

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES
<i>Quelques remarques sur l'usage du tabac en rapport avec la muqueuse de la bouche et des voies respiratoires, (par le professeur FOUCHER)....</i>	193
SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC. Séances du 5 et du 25 février 1897, (C. R. PAQUIN).....	199
SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME. Séances du 5 mars, 18 mars 1897.....	205
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.	
<i>L'acide picrique et son emploi, (d'ARCY POWER, MACLENNAN, ALLAN)..</i>	211
<i>Le traitement de la chlorose, (BARBIER, HUCHARD, LEGENDRE, FERRAND) discussion à la Société de Thérapeutique.....</i>	212
<i>La défense de l'organisme, (METSCHNIKOFF, RANVIER).....</i>	214
<i>Le traitement du rhumatisme articulaire par les bains d'air chaud, (STEWART).....</i>	216
<i>La gravelle intestinale, (DIEULAFOY).....</i>	217
<i>Le strophantus comme tonique cardiaque et diurétique, (BUCQUOY).....</i>	218
<i>La perte de mémoire dans l'épilepsie et l'éclampsie puerpérale, (SÉGLAS, CHARPENTIER).....</i>	219
CHIRURGIE.	
<i>Pathogénie et traitement du goître exophthalmique, (par le Dr CH. ABADIE), de Paris.....</i>	221
<i>Nouvelle cure radicale des hernies, (LIANNELONGUE).....</i>	225
<i>La conservation des instruments de chirurgie, (MARÉCHAL).....</i>	226
<i>Nouveau traitement des cystites tuberculeuses, (RAMOND).....</i>	226

(Voir la suite, page 3.)

“ Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique. Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETS.

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences odorifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptique—dans le traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses de toutes les régions, La Listerine occupe une place importante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la forme de gaz, d'éruptions acides et de fermentations dans l'estomac, il a été prouvé que La Listerine est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas, employée seule, par ouillérée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produira un soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire. Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète, Cystite, Hæmaturie et irritation générale de la vessie.

☞ Pamphlets descriptifs envoyés à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement de nos produits n'auront qu'à s'adresser aux Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par W. LLOYDWOOD, Agent.

En écrivant mentionnez le journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,
MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a transporté son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

POUR UN MOIS SEULEMENT AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1.25
“ “ “ “	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Farenheit.

Seringues Hypodermiques	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de
campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>De la lutte pour l'existence entre les jumeaux, (PORAK).....</i>	228
<i>De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta (JUGE).....</i>	232
<i>La stérilité par les antiseptiques, (BARET).....</i>	233
REVUE D'HYGIÈNE, <i>Le traitement hygiénique de la coqueluche,</i>	234
REVUE DE PÉDIATRIE. <i>Recherches sur la pathogénèse du rachitisme, (ETTORE).....</i>	239
ART DENTAIRE. <i>A nos lecteurs.—La carie dentaire</i>	243
<i>L'art dentaire dans la province de Québec.—Questions et réponses.—La carie dentaire en rapport avec les maladies d'yeux, d'oreilles et de tête. 245</i>	245
FORMULAIRE. <i>Formules diverses de sérum artificiel.....</i>	247
<i>Urétrite postérieure douloureuse.—Furoncles.—Sueurs nocturnes des phtisiques.....</i>	248
COURRIER DES HOPITAUX.	
<i>Hôpital Notre-Dame, notes du Dr W. DEROME, B. A.....</i>	249
<i>Hospice St-Joseph, notes du Dr JEHIN PRUME, ophthalmologiste.....</i>	251
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>L'Association Médicale Britannique.....</i>	252
CHRONIQUE.	256

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - **MONTREAL.**

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés. - - - - - **Discount de 5% au comptant.**

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries Gaiffe (de Paris)
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)
Dubois, etc.

La plus soignée et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

GALANTE FILS

FABRICANTS D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

2, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

TROUSSES ET INSTRUMENTS
pour Dissection et Anatomie
INSTRUMENTS ET APPAREILS DE TOUTS GENRES
pour la Physiologie

TROUSSES & BOÎTES MÉTALLIQUES

VIDES ou GARNIES
pour Médecins, Chirurgiens
et Accoucheurs.

TROUSSE-ÉTUVE

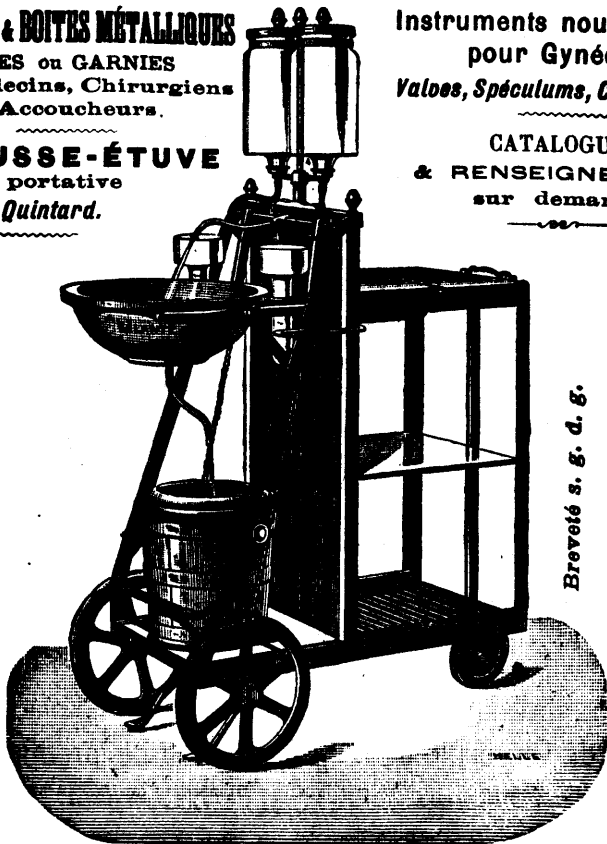
portative
du D^r Quintard.

Collections complètes
d'Instruments pour Amputations,
Résections et Trépanations.

Instruments nouveaux
pour Gynécologie :
Valves, Spéculum, Curettes, etc.

CATALOGUES
& RENSEIGNEMENTS
sur demande.

Seringues stérilisables du Prof. DEBOVE
18 modèles, tous de capacités différentes.



Breveté s. g. d. g.

Seringues stérilisables du Prof. DEBOVE
18 modèles de 2 grammes à 135 grammes.

CHARIOT-LAVABO.

MOBILIER OPÉRATOIRE ASEPTIQUE

Lavabos fixes et pliants. — Chariots-lavabos à 2, 3 et 4 fontaines. — Fontaines de tous genres, à supports fixes, à élévation, à treuil, etc. — Vitrines en glaces pour instruments. — Etagères fixes et mobiles. Tables à opérations.

INSTALLATIONS, DEVIS et PLANS SUR DEMANDE

N^o 24

AGENTS POUR LE CANADA :
D^r Ed. MORIN & C^{ie}, rue Saint-Jean, à QUÉBEC.

TRAVAUX ORIGINAUX

QUELQUES REMARQUES SUR L'USAGE DU TABAC EN RAPPORT AVEC LA MUQUEUSE DE LA BOUCHE ET DES VOIES RESPIRATOIRES

Par le professeur FOUCHER

Il y a quelques jours, je recevais d'un collégien une lettre conçue en ces termes : " J'aime à fumer le bon tabac et il me semble que cela aide ma digestion et me soulage d'une pharyngite.—Lorsque je ne fume pas, ma gorge enfle jusqu'aux oreilles (sic) mon nez est obstrué et je fais des efforts pour renvoyer mes aliments.— Je me demande si en réalité la pipe peut me faire du bien, car notre directeur et notre règlement nous défendent de fumer sans raison ni motif. Toutefois l'envie de fumer n'est pas plus forte que le désir d'observer mon règlement et je me conformerai à votre ordonnance."

Malgré ces protestations de dévouement à la règle et de soumission à l'autorité, on devine facilement un secret désir d'obtenir un certificat permettant l'usage de la pipe et même l'ordonnant, sous forme de prescription. En effet, si le tabac procure du soulagement, il est tout naturel de supposer qu'il sera prescrit ; mais, le point essentiel à établir est précisément celui de savoir si le tabac a une action efficace quelconque sur la muqueuse des voies respiratoires. La question m'a été posée à maintes reprises, elle revient souvent sous différentes formes et je suis persuadé qu'il n'y a pas un seul médecin qui, à un moment donné, ne se soit trouvé dans l'alternative de condamner l'usage du tabac, habitude qu'il chérit ; ou de l'approuver sachant très bien tout le mal qu'il peut produire.

Quelle est donc l'opinion que le médecin doit avoir sur cette question et quel conseil doit-il donner, lorsqu'il est appelé à le faire, sans tomber dans l'exagération de l'abstention absolue, ou de l'usage immodéré ?

La réponse nous est fournie par l'effet physiologique du tabac sur l'économie et par les modifications apportées à son usage dans le but d'en augmenter ou d'en atténuer les effets. Le tabac exerce un effet *local* et un effet *général*, tous deux bien distincts.

Localement, sur les muqueuses, sous forme de poudre à priser, de poussière à respirer, de feuilles à mâcher (chiquer), de fumée à respirer, enfin sous forme

de chaleur le tabac est un irritant. Par son *action générale* il s'attaque au système nerveux.

Quoique cette dernière action soit la plus importante par rapport aux troubles nerveux variés auxquels il donne naissance : amblyopie, amaurose, névro-rétinite, leptoméningite, paralysie etc., nous nous arrêterons à considérer surtout l'effet local du tabac sur les muqueuses.

Mâcher le tabac produit une salivation abondante suivie d'une sécheresse de la bouche et quelquefois d'une altération du goût. Lorsqu'on avale le tabac, l'irritation est portée plus loin vers l'œsophage, l'estomac et l'effet toxique est quelquefois mortel.

Appliqué en poudre sur la pituitaire, il active la sécrétion nasale, puis dessèche la membrane muqueuse et altère l'odorat. Il maintient une irritation constante qui se traduit par l'hypertrophie de la muqueuse qui recouvre les cornets et quelques fois par des polypes ; par des troubles du côté du pharynx et de l'oreille moyenne. Ces mêmes effets sont très communs et très appréciables chez les filles qui travaillent dans les manufactures de tabac, surtout celles qui *écotonnent*. Les poussières du tabac se logent dans toutes les infractuosités des cornets, encore plus efficacement qu'avec la prise ordinaire, la glande de Luschka est généralement hypertrophiée, les replis de cette bourse se remplissent de cette fine poussière et les mucosités qui s'échappent du nez et du pharynx en contiennent aussi en grande quantité. Nous avons actuellement sous traitement quelques cas de ce genre, et tous ceux que nous avons observés par le passé ont présenté à peu près les mêmes caractères.

Aspiré en fumé le tabac agit d'une façon différente parce qu'à son action irritante s'ajoute l'effet de la chaleur. Cet effet s'exerce d'abord sur les lèvres puis sur la muqueuse de la gorge. L'irritation des lèvres a été reconnue depuis longtemps comme étant le point de départ de l'épithélioma de cette région. Le fumeur invétéré se reconnaît à l'aspect de son pharynx buccal. Les piliers antérieurs et le palais mou forment une arche d'une couleur rouge vinée qui tranche nettement sur le reste de la muqueuse de la gorge. La luette est longue, œdématiée, épaissie, la paroi postérieure du pharynx participe à l'irritation et le fumeur sent le besoin constant d'expulser des sécrétions nuisibles.

L'irritation s'étend au loin vers le larynx et la voix s'en ressent dans un grand nombre de cas. Un de mes amis, le Dr X. un excellent ténor, s'apercevait depuis quelque temps que le matin au réveil ses notes étaient claires, excellentes, mais que le soir dans la veillée, ses notes élevées étaient faibles, éraillées, non soutenues. J'examinai sa gorge et trouvai un pharynx rouge viné comme on le rencontre chez les grands fumeurs. J'ordonnai l'abstention du tabac et le résultat fut satisfaisant et conforme en tout point à nos prévisions.

L'usage de la pipe, du cigare et de la cigarette offrent chacun un inconvénient et un plaisir particulier. Le fumeur de pipe blâme le fumeur de cigare et trouve insignifiante l'habitude de la cigarette. Pour lui, il n'y a que la pipe qui soit inoffensive, le cigare offre des dangers et la cigarette est un jeu d'enfant. Le fumeur de cigare a aussi sa manière de voir ; s'il s'entend avec le fumeur de pipe pour considérer la cigarette comme le géant considère le nain, il

en diffère du tout au tout quant à l'appréciation du plaisir et aux inconvénients inhérents à la pipe et au cigare.

Le fait est qu'il y a exagération de part et d'autre et que le fumeur de cigarette pourrait répliquer avec raison qu'il est le seul qui sache fumer et retirer du tabac tous les effets agréables ou nuisibles que l'on met au crédit de la nicotine. Il n'y a aucune différence à établir, ou du moins très peu, entre celui qui fume la valeur d'un cigare soit avec une pipe neuve, un porte-cigare neuf ou un porte-cigarette neuf. Toute chose égale d'ailleurs, supposant la même quantité et la même qualité de tabac, la somme totale de fumée et de nicotine sera la même avec une légère différence en plus représentant les cendres du papier de cigarette. La différence ne provient donc pas de là, elle résulte d'une comparaison inexacte entre les trois modes de fumer.

Celui qui fume un tabac fort en nicotine, dans une pipe, ne peut pas comparer ce qu'il éprouve avec ce qu'éprouve celui qui fume un tabac faible dans un cigare ou une cigarette. La qualité du tabac est le point essentiel : plus il est fort en nicotine plus son action est manifeste. Celui qui fume un tabac quelconque dans une vieille pipe encrassée n'éprouvera pas non plus le même effet que celui qui fume le même tabac, en même quantité, en cigare ou en cigarette avec un porte-cigare ou cigarette neuf. L'effet irritant de la chaleur diffère aussi dans chaque cas selon que le tuyau de pipe est long, non conducteur de la chaleur, ou que la chaleur arrive directement, sans atténuation, à la surface des muqueuses.

Un enfant peut faire semblant de fumer dans une pipe neuve et n'en éprouver aucune sensation, mais qu'il mette une vieille pipe vide entre ses lèvres et il ne tardera pas à éprouver les symptômes de l'empoisonnement nicotinique. Il y a donc deux sortes de fumeurs de pipes, celui qui aime les pipes neuves ou remises à neuf, et celui qui préfère les vieilles pipes.

Il y a trois sortes de fumeurs de cigares, celui qui fume directement le cigare entre ses lèvres, celui qui fait usage d'un porte-cigare toujours minutieusement nettoyé et remis à neuf et celui qui préfère fumer le cigare dans de vieux porte-cigares juteux.

Le fumeur de cigarettes n'est pas une quantité négligeable, il fume, et il fume beaucoup. Ces fumeurs sont partisans ou non de porte-cigarette mais ils se divisent en deux classes bien distinctes : ceux qui aspirent la fumée et la rejettent au dehors immédiatement, ceux qui avalent la fumée. Les premiers ne sont que des novices, ils ne sont pas passés maîtres en l'art de fumer ; le vrai fumeur de cigarettes appartient à la seconde classe, c'est un artiste, un gourmet de la cigarette.

De toutes les manières de faire usage de tabac, la plus nuisible est celle qui favorise l'extension de la fumée, l'absorption de la nicotine sur une plus grande surface. A ce titre, ceux qui fument la cigarette, en avalant la fumée, s'irritent et s'intoxiquent plus sûrement que le fumeur de pipe ou de cigare, qui n'avale pas la fumée. On peut fumer un gros cigare sans éprouver de malaise, tandis que trois cigarettes dont on avale la fumée donneront des nausées, des vertiges et une accélération du pouls.

Une longue respiration dirige la fumée vers le larynx, la trachée et les bronches, augmentant le champ d'irritation et d'absorption. Celui-là n'éprouvera aucun plaisir de fumer une cigarette à la façon d'un cigare, c'est-à-dire en expulsant la fumée tout de suite au dehors. Il lui faut obtenir un certain degré d'irritation avant de rejeter la fumée au dehors; sans quoi la cigarette ne lui fera éprouver aucun plaisir. Cette manière de fumer la cigarette tient son charme d'une irritation des branches laryngiennes et trachéales du nerf pneumo gastrique.

J'avais donc raison de dire que le fumeur de la cigarette peut retourner les reproches qu'on lui adresse et prétendre être le meilleur interprète des effets physiologiques de la nicotine.

On a reproché souvent à la cigarette de faire du tort à la santé, non seulement par la nicotine du tabac choisi mais aussi par le papier et les substances étrangères employées pour leur donner de l'arôme.

Le Dr Ledoux a fait une analyse de plusieurs marques populaires de cigarettes des Etats-Unis, et dans un rapport fait à l'académie de médecine de New-York, il y a trois ans, il affirme n'avoir trouvé que de la nicotine dans le tabac employé, et dans le papier, une quantité inoffensive de cellulose.

Il n'y a donc en général ni opium, ni cannabis indica, ni autres narcotiques dans les principales marques de cigarettes qui se vendent aux Etats-Unis et qui sont importées de là, au Canada.

Dégagée de ce côté, la cigarette n'échappe pas aux inconvénients communs à l'usage du tabac sous toutes ses formes. Elle en présente même de plus grands considérés à d'autres points de vue. Elle est le point de départ de l'habitude. Humble, modeste, petite et douce dans son prix, ses dimensions et ses effets, elle dissimule plus facilement sous ces riants dehors son action nuisible. Par ce fait même elle est plus accessible à la jeunesse et c'est là son plus grand inconvénient. L'histoire ancienne de la première pipe, mise en peinture par Brown, constitue un épouvantail qui en arrête un grand nombre, mais la fashionable cigarette fait le sujet d'une peinture plus gaie et l'on voit l'usage progressif fait la cigarette parmi les enfants et parmi les femmes. Jusqu'ici il n'y a que les demi-mondaines et les désœuvrées qui en aient accepté l'habitude, car la crainte d'une haleine à odeur de tabac, chez les femmes; si soigneuses de leur personne constitue une barrière qu'il sera toujours difficile de franchir impunément.

L'usage du cigare et de la cigarette fumés directement entre les lèvres offre un danger assez sérieux, et j'ajouterai assez commun, celui de l'inoculation de la syphilis et de la tuberculose. J'ai eu sous mes soins, il y a quatre ans, un jeune homme de 18 ans, qui a contracté la syphilis par la lèvre inférieure en fumant une cigarette contaminée. La maladie dans ce cas, traitée en commun avec mon excellent confrère le Dr I. Cormier, a même eu une gravité exceptionnelle, le patient est mort des suites de cette maladie deux ans plus tard. Pour le médecin qui a un tant soit peu d'expérience dans le traitement des jeunes filles et garçons employés dans les manufactures de tabac, mes remarques seront acceptées sans contestation. Les lèvres qui collent les robes de sumatra ne sont pas toujours les lèvres roses et vermeilles des vierges, ou, si elles sont pures

sous le rapport de la syphilis, elles peuvent être maculées autrement. Dans tous les cas le fumeur a intérêt à ne pas accepter sans inventaire ces sortes de baisers inconnus qui lui sont envoyés par procuration, quand même ils portent le sceau de l'état. Une autre source de danger provient des instruments en usage chez les marchands de tabac pour couper les bouts de cigares. Celui qui achète un cigare le *passé d'abord entre ses lèvres* puis le présente ensuite dans la lunette de la petite guillotine. Cette simple opération inoffensive, en apparence, offre un grand danger. Le couteau de l'instrument est maculé par la salive de tous ceux qui coupent ainsi le bout de leur cigare. Il est facile d'en tirer les conclusions.

L'habitude de fumer, en général, s'exagère ou s'atténue selon les sujets, leur âge, leur état de santé, leurs habitudes sédentaires ou actives, leur genre d'occupation, le lieu même où ils fument. On ne devrait tolérer l'usage du tabac, sous aucune forme chez les enfants et aussi longtemps que dure la période de croissance. Un enfant qui fume ou qui chique a nécessairement une santé mauvaise. L'organisme délicat, nerveux, ne peut que se flétrir par l'absorption quotidienne de la nicotine. Aussi est-il rare d'observer la santé chez les enfants qui fument ; la plupart sont pâles, petits, étiolés, dyspeptiques et leur peau jaune terreuse reflète l'état misérable de leur santé.

Il est donc du devoir du médecin de proscrire sévèrement l'usage du tabac chez les jeunes sujets, de même qu'il est de son devoir d'empêcher de jeunes filles, de jeunes garçons de travailler dans les manufactures de tabac où ils ruinent leur santé. Les directeurs de collèges ne devraient pas permettre l'accès de la tabagie à ceux qui, à 19 ou 20 ans, n'offrent pas une apparence de santé certifiée par le médecin. Les débitants de tabac ne devraient pas livrer de tabac aux enfants pas plus qu'il n'est permis de leur vendre de la boisson.

L'effet irritant et toxique du tabac dépend de la manière dont on en fait usage. Il y a moyen de fumer la pipe, le cigare ou la cigarette de façon à éviter leur action nuisible. Il faut éviter de répartir sur une large surface de muqueuse une fumée trop chaude, et imprégnée d'une trop grande quantité de nicotine et ce pendant un temps trop prolongé. C'est dire en d'autres termes qu'il faut fumer modérément, lentement, un tabac faible en principes actifs. Il faut éviter aussi de fumer au froid et surtout au froid humide. Il s'établit des alternatives d'inspirations froides et chaudes, chargées de fumée, qui produisent une congestion très active de la muqueuse du pharynx.

Pour éviter le danger de contagion et atténuer l'effet irritant du tabac et de la chaleur il est préférable de faire usage de pipes à longs tuyaux, de porte-cigare et de porte cigarette soigneusement nettoyés.

L'action du tabac est aussi beaucoup plus active, lorsqu'elle provient d'une agglomération de fumeurs réunis dans un appartement de dimensions modérées et insuffisamment ventilé. Un grand nombre d'affections catarrhales des yeux, du nez et de la gorge sont causées et entretenues dans ces conditions et ne peuvent être traitées efficacement qu'en faisant comprendre aux patients qu'il faut s'y soustraire d'une manière absolue.

Le tabac mâché n'est acceptable à aucun point de vue. Le tabac prisé

est encore conseillé par quelques médecins qui croient sérieusement qu'il peut agir à la façon d'une panacée contre les coryzas, les ophtalmies légères et les céphalalgies opiniâtres. Mon expérience ne confirme pas cette manière de voir; la prise ne réussit la plupart du temps qu'à aggraver le mal qui existe déjà, ou à créer de toute pièce celui qui n'existe pas.

Chez la classe nombreuse des fumeurs, il y a ceux qui échappent à la règle générale, et que les abus de toutes sortes ne punissent pas au moins d'une façon évidente. Il y a des fumeurs relativement modérés qui sont atteints d'amblyopie ou tremblement nerveux, tandis que des vétérans de la vieille pipe meurent à un âge avancé sans avoir jamais souffert des atteintes de l'empoisonnement par la nicotine.

Maxwell, le mentrier de Preller, fut enfermé deux ans dans la prison de St. Louis et pendant ce temps fuma une moyenne de 40 cigarettes par jour. Mulhall fit l'autopsie, examina le larynx et la trachée et ne put découvrir aucune trace de changement morbide sinon une fracture de l'os hyoïde produite par la corde du bourreau.

