulement ici que ces messieurs l'ont employée chez 24 fébricitants (1).

Dans une note sur l'antipyrine, M. A. Fränkel (*Société de Méd. interne de Berlin*, 18 octobre. — *Semaine Médicale*, p. 435) a mentionné, incidemment, l'action antithermique énergique du nouveau médicament, mais sans rien ajouter à ce qu'avaient annoncé MM. Cahn et Hepp.

J'ai moi-même étudié l'action de doses fortes et de doses *toxiques* d'acétanilide chez le chien, le cobaye et la grenouille (*Société des Sciences Méd. de Lyon*, séance du 20 octobre) (2); dans cette note, j'ai noté qu'elle calme les douleurs, notamment chez les tabétiques, et qu'elle doit être en conséquence considérée comme un médicament *nervin* de la plus haute utilité. La semaine suivante M. Mouisset, mon interne, a lu à la même Société un mémoire sur le traitement de 7 typhiques par l'acétanilide, et M. Aubert et moi avons complété l'étude de l'action de cette substance sur le sang (3). Enfin, M. Krieger (de Höchst-Frankfurt) vient de faire connaître les résultats qu'il a obtenus, dans sa pratique privée, de l'emploi de l'acétanilide chez 18 fébricitants, à savoir: 4 typhiques, 3 paludéens, 3 pneumoniques, 3 rhumatisants, 2 pleurétiques, 1 diphtérique, 1 fièvre puerpérale (4). D'après lui, c'est chez les typhiques et les paludéens que l'abaissement de la température est plus prononcé et plus durable; il le serait moins dans la pneumonie et la pleurésie, et moins encore dans la fièvre puerpérale. Il considère la dose de 0 gr. 4 d'acétanilide comme équivalant à 1 gramme d'antipyrine, tandis que MM. Cahn et Hepp l'avaient fixée à 0 gr. 25 (5). Il ajoute enfin qu'il l'a employée plusieurs fois avec succès dans les névralgies de la face.

M. Krieger, ainsi que MM. Cahn et Hepp, ne parle ni de l'action de l'acétanilide sur l'homme sain et sur l'animal, ni de l'effet de doses toxiques chez ce dernier. Je vais essayer de combler, au moins en partie, ce *desideratum*.

## II

Chez l'homme sain, une dose 0 gr. 50 ne produit pas, en général,

(1) Ces 24 cas se décomposent ainsi: Fièvre typhoïde 8 cas, érysipèle 5, rhumatisme articulaire aigu 2, phthisie pulmonaire 4, abcès 1, fièvre leucémique 1, fièvre pyémique 1, septicémie 1, pneumonie migratrice. (*Centralblatt für kl. Med.*, 1886, no 33.)

(2) *Lyon Médical*, no 44, paru le 30 octobre.

(3) *Lyon Médical*, no 45.

(4) *Centralblatt für kl. Medicin*, no 44.

(5) L'acétanilide employée par M. Krieger n'était pas de même provenance que celle de MM. Cahn et Hepp.

d'effet bien appréciable. Deux ou trois doses semblables dans les 24 heures, amènent le plus souvent une diminution de la quantité d'urine (1), parfois quelques sensations vagues, plus rarement de la constipation et de la somnolence, et fort exceptionnellement de la céphalalgie ou quelques nausées, sans vomissement. A dose plus forte, et continuée quelques jours, elle produit de la cyanose du visage et des extrémités, qui cesse aussitôt qu'on supprime le médicament; chez l'homme sain, je n'ai pas dépassé 4 grammes, aussi j'ignore ce qui adviendrait au delà.

Chez le cobaye, une dose de 0 gr. 3 par kilogr. d'animal (2) injectée en solution aqueuse concentrée chaude sous la peau, amène un notable abaissement de la température centrale et périphérique, un peu de ralentissement du cœur et un état d'inertie qui dure plusieurs heures et peut, ultérieurement, se terminer par la mort.

Chez le chien, 0 gr. 4 par kilogr. ingéré dans l'estomac, en suspension dans une petite quantité d'eau gommée, ne produit jamais de vomissement (si on a soin de maintenir un quart d'heure l'animal fixé dans la station verticale). Cette dose amène, au bout d'une demi-heure, un notable renforcement de l'énergie cardiaque et une légère augmentation de la tension artérielle, qui, mesurée au manomètre, monte de 16-18° C. à 17-20° C. De plus, j'ai noté une accélération des battements du cœur. A dose plus forte, l'abaissement de la température centrale est sensible; la tension artérielle peut tomber à 8 et la tension veineuse s'élever à 6 cent. de mercure; la respiration est haletante. Il n'y a pas d'émission d'urine.

Le sang artériel offre une coloration brun sale, variable suivant les individus pour une même dose. M. Aubert, chef des travaux chimiques de mon laboratoire, m'a fait constater de la manière la plus nette, par l'examen d'une solution aqueuse de sang, assez concentrée pour éteindre la partie du spectre située à droite de D, une bande fort nette, entre C et D, plus voisine de C, qui paraît caractéristique de la méthémoglobine et qui est identique avec celle qui est observée dans le cas d'intoxication par l'aniline. (Starkow. *Virchow's Archiv*; Bd. 52.) Dans un

(1) *Jamais* je n'ai vu l'acétanilide produire par elle-même l'augmentation de l'urine. Si un des fébricitants de MM. Cahn et Hepp a eu de la polyurie, celle-ci a été vraisemblablement un phénomène *critique*, et non un effet *direct* du médicament.

(2) Mes expériences sur l'animal ont été faites jusqu'ici avec une acétanilide très pure provenant de la fabrique Durand et Huguenin (de Lyon-Bâle).

(3) Cette altération peut être légère, même avec une intoxication assez avancée, car tous les sangs ne subissent pas de la même manière les effets de l'acétanilide, probablement parce que la formation d'aniline est plus ou moins active. *In vitro*, celle-ci ne paraît pas s'effectuer d'une manière fort sensible.

tel sang, les globules rouges ne sont pas altérés dans leur forme ; leur nombre n'est pas diminué (1), ce qui tend à faire penser que la méthémoglobine se produit sans destruction de globules, c'est-à-dire dans des conditions beaucoup moins graves pour l'animal, ainsi que l'a récemment montré M. le professeur Hayem ; le sérum n'est pas coloré.