En résumé, tous les fumeurs ne sont pas empoisonnés et tous ne souffrent pas de lésions des muqueuses, quelques uns même abusent de la pipe sans inconvénients marqués, mais le tabac est en général nuisible ou inoffensif, suivant l'usage qu'on en fait. S'il est plus souvent nuisible qu'inoffensif c'est parce qu'on en abuse. Mais parce que l'usage du tabac peut, à certaines conditions, n'offrir aucun inconvénient, il ne s'en suit pas que le médecin soit justifiable de le recommander à titre de traitement. Nous possédons un arsenal thérapeutique suffisamment varié pour pouvoir nous dispenser de prescrire la nicotine, c'est pourquoi, mettant en pratique, au moins en qualité de médecin, les opinions qui viennent d'être émises, j'ai ordonné à mon jeune collègue de s'abstenir de fumer quand bien même il croirait en obtenir de bons résultats.



Apoplexie, (HARDY).—1. La mort dans l'hémorragie cérébrale n'arrive jamais qu'au bout de plusieurs heures, quand elle est assez forte;

2. La mort subite relève généralement d'une syncope produite par une lésion cardiaque, rupture du cœur;

3. Dans l'épilepsie, l'élévation de la température se fait tout de suite, tandis qu'elle n'a lieu dans l'épilepsie que plusieurs heures après l'attaque;

4. Dans l'urémie, le thermomètre baisse, tandis que dans l'apoplexie, il monte au bout de quelques heures;

5. On distinguera l'hémorragie cérébrale de la thrombose ou embolie à l'instantanéité du choc et à l'absence de phénomènes prémonitoires;

6. Quand les malades ont eu avant l'attaque des céphalalgies, engourdissements dans les membres, vertiges, quelquefois même vomissements, on a tout lieu de croire à un arrêt du sang (thrombose) de préférence à une éruption;

7. Dans l'embolie on a l'ictus bien net, bien grave, sans aucun avertissement;

8. Quelquefois dans les tumeurs cérébrales, l'individu est frappé d'apoplexie, dans ce cas, l'attaque a été précédée d'une céphalalgie à siège fixe : strabisme, amblyopie.

(LARAMÉE).

“SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC”

Séance du 5 février 1897.

Depuis longtemps les médecins de Québec s'accordaient à dire que l'existence d'une Société Médicale était devenue nécessaire pour la ville de Québec et les districts environnants.

Au mois de novembre dernier, un comité chargé de cette organisation se mit à l'œuvre.

Le 14 janvier, une réunion enthousiaste des médecins du district de Québec, tel qu'entendu par l'article 3973 des Règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province, se réunissaient à l'Université pour entendre le rapport du comité d'organisation et se constituer en société.

M. le Dr J. L. A. Simard, président du Collège des Médecins, appelé à la présidence, expose le but de l'assemblée, exprime toute la satisfaction que lui cause la fondation d'une société médicale à Québec, remercie cordialement tous les médecins qui se sont rendus à l'appel et félicite en particulier ceux qui sont partis de si loin pour s'associer à ce mouvement progressif. Aussi entrevoit-il pour la nouvelle société une longue existence féconde en heureux résultats.

Alors le secrétaire donne lecture du rapport du comité d'organisation, qui fut adopté à l'unanimité.

Ce rapport renfermait 1^o Tout ce qui avait été fait pour assurer le bon fonctionnement de la nouvelle société ; 2^o Un projet de règlement ; 3^o Un memorandum que tout médecin devra signer avant de devenir membre actif.

On procéda ensuite à l'élection des officiers.

Les messieurs dont les noms suivent furent élus pour l'année courante :

Président honoraire.....	Dr C. E. Lemieux, Québec.
“ actif.....	Dr J. M. Ahern, “
Vice-prés. honoraire.....	Dr J. L. A. Simard, “
1er Vice-prés. actif.....	Dr J. E. Ladrière, Lévis.
2e “ “ “	Dr S. Bolduc, St-Michel.
Secrétaire.....	Dr C. R. Paquin, Québec.
Assistant-secrétaire.....	Dr P. V. Faucher, “
Trésorier.....	Dr F. X. J. Dorion, “

Directeurs :—Les Drs L. Catellier, Arthur Vallée, J. P. Boulet, Alph. Marcoux, P. Coote, Albert Jobin, Arthur Potvin, tous de Québec ; Joseph Langlais, Trois-Pistoles, et Jules Constantin, Roberval.

Comité permanent d'organisation :—P. Coote, P. V. Faucher, Charles Verge, René Fortier, F. X. J. Dorion, Arthur Simard, Albert Jobin.

Alors le nouveau président monte au fauteuil au milieu des applaudissements enthousiastes de toute l'assemblée. Il remercie les membres de cette marque de confiance et exprime tout l'intérêt qu'il porte à ces genres d'association. Il croit qu'il est temps à la fin du 19^e siècle que l'on songe à fonder une Société Médicale à Québec. Il est vrai qu'on a déjà organisé ici quelques-unes de ces Associations, mais l'apathie des membres de la profession, le manque d'enthousiasme toujours si essentiel au soutien de ces sociétés, ont fait qu'elles se sont bientôt dissoutes, en rendant plus apathiques encore les mieux disposés. Il entretient l'espoir que la Société Médicale de Québec aura un bien meilleur avenir, vu qu'il y trouve tous les éléments d'une entreprise durable.

Hier encore, il était forcé de dire aux confrères étrangers que Québec ne possédait aucune Société Médicale. Désormais nous serons fiers d'affirmer l'existence de celle que nous établissons ce soir sous le nom de "Société Médicale de Québec."

Mais il ne suffit pas de la faire naître, il faudra l'alimenter. Pour cela, soyons enthousiastes; que chacun sache y apporter son temps et son travail et surtout soyons assidus, car c'est par le travail, l'enthousiasme et l'assiduité que nous réussirons.

Alors il fut proposé par le Dr Catellier, secondé par le Dr J. P. Boulet, que le titre de Président honoraire de la Société Médicale de Québec soit offert au Dr C. E. Lemieux, le doyen de la faculté de médecine à Québec.—Adopté à l'unanimité.

Proposé par le Dr M. D. Brochu, secondé par le Dr Alb. Marois, que les remerciements les plus sincères soient offerts au comité chargé de l'organisation de cette société pour le zèle et l'activité qu'il a déployé dans l'accomplissement de ses travaux.—Adopté par de vifs applaudissements.

Proposé par le Dr S. Geo. Paquin, de Portneuf, secondé par le Dr Arthur Lavoie, Sillery, que des remerciements soient offerts à M. le Dr J. L. A. Simard pour avoir présidé à la formation de cette société et de plus que c'est avec reconnaissance que nous avons appris que l'Université Laval mettait généreusement à notre disposition l'usage de cette salle et promettait de faire tout ce qu'elle pourrait pour assurer le succès de notre association.

Cette motion fut couverte d'applaudissements prolongés.

Viennent plusieurs motions d'usage, puis le président annonça pour la prochaine séance une conférence sur les Rayons X, par M^{gr} J. C. K. Laflamme, avec expérience et production de cas pathologiques. Après un dernier appel du président à la bonne volonté de tous, la séance est ajournée à la 3^eme semaine du mois de février.

Les travaux de chaque assemblée seront toujours annoncés un mois d'avance, afin de permettre aux membres de se préparer à la discussion de ces sujets.

Tout membre est prié de produire aux assemblées de chaque mois les cas pathologiques intéressants et les observations de sa pratique qu'il jugera à propos de communiquer.

La société sera toujours heureuse de prendre en considération les difficultés de la pratique que ses membres voudront bien lui soumettre.

Une copie des règlements sera adressée à tous les membres dès que la société les aura jugés suffisamment complets pour les faire imprimer.

Voici une copie du mémorandum présenté par le comité d'organisation et adopté à l'unanimité.

CONSTITUTION DE LA "SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC"

I.—L'association aura pour nom : SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC.

II.—Le but de la société sera l'avancement des sciences médicales et des sciences accessoires le maintien des intérêts professionnels par tous les moyens que la société trouvera bons.

III.—Le bureau enregistré sera à Québec.

IV.—Le lieu des réunions sera dans les salles de l'Université Laval.

V.—Les assemblées générales auront lieu une fois par mois.

VI.—La société se composera de membres "Actifs, Correspondants, Honoraires."

Sera membre "Actif" tout médecin autorisé, enregistré et dûment qualifié, résidant dans le district de Québec, tel que compris par le Collège des Médecins et tout autre médecin également autorisé demeurant hors du district, désirant devenir membre.

Sera membre "Correspondant," tout médecin qui, ne pouvant devenir membre actif, aura fait part à l'Association de quelque travail important sur un sujet professionnel.

Sera membre "Honoraire," toute personne de haute valeur professionnelle ou scientifique autre que les membres actifs ou correspondants.

VII.—Les termes et les conditions d'admission ou d'expulsion des membres seront prescrits par les règlements ou par le Conseil dont le rapport sera sujet à l'approbation de la Société en assemblée générale.

VIII.—Il sera exigé de tout membre lors de son admission une contribution annuelle de un dollar.

IX.—Les affaires de la Société seront redigées par un conseil composé de neuf membres (9) nommés annuellement par l'assemblée qui en déterminera les devoirs et les pouvoirs.

X.—La Société pourra recevoir les dons faits par les membres de l'association ou par toute autre personne s'intéressant au progrès des sciences et de l'art médical.

XI.—La Société par son Conseil pourra affecter sur ses biens, tel montant qu'il lui plaira pour atteindre le but de la Société, soit sous forme de prix offerts pour des concours organisés à cet effet ou de toute autre manière qu'elle déterminera en temps opportun.

XII.—Les biens et revenus de la Société ne pourront être affectés qu'à atteindre le but de la Société.

XIII.—Les séances de l'assemblée seront consacrées exclusivement aux questions qui intéressent la profession médicale.

XIV.—La Société pourra encore s'intéresser dans l'avenir à la publication d'un journal qui sera dans ce cas le journal de la Société, ou à la publication occasionnelle de ses minutes, règlements ou travaux faits devant la Société.

XV.—Aucun membre ne pourra publier ailleurs que dans les journaux de médecine, toute communication faite à la Société.

XVI.—Tout membre sera tenu de se soumettre aux règlements de la Société.

XVII.—La Société pourra être dissoute : 1° par le consentement unanime de ses membres ; 2° lorsque le nombre des membres actifs sera moins de cinq.

XVIII.—Au cas d'une telle dissolution de la Société, tous ses biens (argent ou documents) deviendront la propriété de l'Université Laval en reconnaissance des services rendus à la profession médicale par cette institution.

XIX.—Les étudiants en médecine des Universités pourront être invités aux assemblées mensuelles.

Séance tenante, les médecins dont les noms suivent signèrent la constitution

L. J. A. Simard.....	Québec
L. Catellier.....	“
Arthur Vallée.....	“
P. Coote.....	“
J. P. Boulet.....	“
L. N. Fiset.....	“
Arthur Potvin.....	“
F. Boulanger.....	“
P. H. Bédard.....	“
G. E. Martineau.....	“
C. Verge.....	“
R. Fortier.....	“
P. V. Faucher.....	“
M. Ahern.....	“
Alb. Marois.....	“
M. D. Brochu.....	“
E. Laberge.....	“
Ed. Lebel.....	“
Arthur Simard.....	“
Alph. Lessard.....	“
Art. Robitaille.....	“
F. X. Dorion.....	“
Alph. Marcoux.....	“
A. Mathieu.....	“
C. R. Paquin.....	“
S. Bolduc.....	St-Michel, Bellec

Arthur Lavoie.....	Sillery
J. B. Blouin.....	Montmagny.
J. A. E. Bédard.....	Ancienne Lorette
Jules Constantin.....	Roberval
Azarie Bédard.....	Jeune Lorette
Michel Moreau.....	
S. Geo. Paquin	Portneuf
Alf. Morisset.....	Ste-Hénédine
Thos. Savary.....	Pont-Rouge
C. S. Roy.....	Mastai, Beauport
M. H. Brophy.....	Ste-Foye
L. P. Legendre.....	Ste-Croix
Armand Marcotte.....	St-Basile
F. Joseph Langlais.....	Trois-Pistoles
Joseph V. Côté.....	Cap St-Ignace
J. M. MacKay.....	Ste-Foye.

Séance du 25 février 1897.

Le Président occupe le fauteuil. Le procès-verbal est lu et adopté. Les médecins dont les noms suivent sont admis à faire partie de la Société.

J. P. Deblois	Château-Richer
J. A. Dufresne.....	Deschambault
Auguste Hamel.....	Québec
Henri Simard.....	St-Jean Port-Joli
J. A. Bourget.....	Lévis
Eugène Larue.....	St-Flavien
J. Guérard	Québec
Eugène Paquet.....	
P. Synott.....	Eboulements
Tancrède Fortier.....	Ste. Marie, Beauce
N. A. Sirois.....	Fraserville
Art. Hébert.....	St-Raymond
Jules Taschereau.....	St-Joseph, Beauce
Henri Lacoursière.....	St-Victor
C. E. Vaillancourt.....	St-Anselme
J. Z. Triganne.....	Ste-Julie, Somerset
L. H. Sirois.....	St-Ferdinand
Philippe Lord.....	Lévis
B. E. Lahaye.....	Frampton
Jos. Théberge.....	St-Thomas
Philippe Picard.....	Fraserville
Malcolm Genest.....	St-Bernard
F. P. Boulanger.....	Lévis
Lauriault.....	St-Antoine.

Le Dr J. B. Blouin de Montmagny est élu Vice-Président de la Société pour remplacer le Dr J. E. Lafrère qui n'a pu accepter cette charge pour raison personnelle.

Mgr J. C. K. Laflamme, recteur de l'Université, qui devait faire tous les frais de la séance au moyen des rayons X, ne pouvant pas ce soir-là se rendre à sa promesse pour cause de santé, le Président, le Dr M. Ahern, se chargea d'intéresser une assemblée fort nombreuse avec la génération spontanée et l'asepsie. Inutile de dire que cette question fut traitée de main de maître. Toutefois Mgr Laflamme, que ce sujet intéressait énormément, s'étant rendu à la séance, trouva le moyen d'ouvrir une discussion très subtile et très intéressante à laquelle prirent part le Président et le Dr L. J. H. Simard, professeur de physiologie. Alors le recteur communiqua à l'assemblée une lettre de Paris, remerciant la Faculté Médicale de Québec pour sa généreuse souscription au monument Pasteur.

La prochaine séance fut fixée au 24 mars. C'est à cette séance que Mgr Laflamme donnera sa conférence sur les rayons X avec expériences et production de cas pathologiques.

Les membres sont invités à produire à cette séance tout ce qui pourrait toucher à cette question.

C. R. PAQUIN, M. D.,

Secrétaire.

Greffe osseuse dans les fractures.—PHELPS, dans une communication à l'Académie de Médecine de New-York, après avoir relaté un cas, parle du traitement des fractures dans le cas où les os n'arrivent pas à se souder. Il rappelle les tentatives qu'il a faites depuis 1890, pour arriver à un bon procédé. Sa méthode actuelle et qu'il emploie avec beaucoup de succès, consiste à prendre de nombreuses esquilles sur la jambe d'un chien et de les greffer dans le sens longitudinal. Ces esquilles deviennent des centres d'ossification et agissent d'une manière analogue aux lambeaux employés dans la greffe cutanée. Dans un cas, il a pris les esquilles nécessaires sur le genou d'un autre malade chez lequel une résection avait été pratiquée. Sur onze cas, l'opération a réussi huit fois.

Le professeur GRANCHER, de Paris, dans une clinique récente donnée à l'Hôpital des Enfants Malades, sur le diagnostic bactériologique et le diagnostic clinique de la diphtérie, a approuvé pleinement les conseils suivants, de MM. SEVESTRE et MARTIN : " Dans les cas d'angine, lorsque l'examen clinique révèle manifestement l'existence d'une diphtérie non douteuse, il faut, sans hésitation et le plus tôt possible, faire une injection de sérum. Lorsque l'angine est légère, au début, on peut, en général, attendre le résultat de l'examen bactériologique, mais à la condition de surveiller le malade avec beaucoup de vigilance et de se tenir prêt à faire l'injection pour peu que le mal fasse des progrès. Dans le croup caractérisé, le sérum doit être injecté le plus tôt possible... Bien plus, l'injection doit être faite même si les signes du croup sont encore incertains et pour peu qu'il existe quelques symptômes pouvant faire craindre l'envahissement du larynx... Même dans les cas où l'angine fait défaut et si on a quelque raison de craindre un croup d'emblée, il est préférable de faire une première injection, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique."

SOCIÉTÉ DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 5 mars 1897.

Dr NORMAND, de Trois-Rivières, au fauteuil.

Vomiques chroniques d'origine pleuro-pulmonaire.

Le Dr LAMARCHE présente à la Société un malade dont l'état général est assez satisfaisant mais qui, lorsqu'il a un accès de toux, rend par la bouche une quantité considérable de pus. Il peut même, en toussant à volonté, déterminer une vomique. Le patient a souffert, il y a dix-huit ans, d'une maladie grave de la poitrine. Est-ce une pneumonie ? est-ce une pleurésie ? Les renseignements donnés par le malade ne sont pas assez clairs pour porter un diagnostic probable. Depuis cette maladie, il a toujours toussé ; puis l'expectoration, peu à peu et lentement, est devenu plus abondante. Mais il n'a jamais cessé de travailler, excepté à de courts intervalles. Il y a deux ans, cependant, comme il maigrissait et se sentait plus faible, il se rendit à Denver, dans le Colorado. On lui conseilla de revenir dans son pays sans l'éclairer davantage sur la nature de sa maladie. Son état s'est alors aggravé ; il toussait nuit et jour, de manière à ne pas dormir vingt minutes de suite, et rendait beaucoup de matière. Un ami lui conseilla de prendre de la glycérine dans du wiskey ; il en fit usage ; sa toux se calma, ainsi que l'expectoration ; il engraisa rapidement de neuf livres ; son appétit devint meilleur. Aujourd'hui il se sent beaucoup plus fort, mais ne travaille pas cependant. Son sommeil est bon, il ne souffre d'aucune douleurs (il n'en a jamais eues), ne transpire pas la nuit ; il est constipé.

Le malade a une figure amaigrie ; les pommettes sont saillantes. Il n'est pas cachectisé cependant. Le côté droit de la poitrine est déprimé, les espaces intercostaux rentrent en dedans à chaque inspiration. La percussion donne de la matité sur toute la surface postérieure et latérale du lobe inférieur droit. Aux sommets, à l'auscultation, on n'entend que de légers craquements humides. Sur toute la surface mate, il y a absence de bruit respiratoire ; on n'entend que des frottements pleuraux. Absence de gargouillement, de souffle amphorique, d'égo-phonie, etc., Il y a du souffle au cœur à la pointe.

Il s'agit probablement d'une vieille pleurésie purulente qui s'est fait jour à travers le parenchyme pulmonaire et les bronches, ce qui arrive quelquefois, quand la pleurésie est inter-lobaire. Peut-être aussi s'agit-il d'un abcès du poumon à la suite de pneumonie. Aucun symptôme ne donne à penser que le pus vienne du foie ou de la colonne vertébrale.

Le cas est intéressant à cause de sa durée, qui met en évidence la grande tolérance du tissu pulmonaire à la suppuration. L'organisme du malade a aussi supporté merveilleusement bien ce surmenage. A l'analyse bactériologique,

on a trouvé des staphylocoques, des streptocoques, des coli-bacilles, mais pas de bacilles de Koch. L'on n'a pas constaté, au microscope, la présence de membranes d'hydatides ou de crochets d'échinocoques; il ne s'agit donc pas d'un kyste hydatique. Les vomiques ont une odeur fade, alliécée, mais non gangréneuse.

Ataxie locomotrice; sclérose en plaques; myélite diffuse.

Les Drs BENOIT et LAMARCHE présentent à la Société trois malades du service du Dr Rottot, atteints tous les trois d'une maladie de la moëlle épinière à localisation différente. Obs. I.—M... est âgé de 42 ans. Il a été d'abord pilote, puis commis de magasin; il a perdu, dernièrement, sa place dans une grande maison de commerce. C'est un alcoolique syphilitisé il y a trois ans et non soigné. Sa santé, jusqu'à présent, avait été satisfaisante, il sentait, cependant, des crampes dans les gras de jambe. Sa vue diminuait depuis un an. Le 7 février, sur la rue, il est pris de faiblesse dans les jambes, de douleurs dans les mollets, dans le dos, de vertige, et se sentant très mal, il se fait conduire à l'hôpital. Il passe une nuit assez agitée; douleurs dans les jambes, douleurs dans les côtés, en ceinture, et dans la région lombaire, vis-à-vis les reins. Ténésme vésical; il se lève six à sept fois pour uriner. Le matin, il y a de l'œdème aux jambes, œdème qui disparaît dans la journée. Le malade se remet peu à peu de cette crise de douleurs nerveuses, et reste pendant quelques jours sous observation. La douleur dans les mollets persiste, s'étend aux talons; le malade se plaint qu'il n'a pas de sommeil, qu'il a froid dans le dos, que sa mauvaise vue ne lui permet plus de lire. Pas d'abolition des réflexes rotuliens, ni d'atrophie musculaire, ni de contracture; rien de particulier dans la marche. En somme, rien de bien caractéristique. Le malade reste sous observation. Mais quelques jours plus tard, l'examen du fond de l'œil, pratiqué par le Dr Foucher, révèle une névrite optique, et ceci nous met sur la piste. Les pupilles se dilatent à l'accommodation, restent immobiles à la lumière, (signe d'Argyll Robertson). Debout, les pieds rapprochés, les yeux fermés, le malade ne garde son équilibre qu'avec effort. De même, lorsqu'on le fait tourner rapidement sur lui-même. Nous avons affaire à une sclérose au début des cordons postérieurs de la moëlle, à une ataxie locomotrice d'origine syphilitique.

Obs. II.—P..., âgé de 30 ans, barbier, n'a jamais été malade jusqu'à il y a deux ans. Rien dans l'histoire de sa famille, rien comme antécédents personnels, du moins, d'après les renseignements fournis par le malade. Le premier symptôme qu'il a remarqué, c'est qu'il était moins sûr de ses mouvements, que sa main tremblait, lorsqu'il voulait raser ses clients. Puis l'appétit a diminué ainsi que le sommeil; la moindre émotion, la pensée seule d'avoir à raser un client difficile le faisait trembler. La nuit, il avait des cauchemars et des pertes séminales qui ont duré six mois. Tous ces symptômes se sont améliorés depuis quelques semaines. Il s'est fait traiter à un hôpital de cette ville, où l'on a porté le diagnostic de neurasthénie.

P... est entré à l'hôpital Notre-Dame, le 8 février 1897. Il se plaint de tremblements dans les mains et de faiblesse dans les jambes. L'appétit est bon,

les intestins sont réguliers, le sommeil à peu près normal. Il n'y a aucun symptôme d'intoxication (alcool, tabac, plomb, mercure); pas d'atrophie musculaire, pas de contraction, pas de troubles de la sensibilité. Aucun signe de paralysie ou de parésie des jambes ou des bras. Les réflexes rotuliens sont exagérés; pas d'ataxie dans la marche. Les pupilles sont d'inégales grandeurs. la gauche plus dilatée que la droite, et réagissent à la lumière; l'examen du fond de l'œil est négatif. Le parler est un peu traînant, mais pas embarrassé; au dire du patient, il y a déjà eu du nystagmus et du vertige; jusqu'ici, rien de bien apparent. Mais dès qu'on demande au malade de faire certains *mouvements volontaires*: étendre le bras, donner la main, toucher son nez du doigt, il est pris d'un tremblement en trépidation qui occupe tout le membre supérieur. et qui cesse complètement au repos. Le malade contrôle parfaitement la direction générale du mouvement, mais quand il donne la main, par exemple, plus on lui dit de serrer, plus il essaie de le faire et plus il tremble. Cela suffit pour porter le diagnostic de sclérose diffuse interstitielle, sclérose en plaques de la moëlle.

Obs. III.—L., est âgé de 48 ans. Quatre de ses frères sont morts très jeunes; rien du côté de ses antécédents personnels. Le patient, qui est journalier. a travaillé tout l'automne dehors, exposé au froid. Vers la fin de décembre, le travail lui est tout à coup devenu très pénible. Il s'est senti pris de faiblesse dans les bras, de tremblements, de sueurs abondantes à la moindre fatigue; des douleurs dans les jambes et les pieds sont apparues. Le soir, de retour de l'ouvrage, il était pris de violents maux de tête accompagnés de frissons, qui l'obligeaient à se mettre au lit sans manger, il a eu aussi des douleurs en ceinture. Les symptômes ont augmenté au point de l'obliger à quitter l'ouvrage, et le malade est entré à l'hôpital Notre-Dame, le 13 février 1897.

L. a l'air abattu. La tête et les membres sont agités de tremblements continuels qui augmentent lorsqu'on parle au malade ou qu'il ressent une émotion. Ce ne sont pas les tremblements de la paralysie agitante (pouce sur index, main sur ceinture, etc.). Le patient se plaint d'un mal de tête continu, augmenté le soir. La vue est diminuée; aucune lésion du fond de l'œil. Les mouvements de la pupille sont normaux. Surdité prononcée. Le parler est lent et embarrassé, légèrement tremblottant; la langue ne tremble pas. Il y a de la faiblesse dans les jambes et les pieds; pas de douleurs spéciales; rien de particulier dans la marche; peut-être est-elle plus lente et moins assurée qu'à l'état normal. Les réflexes tendineux sont plutôt amoindris. Les intestins sont très constipés; rien du côté du sphincter vésical. Aucune trace d'intoxication. La main passée le long du rachis, avec une pression assez forte, rencontre dans la région dorsale et la région lombaire deux points très douloureux et parfaitement limités. Aucune trace d'atrophie musculaire ou de contracture. Les frissons du début, la constipation opiniâtre et les points douloureux du rachis font porter comme diagnostic: myélite diffuse.

Après examen des malades par les membres de la société, les diagnostics I et II sont acceptés à l'unanimité. L'observation III donne lieu à une discussion assez prolongée et le diagnostic est maintenu en suspens.

Un cas spécial d'avortement.

Le Dr TRUDEAU, retenu chez lui par un cas d'urgence, envoie à la société une pièce anatomique accompagnée de quelques notes. La pièce consiste en une masse fibro-charnue, ovulaire, longue d'à peu près deux pouces, accompagnée d'un large morceau de membrane, et offrant à une extrémité une surface rugueuse, dépolie, par où la pièce paraissait s'insérer. Cette pièce, incisée sur toute sa longueur, a des parois assez épaisses; l'intérieur renferme un embryon à peine gros comme une fève, et encore retenu par un cordon minuscule à la paroi de la cavité. Cette pièce provient de l'utérus d'une femme qui souffrait d'aménorrhée depuis 9 mois avec tous les autres signes probables de grossesse et légère augmentation du volume de l'abdomen jusqu'au commencement du 3ème mois, alors qu'elle a cessé de grossir.

Voici les notes.

Obs.—Mme X... est âgée de 26 ans et mariée depuis 8 ans. Elle a souffert étant jeune, d'adénopathie ganglionnaire et d'otite purulente. Fièvre typhoïde à 9 ans, chloro-anémie à 17 ans, mariée l'année suivante. Les règles établies depuis l'âge de 12 ans, ont une durée de 3 jours et une marche normale. La première année du mariage, douleurs pelviennes, vaginisme et ténésme vésical pendant 2 à 3 mois. A 19 ans, grossesse qui, au 2e mois, se complique d'un écoulement roussâtre à odeur fétide. Au 7e mois, à la campagne, elle accouche d'un morceau de chair de la longueur de 5 pouces sur 3 pouces de large; le médecin n'a pas jugé à propos d'examiner la pièce. Bonnes relevailles. Deux ans après, nouvelle grossesse et fausse-couche à 3 mois, sans complication. Dans l'intervalle, menstrues régulières.

Mme X... est devenue de nouveau enceinte il y a 9 mois; au 5e mois de sa grossesse, elle s'est plaint de perdre du pus et de ne plus grossir; l'écoulement a duré 5 jours. L'examen a révélé une légère rétroversion et une légère augmentation du volume de l'utérus. La malade s'est fait des injections chaudes depuis ce temps. La santé s'est maintenue bonne; malgré une constipation assez prononcée, la patiente a engraisé de 15 livres. Mais l'abdomen n'a plus augmenté de volume. L'anniversaire de sa naissance étant survenu ces jours derniers, au 9e mois, par conséquent, de sa grossesse, suivant les dires de la malade, ses amis n'ont rien trouvé de mieux que de célébrer ses 26 ans par 26 bons coups de bascule. Le lendemain, appelé auprès de la malade prises de douleurs, le Dr Trudeau a retiré de l'utérus dilaté la pièce suivante, qui était adhérente sur une légère surface et qui, lorsqu'il l'a incisée, a laissé échapper du pus.

Est-ce bien un avortement suivi de rétention, datant réellement de quatre mois, et survenu au 5e mois d'une grossesse, comme le croit la malade? L'embryon est bien peu développé. La malade n'a-t-elle pas eu, il y a cinq mois, un avortement qu'elle ignore ou ne veut pas avouer; et l'accident pénible qui a suivi la célébration de l'anniversaire de sa naissance n'est-il pas l'interruption brusque, survenue en deça du 3e mois, d'une nouvelle grossesse? Maintenant, quelle est la nature exacte de la pièce soumise à la Société? L'embryon est là,

c'est ce qu'il y a de plus sûr; et il est très peu développé. Est-il enveloppé dans un placenta ayant subi une dégénérescence fibreuse? L'arrêt de développement est-il dû à une dysménorrhée membraneuse, ou à une métrite spécifique? Il est bien difficile pour les membres de la Société de répondre à ces questions avant que l'examen histologique de la pièce ait été fait, et que l'auteur de la communication ait pu obtenir de la malade de nouveaux renseignements. Il est intéressant de noter que c'est la deuxième maladie de ce genre que la malade subit, et qu'elle n'a jamais pu mener une grossesse à terme.

Diagnostic de la grossesse tubaire.

Le Dr LAMARCHE rapporte un cas de grossesse tubaire dont le diagnostic a été fait par le Dr Coyteux Prévost, d'Ottawa, et qui a été opéré la veille par ce médecin. La malade se plaignait de douleurs (tranchées) et de pertes sanguines. L'examen per vaginam révéla une augmentation du volume de la matrice et fit sentir, sur le côté de la cavité pelvienne, une masse résistante. La patiente ayant passé, à la fin de l'examen, une membrane ayant la forme de l'utérus (caduque), le Dr Prévost diagnostiqua immédiatement une grossesse tubaire et opéra avec succès la malade qui va très bien. L'abdomen était rempli de caillots et la trompe perforée. Celle-ci fut enlevée après ligature, avec l'ovaire, elle contenait un embryon de $2\frac{1}{2}$ mois à peu près. Le Dr Lamarche présente aussi la pièce à la Société.

Fausse-couche d'origine probablement blennorrhagique.

Le Dr DEROME présente, au nom du Dr BRENNAN, un fœtus de 6 mois, non macéré. La mère est entrée à l'hôpital il y a trois semaines, et l'on constata, à cet époque, que le fœtus était mort. On fit un tamponnement vaginal. Il y a six jours, après des douleurs accompagnées de tranchées, le cordon a fait proéminence. On le refoule immédiatement; tamponnement vaginal. Deux jours après, la fausse-couche survient, et le surlendemain, la malade étant anesthésiée, on procède au décollement du placenta qui est désagrégé et fibreux. La femme va bien. C'est une personne très intelligente, et il est impossible de lui faire subir un interrogatoire qui pourrait incriminer son mari; mais il est fort probable que la blennorrhagie est la cause de cette fausse-couche par altération du placenta sans macération du fœtus. La femme n'a eu aucune maladie fébrile.

Réséction du péroné pour fracture.

Le Dr DEROME présente un bout de péroné long de cinq pouces qu'il a enlevé à un malade qui s'est fait une fracture complète de la jambe (tibia et péroné). Le périoste était trop lacéré pour en tenter la conservation, et le membre opéré est maintenu immobile. On fait tous les jours des pansements humides, et l'opéré va très bien. On compte beaucoup sur une ankylose tibio-tarsienne pour conserver un membre utile à la victime. Le cartilage des surfaces articulaires de l'astragale et du tibia a été en partie enlevé au moment de l'opération.

Le Dr JOYAL rapporte un cas de sa clientèle où la phalange du pouce fut expulsée à travers un panaris. Le périoste étant resté en place, et n'étant pas altéré, l'os s'est reformé, et le malade a aujourd'hui son pouce complet.

Séance du 18 mars 1897.

Dr JOYAL, président, au fauteuil.

Un cas de cocaïnisme chronique

Le Dr DEROME rapporte l'observation d'une malade entrée à l'hôpital avec le diagnostic d'alcoolisme. Cette femme, mariée et âgée de 32 ans, présentait dans son ivresse certains symptômes qui attirèrent l'attention du Dr Derome, dont l'un des devoirs est de visiter deux fois par jour les patients privés. La perte d'appétit, la dyspepsie à peu près complète, l'insomnie tenace, le tremblement des mains, l'incertitude de la marche s'accompagnaient en outre d'hallucinations de la vue, de dilatation de la pupille, d'hébétéude intellectuelle et de dépravation morale très prononcée. Ce dernier symptôme attirait d'autant plus l'attention que la personne avait toujours été d'un caractère paisible et modeste. La patiente maigrissait sensiblement depuis quelques mois. Le mari affirmait que sa femme n'avait aucune habitude d'intempérance. Le Dr Derome lui ayant demandé de s'assurer si elle ne prenait pas quelque drogue, il rapporta de chez lui une bouteille à moitié vide d'un remède patenté, le *Dr Agner's Catharr Powder*. Cette poudre renferme de la cocaïne dans la proportion de $1\frac{3}{4}$ p. 100; le contenu de chaque bouteille pèse 80 grains. On applique le remède en insufflations dans les narines. La malade s'insufflait ainsi, chaque semaine, depuis l'automne, le contenu de trois de ces bouteilles. La dose thérapeutique est de $\frac{1}{4}$ à 1 grain. Sous l'influence du bromidia, le sommeil est revenu, et la malade prend régulièrement de la strychnine, sous forme de sirop d'Easton.

Le Dr JOYAL attire l'attention des membres de la société sur le cas de *thyroïdectomie partielle*, publié par le Dr Mercier, dans l'*Union Médicale*, livraison de février. Bien qu'il n'y eut pas d'exophtalmie, tous les autres symptômes énumérés laissent à croire que la malade souffrait de la maladie de Basedow; serait intéressant d'avoir de nouveaux renseignements sur la malade, car il pourrait bien se faire que l'on soit en présence du premier cas de goître exophtalmique opéré en Canada.

Le Dr JOYAL fait voir sous le microscope des *cellules cartilagineuses en voie de transformation osseuse*. Ces coupes histologiques ont été faites sur la tête de l'humérus d'un fœtus de quatre mois. Elles sont très bien réussies.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

L'ACIDE PICRIQUE ET SON EMPLOI.

A note on picric acid in the treatment of superficial burns and scalds, by d'ARCY POWER.—*British Medical Journal*, Sept. 12th. 1896.

Picric, or carbazotic, acid as a therapeutic agent, especially in the treatment of certain inflammatory skin affections, by WILLIAM MACLENNAN.—*British Medical Journal*, Dec. 26th, 1896.

A note on a few surgical uses of picric acid, by C. M. ALLAN.—*British Medical Journal*, Feb. 20, 1897.

Le Dr. d'Arcy Power, chirurgien de l'hôpital des enfants à Chelsea, en Angleterre, avait déploré plus d'une fois l'inefficacité ou la lenteur d'action des traitements habituels des brûlures superficielles. Souvent ces brûlures s'accompagnent de beaucoup d'inflammation, sans raison apparente, et les pansements sont toujours douloureux lorsqu'on les renouvelle. Le Dr Thiéry, de France employait beaucoup, depuis un certain temps, le traitement à l'acide picrique, traitement que quelques uns de ses confrères cherchaient à vulgariser. Le Dr Power l'a employé depuis plus d'un an, dans sa pratique d'hôpital après avoir essayé un grand nombre d'autres, et il est venu à la conclusion que c'est le traitement le plus simple et le plus satisfaisant, malgré l'inconvénient qu'a l'acide picrique de colorer la peau et les linges.

On emploie une solution saturée d'acide picrique. Le Dr Power la prépare de la manière suivante :

Acide picrique.....	1½ drachme.
Alcool.....	3 onces.
Eau distillée.....	1 pinte (1000 grammes).

Il faut enlever les vêtements avec précautions, puis nettoyer complètement la surface brûlée ou échaudée avec un morceau de coton absorbant trempé dans la solution. On creève les ampoules pour faire sortir la sérosité, tout en prenant grand soin de respecter l'épithélium. On trempe ensuite des bandes de gaze stérilisée dans la solution d'acide picrique, et on les étend de manière à recouvrir toute la surface malade. On recouvre la gaze d'une couche mince de coton absorbant, et le tout est maintenu en place par un léger bandage de coton. Le pansement sèche assez vite ; on le laisse en place trois ou quatre jours, puis on l'enlève en humectant bien la gaze, devenu très adhérente, avec la nouvelle solution d'acide picrique. Le second pansement peut rester en place toute une semaine.

L'acide picrique diminue la douleur et la tendance à la suppuration. Il coagule l'exudat albumineux, et la cicatrisation se fait sous une croûte composée de cellules épithéliales durcies par l'acide picrique. Il y a autant de différence, dit le Dr d'Arcy Power, entre la cicatrice souple et peu élevée qui en résulte et la cicatrice habituelle des brûlures, qu'entre la cicatrice chirurgicale actuelle et celle obtenue par nos prédécesseurs, qui laissaient granuler les plaies.

Le traitement par l'acide picrique est celui qui, jusqu'ici, lui a donné le plus de satisfaction.

Le Dr William Maclellan, assistant professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Université de Glasgow, frappé des excellents résultats que donne l'acide picrique dans le traitement des brûlures, a eu l'idée d'employer le médicament dans l'eczéma et l'érysipèle et le traitement s'est montré efficace.

Dans les cas d'eczéma aigu, notre confrère badigeonne abondamment la partie atteinte avec une solution saturée d'acide picrique. La démangeaison et la cuisson cessent aussitôt, et le médicament forme, au contact des surfaces ulcérées et suintantes, une couche protectrice composée de substances protéiques coagulées, de débris épithéliaux, sous laquelle la cicatrisation se fait rapidement. Au bout de quelques jours, lorsque cette croûte tombe, on trouve la peau sous-jacente parfaitement sèche, sans aucune rougeur, et recouverte d'un épiderme de nouvelle formation.

Ces mêmes badigeonnages avec la solution saturée d'acide picrique représenteraient, d'après l'expérience de notre confrère, le meilleur de tous les moyens locaux destinés à combattre l'érysipèle : ils empêcheraient l'extension du processus morbide et amèneraient la douleur et la cuisson mieux que ne le font l'acide phénique, les poudres inertes et l'ichthyol.

Le Dr Maclellan a aussi employé l'acide picrique à doses de 1 grain, contre la diarrhée simple chronique (diarrhée putride). Les propriétés astringentes et antiseptiques de l'acide diminuent les sécrétions et désinfectent le canal. Bien que la composition de l'acide picrique soit très rapprochée de celle de l'acide carbolique, il n'offre pas les dangers d'absorption de ce dernier, quand on l'emploie localement. Mais ce qui empêchera beaucoup son emploi à l'intérieur, c'est qu'il colore le sérum du sang en jaune, et que le malade, dès qu'il a pris 15 ou 20 grains du médicament, a la peau et les conjonctives d'une teinte ictérique accentuée. La sécrétion de la bile n'est cependant pas dérangée, et cette coloration jaune cesse avec l'administration du médicament.

De son côté, le Dr Allan a pu constater, dans sa pratique d'hôpital, que l'acide picrique rend les plus grands services dans l'eczéma ulcéré de la jambe, et sur les plaies d'une certaine étendue. Il a vu même des plaies se cicatriser après que la greffe de Thiersch eut échoué. De plus, l'acide picrique en vaporisation est un excellent moyen d'arrêter les hémorrhagies qui surviennent dans les plaies ou après les amputations. On peut l'employer immédiatement après les applications d'eau chaude.

LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE.

Discussion sur le traitement de la chlorose.—(BARBIER, HUCHARD, LEGENDRE, FERRAND).—Société de Thérapeutique, séance du 24 février, 1897.—*Bulletin Médical*, 28 février 1897.

La Société de Thérapeutique de Paris a consacré toute sa séance du 24 février à la discussion du traitement de la chlorose. Le Dr Henri Barbier a d'abord présenté sur le sujet un rapport très complet dont nous donnons le résumé.

Parmi les maladies du sang qui portent le nom de chloro-anémies, il en existe une bien individualisée, apparaissant à la puberté, qui semble liée dans sa marche et dans son évolution à un terrain particulier, d'où une allure spéciale. C'est la chlorose. Une foule d'influences, y compris l'hérédité tuberculeuse, créent un terrain favorable à la maladie, qui aboutit à une diminution considérable de la résistance des globules rouges du sang. La chlorose est caractérisée par la fragilité des hématies aux causes de destruction, et par la diminution du taux de l'hémoglobine. Les éléments jeunes, néoformés, n'ont pas tendance à se transformer en globules adultes d'où l'abondance, démontrée par Hayem, dans le sang des chlorotiques de petits globules rouges, d'hématoblastes. Ces globules rouges incomplètement formés se détruisent facilement, et l'hémoglobine mise en

liberté est transformée par le foie puis éliminée par les urines. Ceci explique pourquoi les chlorotiques perdent une certaine quantité du fer contenu dans leur sang. On sait en effet que l'hémoglobine contient 4 milligrammes de fer par gramme ($\frac{1}{16}$ gr par 15 grains). Les chlorotiques ont donc un sang qui s'oxygène mal parce qu'il est pauvre en fer, et il est pauvre en fer parceque : 1^o les globules rouges sont pauvres en hémoglobine ; 2^o un certain nombre de ces globules se détruit chaque jour. D'après Hayem l'organisme perd 1.50 gramme (23 grains) de fer par jour.

Il faut donc, dit avec raison le Dr Barbier, dans un temps normal qui représente la durée maxima du traitement, rendre artificiellement au sang un fer assimilable en quantité suffisante pour compenser celui qui a été perdu antérieurement par l'organisme et celui qui est nécessaire à l'usure globulaire journalière. Le traitement, lorsqu'il est efficace, a deux effets : 1^o il augmente le nombre des hématies ; 2^o il perfectionne ces hématies, leur rend leur forme, leurs dimensions normales et leur richesse normale en hémoglobine. On contrôle les effets thérapeutiques par l'examen du sang.

On peut arriver à multiplier les globules rouges par une diète généreuse, une cure d'air, etc. Mais toutes ces méthodes ne sont qu'adjuvantes. Le seul moyen d'augmenter d'une manière permanente la teneur en hémoglobine des globules rouges, c'est de recourir au traitement ferrugineux, traitement qui doit être poursuivi jusqu'à ce que toutes les transformations heureuses soient effectuées et consolidées. Si, trompé par l'amélioration des symptômes, on cesse trop tôt le fer, la rechute est inévitable.

Le choix de la préparation ferrugineuse est important. Certaines préparations sont irritantes pour l'estomac ; tel le carbonate de fer, qui dégage de l'acide carbonique, ou la limaille de fer, qui donne naissance à de l'hydrogène qui peut être sulfuré lorsque la digestion est mauvaise. On donnera la préférence à un sel ferreux capable de se transformer dans l'estomac en chlorure ferreux : protoxalate, lactate ferreux, protochlorure, proto-iodure, citrate de fer ammoniacal, tartrate ferrico-potassique. On n'emploie pas les chlorures ferreux parce qu'on veut que ce corps se forme dans l'estomac même et soit absorbé à l'état naissant.

On doit commencer par une dose faible, donnée deux fois par jour, immédiatement avant le repas, pour arriver le plus vite possible à la dose utile et durable (6 grains de protoxalate de fer par jour.) Il est important de s'assurer : 1^o que le médicament n'irrite pas l'estomac ; au besoin on l'associerait alors à un médicament tel que, gentiane, noix vomique, columbo, rhubarbe, alcalins, acide chlorhydrique ; 2^o que le fer est bien digéré ; dans le cas contraire les fèces prennent une coloration noire. Le traitement doit être *continué longtemps* en ayant soin, pour éviter l'intolérance, d'interrompre de temps en temps son usage pendant huit à quinze jours. Il peut-être utile aussi de varier la préparation employée.

Les dyspepsies des chlorotiques dépendent très souvent du régime alimentaire ; le lait dans ces cas rendra des services. S'il y a trop d'acidité, on ajoute au fer la magnésie ; s'il n'y en a pas assez, on prescrit l'acide chlorhydrique dilué (1 cuillerée à soupe de la solution au 1000^e après les repas, dans un verre d'eau sucrée).

Huchard résume ainsi le traitement de la chlorose : air, repos et fer. Peu ou pas de médicaments.

Legendre n'est pas en faveur du séjour dans les montagnes ou au bord de la mer. Les bains salés, pourvu qu'il n'y ait pas trop de sel, sont utiles.

Barbier a remarqué que les chlorotiques ont toujours de l'albumine à doses très faibles dans les urines. Huchard est d'opinion que c'est là une albuminurie dyscrasique qui n'a aucune importance.

LA DÉFENSE DE L'ORGANISME

La phagocytose, leçon bactériologique donnée à l'Institut Pasteur, par le Dr METSCHNIKOFF — *L'Indépendance Médicale*, 17 février 1897.

De la phagocytose et du rôle physiologique des leucocytes. Communication du Dr RANVIER, à l'Académie des Sciences, séance du 22 février — *Bulletin Medical*, 3 mars 1897.