Quand la couleur brune du sang est bien accentuée, si on retire de la carotide, avec les précautions convenables, une petite quantité de ce liquide et qu'on fasse le dosage des gaz, on trouve une diminution de plus de moitié de l'oxygène, l'acide carbonique restant en forte proportion. Voici un dosage type fait avec le plus grand soin par M. Aubert :

Quantité de gaz *sec* 0/0 de sang à 0° C. et à 760 :

O.....	8,32
CO <sub>2</sub> .....	41,52
Az. ....	1,96

La fibrine paraît diminuée, ainsi qu'il résulte de trois pesées, faites par M. Lecordonnier, mon préparateur.

A la dose susdite (0 gr. 4 par kilogr.), le système nerveux est déjà franchement touché ; le chien présente du tremblement, et même une parésie fort remarquable du train postérieur. L'intelligence est conservée ; l'animal refuse de descendre un escalier, ce qui prouve qu'il a conscience de sa faiblesse ; il n'est ni méchant ni craintif. A dose double, survient un état d'inertie complète : l'animal reste couché sur le flanc pendant plusieurs heures. Alors même qu'on marche sur ses pattes, il ne réagit presque pas, et à distance on le croirait mort, n'était la persistance des mouvements respiratoires.

A ce moment, le cœur n'est pas arrêté complètement par une excitation faradique du vague qui, avant l'intoxication, suffirait à arrêter ses battements. Cette diminution de l'excitabilité du vague m'a paru d'ailleurs minime (2).

Quant aux troncs nerveux périphériques, ils sont aussi un peu moins excitables, le tiraillement ou la faradisation du sciatique détermine des réflexes respiratoires, des manifestations douloureuses et une contraction de la patte moindres qu'avant l'intoxication.

C'est chez la grenouille rendue inerte par une dose relativement énorme d'acétanilide que l'on peut bien constater les effets toxiques de cette substance sur les nerfs. En effet, si on pratique à un de ces animaux la ligature de la racine de la cuisse, en respectant le nerf,

(1) Les numérations ont été faites par le docteur Leclerc, mon chef de clinique.

(2) Au début de l'intoxication, l'excitabilité du vague est un peu augmentée.

qu'on lui injecte 3 centigrammes au moins d'acétanilide en solution aqueuse dans le sac dorsal, et qu'on l'installe sur le myographe de Marey, on peut constater, au bout de peu de temps, en excitant le sciatique de l'un et de l'autre côté, avec un courant d'intensité égale, que le tracé de la secousse est *plus élevé et plus vertical* du côté de la patte préservée du poison. Ce fait prouve évidemment que la paralysie n'est pas exclusivement de cause centrale.

Chez une telle grenouille, fortement intoxiquée, le cœur, mis à nu, continue à battre des heures entières ; on observe seulement le fait, assez banal, de la diastole ventriculaire en deux temps, et la parésie des oreillettes qui restent gorgées de sang sans entrer en systole. Lorsque le cœur finit par s'arrêter, on peut souvent provoquer le retour de ses battements en instillant sur lui deux ou trois gouttes d'une solution au millième de sulfate d'atropine (1).

### III

Passons à l'action *thérapeutique* de l'acétanilide :

I. *Action antipyrétique.*— Dans la fièvre typhoïde, les effets antithermiques sont fort nets et analogues à ceux d'une dose plus que double d'antipyrine, on en trouvera la preuve dans les observations rapportées dans l'excellent mémoire de M. Mouisset. Faute de place, je ne puis entrer ici dans les détails, mais je crois utile de reproduire au moins une partie de ses conclusions :

“ On doit combattre la fièvre au moment de l'acmé, ou bien, si l'on connaît la marche probable de la température, il est préférable d'empêcher l'exacerbation de se produire en donnant une heure avant (dans un sachet) 0 gr. 50 d'acétanilide.

“.....Nos typhiques ont paru manifestement bénéficier des remissions provoquées par le médicament. Au moment des températures *minima*, qui d'ailleurs n'ont guère dépassé 37°, loin d'accuser une sensation de défaillance pouvant faire craindre le collapsus, ils éprouvaient un sentiment de bien-être et, en même temps, on constatait que

---

(1) Si on détache le cœur du corps d'une grenouille saine et qu'on entretienne ses battements par la circulation artificielle d'un liquide formé d'une partie de sang et de deux parties d'eau salée, on en augmente beaucoup l'énergie et on en diminue la fréquence par l'addition d'un peu de solution d'acétanilide. M. Favel, interne distingué des hôpitaux, élève de mon laboratoire, a vu le même phénomène se produire en employant au lieu de sang normal, le sang d'un chien empoisonné par l'acétanilide et renfermant par conséquent une proportion infime de toxique ; il l'a obtenu aussi en ajoutant au liquide 0,04 o/o d'aniline. En y ajoutant 0,4 d'acétanilide ou 0,15 d'aniline, le cœur ne tarde pas à s'arrêter.



le pouls était moins fréquent, l'énergie cardiaque nullement affaiblie, quelquefois même augmentée.

“ A la vérité, nous avons observé chez plusieurs de la cyanose et la diminution de la sécrétion urinaire ; mais il faut attendre de nouveaux faits pour décider s'ils constituent de réels dangers ” (1)

J'ai eu recours à l'acétanilide dans un cas de fièvre paludéenne des plus graves, en raison de la durée des accès quotidiens et surtout de l'anémie profonde où était tombé rapidement le malade. Le sang ne présentait, en effet, que 3,5 d'hémoglobine, et par la numération faite avec beaucoup de soin par M. Leclerc, mon chef de clinique, on ne trouvait que 1,020,000 globules rouges. Or les accès de fièvre avaient débuté depuis un mois seulement, et cet homme, qui exerçait la profession de terrassier, était auparavant fort robuste. L'acétanilide a coupé les accès, et elle n'a pas produit de cyanose. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de ce fait.