L'envahissement de l'organisme par les microbes et leurs toxines, la défense des cellules vivantes contre cet envahissement, voilà une question qui domine à l'heure actuelle la science médicale et tient une place de plus en plus grande dans le cadre nosologique. Le Dr METSCHNIKOFF a donné, sur la seconde partie du sujet, la défense cellulaire, une leçon que nous résumons pour les lecteurs de *l'Union Médicale*. Elle est intéressante à plus d'un titre.

Ce qui caractérise la matière vivante, comme on sait, c'est le mouvement. Le Dr Metschnikoff explique d'abord, que c'est aussi grâce au mouvement que les microbes envahissent l'organisme. La pénétration d'un organisme, dit-il, dans un élément anatomique vivant ne peut être effectué que par un parasite doué de mouvements amiboïdes, ces mouvements amiboïdes sont indispensables.

D'un autre côté, certaines cellules des tissus sont douées de mouvement amiboïdes et peuvent absorber les organismes qui viennent à leur contact. Dans ces cas, les microbes, au lieu de détruire ces cellules, sont absorbés et détruits par elles. Dans la grande majorité des cas, le rôle actif appartient à la cellule qui saisit le microbe et l'englobe, grâce aux mouvements de propulsion et de retrait de son protoplasma. C'est ce qu'on appelle la phagocytose.

On donne le nom de phagocytose à une réaction spéciale de l'organisme contre l'invasion microbienne, c'est une mesure de défense dont l'exécution est confiée à certaines catégories de cellules douées de mouvements amiboïdes, capables d'englober et de digérer les petits êtres dont la présence dans l'économie est un danger.

Les cellules douées du pouvoir phagocytaire sont appelées phagocytes; elles sont les unes mobiles (globules blancs du sang et de la lymphe ou leucocytes), les autres fixes (cellules de l'endothélium qui tapissent les vaisseaux, les alvéoles pulmonaires, le péritoine, certaines cellules du foie, de la rate, des ganglions, de la moëlle des os, du tissu conjonctif). L'englobement du microbe pourra donc s'effectuer dans les organes comme dans le sang et la lymphe; il sera même beaucoup plus efficace, car le leucocyte est fragile tandis que la cellule épithéloïde est beaucoup plus résistante.

Au point de vue histologique, les phagocytes se divisent en deux classes: 1°. Les *microphages*, qui représentent une certaine classe des globules blancs du sang (globules polynucléaires, à noyau segmenté et fortement coloré, à protoplasma incolore); 2°. Les *macrophages*, qui comprennent la seconde classe des globules blancs (globules mononucléaires, à noyau unique volumineux, à protoplasma coloré), et les cellules endothéliales, les cellules de la pulpe splénique, des ganglions, de la moëlle des os, les cellules fixes du tissu conjonctif.

Que les phagocytes soient microphages ou macrophages, leur action est la même; seulement elle ne s'exerce pas simultanément. Les microphages sont les agents de la diapédèse; ce sont eux qui transsudent à travers la paroi des vaisseaux pour venir lutter dans les tissus enflammés contre le microbe envahisseur; dans les maladies infectieuses à forme aiguë et à marche rapide, le rôle des microphages est prépondérant. Les macrophages sont les défenseurs des organes; ils jouent le principal rôle dans les affections chroniques, dans les maladies qui s'accompagnent de formations néoplastiques; c'est ainsi qu'on les voit accumulés en grand nombre autour des nodules tuberculeux.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané, la phagocytose s'exerce aussi très

activement, et le Dr METSCHNIKOFF rapporte une expérience qui met bien en évidence le rôle des phagocytes. On prend les spores tétaniques qu'on a débarrassés de leurs toxines et on les inocule sous la peau d'un animal. Il se forme au point d'inoculation un exsudat, et voici ce qui s'y passe : les phagocytes disponibles de la région se portent instantanément sur ce point, leur nombre augmente sans cesse par une diapédèse très active, ils entourent les spores d'une barrière épaisse, poussent vers elles leurs prolongements amiboïdes, les saisissent, et l'on voit des éléments cellulaires englober jusqu'à 30 à 40 spores qui, dans ces conditions, seront réduites à l'impuissance ; l'animal en expérience ne présente d'autre phénomène morbide qu'une réaction locale assez intense.

Que faut-il pour que ces mêmes spores, inoculées, ne soient pas détruites et produisent le tétanos ? Il suffit d'empêcher l'action des phagocytes. "Enfermons, dit le Dr METSCHNIKOFF, ces spores dans un cornet de papier ou au centre d'un petit amas de terre stérilisée, de sable ou de gélose, de façon à les protéger contre la voracité des phagocytes et insérons-les sous la peau d'un cobaye, nous verrons les phagocytes accourir en masse, s'accumuler autour de l'obstacle infranchissable qui les sépare des spores, mais grâce à cet obstacle mécanique les spores ne seront point englobées, elles vont germer, la toxine sécrétée diffusera à travers le parchemin, la terre ou la gélose et le cobaye succombera du tétanos."

Comment se fait-il que les microbes et leur toxines appellent à eux les phagocytes, les attirent ? Ceci est dû à la propriété qu'ont les phagocytes, d'apprécier la composition chimique du milieu qui les entoure, de telles sortes que certaines substances en dissolution dans ce milieu les attirent (*chimiotaxie positive*), tandis que d'autres semblent exercer sur eux une sorte de répulsion (*chimiotaxie négative*). Aussi, suivant les circonstances, c'est tantôt le microbe et tantôt la cellule qui triomphe. Lorsque le microbe est virulent et l'animal affaibli, les phagocytes se tiennent à distance et n'englobent point les microbes, la réaction locale est nulle ou très faible, mais l'animal meurt. Au contraire, lorsque le microbe est faible et la résistance organique augmentée, chez un animal vacciné, par exemple, les phagocytes accourent en masse, saisissent les microbes, les englobent et l'on observe au point d'inoculation une réaction locale très vive, diapédèse abondante, tuméfaction, rougeur, chaleur et formation du pus. L'intensité de cette réaction locale donne la mesure de l'intervention phagocytaire, elle est la sauvegarde de l'organisme et se trouve en rapport inverse avec la gravité de la maladie. Les sécrétions microbiennes exercent une chimiotaxie positive sur les phagocytes.

Par quel procédé les phagocytes, attirés par les toxines, triomphent-ils du microbe lui-même ? Par une espèce de digestion intra-cellulaire. Le noyau des cellules phagocytaires secrète en assez forte proportion un acide analogue comme composition chimique à l'acide urique et beaucoup plus bactéricide que l'acide acétique. Cet acide nucléique, gardé en réserve dans la protoplasma, s'amasse autour du microbe englobé, l'entoure d'une petite masse sphérique et le détruit.

Ce procédé de destruction en milieu acide est le plus fréquent, mais il en est d'autres tout aussi efficaces : transformation fibreuse des cellules, transformation crétacée, dégénérescence calcaire.

Le Dr RANVIER, dans sa communication à l'Académie des Sciences, a insisté sur le rôle physiologique des globules blancs (leucocytes). Ces leucocytes se portent en plus grand nombre vers les glandes dont l'activité sécrétoire est augmentée ; elles se chargent aussi de remplir les pertes de substance des tissus. Elles jouent donc un rôle important dans la nutrition normale et la cicatrisation.

LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE PAR LES BAINS D'AIR CHAUD.

The treatment of rheumatic affections, by the Tallerman-Sheffield hot-air apparatus. by JAMES STEWART and M. G. REILLY.—*The Montreal Medical Journal* March 1897.

Au mois de décembre dernier, M. Tallerman, de Londres, donnait à l'hôpital Victoria, devant un grand nombre de médecins de Montréal, deux démonstrations pratiques de l'emploi de son appareil à air chaud dans le traitement des affections rhumatismales chroniques. Depuis ce temps, on a fait un usage constant de cet appareil, qui consiste en une boîte où l'on enferme le membre ou la jointure malade, et dans laquelle on produit une température sèche de 260° F. et plus. Ce mode de traitement ne produirait aucun effet local désagréable et soulagerait beaucoup le malade. Le résultat, dans les cas de *rhumatisme chronique*, serait plus favorable que par aucune autre méthode de traitement. Le numéro de mars du *Montreal Medical Journal*, contient, sur le sujet, une clinique du Dr Stewart et des observations rédigées par le Dr Reilly, médecin résidant de l'hôpital Victoria, qui méritent d'attirer l'attention.

Voici d'abord les observations très résumées :

Obs. I.—Rhumatisme sous-aigu, datant de quatre mois. Arthrites multiples, intéressant surtout l'épaule, le genou et les espaces inter-vertébraux. Le malade reçoit 13 bains d'air chaud et laisse l'hôpital dans un état très satisfaisant ; il est grandement soulagé. La nutrition générale surtout est très améliorée.

Obs. II.—Arthrite blennorrhagique du genou droit, datant de quatre semaines. La marche ou la station debout sont impossibles. Après le troisième bain, le malade marche dans la salle sans qu'on lui aide. Après le vingtième bain, on lui donne son congé ; il n'a plus de douleur et le fonctionnement de la jointure est bon.

Obs. III.—Attaques répétées de rhumatisme sous-aigu, anémie, émaciation, arthrite du genou droit et de l'épaule, mouvements limités dans plusieurs jointures. Le traitement à l'air chaud soulage rapidement la douleur. La nutrition générale s'améliore d'une manière évidente.

L'appareil de Tallerman-Sheffield a différentes formes et différentes grandeurs, suivant le membre et la jointure qu'il s'agit de traiter : main, bras, coude, pied, jambe, genou ; il y a aussi un modèle pour le bassin. Celui qu'on emploie généralement dans les hôpitaux a été construit de manière à pouvoir traiter les extrémités et obtenir un bon effet général. L'appareil, cylindrique, est suffisamment long pour admettre le membre inférieur jusqu'à quelques pouces au-dessus du genou ; l'extrémité par où l'on introduit le membre est munie d'un rideau que l'on attache autour du membre ; l'extrémité opposée et les surfaces supérieures et inférieures du cylindre sont pourvues de valves qui permettent à l'humidité produite par l'évaporation de s'échapper au dehors et à l'air de rester sec.

D'après les rapports des hôpitaux, dit le Dr Stewart, les plus hautes températures auxquelles les patients ont été soumis variaient de 300° à 315° F. Et ce qui fait la grande valeur de la méthode Tallerman, c'est la possibilité de prolonger ces températures élevées pendant une heure et plus. On a traité expérimentalement un patient pendant plus de deux heures, à une température de 260° F. environ, sans autre malaise qu'une lassitude survenue le lendemain ; la peau n'était pas inflammée davantage ni hyperesthésiée et l'on put la frotter vivement avec une serviette après l'application. Les effets thérapeutiques sont : relâchement des tissus malades, transpiration abondante sur tout le corps

augmentation énorme de la circulation et élévation de la température du corps de $1\frac{1}{2}^{\circ}$ à 4° F. Ce dernier effet est en contradiction avec la croyance communément adoptée, que la température du corps ne peut pas être augmentée par une application locale de chaleur. C'est un effet remarquable qui pourrait bien avant longtemps, comme le croit Tallerman, être utilisé d'une manière efficace dans le traitement de maladies autres que celles auxquelles on l'applique aujourd'hui, telles que : rhumatisme aigu, sous-aigu et chronique, goutte aiguë et chronique, arthrite rhumatismale, entorse, jointures raides et douloureuses, goutte, sciatique rhumatismale, lumbago, névrite périphérique, névrite goutteuse, etc...

Le traitement Tallerman a été expérimenté dans les principaux hôpitaux de Londres et d'ailleurs, et pendant les trois années d'études auxquelles ont l'a soumis, on s'est convaincu que l'on peut appliquer le traitement avec succès, même lorsqu'il y a une grande débilité, que le cœur est faible ou malade et les reins touchés. Le traitement, dès le début de l'application, soulage les douleurs rhumatismales et autres ; son action calmante est tellement prononcée que, pendant son application même, certains patients dormiraient si on les laissait faire. Aussi l'insomnie causée par les douleurs du rhumatisme est-elle soulagée et les patients peuvent reposer la nuit.

LA GRAVELLE INTESTINALE

La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin, communication du Dr DIEULAFOY, à l'Académie de Médecine de Paris, séance du 9 mars.—*Bulletin Médical*, 10 mars 1897.

Voici les conclusions de la communication du Dr Dieulafoy, à l'Académie de médecine de Paris, séance du 9 mars.

1°—Il y a une lithiase intestinale comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire ;

2°—La lithiase intestinale peut être formée de sable, de graviers et même de calculs ;

3°—Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique, dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Les matières organique et inorganique sont associées en proportion variable ;

4°—La lithiase intestinale est très souvent accompagnée d'entéro colite muco-membraneuse ;

5°—Au point de vue de sa pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse ; il y a une gravelle intestinale diathésique au même titre que la gravelle urinaire et la gravelle biliaire. Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse que certains cas de lithiase urinaire et biliaire ;

6°—La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence par aucun symptôme spécial, mais le plus souvent elle donne lieu à des crises abdominales très douloureuses, véritables coliques intestinales lithiasiques, dont la durée et l'intensité sont variables ;

7°—Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, graviers, de débaçles sableuses, avec ou sans matières glaireuses ou membraneuses ;

8°—Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite.

LE STROPHANTUS COMME TONIQUE CARDIAQUE ET DIURÉTIQUE.

Le strophantus dans les maladies du cœur, rapport du Dr BUCQUOY, à
l'Académie de Médecine — *Abeille Médicale*, 6 mars 1897.

Le codex vient de donner sa consécration à ce médicament qui a pris dans la thérapeutique des cardiaques une place importante depuis les travaux de Fraser et de Bucquoy. Le clinicien français, en parfait accord, d'ailleurs, avec le professeur d'Edimbourg, nous a donné sur ce sujet une étude magistrale, basée sur plus de cent observations, avec tracés à l'appui, et qui demeure le vade mecum du praticien. Nous la résumons d'après le bulletin de l'Académie de médecine.

Un jeune malade de 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 26 octobre, pour des accidents cardiaques consécutifs à des attaques de rhumatisme héréditaire et qui se répètent chaque année.

Palpitations, douleur au cœur, enflure passagère des jambes, oppression habituelle, dyspnée au moindre effort, grande faiblesse. Diagnostic : endocardite mitrale avec le souffle systolique de l'insuffisance. Pendant deux jours de repos le pouls est pris au sphygmographe et la quantité d'urine de 24 heures bien mesurée. Puis on donne trois granules d'extrait de strophantus.

Dès le premier jour, la diurèse augmente et d'un litre l'urine monte à 2 litres $\frac{1}{2}$ le second jour, 3 litres le troisième jour. Elle s'élève à 3 litres et $\frac{1}{2}$ et 4 litres lorsqu'on donne quatre granules, et pendant dix-sept jours que dure la médication strophantique, la diurèse se maintient et la courbe s'abaisse progressivement après la cessation.

La courbe du pouls présente une disposition inverse de celle de l'urine. Il descend successivement et les tracés sphygmographiques montrent qu'il a pris plus de force.

Cette observation, dit M. Bucquoy, réalise l'ensemble des effets thérapeutiques du strophantus : augmentation d'énergie de la systole cardiaque, action diurétique et ralentissement du pouls. Dès le lendemain du traitement le malade se sentait mieux, il retrouvait le sommeil perdu, la dyspnée avait cessé et la faiblesse disparut.

Dans vingt cas de *lésions mitrales* les effets ont été en général aussi remarquables. Les phénomènes les plus graves cèdent avec rapidité. Les urines deviennent plus abondantes, les œdèmes et les congestions disparaissent, le pouls se relève et diminue de fréquence, l'oppression et les palpitations sont moindres et le malade accuse souvent une sensation de bien-être depuis longtemps inconnue.

Il a obtenu aussi de ces améliorations rapides dans bon nombre d'*asthénies* liées, soit à l'insuffisance mitrale simple, soit à l'insuffisance combinée au rétrécissement mitral.

Dans les *cardiopathies de l'enfance*, l'extrait de strophantus donne d'excellents résultats et est très bien toléré.

Dans les *lésions aortiques*. *Insuffisance aortique*, *les lésions athéromateuses des artères*. l'extrait de strophantus a donné des effets remarquables chez des sujets assez jeunes encore pour que le cœur puisse réagir. Les tracés montrent le relèvement du pouls et l'augmentation de la diurèse.

Dans l'*angine de poitrine*, de formes et d'origines diverses, l'extrait de strophantus a fait disparaître les accès, là même où les médicaments les plus divers avaient échoué pendant des années. Un cas bien frappant est celui d'un médecin qui depuis quatorze mois prend chaque jour quatre granules d'extrait de strophantus. Les accès d'angine de poitrine fréquents et violents, qui ne cédaient qu'aux injections de morphine et sur lesquels la spartéine, la caféine, la trinitrine n'avaient produit que peu de soulagement, ont cédé à cette médi-

cation. Le pouls est devenu plus fort et plus régulier, le sommeil fréquemment interrompu par des cauchemars et des palpitations est devenu plus calme et réparateur.

Trois ou quatre fois, il a essayé d'interrompre ce traitement, mais aussitôt il sentait revenir dans le bras gauche les fourmillements, indices de nouveaux accès, les cauchemars et les suffocations, ainsi que les palpitations au moindre effort. Comme la tolérance de l'estomac est parfaite, que l'iodure de sodium est mal supporté, je conseille à notre confrère de continuer, avec de courts temps d'arrêt, le médicament qui lui a si bien réussi et qu'il croit lui avoir évité le retour de ses terribles accès et de son asystolie imminente.

En résumé, dit M. Bucquoy, nous pouvons conclure de toutes ces observations que l'extrait de strophantus est un médicament cardiaque de premier ordre. La facilité avec laquelle il est toléré permet d'en continuer longtemps l'emploi. L'accoutumance n'en détruit pas les effets. Il ne s'accumule pas dans l'économie comme la digitale; il n'exerce pas non plus sur l'estomac l'action nauséuse qui oblige souvent à abandonner la digitale. Le seul symptôme d'intolérance observé est un peu de diarrhée, sans colique, et qui cesse avec la suspension du médicament.

Après avoir d'abord employé la teinture il y a renoncé parce qu'il l'a trouvée infidèle.

Les teintures, dit-il, contiennent des quantités variables de substance active. La qualité et la provenance du strophantus, le mode de préparation, etc., influent beaucoup sur la composition du remède. La teinture a même été préparée quelquefois avec des semences épuisées et un médecin des hôpitaux de Paris en a administré jusqu'à 80 gouttes sans obtenir d'effets sensibles. Il a donc adopté l'usage de l'extrait qui lui a donné des résultats toujours identiques et souvent remarquables.

La dose quotidienne est en général de 4 granules pris à intervalles égaux en commençant par 2 granules le premier jour, puis 3 et 4 les jours suivants. Cette dose est bien tolérée, ses effets sont complets. Une dose plus élevée paraît moins efficace et peut provoquer la diarrhée.

M. Dujardin Beaumetz et M. Hérad confirment en tous points les conclusions de M. Bucquoy.

M. Germain Sée a employé la strophantine cristallisée. Mais il reconnaît qu'elle est loin de produire l'ensemble des effets de l'extrait de strophantus. Elle produit bien l'action tonique sur le cœur, mais dans aucun cas il n'a obtenu avec elle le soulagement de la dyspnée, ni diurèse, ni par conséquent diminution de l'œdème.

“M. Constantin Paul intervient à son tour : Voilà un an, dit-il, que j'expérimente chaque jour le strophantus qui est une bonne acquisition pour la thérapeutique. J'ai employé d'abord une teinture, mais j'y ai bientôt renoncé pour me servir des granules de M. Catillon. L'extrait m'a paru plus actif que la strophantine. Il est diurétique dès le premier jour. Il exerce une action tonique sur le cœur et n'en a presque pas sur la fréquence du pouls. Les cas où il rend le plus de services sont ceux des maladies valvulaires des orifices auriculo-ventriculaires, à la période des hydropisies. On peut alterner son emploi avec celui de la digitale quand celle-ci a produit son effet et qu'elle cesse d'être tolérée.”

LA PERTE DE MÉMOIRE DANS L'ÉPILEPSIE ET L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

De l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie, (Séglas, Charpentier).—Communication à la Société de Médecine Légale, séance du 8 mars 1897.—*Bulletin Médical*. 10 mars 1897.

C'est la règle générale que l'épileptique, revenu d'une attaque, ne se rappelle plus ce qui s'est passé. Il peut arriver, dans certains cas particuliers, que

cette perte de mémoire soit incomplète, et que le malade, même durant l'attaque conserve un certain degré d'activité consciente. Mais l'on a toujours considéré, l'amnésie épileptique comme intéressant la durée seule de l'attaque ou, à la rigueur, les quelques instants qui la précèdent. Le Dr SÉGLAS affirme que la perte de mémoire peut être rétrograde, et s'étendre aux quelques heures qui ont précédé l'attaque épileptique.

L'auteur cite deux malades observés par lui qui, à la suite d'attaques épileptiques survenues à 10 heures ou à midi, ne se rappelèrent plus ce qu'ils avaient fait depuis le matin.

L'amnésie rétrograde peut avoir de l'importance en médecine légale; des faits entrepris et exécutés par un épileptique avec la conscience qu'il possède en son état habituel peuvent être oubliés par lui à la suite d'un ictus. Dans ce cas, à l'interrogatoire, si l'on ne pense pas à cette forme spéciale de l'amnésie, on pourra croire ou que l'individu est un simulateur ou, au contraire, que les faits antérieurs à l'accès font partie de la phase épileptique. L'expert ne pourra éviter l'une ou l'autre de ces erreurs que par une observation et un examen minutieux du malade et en étudiant avec soin les caractères de l'amnésie.

Le Dr CHARPENTIER a fait remarquer que dans l'éclampsie des femmes enceintes, l'amnésie présente les mêmes caractères que ceux signalés par le Dr Séglas chez les épileptiques. Lorsqu'une éclampsique sort de sa crise, pendant un certain temps elle a perdu le souvenir non-seulement de cette crise, mais même de faits antérieurs. C'est ainsi que fréquemment elle oublie son accouchement et même sa grossesse, et repousse son enfant en disant qu'il ne peut être à elle, puisqu'elle n'était pas enceinte. A signaler aussi qu'elles oublient toutes leur nom et leur adresse.

Rhumatisme articulaire aigu. (JACCOUD).—1. Les gens obèses ont la circulation en imminence de fatigue, parce qu'ils ont le cœur en imminence de paralysie;

2. Chez les gens obèses le pronostic du rhumatisme aigu est d'une gravité presque absolue;

3. La pleurésie et la pneumonie ont réellement une relation avec la péricardite et non pas avec l'endocardite;

4. Quand le rhumatisme présente la péricardite comme accident primitif, c'est dans ce cas que l'on doit s'attendre à la pleurésie ou à la pneumonie;

5. Le salicylate de soude est-il utile pour combattre les manifestations viscérales du rhumatisme? Ce n'est pas probable;

6. De l'aveu de tous, le salicylate de soude ne peut rien contre les accidents cérébraux du rhumatisme;

7. Le salicylate de soude peut-il favoriser l'écllosion des accidents cérébraux? probablement non, mais ce dont JACCOUD est sûr, c'est qu'il ne guérit pas ces accidents ni ne les prévient. (LARAMEE.)