II. L'acétanilide est-elle *antiseptique* ? Cela est probable ; car presque tous les agents antipyrétiques sont antiseptiques vis-à-vis de *certaines* microbes. M. Krieger dit qu'elle est utile dans le traitement des plaies. Toutefois, dans le cas où on lui trouverait réellement un pouvoir antiseptique, il serait possible que celui-ci résultât, au moins en partie, de la mise en liberté dans l'économie d'une certaine quantité d'aniline. Celle-ci est certainement antiseptique. M. le docteur G. Roux et moi avons vu qu'elle empêche le développement ultérieur du *bacillus subtilis*, si elle est mise vingt-quatre heures en contact avec lui. Quant à l'acétanilide en solution saturée (dans des conditions où elle ne peut se décomposer), elle n'empêche pas le développement du *bacillus subtilis*. Nous ne savons encore si elle serait plus efficace à l'égard d'autres microbes.

III. *De l'acétanilide comme nervin.*—On sait que les douleurs fulgurantes des tabétiques font le désespoir des malades et des médecins. Jusqu'ici je les ai toujours vues se calmer comme par enchantement par une ou deux doses de 0 gr. 50 d'acétanilide (2). On pourrait sans inconvénient doubler au besoin cette dose, au moins chez la plupart des sujets. C'est au bout d'une demi-heure que les malades se trouvent soulagés sans éprouver d'ailleurs aucun phénomène concomitant. On sait que j'avais proposé, dans le même but, l'antipyrine à très haute dose ; mais celle-ci produit alors un sentiment d'ivresse désagréable aux malades, ou bien des douleurs gastriques. Rien de semblable avec l'acétanilide.

(1) *Lyon Medical*, no 45.

(2) *Lyon Medical*, août 1886.

Je l'ai employée deux fois avec succès dans des névralgies.

Dans un cas de sclérose en plaques, l'acétanilide a diminué le tremblement et augmenté la force du malade.

J'ai évité d'employer le terme d'antifébrine; on devine pourquoi: non seulement ce mot est hybride, non seulement il a le tort de remplacer par une désignation arbitraire un nom formé scientifiquement et qui indique à la fois la constitution chimique du corps et la substance qui lui donne *en partie* ses propriétés (l'aniline) (1), mais encore il est médicalement impropre, s'il est vrai, comme je le pense, que l'acétanilide est non seulement un antithermique, mais un puissant *médicament nervein* (2).

R. LÉPINE,

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

—*Semaine Médicale.*

#### ANTIPYRINE.

Formule:  $C_{11}H_{12}N_2O$ . Poids moléculaire: 198.

L'antipyrine est un di-méthoxy-chinazine découvert par L. Knorr (1884).

Le commerce la fournit en poudre cristalline d'un blanc gris, presque inodore, légèrement amère, soluble dans les deux tiers de son poids d'eau et dans une partie d'alcool ou de chloroforme.

L'Antipyrine précipite la matière colorante du vin, de sorte qu'il est préférable de la prescrire dans du sirop aromatisé.

ACTION PHYSIOLOGIQUE SUR L'HOMME.—Chez l'homme sain, l'antipyrine abaisse très peu la température, mais chez les fébricitants elle a une action défervescente très marquée en moins de 6 heures après l'ingestion d'une dose de 15 grains. L'abaissement de la température se maintient si on répète les doses.

Chez l'enfant l'action de l'antipyrine sur le pouls est insignifiante.

(1) Voilà pourquoi au point de vue biologique, le terme *acétanilide* est préférable à celui de phénylacétamide.

(2) En corrigeant les épreuves de cet article, je lis dans le no. 46 de la *Gazette hebdomadaire* (12 nov.), que M. Dujardin-Beaumez divise en deux classes les médicaments anti-thermiques: les anti-thermiques sanguins et les nervins, et qu'il range l'anti-fébrine dans la première classe. Je ne saurais partager cette opinion, selon moi trop exclusive. Je crois devoir encore signaler que mon savant collègue, se fondant sur une expérience unique faite sur un lapin, évalue à 60 grammes la dose d'acétanilide nécessaire pour tuer un homme. D'après mes expériences, cette substance est certainement beaucoup plus toxique.

Dans tous les cas, une dose excessive provoque une diaphorèse abondante.

L'antipyrine passe facilement dans les urines sans irriter les voies urinaires. D'après les expériences de Muller et les observations de Frankenberg et d'Umbach, une grande proportion de l'urée qui devrait être éliminée, est retenue dans le système par l'influence de ce médicament.

Jaccoud prétend que l'action de l'antipyrine sur la température ne s'étend pas aux organes internes.

Dans beaucoup de cas, l'antipyrine a produit sur le tronc et les membres une éruption érythémateuse semblable à la rougeole. Elle a provoqué quelquefois des vésicules remplies de sérosité sanguinolente.

Une femme souffrant de métrite-péritonite (?) prit cinquante-deux grains d'antipyrine en deux doses et tomba dans un collapsus profond et expira trente-deux heures après.—(*Lancet* février 1885). Strauss rapporte deux cas de collapsus après l'injection de 45 grains d'antipyrine. Welch rapporte un autre cas semblable avec une dose de dix grains.

Les épreuves entreprises afin d'expliquer l'action de l'antipyrine ont donc été contradictoires et insuffisantes dans leurs résultats.

USAGE.—Nous avons souvent protesté contre l'emploi de médicaments purement antithermiques dans le traitement des fièvres.

Tous les agents antithermiques démontrent que sous le couvert d'une haute température, chaque maladie fébrile présente un élément *spécifique* ; que ce soit un poison morbide défini, une altération de la constitution du sang, ou quelque changement des tissus solides. La fièvre de la phthisie, par exemple, a une nature différente de celle de la malaria et toutes deux sont différentes des exanthèmes aigus. Abaisser simplement la température, même la ramener à son degré normal, n'est pas du tout la même chose qu'enrayer la cause de la fièvre mais la cure dépend de ce dernier fait. Huchard et après lui Arduin, ont insisté sur le fait que seule une haute température n'exige pas l'intervention anti-pyrétique, et qu'une température qui est essentiellement normale dans une maladie, est excessive dans une autre. Les plus grands torts des anti-pyrétiques proviennent de l'oubli de ces lois et préceptes. Huchard a fait ressortir les différences d'action des fébrifuges : la *quinine* a un effet transitoire ; l'*acide salicylique* et ses sels sont incertains ; l'*acide carbolique* cause de la diaphorèse, de la congestion pulmonaire et du collapse ; la *résorcine* ne modère pas la fièvre hectique : elle cause du vertige et des troubles de l'ouïe, mais elle modifie légèrement la température dans la fièvre typhoïde ; tandis que la *kairine* quoiqu'elle abaisse transitoirement la température,

occasionne aussi des sueurs profuses et des frissons, et n'agit en réalité qu'après avoir causé de graves lésions du sang. (*Bull. de thér.*) Si l'on condamne l'usage de la kairine parce qu'elle cause des sueurs, la même objection vaut contre l'antipyrine, et cependant c'est dans la fièvre hectique de la phthisie que l'antipyrine est emphatiquement recommandée !

**FIÈVRE TYPHOÏDE.**—L'antipyrine n'abrège le cours, ni n'amoindrit la gravité de cette maladie. La seule indication de son usage, dans cette maladie aussi bien que dans les autres maladies fébriles, est l'hyperpyrexie ; mais son effet étant de diminuer l'urée et d'augmenter les sulfates de l'urine, les cliniciens les plus éminents l'ont condamnée d'une manière absolue.

**FIÈVRE INTERMITTENTE.**—L'antipyrine est ici sans valeur ; il en est ainsi dans la *méto-péritonite puerpérale*.

**PNEUMONIE.**—L'antipyrine a moins de valeur que les autres médicaments en usage.

**FIÈVRE HECTIQUE.**—L'antipyrine à la dose de 5 à 10 grains toutes les deux ou trois heures rend plus supportables les sueurs qui accablent le phthisique ; mais là se borne son action.

**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.**—Bamberger, qui est une très haute autorité sur le sujet, exclut d'une manière expresse l'antipyrine du traitement du rhumatisme.

**DIPHTÉRIE.**—L'antipyrine augmente la tendance naturelle de la maladie à produire la syncope.

Huchard admet les propriétés hémostatiques de l'antipyrine.

L'observation clinique de chaque jour confirme les appréciations que nous venons de citer, et nous permet de conclure avec Reihlen qu'à part un simple abaissement de la température, l'antipyrine n'exerce aucune influence favorable dans aucune maladie.

**ADMINISTRATION.**—Filchne propose de donner de 75 à 90 grains par jour en doses fractionnées, tandis que d'autres auteurs ne recommandent que 7 à 8 grains par jour. Demme recommande une dose de 3 grains pour un enfant de moins d'un an et 30 grains pour un adulte. Il est prudent de commencer avec une dose *minimum* que l'on augmente graduellement ou d'administrer la même dose à intervalles éloignés. L'antipyrine se donne dans de l'eau aromatisée. Par voie rectale, 60 grains produisent un effet plus permanent que 180 donnés par la bouche. En suppositoire, on administre 8 à 15 grains et même 30 dans du beurre de cacao, très utiles dans les hémorrhôides saignantes. En injections hypodermiques, l'antipyrine n'excite pas d'inflammation, si on emploie une solution de parties égales en poids d'eau chaude et d'antipyrine. Par cette méthode, un tiers de la

dose donnée par la bouche est suffisant et son effet plus prompt.—  
(Extrait du *National Dispensatory*.)

## CHLORHYDRATE DE COCAÏNE.

Formule :  $C^{17} H^{21} N O^4 H Cl$ . Poids moléculaire : 339,4. Le chlorhydrate de cocaïne est l'alcaloïde de l'erythroxyton coca.

*Action physiologique.*—Comme beaucoup d'autres nervins, la cocaïne excite d'abord puis émousse la sensibilité générale ; elle occasionne une confusion des idées et des sens, une sensation de bien-être suivie de bourdonnements d'oreille, de dilatation des pupilles, de pâleur des conjonctives, de céphalalgie, d'agitation, d'accélération puis de ralentissement des mouvements du thorax et du cœur, d'éruptions, de vomissements et quelquefois de sommeil. L'ingestion de deux grains de cette substance agit pendant 4 ou 5 heures, durant lesquelles il y a augmentation du pouvoir musculaire.

Les premières expériences qui ont été faites sur l'œil par Shakespear lui ont montré que deux gouttes d'une solution de 2 pour cent de cocaïne, instillées entre les paupières n'ont causé aucune douleur et ont rendu la conjonctive insensible en moins de cinq minutes, sans néanmoins abolir la sensation de contact et de température. Dix minutes plus tard la pupille avait atteint le double de son diamètre original et la vision devenait légèrement trouble ; après quatre heures la pupille et le pouvoir d'accommodation étaient revenus à l'état normal. On pourrait demander comment le coca peut être un stimulant nerveux, lorsque son alcaloïde, la cocaïne, est un sédatif nerveux. Ce n'est qu'une question de dose : tous les stimulants du système nerveux en deviennent les sédatifs lorsqu'on les emploie à haute dose, *e. g.*, la chaleur, le froid, l'alcool, l'éther, le chloroforme, etc. Tout le monde sait que l'on arrêterait toute fonction vitale du corps humain en administrant par la bouche une dose proportionnelle à celle qui suffit pour l'anesthésie locale d'une surface d'un pouce carré.

*Emploi de la cocaïne en Chirurgie.*— Le seul effet de la cocaïne est de prévenir ou de diminuer la douleur par son action anesthésique locale. C'est à la chirurgie oculaire qu'elle rendit d'abord de grands services. Koller en 1884 et après lui, Agnew, Moore, Roosa, Knapp et Mittendorf l'ont employée dans un très grand nombre d'opérations y compris le *strabisme*, la *cataracte*, l'*iridectomie* et les *blessures* de l'œil. La plus importante indication de la cocaïne est la nature spontanée ou la production mécanique de la douleur.

L'action anesthésique et astringente de la cocaïne la rend précieuse dans les maladies du *nez*, du *pharynx* et du *larynx*.

Elle est très utile dans beaucoup d'affections douloureuses de l'oreille; elle facilite les examens au spéculum et les opérations.

La cocaïne est le meilleur anesthésique de l'urètre et de la vessie.

C'est ainsi qu'elle rend de grands services dans les cas de *rétrécissements*, de *phimosis*, d'*hypertrophie de la prostate*.

Elle a été peu employée au traitement des maladies internes, mais son action est purement locale excepté si on donne la cocaïne à dose toxique. Elle est très utile dans le *cancer*, l'*ulcère simple*, les *névralgies*, l'*hématomèse*, le *mal de mer*, etc. Contre le mal de mer le Dr Manassein prescrit la formule suivante :

R Muriate de cocaïne,	o. 15 parties.
Alcool Rect.,	Q. S.
Eau distillée,	150 parties.