Préparation d'iode de potassium pour prévenir l'iodisme. (SPENCER) :—

Iodure de potassium.....	1 once.
Ferro-citrate d'ammonium.	1 drachme.
Teinture de noix vomique.....	2 drachmes.
Eau distillée.	1 once.
Teinture de quinquina.....	q. s. 6 onces.

M. D. S.—A prendre, après chaque repas, par cuillerée à café dans un demi-verre d'eau

N. B.—La teinture de noix vomique et le citrate de fer combattraient la tendance au coryza et agiraient en temps comme toniques.

CHIRURGIE.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DU GOÛTRE EXOPHTHALMIQUE

Par le Dr CH. ABADIE, de Paris.

La glande thyroïde, entrée depuis peu d'années dans le domaine médical, attire de plus en plus l'attention des médecins et des chirurgiens. A ce titre, nous nous faisons un plaisir de reproduire en entier l'excellent article du Dr Abadie, article publié dans la *Presse médicale*, et dont l'auteur nous a fait parvenir une copie avec prière de la porter à la connaissance des lecteurs de l'*Union Médicale*.

Récemment, à la Société Médicale des Hôpitaux, le professeur Debove a communiqué le fait suivant : une jeune fille de son service, atteinte de goître exophtalmique à forme grave fut opérée par Lejars. On lui enleva le lobe droit du corps thyroïde ; l'opération, très bien conduite, ne donna lieu à aucun incident, et néanmoins, le soir même, la malade succombait sans que rien pût expliquer sa mort.

Dans les leçons cliniques de Brissaud sur les maladies du système nerveux, il est aussi question d'une malade atteinte de goître exophtalmique, chez laquelle le professeur Poncet, de Lyon, pratiqua une opération d'apparence bénigne, simplement la mise à nu du corps thyroïde (exothyropexie) ; cette malade succomba également, sans qu'aucun symptôme permit de prévoir cette terminaison funeste.

Allen Starr, dans un travail de statistique important, publié en avril 1896, dans le *Medical News*, rapporte que sur 190 basedowiens opérés par thyroïdectomie partielle, il y eut 33 morts immédiates.

D'autre part, chez une malade atteinte de maladie de Basedow, Jaboulay, sous l'influence des idées subordonnant la triade symptomatique à la perversion de la sécrétion thyroïdienne, se décida à une thyroïdectomie du lobe droit. Trois mois après, il dût faire la thyroïdectomie du lobe gauche qui grossissait ; et, depuis, ce qui restait du corps thyroïde, c'est-à-dire le lobe médian, est devenu le siège d'une hyperplasie qui a reconstitué un vrai goître, de la grosseur d'une petite orange, portant la circonférence du cou, qui était de 27 centimètres après la dernière thyroïdectomie, à 35 centimètres. Après chaque opération, la récédive arrivait avec les palpitations, le tremblement, et, fait important, le goître se reproduisait.

Il y a de cela quelques jours à peine, à la Société de chirurgie, Lejars ayant rapporté le cas de thyroïdectomie partielle suivie de mort chez la malade du professeur Debove, Quénu prit la parole et raconta qu'ayant voulu faire l'ablation partielle de la thyroïde chez une basedowienne, il s'était vu contraint, en raison des difficultés de l'opération, de faire l'extirpation *complète*. Le goître n'a pas récidivé ; mais, depuis deux ans, la malade est dans un état lamentable. Atteinte de cette variété de crétinisme avec myxœdème signalée pour la première fois par Réverdin, à la suite de la thyroïdectomie totale, elle ne se soutient que par l'ingestion quotidienne d'extrait de corps thyroïde.

Voilà donc le bilan des tentatives opératoires faites sur la thyroïde dans le goître exophtalmique. Thyroïdectomie partielle : mort immédiate ou récédive ; thyroïdectomie totale : crétinisme avec myxœdème.

On voit, par ces exemples, combien il faut être réservé pour les opérations de ce genre. Je dis plus, et j'espère parvenir à le prouver, elles doivent être désormais proscrites.

Toutes ces tentatives partent, en effet, d'un point de vue faux : c'est poussés par l'idée erronée que l'origine de la maladie a son siège dans la glande thy-

roïde, que médecins et chirurgiens se livrent à des entreprises hasardeuses sur cet organe. Le meilleur moyen de les mettre en garde à l'avenir contre ces interventions si souvent désastreuses, c'est de démontrer tout d'abord que la théorie qui place le point de départ de la maladie de Basedow dans l'hypertrophie du corps thyroïde est inacceptable.

Dans un travail communiqué au dernier Congrès de chirurgie, je me suis déjà efforcé de fournir les preuves de cette démonstration ; je reprends les principales, renvoyant pour les détails au compte-rendu officiel de ce Congrès.

S'il s'agissait, comme quelques-uns le soutiennent, d'une suractivité fonctionnelle primitive de la thyroïde, imprégnant l'organisme d'une substance toxique excitant le grand sympathique, les troubles vasculaires devraient s'étendre à toutes les grosses artères du corps. Or, il n'en est rien. Nous devons, en effet, à Trousseau, cette remarque fondamentale : que les troubles vasculaires ne se font sentir que dans le territoire du sympathique cervical ; seules, les carotides, les thyroïdiennes sont animées de brusques mouvements d'expansion, tandis qu'au contraire, les iliaques, les fémorales, l'aorte abdominale semblent se maintenir dans des conditions ordinaires.

Si la théorie de l'hyperthyroïdisation était vraie, les deux autres symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow, l'exophtalmie et la tachycardie, devraient être toujours d'une intensité proportionnelle à l'hypertrophie du corps thyroïde. Il n'en est rien : de nombreux cas existent, et j'en ai personnellement observé plusieurs, où l'exophtalmie a été tellement grave qu'elle a abouti à la perte complète des deux yeux, bien que l'augmentation du corps thyroïde fût à peine appréciable.

Enfin, les interventions chirurgicales portant sur le corps thyroïde n'ont jamais modifié l'exophtalmie, qui a toujours été aussi forte après qu'avant l'extirpation plus ou moins complète de la glande. Preuve indéniable de l'indépendance absolue de ces deux symptômes.

A ceux qui ont attaqué le corps thyroïde parce qu'ils considéraient le goître exophtalmique comme une simple variété du goître ordinaire, je ferai remarquer que les préparations iodées si efficaces habituellement dans les divers états pathologiques du corps thyroïde, ont une action *noctive manifeste* dans la maladie de Basedow. De même, le traitement thyroïdien, qui compte de si brillants succès dans les goîtres avec myxœdème, dans les goîtres suffocants, *aggrave toujours* le goître avec exophtalmie.

Il n'existe donc absolument aucun rapport entre les goîtres ordinaires, où il y a toujours *atrophie* des éléments glandulaires, et le goître exophtalmique où il y a *hypertrophie* de ces mêmes éléments, mais hypertrophie qui, comme nous le verrons tout à l'heure, est toujours secondaire.

A cette théorie fautive d'une *lésion primitive* de la thyroïde, nous en avons substitué une autre, dont nous espérons justifier le bien fondé par des preuves convaincantes. La voici, en quelques mots :

Dans le goître exophtalmique, tout semble se comporter comme s'il y avait une excitation permanente des *fibres vaso-dilatatrices seules* du grand sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine.

On a bien déjà songé avant nous à incriminer le grand sympathique : les uns, le considérant comme excité, les autres, comme paralysé ; mais, ni l'une ni l'autre de ces deux hypothèses ne permettaient d'expliquer l'ensemble des symptômes observés.

Par contre, grâce à la belle découverte de Dastre et Morat, sur les filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical, il nous sera facile d'établir que, dans la maladie de Basedow, ce n'est pas le cordon du sympathique cervical pris en bloc qui est en jeu, mais seulement ses filets vaso-dilatateurs dont l'*origine distincte* a été nettement démontrée par ces deux habiles physiologistes. Voici comment ils s'expriment dans une note présentée à l'Académie des Sciences :

« La dilatation vasculaire provoquée par l'excitation du sympathique cer-

vical se reproduit avec la même netteté lorsqu'on agit, chez le chien, sur les rameaux communicants des deuxième, troisième, quatrième paires dorsales et sur le segment de la chaîne ganglionnaire auquel aboutissent ces rameaux. En deça et au-delà de ce département, l'excitation reste sans effet. Les vaso-dilatateurs de la région buccale tirent donc leur origine de la moelle par les rameaux communicants des deuxième, troisième et quatrième paires dorsales, suivant le cordon thoracique, traversent les ganglions étoilés, l'anneau de Vieussens et le ganglion cervical inférieur; ils font partie intégrante du cordon cervical, au même titre que les nerfs vaso-constricteurs, et vont ensuite se répandre avec le trijumeau dans les parois buccales."

En admettant une excitation permanente des filets vaso dilatateurs du sympathique cervical, on explique aisément les divers phénomènes morbides qu'on observe dans le goître exophtalmique. La turgescence des artères thyroïdiennes a pour conséquence l'hypertrophie du corps thyroïde qui est ainsi *secondaire* et non *primitive*.

Et ici, il y a vraiment hypertrophie de la glande, parce qu'il y a constamment un apport sanguin trop considérable. De même, on a signalé récemment dans plusieurs autopsies, une hypertrophie du thymus, à laquelle on cherche déjà à vouloir faire jouer un rôle pathogénique important. Mais, cette hypertrophie du thymus a la même origine que celle du corps thyroïde: elle provient uniquement de la vaso-dilatation, et d'un apport nourricier trop grand aux vestiges de cette glande.

Cette hypertrophie du corps thyroïde dans le goître exophtalmique une fois établie entre en scène à son tour et provoque en réalité des phénomènes d'hyperthyroïdisation chez les basedowiens, mais toujours secondairement et tardivement. La dilatation des artères de la tête et du cou reste le phénomène morbide initial. Il ne faut pas renverser les rôles, et dire les artères thyroïdiennes ont augmenté de volume, parce que le corps thyroïde s'est hypertrophié; mais bien, par suite de la dilatation de leurs parois, le calibre des vaisseaux thyroïdiens ayant augmenté, la glande thyroïde à laquelle ils se rendent, recevant plus de sang que dans les conditions normales, s'est hypertrophiée.

La dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires provoque la propulsion du globe oculaire en avant, d'où l'exophtalmie. L'excitation des filets cardiaques, la tachycardie.

Cette même hypothèse d'une excitation permanente des vaso-dilatateurs du cordon sympathique cervicale s'accorde bien aussi avec les variétés de formes dites frustes, si communes dans cette maladie.

Quand, en effet, ce sont les symptômes oculaires qui dominent, et que l'exophtalmie occupe la première place, tant par la difformité monstrueuse qu'elle provoque, que par les dangers qu'elle fait courir aux globes oculaires; quand, de plus, cette exophtalmie énorme se rencontre avec une hypertrophie insignifiante du corps thyroïde et une tachycardie modérée, cela tient à ce que c'est le centre médullaire, présidant à la dilatation des vaisseaux rétro-bulbaires, qui est surtout intéressé.

Au contraire, quand l'hypertrophie du corps thyroïde est considérable ou la tachycardie intense, et l'exophtalmie insignifiante, c'est que l'excitation à son siège dans les centres, d'où émanent les filets dilatateurs des artères thyroïdiennes et excitateurs du cœur.

Cette nouvelle manière d'interpréter la pathogénie du goître exophtalmique, outre l'avantage de nous mieux donner la raison d'être de ses symptômes et de ses diverses modalités, est féconde encore en conséquences thérapeutiques.

Si l'exophtalmie en particulier est due, comme nous le soutenons, à une dilatation active des vaisseaux sanguins rétro-bulbaires, la section du sympathique cervical au-dessus du ganglion moyen, ou l'extirpation de ce ganglion doit la faire disparaître. C'est ce qui a lieu en effet.

Jaboulay (de Lyon), sans avoir fait connaître les considérations théoriques

qui l'ont amené à pratiquer cette opération, l'a exécutée sur le vivant (Février 1896.)

Il a réussi en employant un procédé de section simple, d'une exécution facile, en portant son incision en arrière du sterno-mastoïdien, et rejetant en avant et en dedans, loin du champ opératoire, les gros vaisseaux du cou et le pneumogastrique.

C'est donc lui, je crois, qui aura eu le mérite d'avoir trouvé, un peu empiriquement peut-être, mais, dans tous les cas, d'avoir exécuté le premier, et rendu pratique, le traitement chirurgical du goître exophtalmique.

Il avait d'abord essayé, comme nous l'avons vu plus haut, d'enlever en partie le corps thyroïde, croyant se rendre maître de la maladie.

Il a échoué, et il devait échouer parce que, comme nous venons de le démontrer, l'hypertrophie du corps thyroïde n'est que la *conséquence* et non la *cause* de la maladie de Basedow.

Aussi, une fois l'extirpation partielle faite, vit-il l'hypertrophie thyroïdienne apparaître de nouveau, peu de temps après.

Ayant alors, chez cette même malade, pratiqué la section du sympathique cervical, tous les phénomènes oculaires rétrocedèrent et l'exophtalmie disparut pour ne plus revenir.

Au dernier Congrès de chirurgie (Octobre 1896), je terminais ma communication sur ce même sujet en disant : " Je crois qu'à l'avenir il en sera toujours ainsi et qu'on pourra combattre sûrement, par ce moyen, le symptôme redoutable de l'exophtalmie qui, portée à l'extrême, peut provoquer la perte des deux yeux."

Depuis cette époque, les faits sont venus confirmer les idées que je soutenais. Tandis que les tentatives d'ablation partielle du corps thyroïde ont donné de tristes résultats, tous les cas de section du sympathique (Jaboulay, à l'heure actuelle, en a déjà six à lui seul), ont été suivis de succès ; non seulement l'exophtalmie parfois très grave a toujours disparu, *mais les autres symptômes ont aussi rétrocedé en grande partie.*

La théorie de l'excitation des vaso-dilatateurs que je soutiens, permet de comprendre la gravité particulière des ablations partielles. Nous avons vu, dans la dernière statistique de Allen Starr, que, sur 190 basedowiens opérés par thyroïdectomie, il y a eu 33 morts immédiates, que l'auteur attribue à une intoxication suraiguë : hypothèse inadmissible, une ablation, même partielle, devant nécessairement plutôt diminuer qu'augmenter l'hyperthyroïdisation.

Selon nous, en faisant une ablation partielle, on risque de provoquer des tiraillements des vaisseaux, des filets nerveux, de laisser dans la plaie des ligatures, toutes causes d'excitation réflexe qui viennent augmenter, pour ainsi dire, l'irritation déjà anormale des filets vaso-dilatateurs du sympathique cervical. Cette excitation peut agir sur les différents rameaux qui émanent du sympathique cervical, et en particulier sur ceux qui se rendent au cœur, d'où aggravation de la tachycardie, jusqu'à ce que mort s'en suive.

Quant à la rétrocession du goître dans les cas où Jaboulay a fait la section du sympathique entre le ganglion cervical moyen et supérieur, il suffit, pour s'en rendre compte, de rappeler que la thyroïdienne supérieure, de beaucoup la plus importante, reçoit une innervation vaso-motrice du ganglion cervical supérieur. Il serait encore plus rationnel de sectionner le sympathique cervical au-dessous du ganglion moyen qui fournit à la thyroïdienne inférieure, on obtiendrait ainsi plus sûrement le retour à la normale de la glande thyroïde.

Quant à la tachycardie, c'est elle qui, jusqu'ici, a bénéficié le moins de ces sections nerveuses ; et cela se comprend, les filets cardiaques étant placés plus bas et échappant ainsi à la main du chirurgien.

Dans un travail publié dans le dernier numéro des *Archives provinciales de Chirurgie*, Jonnesco, de Bucharest, qui compte aussi 2 cas de guérison de goître exophtalmique par section du sympathique cervical, propose, non plus la sec-

tion, mais la résection totale et l'ablation du sympathique cervical, avec ses trois ganglions. Nous croyons cette opération inutile, au moins dans la maladie de Basedow.

Quand l'exophtalmie dominera, et que l'hypertrophie thyroïdienne sera peu accusée, on se contentera de sectionner le sympathique entre le ganglion cervical moyen et le supérieur : opération simple, facile, et qui semble suffisante. Quand le goître sera plus accusé, la section devra porter au-dessous du ganglion moyen : opération déjà plus difficile, en raison du voisinage immédiat de la thyroïdienne inférieure.

Enfin, ce n'est que dans les cas fort rares, où la tachycardie serait extrême et inquiétante, qu'il faudrait descendre encore plus bas et couper les filets efférents du ganglion inférieur. Mais je considère les sections nerveuses, qui jusqu'ici n'ont donné que des succès, comme suffisantes. L'ablation et l'extirpation totale peuvent avoir des inconvénients et ne semblent présenter aucun avantage sérieux sur les sections.

NOUVELLE CURE RADICALE DES HERNIES

La méthode sclérogène pour la cure radicale des hernies, par le professeur LANNELONGUE. — *Le Scalpel*, 21 février 1897.

M. le professeur Lannelongue (*Journ. de méd. de Paris*) applique depuis 6 mois à la cure radicale des hernies sa méthode sclérogène, qui lui a donné, dans le traitement des tuberculoses externes, des résultats si remarquables, aujourd'hui contrôlés par de nombreux médecins. Nous donnons un résumé succinct de sa manière d'appliquer ce traitement.

Voici les trois raisons qui, d'après le professeur, militent en faveur de la vulgarisation de cette méthode : 1^o l'opération est sans danger pour le malade, qui après 8 ou 10 jours de repos peut être considéré comme guéri et est délivré du port de bandage ; 2^o l'opération est à la portée de tout praticien prudent ; 3^o l'opération est applicable à tous les cas et à tous les âges.

Le 9 décembre dernier, le professeur Lannelongue opérait à l'hôpital Trousseau, un enfant de 14 ans, un garçon, atteint de hernie inguinale droite. L'opération a duré, montre en main, quatre minutes et demie, y compris le temps employé aux explications.

Le malade étant endormi—ce qui à la rigueur n'est pas indispensable—et la région où l'on doit opérer étant soumise à une rigoureuse antiseptie, les poils rasés s'il y a lieu, on s'assure que la hernie est réduite et on charge un aide de maintenir le doigt appliqué sur l'orifice inguinal profond de manière à protéger la cavité péritonéale.

Après cela, l'opérateur reconnaît la région pubienne et le cordon qui s'engage dans l'orifice interne du canal inguinal, réunissant en un faisceau tous les éléments qui le constituent. Quand on a bien noté la position du cordon, il est aisé d'opérer en dedans, et en dehors de lui sans risquer de l'atteindre.

La main gauche tenant le cordon, la droite armée d'une seringue de Pravaz chargée d'une solution de chlorure de zinc au dixième, toujours la même (l'injection qui est employée dans la méthode sclérogène), on enfonce l'aiguille perpendiculairement au pubis et on va jusqu'à la surface de l'os, puis on dévie la pointe de l'aiguille vers la surface profonde du cordon, et là, dans les tissus fibreux qui l'entourent, on injecte 5 gouttes de solution et on retire l'aiguille. On recommence trois ou quatre fois, de chaque côté du cordon, en faisant chaque piqûre en des points au besoin marqués d'avance au crayon dermatographique. On cerne ainsi l'orifice par 8 ou 10 injections, soit en tout 30 à 40 gouttes de la solution sclérogène.

La première étant faite dans la paroi abdominale sur le bord supérieur du pubis vers l'épine pubienne, dans l'orifice interne du canal inguinal, entre les

pilliers, la *seconde* est faite un peu plus bas sur le pubis à un centimètre environ de la première et la *troisième* encore plus bas vers l'origine de la branche descendante du pubis. On fait trois autres piqûres *en dedans* du cordon, celui-ci étant repoussé en dehors par la main gauche. On enfonce alors l'aiguille directement sur l'os en évitant d'atteindre le cordon et on dévie sa pointe en dehors de manière à faire l'injection en arrière du cordon, dans les plans fibreux qui sont immédiatement en avant du périoste.

On a évité l'introduction du liquide dans la cavité péritonéale grâce à la présence du doigt d'un aide intelligent, il n'y a plus qu'à y appliquer un tampon d'ouate aseptique humide. Comme pansement, on applique sur la région des piqûres une compresse de gaze iodoformée, de l'ouate et un bandage aseptiques.

Comme suite : Huit jours de lit, suppression du bandage, M. Lannelongue affirme que l'enfant sera ensuite guéri radicalement de sa hernie. Chez les petites filles, l'opération est la même sauf qu'il n'y a pas à compter avec le cordon. L'opération pourrait être faite à tous les âges même chez des vieillards, affirme M. Lannelongue. Il ne voit de contre-indications dans aucun cas.

LA CONSERVATION DES INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Note sur la conservation des instruments en acier, par le Dr MARÉCHAL.—*Gazette des Hôpitaux*, 9 mars 1897.

Au mois d'octobre 1893, j'ai placé, dans les solutions suivantes, une montre en nickel ouverte, des vaccino-styles, des bistouris et des aiguilles de Pravaz en acier, ces instruments étant à l'état de neuf et bien polis :

1°	Solution aqueuse de bicarbonate de soude à.....	?	p. 100
2°	— — carbonate	— —
3°	— — borate	— —
4°	— — benzoate	— —
5°	— alcoolique de benzoate	— —
6°	{ Alcool à 95 degrés, 5 grammes		
	{ Borate de soude, 1 gramme		
7°	Alcool à 95 degrés ;		
8°	Eau simple.		

A la date du 1er mars 1895, les instruments, ainsi que la montre, sont absolument intacts à tous les points de vue, dans les six premières solutions; le sulfocyanure de potassium n'y révèle d'ailleurs aucune trace de fer. Au contraire, les objets sont complètement oxydés dans les solutions Nos 7 et 8.

J'en conclus que l'on peut conserver, à l'abri de toute altération, des objets quelconque en acier, cuivre ou nickel, dans les solutions sus-indiquées, pendant un temps indéfini. Il semble même que des traces de sel alcalin suffisent, puisque la conservation est complète dans la solution No 6, bien que le borate de soude soit insoluble dans l'alcool absolu.—(*Journ. de pharm. et chim.*)

NOUVEAU TRAITEMENT DES CYSTITES TUBERCULEUSES

Nouveau traitement des cystites tuberculeuses par les injections intra-vésicales d'air stérilisé, par le Dr RAMOND.—*Bulletin Médical*, 3 février 1897.

L'auteur rapporte trois observations dans lesquelles ce traitement lui a donné de bons résultats.

Voici quelle est la technique opératoire.

On emploie des sondes molles stérilisées et une seringue à hydrocèle de 100 c.c. de capacité. Un petit tampon de ouate, mis dans l'embout de la

seringue, permet à l'air de filtrer au travers, et d'arriver ainsi à la vessie, exempt de tout germe. Le cathétérisme est pratiqué; l'urine s'évacue d'elle-même, et à travers la sonde, laissée en place, une première injection de 100 c.c. d'air est poussée doucement dans la vessie. La canule retirée, l'air sort facilement par la sonde. Immédiatement après, on injecte plus rapidement de 250 à 300 cc. d'air. Une pince à forcepousseur est mise sur la sonde; et on laisse ainsi l'air en contact avec la muqueuse vésicale cinq minutes environ. Puis on retire brusquement la sonde; l'air force le sphincter et ne tarde pas à être expulsé. L'opération—à part le cathétérisme—n'est nullement douloureuse. Elle est renouvelée tous les deux ou trois jours, jusqu'à sédation complète.