M.—Dose: Une cuillerée à thé avant le départ et ensuite toutes les deux ou trois heures, jusqu'à ce que tout danger ait cessé. Elle agit comme médicament prophylactique et curatif.

Mosler prétend avoir guéri un grand nombre de cas d'*asthme* par des injections hypodermiques de salicylate de cocaïne.

MODE D'ADMINISTRATION:—Avant d'appliquer la cocaïne on lave bien la partie avec une solution d'acide borique.

Dans la chirurgie oculaire on se sert d'une solution de 4 pour cent de cocaïne, on l'instille toutes les trois ou quatre minutes pendant un quart-d'heure.

Gilliam a observé qu'un mélange de cocaïne et d'acide salicylique rendit friable un prétendu épithélioma de la face et a permis l'emploi de la curette sans provoquer de douleur, sans doute parce qu'ici comme dans les autres cas la cocaïne agit comme anémiant et anesthésique. Le nitrite d'amyle serait probablement le meilleure *antidote de l'empoisonnement* par la cocaïne

## IODOL

L'Iodol est obtenu du Pyrrol en le précipitant avec de l'Iode dissous dans l'iodure de potassium. Il a été découvert par Runge en 1834 et préparé à l'état de pureté par Anderson en 1857. On le trouve dans l'huile animale empyreumatique et dans le goudron.

L'Iodol est une poudre brune, presque inodore, presque insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. Il contient 88.3 par cent de son poids d'iode.

En 1885-86, Silber, Ciamician et Mazzini ont employé l'Iodol dans le pansement des ulcères syphilitiques. Il a l'action stimulante de l'Iodoforme sans en avoir l'odeur désagréable. Ils l'employèrent en

poudre, en onguent ou en glycérolé d'après la formule suivante : Iodol 1 partie, alcool 16, glycérine 34. Après 5 ou 6 applications, une saine granulation se formait, l'engorgement glandulaire disparaissait.

L'Iodol semble agir comme caustique superficiel et forme une couche blanchâtre sur la surface ulcérée. Dans le *lupus* les injections d'iodol ont un pouvoir curatif puissant. Dans les affections fongueuses des articulations, la solution alcoolique d'Iodol enrayer les végétations et assure la guérison. Dans le cancer du rectum et de l'utérus, il favorise la cicatrisation. Appliqué en poudre fine ou en pommade, l'Iodol a rendu des services dans le *pannus*, l'opacité de la cornée, l'iritis séreuse et la blépharite, mais il est sans avantage dans la conjonctivite phlycténulaire. L'Iodol est appelé à jouer un grand rôle dans la thérapeutique gynécologique.

#### LANOLIN

Extrait gras de la laine du mouton. On l'emploie dans la préparation des onguents qui doivent être combinés avec une substance aqueuse.

La valeur médicinale du lanolin consiste dans la propriété qu'il a de pouvoir absorber son propre poids d'eau et presque deux fois son poids de glycérine. Il n'est pas du tout irritant pour la peau, mais ne la rend pas aussi souple que d'autres émoullients. Cette qualité en fait un précieux excipient pour l'application de beaucoup de préparations, telles que, le mercure métallique et ses sels, l'iodoforme, l'iodure de potassium, etc. Après une friction avec l'onguent de lanolin contenant 1/100 de sublimé corrosif, on peut s'apercevoir d'une saveur métallique dans la bouche. L'onguent d'acide carbolique à 5 pour cent, préparé avec le lanolin occasionne une sensation d'engourdissement dans la peau en cinq minutes, mais ne l'irrite pas. Frotté avec le doigt sur le dos de la main il est promptement absorbé, laissant la peau sèche avec une légère sensation de tension.

Lassar s'est servi d'onguents de lanolin dans 400 cas de maladies de la peau. Un cas d'*eczéma* du cuir chevelu et de la face a été guéri en une semaine par l'onguent, à 2 pour cent, de lanolin salicylique. Un cas d'*impétigo* a été guéri en 10 jours au moyen d'une pâte composée d'acide salicylique 2 parties, lanolin 50 parties, oxyde de zinc et amidon, de chacun 24 parties. Le *ptyriasis versicolor* avec prurit extrême, a été traité avec succès au moyen d'un onguent contenant : acide salicylique 2 parties, soufre 10 parties, et lanolin 88 parties. Dans nombre de cas invétérés de scabies, et surtout de sycosis et

autres éruptions acnéiformes, le lanolin a rendu de grands services ; dans toutes les affections où l'épiderme est épaissi ou durci, il enlève cet obstacle à la guérison. La pommade suivante est particulièrement recommandée dans la gale ; Naphtol 5-10, savon vert, craie, soufre et lanolin de chacun 25 parties. Le lanolin forme un excipient très approprié pour les onguents d'Iode, d'iodure de potassium, etc., que l'on applique sur les glandes engorgées, et toutes les fois que l'on veut faire ces applications sur le cuir chevelu, de même que pour les onguents dirigés contre la séborrhée, les écorchures, et les crevasses aux mains, le prurit de l'anus ou de la vulve, etc. Si l'on a en vue de ramollir la peau, on pourra diluer cet onguent dans 20 pour cent de vaseline ; mais dans les affections superficielles qui ne requièrent qu'une action adoucissante et protectrice, le lanolin peut être employé seul après avoir parfaitement lavé la peau avec de l'eau chaude et du savon, du son ou de la farine de blé d'inde.

O. Liebreich a confirmé les résultats obtenus par Lassar et il recommande fortement le lanolin comme un onguent très propre au massage, à cause de ses propriétés non irritantes.

#### SULPHOPHENOL

Sulphocarb. Aceptol. etc.

Formule  $C_6H_4.OH.SO_3H$ . poids moléculaire, 174.

Obtenu par l'action de l'acide sulphurique sur l'acide carbolique.

Le sulphophénol est un liquide visqueux de couleur rouge ou ambre, odeur ressemblant à celle de l'acide carbolique, d'une saveur caustique. Il est soluble dans l'eau, l'alcool et la glycérine.

**ACTION ET USAGE.** En 1884, Vigier a fait connaître l'action et l'usage de ce composé. (*Bull. et mém. de la soc. de thérap.*, juin 1884 p. 82). Il établit qu'il n'est ni caustique ni toxique. Il s'assura, par des expériences, de sa propriété d'arrêter la fermentation ; et démontra que l'urine qui le contient dans une proportion d'un quart à un pour cent, peut se conserver pendant des mois, sans entrer en putréfaction. Il en est ainsi du sang et autres matières animales.

Prise à l'intérieur, une solution contenant 5 à 10 par cent de Sulphophénol n'agit pas d'une manière toxique. Vigier prétend en avoir pris, sans inconvénient, 150 grains dans deux livres d'eau. Légèrement appliqué sur la langue, il cause une chaleur piquante et une sensation astringente, la muqueuse blanchit et s'exfolie en moins de 24 heures.

(SOLUTION 1 A 5 PAR CENT.)

Vigier la recommande pour le *pansement des plaies* et dans les ma-



ladies de l'utérus, de la vessie et de l'urètre, contre les *ulcérations cancéreuses* et les *ulcères* de toute nature.

Il insiste particulièrement sur la supériorité du sulphophénol sur l'acide carbolique en obstétrique et en chirurgie parce qu'il n'est ni irritant ni désagréable à l'odorat. En lotion, dans les fièvres éruptives et les maladies parasitaires de la peau, on se sert d'une solution d'un à 10 par cent. — (Extrait du *National Dispensatory* 1886.)

(Dans notre prochain numéro nous continuerons à faire connaître les médicaments récemment introduits en thérapeutique. — Note de la Rédaction.)

## FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE.

### DARTRES.

R	Pulv. Boracis,	3j
	Sp. Camph.	̄j
	Lin. Saponis,	̄ij
	Glycer.	̄j
	Aq.	̄xij

M. — Humecter au besoin la partie affectée.

### HÉMATÉMÈSE.

R Acid. Pyrogallic. gr x

Divisez en 10 prises égales — une prise dans une cuillerée à dessert d'eau toutes les demi-heures.

DR VEREZ.

### CÉPHALALGIE URÉMIQUE.

R	Pot. Citrat.	ḡj
	Inf. Digitalis,	} aa ̄ss
	Inf. Buchu,	

M. — A prendre 3 fois par jour.

DR DAY.

### MAL DE TÊTE — RHUMATISMAL.

R	Pot. Iod.	ḡj
	Tr. Cincho. co.,	̄j
	Colch.	̄j
	Aquæ Cinnamomi ad.	̄j × ij.

M. — Une cuillerée à table 3 fois par jour.

DR DAY.

## GUÉRISON DES VERRUES—(Hyde).

℞ Ext. Cannabis Ind. gr j  
 Acid. Salicyli. gr × viij  
 Collodion, ʒj

M.—Badigeonnez chaque jour les excroissances avec ce mélange.

## HÉMORRHAGIE "PORT PARTUM" (Chéron).

C'est à l'arséniate de strychnine que je donne la préférence. Si l'ergotine diminue l'hémorrhagie et en arrête le cours, la strychnine modifie d'une façon plus durable le volume de l'utérus et les pertes ultérieures.

℞ Strychniæ Ars. gr. ʒ  
 Ext. Belladonæ, gr. ij .

M. pour 20 pilules.

Une pilule une demi-heure avant les repas ou deux heures après.

En dehors de l'action spéciale que la Strychnine exerce sur l'utérus, elle possède une action tonique remarquable dont il est important de tenir compte.

## PHTHISIE PULMONAIRE.—(Jaccoud).

℞ Glycer., ʒ ss  
 Sp. vini. Gallici, ʒ ijss  
 Creasoti, gr. iv  
 Ess. Menthæ, gtt. j

M.—Une cuillerée à table 2 ou 3 fois par jour, ou bien :

℞ Ol. Morrhuæ. ʒ jss  
 Creasoti, gr. iv  
 Aquæ Menthæ. gtt. j

M.—A prendre dans la journée.

## BRONCHITE AIGUE.—(Wm. H. Thompson.)

Quand l'expectoration est difficile :

℞ Ol. Lini., ʒij  
 Pulv. Acaciæ, ʒj  
 Aquæ, ʒiij  
 Glycer., ʒvj  
 Syr. Simp. ʒj

M.—Fiat emulsio.

Adde : Ol. Gault. } aa gtt. × v  
 Ol. Cinnamomi }  
 Acid. Hydrocyanici, dil. gtt. × vj

Chloral, ʒij  
Morphiæ Sulp. gr. j

M.—Une cuillerée à table quatre fois par jour. Dans les cas où la respiration est très pénible, on ajoute à chaque dose 5 à 10 gts de Tr. Belladone.

*Pansement des Engelures.*—(Vigouroux.)

R. Calcis chlor. ʒss.  
Sodæ Bor. ʒij  
Axungia, ʒj

F. S. A. Ung.

*Prurit génital.*—R. Aquæ, ʒvj  
Aquæ Rosæ, ʒiv  
Chloral Hyd. ʒijss

M.—Lotion au besoin. Ensuite saupoudrez avec amidon.

## CHRONIQUE DES HOPITAUX

HÔTEL-DIEU DE ST-JOSEPH.—*Clinique chirurgicale.*—M. le Dr Hingston donne ses conférences de clinique chirurgicale les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à midi.

*Clinique médicale.*—M. le Dr. A. H. Paquet donne ses conférences de clinique médicale tous les vendredi et samedi, de une heure à deux.

*Chirurgie oculaire.*—Service de M. le Dr Ed. Desjardins.—Conférences sur les maladies des yeux, tous les jeudis, et *cours pratique de chirurgie oculaire.*

*Gynécologie.*—Le service de Gynécologie est sous la direction des Drs Hingston et Brunelle.

DISPENSARE D'OPHTHALMOLOGIE.—M. le Dr. Ed. Desjardins a établi, depuis quelques années, un dispensaire spécial pour le traitement exclusif des maladies des yeux.

Les étudiants y ont l'avantage de s'exercer au maniement de l'Ophthalmoscope et de suivre tous les cas.

DISPENSARE DE L'ASILE DE LA PROVIDENCE.—Service médico-chirurgical tous les jours.

*Pathologie et clinique infantiles.*—M. le Dr J. Asselin est spécialement chargé du dispensaire des maladies des enfants. Il donne tous les samedis des leçons de pathologie et de clinique infantiles. Examen des malades avant la conférence.