L'auteur suppose que l'air agit sur le sphincter comme la dilation forcée dans la fissure de l'anus.



D'après une communication faite à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, le Dr SABOURAUD aurait découvert le microbe de la calvitie. On trouverait le bacille séborrhéique en grande quantité dans les follicules pileux, et le sérum ensemencé sur gélose peptone glycérolisée acide, développerait une colonie de couleur rose brique, saillante sur le milieu. Les toxines recueillies après filtrage des cultures et inoculées à un lapin, ont produit après quarante jours une alopecie complète; le pauvre animal a perdu tous ses poils. Si le Dr SABOURAUD peut maintenant trouver le remède, que de gens lui devront une reconnaissance éternelle.

Diabète, (DIEULAFOY).—1. Dans le diabète comme dans l'albuminurie, une diminution dans la quantité de sucre ou d'albumine excrétée ne doit pas modifier le pronostic, le malade étant également exposé aux mêmes complications que dans le cas contraire;

2. Chez le diabétique, la perte des reflexes rotuliens constitue un signe pronostic sérieux;

3. Lorsqu'on se trouve en présence d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, on doit songer au diabète;

4. La phthisie est très fréquente chez les diabétiques, lesquels constituent un terrain favorable à la tuberculose;

5. Le diabétique ne contracte pas la tuberculose quand il commence à maigrir, mais il maigrit parce qu'il devient tuberculeux. (LARAMÉE.)

Cancer du foie, (DIEULAFOY).—1. De tous les organes, le foie est celui dans lequel le cancer est le plus rarement primitif;

2. Dans le cas de cancer du foie, on doit toujours rechercher la porte d'entrée, même dans les organes les plus éloignés: œil, langue, lèvre;

3. Ordinairement c'est dans l'estomac et l'intestin que siège le cancer primitif, point de départ du cancer hépatique;

4. Lorsque chez le malade atteint de cancer hépatique, on voit le foie augmenter encore de volume, ou la fièvre survenir (cancer fébrile), le pronostic doit être considéré comme très grave. (LARAMÉE.)

Méningite tuberculeuse, (PETER).—Deux symptômes de premier ordre: 1. Strabisme avec diplopie; 2. Ralentissement du pouls coïncidant avec une élévation de température constante, sans oscillation entre le matin et le soir.

Symptômes secondaires:

3. Insouciance apathique du petit malade;

4. Absence du tremblement à la langue et aux lèvres si caractéristiques dans la fièvre typhoïde;

5. Céphalalgie aiguë et activement douloureuse;

6. Sensibilité des pneumogastriques à la pression. (LARAMÉE.)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DE LA LUTTE POUR L'EXISTENCE ENTRE LES JUMEAUX (1)

Par le Docteur PORAK.

On observe fréquemment, dans la grossesse gémellaire, l'avortement ou l'accouchement prématuré, l'inégalité considérable du poids des fœtus, la mort d'un des fœtus et, comme conséquence, son aplatissement (fœtus papyraceus). L'explication de ces faits était restée obscure. Des travaux nombreux nous permettent aujourd'hui de nous rendre compte de leur mécanisme. Hyrtl, Späth, Jacquemier, Dareste, Sällinger, Küstner, Ahlfeld, Niberding, Porak (thèse de Cornet), Bar (thèse Eleuturescu), mais surtout et l'un des premiers Schatz, dans plusieurs mémoires très volumineux et très importants, ont apporté, pour la solution du problème, des documents précieux.

La fécondation, on le sait, s'accomplit dans le dernier tiers de la trompe et peut-être sur l'ovaire lui-même. D'autre part, dans les autopsies de femmes accouchées de jumeaux, tantôt il n'existe qu'un corps jaune, tantôt il en existe deux qui siègent ordinairement sur le même ovaire, mais quelquefois aussi sur les deux ovaires. Lorsqu'il n'y a qu'un corps jaune, la vésicule de de Graaf a pu recéler deux ovules ou un seul ovule qui a été le siège de deux taches germinatives.

D'où l'existence de grossesses gémellaires uni et bivitellines.

Au point de vue du développement ultérieur, on peut établir une autre distinction. Il se peut que deux ovules, qu'ils soient issus d'une seule vésicule de de Graaf ou de deux vésicules différentes, aient été fécondés presque simultanément et l'évolution des œufs se comportera comme s'il s'agissait de grossesse double univitelline. Dans un autre cas, les deux ovules ont été successivement fécondés.

La fécondation successive de deux ovules soulève une question qui a été souvent débattue. *La fécondation peut être double, c'est-à-dire provenir de deux coïts du même père ou de deux pères différents.* Quelques observations démontrent la possibilité du fait. On les trouvera rapportées tout au long dans les ouvrages classiques. Il peut y avoir *superfécondation* lorsque les conceptions successives se font pendant le temps que met l'un des ovules fécondés à parcourir les trompes. Il faut alors, de toute nécessité, que la fécondation ait lieu par le passage des spermatozoïdes à travers l'autre trompe restée perméable. Il y a *superfétation* lorsque le second ovule est fécondé après que le premier est déjà arrivé dans l'utérus et alors les spermatozoïdes peuvent passer par l'une ou par l'autre trompe : elles sont toutes deux libres.

La seule objection importante à la superfétation consiste dans la suspension de la fonction ovarienne pendant la grossesse. De fait, dans aucune autopsie de femmes enceintes, on a constaté la persistance de la maturation des ovules. Rien ne démontre non plus qu'une vésicule de de Graaf en voie de développement au moment de la fécondation du premier ovule ne puisse pas parcourir toutes les phases ultérieures de son évolution. Nous avons soutenu que la vésicule de de Graaf peut se rompre à tout moment de la période intermenstruelle (*Bull. de la Soc., obs. et gyn. de Paris. 1887, p. 167*). Dans la grossesse gémellaire, la seconde vésicule de de Graaf peut se rompre après la première, une, deux et même trois semaines après la fécondation du premier ovule. Point n'est besoin de soulever la question de la perméabilité de l'utérus et des trompes. On admet,

(1) *Médecine moderne*, 4 octobre 1896.

en effet, que vers le troisième mois seulement de la grossesse, la caduque pariétale s'accôle à la caduque réfléchie et oblitère la cavité utérine. A ce moment, l'ovulation est suspendue depuis longtemps.

Nous voilà donc en face de deux cas bien définis : — l'ovule possède deux taches germinatives, ou deux ovules arrivent à peu près au même moment dans la cavité utérine ; — ou bien les deux ovules y arrivent à une distance de 1 jour à 10, 15, 20 jours. L'accouchement ayant lieu dans l'immense majorité des cas au même moment pour les deux jumeaux, ceux-ci auront, dans le premier cas, le même âge et dans le second un âge différent.

Dans le cas où les fécondations ont été successives, le premier ovule s'est implanté dans la cavité utérine avant le second et chacun d'eux se recouvre d'une caduque réfléchie distincte. Au moment de l'accouchement, que leur placenta soit séparé ou réuni, la cloison commune aux deux œufs sera donc constituée de deux amnios, de deux chorions et d'une caduque, celle-ci pouvant s'atrophier et faire défaut. La circulation des deux œufs est indépendante et les enfants sont de sexes, soit semblables, soit différents.

Si la grossesse est univitelline ou si les deux ovules se sont implantés très près l'un de l'autre après avoir été fécondés pour ainsi dire simultanément, ils sont où peuvent être recouverts de la même caduque. La cloison de séparation des œufs, dans la grossesse gémellaire univitelline, n'existe pas (ce qui est très rare), ou est constituée par deux amnios seulement, ou par deux amnios et un chorion. La cloison de séparation des œufs, dans le cas où les deux ovules sont recouverts de la même caduque est constituée par deux amnios, deux chorions, un seul par fusion. Dans le premier cas, mais peut-être aussi dans le second, les deux allantoïdes sont si rapprochées qu'elles peuvent se confondre.

Les auteurs récents considèrent la fusion des deux allantoïdes comme propres aux grossesses univitellines. La grande ressemblance des jumeaux, la similitude des sexes, l'existence des deux amnios seulement à la cloison de séparation des œufs, l'absence même de cloison, l'existence d'un seul chorion entre les amnios constituent les caractères sur lesquels ils s'appuient pour admettre que les grossesses à fusion vasculaire du placenta sont des grossesses univitellines.

J'accorde que ces arguments ont grande valeur.

Cependant Späth pense que les jumeaux à circulation commune se trouvent, relativement aux jumeaux à circulation indépendante, dans la proportion de 1 à 7. Ce serait donc très fréquent. La gémellité univitelline constatée par Dareste dans l'œuf de poule est un fait exceptionnel et on reste étonné de la fréquence que cette singulière anomalie présenterait dans l'espèce humaine.

Je suis disposé à contester la gémellité univitelline lorsque la cloison contient outre les deux amnios un chorion et à admettre que deux ovules fécondés au même moment, arrivés ensemble dans l'utérus, s'implantant à côté l'un de l'autre, se faisant un nid unique en se recouvrant de la même caduque réfléchie, peuvent présenter des fusions vasculaires allantoïdiennes.

Quoi qu'il en soit de cette discussion, le fait de la dépendance ou de l'indépendance de la circulation placentaire chez les jumeaux établit entre eux des différences très curieuses. Au lieu d'adopter les noms de grossesses uni ou bivitelles, je préfère distinguer les jumeaux suivant qu'ils ont *une circulation placentaire commune* ou *une circulation placentaire indépendante*.

Les jumeaux à circulation indépendante se trouvent relativement l'un à l'autre, quant à leur développement et à leur poids respectif, dans une situation qui leur est créée par leur âge différent. Il est possible que le jumeau le plus jeune, surtout s'il est beaucoup moins âgé que son aîné, se trouve dans des conditions de développement défectueuses qui gênent son accroissement.

Il est cependant un fait d'observation qui domine toute cette question, c'est que l'avortement et que l'accouchement prématuré se produisent beaucoup moins fréquemment dans les grossesses gémellaires à circulation placentaire

indépendante que dans les grossesses à circulation placentaire commune, et cela d'une façon très notable. Les jumeaux à circulation placentaire commune, présentent un développement très différent et des écarts de poids très considérables, surtout lorsque l'accouchement se fait prématurément. Ces différences sont bien moins sensibles dans les grossesses à circulation placentaire indépendante. Cette distinction entre les différences de poids des jumeaux à circulation dépendante et indépendante est d'ailleurs d'autant plus accusée que la grossesse est interrompue plus tôt.

Voilà les faits.

On peut en conclure que l'indépendance des circulations placentaires, qui constitue pour les jumeaux leur *individualisme*, favorise leur viabilité et leur développement ; que la communauté des circulations placentaires, qui crée la *dépendance de l'un des jumeaux relativement à l'autre*, compromet leur viabilité d'abord, et ensuite le développement de l'un d'eux dans sa longueur, dans son poids et dans sa constitution.

Il est donc intéressant d'étudier dans quelles conditions s'établit la communauté des circulations entre les jumeaux. Schatz a épuisé, on peut le dire, cette importante question.

Les deux jumeaux possèdent chacun une circulation qui leur est propre, et une circulation commune, *troisième circulation* qui va du cœur de l'un des jumeaux au cœur de l'autre.

Le sang de l'un des jumeaux pénètre constamment par l'artère dans les villosités placentaires pour aboutir à une veine ombilicale qui se rend à l'autre jumeau. A moins de monstruosité, la *circulation intervilleuse* existe toujours. La circulation intervilleuse peut exister seule et ordinairement sur plusieurs cotylédons, de telle sorte qu'elle se fait dans un point d'un jumeau vers l'autre et, vice versa, dans un autre point du second jumeau vers le premier. Il y a un jumeau transfuseur et un jumeau transfusé, mais l'équilibre tend à se rétablir et peut être considéré dans quelques cas comme satisfaisant. Cette disposition existe, d'après Schatz, 3 fois sur 34 observations.

L'équilibre tend dans un nombre de cas assez importants à se rétablir par des communications superficielles d'artère à artère ou de veine à veine. Voici comment :

Le sang passe d'une ou d'artères intervilleuses du jumeau A, à une ou à des veines intervilleuses du jumeau B, puis il revient au jumeau A superficiellement par la voie artérielle, *par l'anastomose d'artère à artère* : c'est le cas ordinaire, 18 fois sur 34 cas (Schatz).

Le sang passe d'une ou d'artères intervilleuses du jumeau A, à une ou des veines du jumeau B ; il s'ensuit dans le système veineux du jumeau B (transfusé) une augmentation relative de la tension sanguine qui indique le sens de la dérivation *par l'anastomose superficielle de veine à veine* entre les jumeaux : c'est le cas le plus rare. On l'observe seulement 2 fois sur 34 cas (Schatz).

Nous verrons plus tard ce qu'il advient dans les cas de communications par les vaisseaux superficiels d'artère à artère et de veine à veine, qu'il existe ou non une circulation intervilleuse. C'est noté 11 fois sur 34 observations (Schatz).

L'existence de cette communauté circulatoire tend à mettre l'un des jumeaux sous la dépendance de l'autre. Le *fœtus transfusé* recevant plus de sang hématosé que le *fœtus transfuseur*, commence tout d'abord à profiter de ces conditions de nutrition meilleure, mais le mal est tout près de l'excès du bien, comme on va le voir.

Le fœtus transfusé présente de la pléthore, puis, par l'amont continu du sang de la stase veineuse, puis de l'augmentation de la tension artérielle, d'où, par conséquent, l'hypertrophie du cœur. L'augmentation de la tension veineuse conduit à l'hypertrophie du foie et de la rate, puis à la dilatation du cœur. L'hypertrophie du cœur entraîne l'établissement de la circulation pulmonaire vicariante, l'oblitération du trou de Botal, l'hypertrophie du rein, la polyurie,

Phydramnios. La dilatation du cœur détermine l'œdème généralisé du fœtus, les épanchements dans les séreuses, l'hydramnios et même l'atrophie du foie succédant à son hypertrophie.

Avant d'arriver d'ailleurs à la rupture de la compensation et à cette espèce d'asystolie, il se peut que l'hypertrophie du cœur du jumeau transfusé soit suffisante pour renverser la direction du courant sanguin et transformer le jumeau transfusé en jumeau transfuseur. Ce phénomène ne se produit que par l'anastomose d'artère à artère lorsqu'elle existe. Dans ce cas, le premier jumeau reçoit moins de sang, mais il est hématosé. Il en renvoie davantage, il est vrai, mais c'est du sang non hématosé.

Ce mouvement de bascule maintient entre les jumeaux un équilibre satisfaisant quoique instable. L'enchaînement des faits précédents suppose que les deux circulations placentaires soient adéquates. Si l'aire vasculaire du placenta du jumeau transfusé est moins étendue que celle du jumeau transfuseur, soit parce que le placenta est malade (hémorragies, infarctus, altérations en marge ou en bordure), ou moins volumineux, que le nombre et la qualité des villosités soient inférieures, que le trajet du sang soit plus long, rendu plus difficile par le fait de torsion du cordon, etc., etc.; on conçoit qu'il peut se produire une tendance au rétablissement de l'équilibre.

Cependant, tandis que le jumeau habituellement transfusé sera plus long, plus lourd, pléthorique, à tissus plus succulents, à cordon plus gras, à placenta plus volumineux, à polyhydramnie, le jumeau transfuseur sera plus court, moins lourd, anémique, il urinerà moins, il aura de l'oligo-hydramnie, son cordon sera plus maigre, son placenta plus sec. Ainsi s'expliquent les différences de poids et de constitution si souvent observées entre les jumeaux et si souvent signalées par les auteurs.

Par un singulier retour des choses, il n'est pas possible de dire que ces jumeaux soient toujours malades et que l'un d'eux soit inférieur à l'autre. Après leur naissance, le jumeau plus développé, le transfusé, le paresseux sera moins armé pour la lutte que le jumeau moins développé, le transfuseur, le travailleur, qui sera mieux armé pour la lutte. On verra après la naissance le jumeau gras augmenter moins de poids que le jumeau maigre.

Mais pendant la vie intra-utérine l'un des jumeaux, aussi bien le transfuseur que le transfusé, peut succomber dans la lutte et mourir. D'où la fréquence de l'avortement et de l'accouchement prématuré. Le mort emporte le vif. Il se venge encore en mourant, l'expulsion du fœtus mort entraînant ordinairement l'expulsion du fœtus vivant.

La mort de l'un des enfants n'entraîne pas toujours l'avortement ou l'accouchement prématuré. Le fœtus mort peut rester alors dans l'utérus. Le vivant a conquis sa place et la garde. D'ailleurs, plus la grossesse est avancée, plus souvent aussi la mort d'un des jumeaux entraîne le travail et ordinairement à bref délai.

Un autre mécanisme de la mort d'un des jumeaux se trouve réalisé par l'existence de la troisième circulation à la fois d'artère à artère et de veine à veine. L'inégalité est le fait primordial de la nature. Aussi, dès le début de l'évolution des embryons jumeaux, l'un est déjà plus fort que l'autre.

S'il s'établit entre leurs allantoïdes des communications intervilleuses et que les anastomoses d'artère à artère ou de veine à veine soient grêles, cela va tant bien que mal; il existe une tendance à l'établissement de l'équilibre.

Ce qui se passe entre les jumeaux se trouve décrit plus haut dans le mécanisme de la pléthore chez le jumeau transfusé et de l'anémie chez le jumeau transfuseur.

Mais si les anastomoses d'artère à artère et de veine à veine sont volumineuses, si l'un des jumeaux est primitivement plus puissant que l'autre, il va accaparer à son profit une grande partie du placenta ne laissant à son associé qu'une portion de placenta tout à fait insuffisante à son entretien. Il peut même

accaparer la totalité des cotylédons placentaires. Les gros vaisseaux du jumeau transfusé prennent directement leur origine sur les gros vaisseaux du jumeau transfuseur.

De deux choses l'une, ou le jumeau plus faible lutte contre le jumeau le plus fort, ou il ne lutte pas.

Il lutte d'ailleurs toujours lorsqu'il est normalement constitué et qu'il est pourvu de ses organes essentiels. S'il possède le cœur, il va défendre autant qu'il le pourra sa place de placenta. Il finira cependant par succomber et il succombera d'autant moins vite qu'il aura conservé plus de cotylédons. En mourant, il entraînera l'avortement ou restera dans l'utérus. Dans ce dernier cas il est aplati, écrasé par le vainqueur. Il devient *fœtus papyraceus*. L'aplatissement du fœtus ne s'observe d'ailleurs que chez les fœtus âgés de moins de 5 mois.

La cause anatomique constatable de la mort du fœtus papyraceus se trouve dans un très grand nombre de cas dans les torsions du cordon ou dans les nœuds du cordon. Il semble que par ce mécanisme le fœtus veuille apporter un obstacle au sang qui lui arrive en trop grande abondance et insuffisamment oxygéné puisqu'il passe directement du fœtus fort au fœtus faible sans s'être préalablement hématisé à travers le placenta.

J'ai eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas de fœtus papyraceus. Tout récemment, j'ai étudié un fœtus papyraceus dont je publierai *in extenso* l'observation dans le *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*. Il n'avait pas de placenta. Les vaisseaux de son cordon sont des bifurcations de ceux du jumeau vivant.

Ou bien le jumeau le plus faible renonce à la lutte, il n'a ni placenta, ni cœur, ni tête quelquefois, ni membres, il est informe; mais bien développé, lourd, vivant: il est le parasite de son frère jumeau. Son salut s'est trouvé dans sa dépendance.

Nous pourrions continuer cette description et ce parallèle pour les monstruosités doubles. Le vaincu devient parasite du premier (monstruosité par inclusion). L'équilibre établi si rarement dans les monstruosités doubles ne peut l'être qu'à condition que la circulation commune, la troisième circulation comparable à celle des grossesses géminaires à circulation placentaire commune soit d'un faible territoire.

Dans cette description rapide de la lutte pour l'existence entre les jumeaux pendant la vie intra-utérine, la circonstance la plus favorable siège dans l'indépendance complète (grossesse géminaire à circulation indépendante), ou dans la dépendance complète (parasitisme).—Dès qu'il y a dépendance, il y a lutte: *Vae victis*, mais parfois aussi *Vae victoribus*.

Arch. de Gynec. et de Tocologie.

DE LA VALEUR COMPARATIVE DES PRINCIPALES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE LIÉE A L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA, par M. C. JUGE, (*Thèse de Paris, 1896.*)—Le double but qu'on se propose, en cas d'hémorragie par l'insertion vicieuse, est d'arrêter l'écoulement sanguin et de hâter l'expulsion du fœtus.

Le tamponnement vaginal, avant l'ère antiseptique donnait de mauvais résultats: ainsi King donne une statistique de 55 femmes tamponnées avec 19 morts (22 0/0), et Müller cite le pourcentage de 21 0/0 de mortalité maternelle sur un ensemble de 161 cas. L'infection était la grande cause de mort.

Néanmoins, les statistiques de cette époque fournissent quand même d'utiles éléments d'appréciation sur l'efficacité du tamponnement aussi bien comme

moyen hémostatique que comme agent provocateur du travail. Sur 128 cas de Müller, 16 fois le tampon subit un échec complet : 78 fois, la contraction survint :

Dans l'espace de une heure.....	5 cas.
Dans l'espace de une heure à cinq heures.....	22 cas.
Dans l'espace de six heures à douze heures.....	28 cas.
Dans l'espace de douze heures à vingt-quatre heures.....	9 cas.
Dans l'espace de vingt-quatre heures à quarante-huit heures.	6 cas.
Dans l'espace de trois jours.....	5 cas.
Dans l'espace de quatre jours.....	2 cas.
Dans l'espace de huit jours.....	1 cas.

Le tamponnement, d'après Juge est, dans près de la moitié des cas, impuissant contre l'hémorrhagie ou incapable de provoquer le travail. En réunissant les différentes statistiques publiées dans des mémoires récents, Juge arriva à une mortalité maternelle de 26,8 0/0 et à une mortalité fœtale de 77,6 0/0 en moyenne.

La version bipolaire de Braxton-Hicks, qui a obtenu un succès rapide en Angleterre et en Allemagne donne une mortalité fœtale de 78 0/0 et une mortalité maternelle de 6 0/0.

La rupture simple mais large des membranes, qu'il y ait ou non engagement de la présentation, a donné à M. Pinard 63 succès complets sur 66 cas. A la clinique Baudeloque, sur 73 cas d'intervention pour hémorrhagie par insertion vicieuse (de 1890 à 1895), 45 fois la rupture des membranes fut seule nécessaire et donna 45 succès immédiats contre l'hémorrhagie ; 19 fois on fut obligé de recourir ensuite au ballon de Champetier, l'hémorrhagie continuant, ou la dilatation ayant besoin d'être rapidement complétée. Les résultats définitifs ont été, pour cette statistique, 2,74 0/0 de mortalité maternelle et 37 0/0 de mortalité fœtale.

“ Le ballon de Champetier a été quelquefois placé en dehors de l'œuf, c'est à-dire entre les enveloppes ovulaires et la paroi interne de l'utérus... Les résultats ont été médiocres. Cette manœuvre constitue néanmoins et malgré tout un puissant moyen de dilatation rapide du col, et, dans le cas, très improbable, où les membranes seraient inaccessibles et fuiraient devant la pointe du perce-membrane, on pourrait y avoir recours, à défaut de mieux.