Les élèves de troisième et quatrième années sont libres d'accompagner le clinicien dans ses visites auprès des petits malades qui ne peuvent venir au dispensaire.

## CHRONIQUE.

Que n'ai-je la plume fine, alerte et gaiement satirique de *Simplice*—feu le Dr Amédée Latour,—l'inimitable chroniqueur de *L'Union Médicale* de Paris !

Que j'aurais plaisir à exploiter l'inépuisable mine de sujets intéressants qui s'offrent à mon avidité ! Il y a tant de questions de vivace actualité sans compter les bincttes professionnelles que je croquerais à l'emporte-pièce ! Que d'aimables médisances je me permettrais ! Quelle jouissance, chers lecteurs, et pour vous et pour moi ! Comme on s'épanouirait la rate à exercer notre *humour* sur les travers de l'espèce humaine en général et ceux de notre profession en particulier ! Quelles gorges nous ferions ! L'entrain serait tel que nous oublierions qu'il s'agit autant, sinon plus, de nous que de tel ou tel de nos confrères. L'illusion serait aussi délicieuse que complète. Oh ! le bon temps ce serait ! Tous de s'écrier d'une voix unanime :

“ Je dis que voilà une photographie fidèle, c'est du nu, chair et os ; rien n'y manque, ni la plus petite verrue, ni la plus légère trace de variole. C'est d'un réalisme chaud-vif !

Il n'en sera rien, je n'ai ni le talent ni le temps de vous intéresser à ce degré. Je sens bien, un peu, le besoin, des malins diront la manie de griffonner quelque chose, mais de feu sacré... point. Et puis j'ai constamment sous les yeux cette autre épée de Damoclès : *Donnez-moi deux lignes d'un homme et je le ferai pendre.*

Par bonheur, les Talleyrands sont rares dans ce siècle de diplomatie à courte vue et à petite échéance ; la *pendaison* est à la baisse et la *suspension* n'a plus rien qui épouvante.

Je viendrai donc, une fois par mois, converser avec vous sans gêne, sans arrière-pensée, sans façon, à la bonne franquette d'autrefois. Je vous parlerai comme si j'avais l'honneur de votre visite, et que, tout à l'aise, nous veillerions, intimes, entre cigare et café.

\*.\*.\*

L'idée de fonder cette *Gazette* ..... ! Eh pourquoi non ? Est-ce que le champ de la publicité médicale est si étroit, que plusieurs ouvriers n'y puissent travailler à l'aise ?

Nos confrères anglais n'ont-ils pas à leur service quatre journaux de médecine ?

Craignez-vous disette de sujets et par là monotonie de la *Gazette* ? Parmi les 2000 malades qui passent chaque année à l'Hôtel-Dieu et les 5000 patients du dispensaire de la Providence ; et les cliniques des

médecins et chirurgiens qui les visitent et la revue des ouvrages récents et des publications périodiques, et l'active collaboration d'un grand nombre de confrères ; n'y a-t-il pas là de quoi vous remplir plusieurs journaux, et, répondre à tous les goûts ? D'ailleurs, ce bon vieux soleil aussi impartial que généreux ne nous refusera pas la part de lumière et de chaleur à laquelle nous avons droit :

*Medium non deserit unquam  
Caeli Phebus iter, radiis tamen omnia lustrat.*

Et la profession médicale amateur des bonnes études ne saura-t-elle pas apprécier notre œuvre et lui accorder sa libérale faveur ? Allons donc ! *Alea jacta est !*

Est-ce tout ? mais non, ce n'est là qu'une partie de nos ressources.

Le programme d'études de nos collèges répond-il aux besoins des futurs aspirants à la médecine ?

L'enseignement de la médecine en cette province est-il à la hauteur des progrès des sciences médicales ?

Pouvons-nous le comparer, avec avantage, à l'enseignement donné dans les grandes facultés de France, d'Angleterre et d'Allemagne ?

Le mode actuel de l'examen pour l'admission à la pratique est-il de nature à faire ressortir les capacités de l'aspirant ?

Voilà quelques-uns des sujets qui intéressent la profession et que nous essaierons de traiter dans la *Gazette Médicale*.

Nous demandons aussi aux médecins une expression d'opinion sur ces questions de vital intérêt.

\*.\*

Je ne veux aujourd'hui rien préjuger, mais écoutez le cri d'amer regret et de juste reproche poussé, il y a bientôt cinq ans, par un éminent praticien :

“ Jetez, dit-il, s'il vous plaît, un coup d'œil sérieux et scrutateur sur toutes les écoles de médecine de la Province de Québec et dites-moi franchement combien nous avons de classes de gynécologie ? Et nos hôpitaux, combien de services spéciaux possèdent-ils pour l'application éclairée de cette science si utile (pourquoi ne pas dire si nécessaire ?) si importante et si positive.

N'a-t-on pas eu le temps de songer à tout cela depuis qu'on enseigne ici l'art de guérir ?

“ Qui d'entre vous, pendant qu'il était sur les bancs de l'école de médecine, a jamais entendu parler de gynécologie ou de pédiatrie ? Quand vous a-t-on dit un seul mot des quelques six cents affections qui torturent si douloureusement la femme et la conduisent prématurément à la tombe ?

“ Qui d’entre vous a vu traiter une affection de la matrice ou de ses annexes dans un service quelconque de nos hôpitaux, de nos dispensaires, de nos maternités et de nos prisons ?

“ Quand nous a-t-on montré un seul instrument de l’arsenal de la gynécologie ? Jamais, au grand jamais ! ”

Un élève disait, il n’y a pas des années : “ je suis en quatrième année et c’est le premier examen gynécologique qu’il m’est donné de voir. ”

Cette alarme n’est pas restée stérile : des services de gynécologie et de pædiatrie ont été créés à l’Hôtel-Dieu de St-Joseph de Montréal et à l’Asile du Dispensaire de la Providence comme on peut s’en rendre compte en parcourant notre petite *Chronique des Hôpitaux*.

Malgré ces progrès les reproches exprimés par notre ami ont encore une haute portée et trouvent, en certains quartiers, une application malheureusement trop juste.

Et nous, entrés hier en pratique, sans le plus léger bagage, même théorique, de gynécologie et de pædiatrie, nous savons le pénible embarras dont parle notre ami, nous avons senti la gravité de cette lacune dans notre enseignement. Comme lui, nous apprenons, tous les jours, *ce qu’il en coûte de travaux*—incessants—*pour parcourir cette route périlleuse qu’aucune lumière et qu’aucun jalon nous indiquent.*

\* \* \*

Et après...? Oh ! après, notre tâche ne sera pas accomplie : n’y aura-t-il pas lieu de se demander s’il ne serait pas à propos d’enseigner à nos élèves un peu d’histoire naturelle médicale, de leur donner un cours plus *complet* de pathologie générale ; de multiplier par quatre les vingt-cinq misérables leçons d’histologie exigées par la loi ?

Et l’histologie pathologique ?

Et la chimie et la physique médicales et la chimie biologique ? qui en niera la nécessité dans un programme complet d’études de médecine ?

Parlerai-je de la déontologie médicale dont je n’ai, hélas ! entendu parler qu’après l’avoir offensée *grièvement* ?

Parlerai-je des *gestes* de notre Bureau des gouverneurs ?..... sans doute il y aura là matière à gloser.

Ces élus de la profession ont devant eux une grande tâche : celle de réformer un peu l’enseignement médical en cette Province, de régulariser le mode des examens, etc., etc.

Il ne s’agit pas de discuter le nombre des Facultés de médecine mais plutôt la valeur de leur enseignement.

La tâche est belle et vraiment digne de toute l’attention de nos gouverneurs.

Voilà de quoi exercer la main de dix chroniqueurs comme moi.

\* \* \*

Une histoire de Velpeau :

On était alors en novembre 1849.

Un matin, gris et brumeux, à huit heures, un jeune homme nommé Dolbeau se présentait chez le concierge de la Charité ; et, d'une voix timide :

—Voudriez-vous, s'il vous plaît, m'indiquer le service de M. Velpeau ?

—Eh ! que lui voulez-vous, a M. Velpeau ? lui dit un petit homme à cravate blanche et à larges sourcils, qui lisait un journal dans le fond de la loge, et qui n'était autre que Velpeau lui-même.

—*Je voudrais le prier de m'apprendre la médecine*, répliqua naïvement l'élève.

—Montez dans la salle, riposta le petit homme.

Dolbeau sortit sans être plus renseigné qu'en entrant. Il franchit la première cour de l'hôpital, puis la seconde, ne sachant trop où il allait, lorsqu'enfin il rencontra un étudiant à l'air *bon enfant* :

—Pourriez-vous m'indiquer la salle de M. Velpeau ? lui demanda-t-il en tirant son chapeau.

—Mon Dieu, monsieur, suivez-moi, je me rends justement dans son service.

Le nouveau *carabin* suivit son *cicerone*.

Il attendait depuis dix minutes dans la salle en nombreuse compagnie, lorsque huit heures sonnèrent. Le sixième coup n'avait pas retenti, que la porte s'ouvrit et qu'un homme entra. C'était celui-là même qu'il avait trouvé chez le concierge et dont la vue et les paroles l'avaient effrayé.

Velpeau prit la feuille de présence, et fit l'appel de ses élèves en marquant au poinçon les absents. L'appel terminé, et jetant un regard scrutateur sur le groupe qui l'entourait :

—Où est donc celui d'entre vous, nouveau venu, qui *veut que je lui apprenne la médecine* ?

Dolbeau alors, plus mort que vif, et dont le visage passa, en moins d'une minute, par toutes les couleurs de l'arc-en-ciel, fut bien obligé de se montrer.

—Eh bien, mon ami, lui dit d'une voix douce l'illustre maître, je veux *bien vous apprendre la médecine*, mais TRAVAILLEZ !.....

Il y a dix années que j'ai lu ce joli trait, rapporté par Paul Labarthe, et, tous les jours, ce mot TRAVAILLEZ sonne à mon oreille.

Le travail ! le bon travail ! Quelle source d'inépuisables, d'indicibles jouissances ? Quel autre objet peut mieux remplir la vie de l'homme !

Sans travail, point de paix, point de satisfaction, point de progrès possible !

\* \* \*

Terminons par une spirituelle repartie du Dr Dolbeau.

C'était à l'hôpital de Lourcine ! on causait de Mourawieff et de sa cruauté envers les Polonais :

—Cet homme a un cœur de pierre, disait quelqu'un.

—Et son cœur lui est descendu dans la vessie, repartit Dolbeau.

Chacun savait, en effet, que le farouche Mourawieff était atteint de la pierre.

DR NOIR.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES

### OUVRAGES RÉCENTS

BERRY HART ET FREELAND BARBOUR.—*Manuel de gynécologie*, par D. Berry Hart, professeur d'accouchements et des maladies des femmes, à l'École de médecine d'Edimbourg, etc., et A.-H. Freeland Barbour, assistant du professeur d'accouchements à la Faculté de médecine, etc., avec une préface de P. Budin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. Paris, 1886. 1 vol. in-8° de 746 pages, contenant 9 planches chromolithographiées et 400 figures. Broch.

14 francs.

BINET ET FÉRÉ.—*Le magnétisme animal*, par Alfred Binet et Ch. Féré, médecin-adjoint à la Salpêtrière. Paris 1887. 1 vol. in-8°, de la Bibliothèque scientifique internationale.

6 francs.

BOLLES LEES ET HENNEGUY.—*Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique*, par MM. Arthur Bolles Lees et Henneguy, avec une préface de M. Ranvier, professeur au Collège de France. 1 vol. gr. in-8° de 500 pages.

12 francs.

BRODEUR.—*De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*, par A. Brodeur, docteur en médecine de la faculté de Paris. 1 vol. gr. in-8°, avec 5 planches en chromolithographie et 9 figures dans le texte 1886.

15 francs.

GILLES DE LA TOURETTE.—*L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal* ; les états hypnotiques et les états analogues, les suggestions criminelles, cabinets de somnambules et sociétés de magnétisme et de spiritisme, l'hypnotisme devant la loi, par le docteur Gilles de la Tourette, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Salpêtrière, préparateur du cours de médecine légale à la faculté. Préface de M. le docteur P. Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris. Paris, 1887. 1 vol. in-8° de 534 pages. 7,50 frs.

JACCOUD.—*Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1885-1886)*, par S. Jaccoud, professeur de clinique à la Faculté de Paris, etc. Tome III. 1 vol. in-8° avec 52 fig, intercalées dans le texte

14 francs.