“ Introduit à l'intérieur de la cavité amniotique après large déchirure des membranes, le ballon de Champetier donne d'excellents résultats. Son action hémostatique est constante et certaine. De plus, il dilate le col avec rapidité et permet de terminer l'accouchement dans un temps très court.

“ La rupture des membranes, combinée avec l'introduction du ballon de Champetier dans l'œuf même est indiscutablement bien supérieure au tamponnement. Elle est bien près d'être la perfection même.”

(Nous avons tenu à analyser aussi fidèlement que possible le travail de M. Juge. L'impartialité de son jugement, fondé sur la seule observation des faits, donne à sa thèse une réelle valeur scientifique.)

Rev. de Ther. Méd. Chir.

LA STÉRILITÉ PAR LES ANTISEPTIQUES.—M. BARET, à la Société d'hygiène, a accusé les injections antiseptiques d'être une cause de stérilité dans certaines classes de la société où l'on abusait de ces lavages.

“ C'est sans doute excellent au point de vue de l'hygiène, dit-il, mais cette pratique constitue aussi un facteur de dépopulation, car ces solutions n'ont pas seulement pour effet de détruire les germes nocifs, elles tuent également les spermatozoïdes.”

REVUE D'HYGIÈNE

LE TRAITEMENT HYGIÉNIQUE DE LA COQUELUCHE.

Au temps lointain déjà de ce bon Ambroise Paré, alors que les apothicaires besogneux préparaient au fond de leurs mortiers la poudre de crapaud, les malades souffrant de quintes de toux opiniâtres se tenaient la tête couverte d'un bonnet appelé coqueluchon : d'où ce nom bizarre de coqueluche donné à la maladie que nos confrères américains appellent aujourd'hui *pertussis*. Considérée au commencement de ce siècle comme un catarrhe, puis un peu plus tard comme une névrose, la coqueluche est aujourd'hui rangée au nombre des maladies infectieuses, contagieuses, épidémiques, conférant l'immunité après une première atteinte.

Citons d'abord l'admirable description de Trousseau : « Un enfant est au milieu de ses jeux, quelques minutes avant que la crise arrive, il s'arrête; sa gaieté fait place à la tristesse; s'il se trouvait en compagnie de camarades, il s'écarte d'eux et cherche à les éviter. C'est qu'alors, permettez-moi, messieurs, cette expression, c'est qu'alors il médite sa crise, il la sent venir; il éprouve cette sensation de picotement, de chatouillement dont je vous parlais. D'abord il essaye de faire avorter la quinte, au lieu de respirer naturellement à pleins poumons comme il respirait tout à l'heure, il retient sa respiration; il semble comprendre que l'air, en arrivant à pleine voie dans son larynx, va provoquer cette toux fatigante dont il a la triste expérience. Mais, je le répète, quoiqu'il fasse, il n'empêchera rien, il ne pourra tout au plus que retarder l'explosion. S'il crie, s'il pleure, s'il est sous l'empire d'une émotion qui excite son système nerveux, cette explosion sera plus prompte. La quinte a lieu. Aussitôt vous voyez le malade chercher autour de lui un point d'appui auquel il puisse se cramponner. Si c'est un enfant à la mamelle, il se précipite dans les bras de sa mère ou de sa nourrice. Plus avancé en âge, s'il est debout, vous le voyez trépigner dans un état d'agitation convulsif. S'il est couché, il se dresse vivement sur son séant pour s'accrocher aux rideaux, aux barres de son lit. Il sort de là le visage bouffi, et cette bouffissure du visage, qui persiste quelquefois pendant trois semaines, peut, en quelques cas, suffire à elle seule pour qu'un médecin exercé soupçonne l'existence de la coqueluche. »

On ne saurait mieux décrire la quinte de toux de la coqueluche franche, et le diagnostic, à cette période, est facile à faire. Il n'en est pas ainsi au début. La toux, la turgescence du visage, la bouffissure des yeux et de la face, l'insignifiance des renseignements fournis par le stéthoscope, tels sont les signes qui mettent le médecin sur la piste, surtout lorsque la maladie existe dans les environs. La toux du début de la rougeole est beaucoup moins forte; la température est plus élevée.

La coqueluche est-elle une maladie dangereuse par elle-même? Au-dessous de cinq ans, oui; la mortalité est de 20 à 25 p. 100. Au-dessus de 5 ans, non (1 p. 100.) Un excellent moyen de fixer le pronostic, c'est de faire pointer sur un papier le nombre de quintes par jour: si l'enfant a moins de 15 quintes par 24 heures, la guérison est certaine. Un nombre plus considérable de quintes aggrave le pronostic; il est très-mauvais lorsqu'il y a plus de 60 quintes par jour. N'oublions pas que la maladie peut varier dans sa nature et sa durée: coqueluchette (3 à 4 semaines), coqueluche moyenne (6 semaines), coqueluche grave et prolongée (2 à 3 mois). N'oublions pas non plus que la coqueluche

peut amener du côté du poumon une inflammation aiguë comme la broncho-pneumonie, ou une inflammation chronique comme la tuberculose. (1). Voilà pourquoi il est prudent, durant la maladie, non-seulement de compter les quintes, mais aussi de prendre la température. Il est bon en même temps de surveiller les ganglions du cou.

Connait-on le microbe de la coqueluche? Pas exactement. Afanassieff a trouvé dans les glaires expectorées après les quintes, un bacille spécial (*bacillus tussis convulsiva*), dont il a fait des cultures et qu'il a inoculé à des chiens : ces chiens ont eu des quintes de toux et de la broncho-pneumonie. De plus, Griffiths a isolé de l'urine des coquelucheux une ptomaine qui se rapproche beaucoup de la toxine sécrétée par le bacille d'Afanassieff. Mais Ritter, de son côté, a découvert un bacille autre qu'il croit être la cause de la coqueluche. De sorte que la question demeure en suspens.

Ces études bactériologiques n'ont cependant pas été perdues. La clinique avait déjà démontré que la cause unique de la coqueluche, c'est la contagion directe. La contagion indirecte est des plus rare. (2). Nous pouvons maintenant affirmer, après les recherches d'Afanassieff, de Ritter et des autres, que la contagion est peu fréquente pendant la première période, qu'elle se manifeste surtout avec les quintes et qu'elle existe en puissance dans l'expectoration glaireuse qui suit chaque quinte. Ceci a permis d'établir la prophylaxie efficace de la coqueluche sur les bases suivantes : désinfection des crachats et du linge, isolement absolu et aussi précoce que possible (dès que le diagnostic est fait.)

Il n'y a pas le moindre doute que si l'on pouvait, à la même heure et sur toute la surface du globe, isoler d'un seul coup tous les cas de coqueluche, on ferait disparaître la maladie. Mais comme ceci n'est qu'une utopie, le mieux à faire devant un cas donné, c'est de l'isoler convenablement et de le guérir avant qu'il ne passe la maladie à d'autres enfants. Si un enfant a été en contact avec un coquelucheux, il faut le surveiller attentivement pendant quinze jours; au bout de ce temps, si aucun symptôme se déclare, c'est que la contagion n'a pas pris.

Traitement Médical.

Les bactériologistes ne nous ayant pas encore fourni de traitement spécifique de la coqueluche, quels médicaments emploierons-nous? Voici ce que conseille Jules Comby, dans le *Traité de Thérapeutique appliquée*, de Robin.

On aura égard à la forme, à l'intensité de la maladie et à la période de son évolution. Le cas est-il léger, bénin, les moyens hygiéniques, une surveillance attentive et éclairée, quelques tisanes chaudes, une potion calmante suffiront. On isolera l'enfant, on le défendra contre les refroidissements, on le couvrira bien, on ne le laissera pas sortir par les temps humides ou tourmentés, et on lui fera prendre, matin et soir, dans une infusion chaude, 10 gouttes de sirop de codéine et 2 gouttes de teinture de belladone.

Si le cas est plus intense, s'il y a du catarrhe bronchique avec quintes assez fortes (1ère et 2e périodes), on débutera par un vomitif (ipéca), qu'on pourra répéter toutes les semaines, et on insistera sur la belladone (5 à 10 gouttes de teinture trois fois par jour).

Si les battements du cœur sont précipités, si le pouls est faible, on donnera la digitale pendant trois ou quatre jours de suite, tous les dix jours, à la dose suivante (1 drachme à 2½ drachmes de sirop de digitale, 5 à 15 gouttes de teinture).

S'il y a une fièvre bien accusée, on prescrira la quinine en suppositoire ou en potion.

(1) Nous passons sous silence les vomissements alimentaires, qui parfois assombrissent grandement le pronostic, et les hémorragies capillaires.

(2) LEGROUX et HUBLO: Traité de Médecine et de Thérapeutique.

Dans les formes graves et intenses, on forcera les doses de belladone en allant jusqu'à la dilatation pupillaire; et si la belladone ne réussit pas, on s'adressera à l'*antipyrine* à doses massives (5 à 10 grains par prise, 45 à 75 grains par jour).

On insistera sur les *pulvérisations* d'eau boriquée ou naphtolée, répétées toutes les heures ou toutes les deux heures, sur les *inhalations* d'oxygène, sur les *vaporisations* d'eau dans la chambre des malades.

Contre l'agitation, les convulsions, on usera largement du *bromure de potassium*, du *drap mouillé*, des *bains froids* au besoin. L'emploi de l'eau froide sera indiquée surtout dans les cas de broncho-pneumonie avec fièvre.

Le *café* se recommande contre les vomissements.

Enfin, si rien ne réussit, si la vie de l'enfant est en danger, quelle que soit la période de sa maladie, on conseillera le *changement d'air*.

Nous ajoutons à ce traitement de Comby la méthode suivie par Louis Starr, de Philadelphie (1) :

Je puis dire que personnellement j'ai obtenu les meilleurs résultats d'un mélange d'alun et de belladone (alun, 1 grain; extrait de belladone, 1/48 grain; sirop de gingembre et eau, parties égales; toutes les deux heures chez un enfant d'un an). Si les paroxysmes sont très sévères, on peut ajouter 1 à 2 grains de bromure d'ammonium et le donner aux mêmes intervalles. L'*antipyrine* rend aussi des services dans les mêmes cas, ainsi que le chloral lorsque le sommeil est très dérangé. On doit donner comme toniques, durant toute la maladie, la quinine et l'acide nitro-hydrochlorique. Localement, en insufflation, on peut employer avec avantage 2 à 3 fois par jour une petite quantité du mélange suivant :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 grain
Acide borique.....	15 grains
Sousnitrate de bismuth.....	ad 1 drachme

La digitale rend de grands services lorsqu'il y a des signes de l'engorgement du cœur droit, et l'on ne doit jamais négliger son emploi dans ces circonstances.

Traitement hygiénique.

Dans la coqueluche, comme dans toute maladie d'ailleurs, l'hygiène rend les plus grands services au petit malade en allégeant pour lui le poids de la maladie et en lui fournissant les forces nécessaires pour y bien résister. Les soins hygiéniques, basés sur la raison, à part leur efficacité intrinsèque, ont encore un effet dont on ne tient pas assez compte. Ils apaisent le moral du malade et le disposent d'une manière merveilleuse à s'acheminer vers la guérison.

Durant la quinte de toux, l'enfant a besoin de petits soins. On le fait asseoir, on lui soutient la tête ou les membres, on lui aide avec le doigt à expulser les mucosités qui lui viennent dans la bouche, on veille à ce qu'il ne soit pas à l'étroit dans ses vêtements.

Les enfants souffrant de coqueluche sont très nerveux, très irritables; on a déjà pris la coqueluche pour une névrose. Il faut donc traiter les petits malades avec douceur, et les empêcher de se fatiguer: la fatigue ou les émotions augmentent le nombre des quintes.

Lorsque la coqueluche est grave, il faut tenir l'enfant au lit, dans les autres cas, on leur fait garder simplement la chambre. Mais il a besoin d'air en abondance et de la lumière du soleil, et l'on aura soin de ventiler cette chambre et d'enlever tout ce qui pourrait y faire de l'obscurité. On pourra même, par les belles journées, faire sortir le malade, pourvu qu'il soit bien couvert et que la promenade ne soit pas assez longue pour le fatiguer. (2). La fatigue d'une pro-

(1) An American text-book of Therapeutics, 1897.

(2) Bien entendu si le malade n'a pas de fièvre.

menade ou l'inspiration d'un air un peu humide suffisent à précipiter le nombre des quintes. Il faut bien comprendre que pendant ces sorties, l'isolement doit être maintenu dans toute sa rigueur. On choisira comme lieu de promenade, un endroit isolé : galerie, jardin, etc., et si l'on est obligé d'aller sur la place publique, il faut empêcher que le petit malade ne vienne en contact avec d'autres enfants. L'enfant ne sera accompagné que de son garde-malade, et d'aucune autre personne de la famille.

Le refroidissement est à redouter à cause des complications pulmonaires possibles. Il faut couvrir l'enfant d'un vêtement chaud et léger. La laine est ici toute indiquée. Même lorsque l'enfant ne sort pas, tenez-le bien vêtu. Dans son lit, ne le couvrez pas trop, si la température de la chambre est bonne.

L'alimentation des coquelucheux peut devenir très difficile lorsque les quintes de toux répétées et opiniâtres provoquent sans cesse le vomissement. Il faut alors éviter de surcharger l'estomac. On donnera les aliments tout de suite après une forte quinte, on en donnera très peu à la fois, et on renouvelera aussi souvent qu'il est nécessaire. On aura soin aussi de choisir des aliments faciles à digérer, liquides ou demi-solides : lait, bouillon, thé de bœuf, jus de viande, crèmes, lait de poule, panades, œufs à la coque, œufs brouillés, purées de viande ou de légumes. S'il est nécessaire, on fera prendre des repas la nuit. Dans certains cas d'intolérance complète de l'estomac, on est obligé de recourir aux lavements de peptone et de lait (1 cuillerée à soupe de peptone sèche pour 4 à 6 onces de lait). Chez les enfants au sein, l'eau de chaux fera quelquefois garder le lait des tétées.

Enfin, quand on aura affaire à un cas de coqueluche grave, il faudra se rappeler un fait caractéristique observé par tous les auteurs : il suffit souvent d'un *changement d'air* pour améliorer une coqueluche qui résiste à tout traitement. Cependant, il faut bien savoir que le changement d'air réussit mieux à la fin de la maladie qu'au commencement ; il achève une cure déjà ébauchée, il ne jure pas la maladie, il ne l'empêche pas de suivre son cours (Comby). Mais quand le danger sera pressant, quand l'enfant, épuisé par les quintes, par les vomissements, par la fièvre, par le catarrhe bronchique, semble à bout de force et de vitalité, il n'y a pas à chercher au loin, on le transportera n'importe où, dans les environs, dans un quartier éloigné. On a obtenu ainsi de véritables résurrections.

Prophylaxie.

La contagion de la coqueluche est très facile : deux enfants se rencontrent. ils causent un instant, ils jouent ensemble, cela suffit. Cette contagion peut se faire au début, avant l'apparition des quintes, mais la coqueluche est surtout transmissible à la période d'état, à la période quinteuse. Combien de temps dure la contagiosité ? Nous l'ignorons, mais nous devons considérer comme dangereux pour les autres tout enfant présentant des quintes, y eut-il deux mois, trois mois que sa maladie se fut déclarée. Cependant on voit des enfants guéris de la coqueluche présenter, longtemps après, à l'occasion d'un refroidissement, d'un rhume accidentel, des quintes coqueluchoïdes qui ne sont qu'une habitude, qu'une reminiscence morbide : l'isolement ne s'applique pas à cette catégorie d'enfants.

Donc, l'isolement sera appliqué dès le début, dès le premier soupçon de la maladie : une toux un peu quinteuse sans râles à l'auscultation, un effort de vomissement après la toux, la turgescence du visage devront donner l'éveil. Et l'isolement durera tant qu'il sera nécessaire, deux ou trois mois s'il le faut.

L'enfant contracte la coqueluche par contagion directe, en jouant sur les places publiques, ou à l'école. La coqueluche peut-elle être transmise par des tiers ? On en doute. Mais comme il n'est pas prouvé *que non*, il vaut mieux être prudent et ne pas aller voir des enfants souffrant de la maladie, ne pas

laisser les frères et sœurs fréquenter l'école, et désinfecter les crachats, le linge et la chambre.

L'ozone.

Nous ne voulons pas terminer cette étude sans dire un mot du traitement récent de la coqueluche par l'oxygène électrisé. Cet oxygène électrisé, ou ozone, se dégage autour d'une machine statique en marche; il répand dans la chambre une odeur très caractéristique (odeur des bords de mer, odeur du vent du large). Une à deux fois par jour, on fait respirer, à l'aide d'un tube à inhalations, de l'ozoné dégagé d'une bobine Ruhmkorff, et cela pendant 20 à 25 minutes. Ce traitement, employé par Labbé et Oudin, en France, et par Caillé, à New-York, a donné d'excellents résultats. L'ozone serait un excellent tonique et antiseptique des voies respiratoires.

LE DANTEC (Félix), ancien élève de l'École Normale supérieure, Docteur ès Sciences.—**La Bactéridie charbonneuse.** *Assimilation, variation, sélection.* Petit in-8° (*Encyclopédie Scientifique des Aide-Mémoire.*)

Broché..... 2 fr. 50 | Cartonné..... 3 fr.

Ce volume n'est pas la simple monographie d'une espèce pathogène intéressante : c'est, sous forme d'une étude complète d'un type donné, une introduction à la Biologie générale. Les lois les plus générales de la Biologie sont celles qui s'appliquent à toutes les espèces sans exception; on doit donc pouvoir les découvrir par l'observation approfondie d'un être vivant quelconque. C'est ainsi que l'Auteur nous conduit, avec une méthode d'exposition exclusivement chimique, à la définition de la vie élémentaire par l'*assimilation*.

Il étudie ensuite la *variation*, qui, accompagnée de l'*assimilation*, nécessite la *sélection naturelle* dont les effets se traduisent, pour la bactéridie charbonneuse, par le retour à la virulence et la vaccination.

J. GRANCHER, J. COMBY, A. B. MARFAN.—**Traité des Maladies de l'Enfance**, publié sous la direction de MM. J. GRANCHER, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, J. COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, A. B. MARFAN, agrégé, médecin des hôpitaux. 5 volumes, grand in-8, en souscription, 90 fr. Masson, édit., à Paris.

L'ouvrage dont nous commençons aujourd'hui la publication, et qui sera complet en 5 volumes, in-8, vient fort heureusement combler une lacune. Si les manuels de médecine infantile ne manquaient pas, on souffrirait de l'absence d'une œuvre de longue haleine embrassant, dans son ensemble, toute la Pédiatrie. Cette œuvre, MM. Grancher, Comby et Marfan ont voulu l'entreprendre, encouragés qu'ils étaient par les collaborations précieuses qui s'offraient à eux, tant de la France que de l'étranger.

Les directeurs de cette publication ont pensé qu'on leur saurait gré d'avoir réuni, dans le même ouvrage, toutes les branches de la pathologie infantile : médecine, chirurgie, spécialités; d'autant plus qu'ils ont fait appel, pour la réalisation de ce plan nouveau, aux maîtres les plus renommés dans ces diverses branches de la Pédiatrie. Le lecteur trouvera donc, dans cet ouvrage, des réponses à toutes les questions qui intéressent la pratique médico-chirurgicale des enfants.

Conçu dans cet esprit, exécuté avec une compétence dont le public médical sera juge, le nouveau *Traité des Maladies de l'Enfance* est appelé à rendre les plus grands services aux praticiens.

REVUE DE PÉDIATRIE

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

Recherches sur la pathogénèse du rachitisme, par le Dr SMANIOTTO ETTORE, médecin de la Faculté de Padoue. — *Revue des maladies de l'Enfance.*

Il est généralement admis aujourd'hui qu'une alimentation défectueuse, et la respiration d'un air vicié dans les habitations étroites, humides, privées de lumière, surtout pendant l'hiver, favorisent l'éclosion du rachitisme.

Nous ne renouvellerons pas ici l'exposé déjà fait par M. Marfan des théories émises sur ses origines et son mode de développement. Nous signalerons seulement les dernières recherches relatives à l'origine toxique ou infectieuse du rachitisme.

A la séance de la Société de biologie du 22 février 1896, MM. Charrin et Gley présentèrent un lapin dont "les épiphyses du tibia et du fémur étaient énormes, les diaphyses incurvées, le thorax déformé, les côtes offraient, sur une rangée verticale, des angles anormaux, répondant au chapelet rachitique; l'abdomen était étalé, la diarrhée intermittente, les poils en désordre. L'urine contenait de l'albumine: le poids de l'animal qui avait plus de 3 mois ne dépassait pas 985 gr." Ce lapin était le rejeton d'un couple dont le mâle et la femelle avaient reçu des toxines diphtéritiques et pyocyaniques. D'autres animaux aussi, dont les ascendants avaient été intoxiqués par des poisons microbiens (tuberculeux, pyocyanique, etc.) se faisaient remarquer par l'atrophie de leur taille, par la saillie des extrémités des os longs, par des torsions portant sur les membres, etc. "A s'en tenir aux caractères cliniques (concluaient MM. Charrin et Gley), aux lésions objectives, aux symptômes, en réservant le côté chimique ou histologique, il est difficile de ne pas reconnaître chez nos animaux, à des degrés variables, les caractères du rachitisme, caractères si nets chez les rejetons que nous vous présentons actuellement."

Cette grande question de l'origine du rachitisme, considérée cliniquement en même temps qu'expérimentalement, reçoit de ces recherches un jour singulier: il devient évident que l'action des poisons microbiens chez les générateurs est capable de faire naître ces accidents dans la descendance.

D'ailleurs, rien ne s'oppose à admettre l'intervention possible d'agents tout autres, spécialement de différents toxiques externes.

Ces très intéressantes expériences de MM. Charrin et Gley sont la meilleure preuve de l'influence de l'hérédité sur la genèse du rachitisme, elles montrent que les descendants de parents affaiblis par des maladies chroniques (tuberculoses, syphilis, etc.) deviennent facilement rachitiques: mais on ne pourrait en conclure, que le rachitisme est dû à une intoxication de l'organisme. Le lapin aux os déformés présenté à la Société de biologie avait le ventre étalé et de la diarrhée intermittente: ne s'agissait-il pas là d'une gastro-entérite chronique et d'altérations osseuses consécutives? Cette relation nous est démontrée chaque jour par la clinique. Ce lapin, atteint de débilité congénitale avec un appareil digestif défectueux, aurait été prédisposé aux troubles gastro-intestinaux.

Aujourd'hui, on commence à croire à la possibilité de l'intervention de micro-organismes dans l'étiologie du rachitisme. C'était pour Parrot une conséquence de la syphilis; hypothèse qui n'est plus soutenue, je crois, que par

M. Gibert, (du Havre). Oppenheimer l'attribua à la malaria, supposition inconciliable avec l'existence du rachitisme dans les pays où ne règne point la fièvre palustre.

Même M. Kassowitz n'est pas loin d'admettre une cause infectieuse ; il croit en effet que parmi les nombreuses maladies qui atteignent l'enfance et que l'on considère comme parasitaires, à savoir les exanthèmes aigus, la pneumonie croupale, etc., les mêmes micro-organismes qui, dans les autres organes et tissus provoquent un processus inflammatoire spécifique, peuvent dans les épiphyses des os créer une simple inflammation et donner ainsi naissance au rachitisme ou accentuer un processus rachitique déjà présent.

Volland est d'avis qu'il existe pour le rachitisme un virus spécifique comme pour la tuberculose, virus qui se développerait toutes les fois que l'organisme se trouve affaibli.

E. Hagenbach-Burkhardt (de Bâle), est du même avis, et il remarque que dans l'enfance, les maladies infectieuses aiguës et chroniques se localisent volontiers dans les os (tuberculose, rachitisme, ostéomyélite). La tuméfaction de la rate que Rehn a observée 35 fois sur 54 cas, et Kuffner, 44 fois sur 60 cas, est encore un argument en faveur de l'origine infectieuse du rachitisme. Chammier (de Tours), se déclare aussi partisan de cette doctrine. M. Vierordt écrit : "L'absence du rachitisme dans certaines localités et de plus, certains traits du tableau clinique conduisent l'observateur à l'hypothèse de l'origine infectieuse du rachitisme ; selon nous, on doit tenir compte de cette hypothèse, et alors il faudrait supposer un agent semblable à celui de la malaria. Pour Vierordt donc le rachitisme pourrait être une maladie infectieuse spécifique.

Le seul, à ma connaissance, qui ait fait des recherches bactériologiques sur les os rachitiques, c'est M. Mircoli, qui, ayant trouvé par la méthode des cultures le staphylocoque et le streptocoque pyogène dans la pulpe des os rachitiques, croit que le rachitisme est une ostéite infectieuse staphylo-streptococcique.

L'avis de M. Mircoli n'est pas partagé par M. Henech, par exemple, qui écrit : "Le fait d'avoir trouvé dans les os rachitiques les microbes pyogènes, doit être considéré comme sans importance (bedeutunglos). M. Marfan, dans son article : Rachitisme, après avoir rappelé les recherches de M. Mircoli, dit : "Il nous suffira de rappeler combien les infections à microbes pyogènes sont fréquentes chez les nourrissons atteints de gastro-entérites, même non rachitiques, pour ne pas accorder encore de valeur à cette constatation intéressante en elle-même."

Comme nous l'avons déjà dit, les altérations des fonctions digestives précèdent presque toujours les déformations rachitiques ; mais quelle est exactement cette relation entre les unes et les autres, on l'ignore.

Il me semble toutefois que les travaux publiés dans ces derniers temps peuvent jeter quelque lumière sur la solution de ce problème.

Rossi-Doria eut l'occasion de voir une épidémie de diarrhée aiguë chez des nourrissons à l'hôpital Saint-Spirito, à Rome ; il trouva dans les selles des enfants ainsi atteints, le coli bacille en grande quantité, et trouva le même microbe dans les coupes des organes internes.

MM. Marfan et Marot ont pratiqué, vingt-quatre heures après la mort, des examens bactériologiques, (mois de décembre, janvier, février) du foie, du sang, du cœur, de la rate, du poumon de nourrissons morts à la suite de dyspepsie gastro-intestinale chronique. Ils ont constaté la présence très fréquente du bacterium coli commune, et moins fréquemment, celle du streptocoque. Sur 18 observations, une fois, les cultures sont restées stériles ; 9 fois, elles ont donné le bacterium coli simple ; 4 fois le streptocoque et le bacterium coli. Chez 4 enfants sans troubles digestifs, MM. Marfan et J. Nanu, n'ont pas trouvé dans les organes le bacterium coli, mais d'autres bactéries non classées.

MM. Marfan et Marot ne croient pas que dans ces cas le coli-bacille ait

envahi l'organisme après la mort. et réfutent l'opinion de M. Wurtz à ce propos; leurs idées sont d'accord avec le fait qu'on a trouvé le coli-bacille dans le poumon hépatisé, ponctionné pendant la vie. (Gilbert et Girode). Par le même procédé, MM. Gastou et Renard l'ont trouvé dans les poumons des enfants atteints de broncho-pneumonie d'origine gastro-intestinale; M. Péré l'a trouvé dans les urines de dysentériques du Tonkin (11 fois sur 18 observations). Pour l'infection à bacterium coli, dit M. Marfan, il est très probable que la porte d'entrée est la muqueuse intestinale; le streptocoque peut envahir l'organisme par la même voie ou par les fréquentes lésions de la peau; et l'un et l'autre microbe peuvent avoir le poumon comme porte d'entrée.

Les recherches de MM. Marfan et Marot ont eu une brillante confirmation dans les recherches de M. Czerny et Moser. Ces auteurs, par le procédé de la piqûre du doigt, appliqué avec les règles de l'asepsie, recueillaient quelques gouttes de sang et l'enseménçaient sur gélose.

Ils ont commencé leurs recherches bactériologiques avec le sang de 11 enfants âgés de quelques jours. "Nos observations, disent ces auteurs, comprennent des cas de dyspepsie de différents degrés, et à une époque de la vie où le passage de la dyspepsie à la gastro-entérite est très fréquent. Dans tous les cas les phénomènes cliniques étaient localisés à l'estomac," et alors l'ensemencement du sang ne donna aucune culture.

Ils pratiquèrent ensuite l'examen bactériologique du sang chez 15 nourrissons avec gastro-entérite, et ils trouvèrent 12 fois des bactéries dans le sang.

- I cas. Staphylocoque doré.
- II — Streptocoque.
- III — Colibacille. Un coccus non classé.
- IV — Staphylocoque albus. Un bacille non classé.
- V — Staphylocoque albus.
- VI — Pyocyanique bacille.
- VII — Bacterium lactis aerogenes.
- VIII — Staphylocoque.
- IX — Streptocoque.
- X — Bacterium coli commune.

Il est donc bien prouvé que dans la gastro-entérite des nourrissons, on peut trouver des microbes dans le sang.

La clinique nous enseigne combien dans l'enfance, les localisations des maladies infectieuses dans les os sont fréquentes (tuberculose, syphilis, ostéomyélite); l'expérimentation a confirmé les données de la clinique. M. Mircoli, en inoculant des streptocoques et des staphylocoques à de jeunes lapins, en voyait un certain nombre présenter des localisations aux extrémités articulaires des os; cela arrivait fréquemment quand il expérimentait sur des lapins âgés d'un mois, moins souvent sur des lapins plus vieux.

M. Lexer inocula des animaux de 7-10 semaines avec du staphylocoque doré et il les vit mourir tous après 14 jours et présenter toujours des lésions dans le système osseux, lésions que l'auteur trouva semblables à l'ostéomyélite de l'homme.

Or, si les lésions rachitiques sont presque toujours précédées de gastro-entérite chronique, et si dans cette affection, des bactéries pénètrent par la muqueuse intestinale dans le courant sanguin, ces bactéries ne doivent-elles pas se localiser dans les os et surtout là où la vascularisation est plus riche, où l'activité cellulaire est plus active, et leur présence ne doit-elle pas y causer des troubles inflammatoires? Mais le poumon même peut devenir très vraisemblablement la porte d'entrée de bactéries dans le courant sanguin, et il n'est pas rare en effet de voir paraître des lésions rachitiques chez les enfants atteints des maladies chroniques de l'appareil respiratoire.

Ainsi, ai-je cru qu'il ne serait pas sans intérêt de poursuivre les recherches de M. Mircoli.

J'ai fait des examens bactériologiques des épiphyses, des os rachitiques et non rachitiques, et cela dans les mois de décembre 1895, janvier, février, mars, de l'année 1896 ; un seul cas en septembre, un autre en octobre. J'ai étudié aussi les os non rachitiques, dans une dizaine de cas pendant les mois de mai, juin et septembre.

Technique.

Pour l'ensemencement, je procédais d'une manière très simple : je prenais, par exemple, une côte, je cautérisais l'extrémité antérieure sur une large surface, puis avec une pipette stérilisée, je pénétrais dans l'intérieur du tissu ostéo-cartilagineux et j'aspirais ; j'ensemencerais le liquide obtenu sur de la gélatine en plaques et sur larges tubes de gélose inclinée. Presque toujours j'ensemencerais par le même procédé, la moëlle de la diaphyse du même os, et je tâchais d'avoir approximativement, pour l'ensemencement, une même quantité de substance, soit de l'épiphyse, soit de la diaphyse : une moitié de l'effluve d'une pipette Pasteur.

J'aiensemencé le plus souvent les côtes et les clavicules comme les os que je pouvais avoir plus facilement.

Pour les os rachitiques, j'ai eu toujours soin de choisir ceux où les lésions rachitiques étaient bien évidentes, même à l'œil nu.

Pour les ensemencements avec les os sains, je choisissais des os où il n'y eut pas trace de rachitisme.

L'auteur rapporte ici vingt-cinq observations d'enfants morts de maladies infectieuses, chez lesquels il a pratiqué la culture des os.

En résumé, sur 25 observations, 16 fois la culture des os est restée stérile ; 6 fois elle a donné des streptocoques en culture pure ; 2 fois du bacterium coli commune ; une fois quelques rares colonies de staphylococcus pyogenes albus. L'ensemencement des épiphyses a été toujours plus riche en colonies que celui des diaphyses.

Parmi les 6 cas où j'ai trouvé le streptocoque, quatre appartenaient à des enfants morts à la suite d'une angine diphthérique associée au streptocoque ; le cinquième, à un enfant mort à la suite d'une scarlatine septique ; le sixième, à un enfant mort de broncho-pneumonie ; dans ce dernier cas, les colonies étaient très rares. Dans tous ces cas, il y avait eu sans doute pendant la vie une streptococcémie dont une des localisations avait été les os et surtout les épiphyses ; la mort ayant suivi de près l'infection, aucune lésion appréciable des os n'était survenue.

Le bacterium coli que j'ai trouvé dans deux observations était-il arrivé dans les os après la mort ou par une coli-bacillose qui avait eu lieu pendant la vie ? Je crois plus probable cette seconde interprétation parce que, dans les deux cas, il s'agissait d'enfants morts à la suite d'une rougeole très grave, compliquée de broncho-pneumonie et d'entérite aiguë.

Des résultats de ces recherches, il me semble qu'on peut conclure que, lorsqu'il y a une septicémie chez l'enfant, les microbes envahissent facilement les os, et que, dans les os longs, c'est surtout dans l'épiphyse qu'on les retrouve ; que, chez l'enfant, le bacterium coli commune et d'autres bactéries qui habitent l'intestin, n'envahissent pas les os dans les premières 30-35 heures après la mort, ou du moins que cette éventualité est rare.

NAISSANCE

En cette ville, le 19 mars, la femme du Dr E. P. Chagnon, une fille.

ART DENTAIRE

Sous la direction du Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste. Professeur d'anesthésie et chirurgie au collège dentaire de la Province de Québec.

Tout ce qui concerne ce département devra être adressé comme suit : Dr EUDORE DUBEAU, 391, rue St. Denis, Montréal.

A NOS LECTEURS

Avant d'aller plus loin je crois qu'il est de notre devoir de vous dire comment et pourquoi nous sommes ici. Le conseil d'administration de l'Union Médicale toujours désireux de rendre le journal de plus en plus utile et attrayant, a bien voulu nous demander de fonder ce département, qui, nous l'espérons, atteindra le but visé, c'est-à-dire, de faire connaître au médecin les progrès accomplis par la chirurgie dentaire depuis quelques années, et aussi le tenir au courant de ses découvertes journalières. Autrefois la chirurgie dentaire consistait dans la simple extraction des dents, bien qu'on rencontre chez les momies des dents obturées (plombées) en or ou des dents artificielles attachées aux voisines par des fils d'or, et souvent le forgeron remplissait aussi le rôle de dentiste ; mais aujourd'hui tout est changé, et elle a fait tellement de progrès que c'est avec raison qu'on lui a décerné le nom d'Art dentaire. Nous ne prétendons pas venir ici faire l'éducation du médecin en ce qui concerne les dents, mais tout simplement lui présenter en les condensant les principes et la pratique d'une profession que les soins à donner à sa clientèle ne lui permettent pas d'étudier à fond. Ici, le médecin, surtout le médecin de campagne qui est rarement en contact avec le dentiste, trouvera ce qui est nécessaire pour juger de ce qu'il y a à faire lorsqu'on le consultera sur les dents.

Si les dentistes veulent bien nous accorder leur patronage nous augmenterons l'espace qui nous est réservé, et nous publierons alors, en outre des articles s'adressant aux médecins, des travaux intéressant spécialement le dentiste.

LA CARIE DENTAIRE

Par le Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste, Montréal.

La carie dentaire consiste en une altération spéciale des tissus durs composant la dent, et qui progresse de la périphérie au centre. Les causes de la carie sont de deux classes, prédisposantes ou déterminantes ; les premières sont l'hérédité, les vices de conformation ou de développement des dents, dus à certaines

maladies existant chez les parents, telles que la syphilis, pour exemple, qui produit une forme de dents spéciale, ou la débilité de la mère, amenée par des grossesses souvent répétées, ou encore à l'alimentation et assimilation insuffisantes des produits phosphatés et calciques chez la mère d'abord et ensuite chez l'enfant. Les secondes sont les acides et les microbes qui se trouvent dans les aliments, fermentant entre et sur les dents, un milieu propre à leur développement. On distingue trois sortes de caries, la carie noire, la carie brune, et la carie blanche; la *carie noire* est supposée être causée par l'acide sulfurique, elle progresse très lentement et souvent s'arrête spontanément; c'est cette sorte de carie qui existe dans ces dents que l'on rencontre à demie cariées et ayant une surface noire et généralement dure; lorsque cette carie s'arrête spontanément, la dent peut rester dans cet état plusieurs années sans causer de douleurs. La *carie brune* est causée, croit-on, par l'acide hydrochlorique; elle dissout les sels de chaux dont se compose la dent, laisse à la partie organique une couleur brune, et elle s'enlève par couche ayant la consistance du cuir. C'est cette carie que nous rencontrons généralement. La 3^{me}, la *carie blanche* serait causée par l'acide nitrique; elle détruit rapidement et la matière minérale et la matière organique de la dent, qui sont complètement dissoutes et entraînées avec les vivres et la salive. Cette dernière se rencontre surtout chez les personnes anémiques et débiles.

La carie dentaire se divise en 4 degrés. Anatomiquement parlant, la dent se compose de 3 parties, la *couronne*, qui est la partie en dehors des gencives, la *racine* qui est logée dans les procès alvéolaires, et le *collet* qui sépare ces deux parties. Physiologiquement parlant, la dent se divise en quatre parties; 1° l'*émail* corps très dur, recouvrant la couronne, et contenant environ 90% de matière minérale; 2° le *cément* qui commence au collet et recouvre la racine: sa composition ressemble aux os. 3° La *dentine* ou ivoire renfermée dans l'émail et le cément, et qui est une miniature de la dent; elle contient environ 28% de matière organique, et 72% de matière minérale. 4° La *pulpe*, communément appelée nerf, est située à l'intérieur de la dentine; elle contient des vaisseaux sanguins et des nerfs. Ces quelques explications étant données, il sera facile de reconnaître les 4 degrés de la carie. La carie du *premier degré* existe lorsqu'il y a simple altération de l'émail, c'est-à-dire lorsque la cavité ne s'étend pas jusqu'à la dentine. Si la cavité pénètre dans la dentine mais n'attaque pas la pulpe, nous avons alors une carie du *deuxième degré*. Lorsque la carie s'étend jusqu'à la pulpe et la laisse à découvert, mais qu'elle conserve encore sa vitalité, c'est le *troisième degré*. La carie du *quatrième degré*, c'est la pénétration de l'émail, de la dentine, et la destruction de la pulpe, c'est-à-dire perte de la vitalité et par conséquent de sensibilité. Dans ce dernier cas, et seulement dans celui-là, il peut y avoir abcès alvéolaire, car il ne peut y avoir d'abcès sans la mortification de la pulpe. Nous avons donc passé en revue ce qu'est la carie dentaire, par quoi elle est causée, et comment elle se divise; dans le prochain numéro nous étudierons les moyens préventifs de la carie et son traitement.

L'ART DENTAIRE DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC

Les dentistes de la Province de Québec ont été incorporés en 1869 alors qu'ils étaient une dizaine à Montréal, deux ou trois à Québec. Jusqu'en 1885 le nombre de dentistes pratiquant dans cette province était relativement restreint, mais depuis cette date, par suite de l'encombrement des professions libérales, les jeunes gens ont jeté leur vue sur l'art dentaire et aujourd'hui Montréal compte environ 80 dentistes, Québec en compte 12, St. Hyacinthe 2, Trois-Rivières 2, Sherbrooke 3, Sorel 1, St. Jean 2. Il y a quelques dentistes anglais disséminés dans les townships de l'est. L'Association élit tous les 3 ans un Bureau d'examineurs composé de 7 membres. Les examens ont lieu deux fois par année, le premier mercredi d'avril et d'octobre. La cléricature est de 3 années. En 1892, nous avons été autorisés par la législature à établir le "collège dentaire de la Province de Québec." Ce collège a été ouvert l'an suivant au Carré Philippe où il est encore. Les élèves étant anglais et français, les cours se donnent dans les deux langues. La session annuelle va du 15 septembre au 15 mars; pendant ce temps l'infirmerie est ouverte, et les étudiants opèrent sous la direction d'un dentiste licencié. Les pauvres sont traités moyennant le prix du matériel. Cette année nous avons de 30 à 35 élèves; 14 se présentent pour l'examen final le 7 avril prochain. L'an dernier le collège s'est affilié avec l'Université Bishop, et confère maintenant outre un titre de "Licencié en chirurgie dentaire" (L.C.D ou L.D.S.), celui de "Docteur en chirurgie dentaire" (D.C.D. ou D.D.S.) L'examen pour l'admission à l'étude ressemble à celui de la médecine.

QUESTIONS ET RÉPONSES

Sous cet entête nous répondrons aux questions que nous recevrons par la maille; les noms ne seront pas publiés. Aujourd'hui nous allons répondre à la question suivante qui nous a souvent été posée par des médecins. Comment soulager la douleur causée par une dent cariée lorsque le patient ne peut aller de suite chez le dentiste? Dans ce cas asséchez bien la cavité avec du coton absorbant, et placez-y une boulette de coton imbibée d'une solution d'huile de clous et de créosote, parties égales; puis recouvrez ce pansement d'un vernis de gomme sandaracque dissoute dans l'alcool absolu. La salive précipite la gomme qui empêche l'air et la salive de pénétrer dans la cavité; ce traitement peut être renouvelé aisément, et un pansement de cette sorte peut rester en place 3 ou 4 jours. S'il y a périostite ou inflammation de la gencive, l'application d'iode et aconit, mélangées à parties égales, fera disparaître le mal.

LA CARIE DENTAIRE EN RAPPORT AVEC LES MALADIES D'YEUX, D'OREILLES ET DE TÊTE

Par le Dr EUDORE DUBEAU, chirurgien dentiste, Montréal.

Dans le numéro de mars de *l'Union Médicale* M. le Dr Roberge nous cite un cas de mal d'yeux accompagné de carie dentaire, dont l'extraction des dents

malades a amené la guérison. J'ajouterai aux observations du Docteur que ces cas sont très fréquents, et que les médecins oculistes nous envoient très souvent des patients affectés de maladies d'yeux afin que nous examinions leurs dents; presque invariablement nous trouvons des dents qui, extraites ou traitées amènent leur guérison, ou tout au moins les soulagent. Les enfants âgés de 3 à 7 ans sont très sujets aux maux d'yeux causés par la carie de leurs dents temporaires; dans ces cas nous extrayons les dents et la guérison arrive rapidement. Il arrive aussi fréquemment que des maux d'oreilles soient causés par des dents cariées, généralement les grosses molaires inférieures; alors, la douleur est transmise à l'oreille par le nerf vidien.

Le mauvais état des dents est aussi la cause de beaucoup de maux de têtes, à titre d'exemple je citerai le cas suivant d'observation personnelle: Une femme de 45 ans souffrait de maux de têtes tellement aigus qu'elle craignait d'en perdre la raison; le médecin consulté lui dit que c'était un mal de tête rhumatisal, et prescrivit en conséquence, mais le résultat fut nul. A quelque temps de là une faiblesse d'yeux étant survenue, elle se présenta chez un oculiste qui me l'envoya pour visiter ses dents; je lui ai extrait 17 dents et racines, dont 10 avaient un abcès alvéolaire.

Résultat.—Les yeux ont repris leur force, et les maux de tête sont disparus.

Conclusion.—Elle est la même que celle du Dr Roberge, c'est-à-dire si vous avez un patient atteint de maux de têtes, examinez ses dents; s'il y en a qui sont cariées, enlevez-les ou faites-les traiter par un dentiste, si vous considérez que ce traitement est suffisant pour amener la guérison.

Le Conseil d'hygiène constate que plusieurs municipalités, quoique possédant des étuves à vapeur, n'en font pas ou bien peu d'usage et que, pratiquement, ce n'est qu'à la fumigation au soufre qu'elles ont recours pour la désinfection du contenu des appartements, tels que matelas, linge de lit, tapis, rideaux, jouets, etc.

Le Conseil d'hygiène, tout en ne voulant pas voir discontinuer l'usage du soufre pour la désinfection des appartements, désire cependant appeler l'attention des bureaux locaux d'hygiène sur le fait que la fumigation par le soufre n'a pas l'efficacité de la vapeur et que c'est à cette dernière que l'on doit donner la préférence pour tout ce qui peut être transporté à l'étuve.

Quant aux municipalités qui n'ont pas d'étuve, elles devraient, après la fumigation des pièces, faire bouillir ou jeter dans des solutions désinfectantes (solution de bichlorure de mercure, solution d'acide carbolique) tous les effets qui peuvent subir ce genre de désinfection sans détérioration.

On sait que l'acide carbonique est un gaz très délétère beaucoup plus lourd que l'air. Dans les grandes cuves où l'on fait fermenter la bière, il se dégage beaucoup de gaz, surtout lorsque le résidu seul est resté à fermenter. Les ouvriers qui doivent descendre dans ces cuves faire le nettoyage s'assurent auparavant de la présence ou de l'absence du gaz au fond de la cuve en y glissant une chandelle allumée: la chandelle s'éteint s'il y a de l'acide carbonique. Le 5 avril, à la brasserie Dow, deux ouvriers ayant négligé de prendre cette précaution, sont tombés asphyxiés au fond de la cuve. Un troisième, s'étant porté à leur secours, a subi le même sort.

FORMULAIRE

Formules diverses de sérum artificiel.

- 1°. Chlorure de sodium..... 2 drachmes.
Eau distillée stérilisée..... 1 pinte.

Sérum chirurgical employé dans le collapsus et la septicémie péritonéale post-opératoires, dans l'éclampsie puerpérale, chez les typhiques et les urémiques graves, dans le choléra et les maladies infectieuses.

- 2°. Eau stérilisée..... 1 pinte.
Sulfate de soude..... $2\frac{1}{3}$ drachmes.
Chlorure de sodium..... 80 grains.

$1\frac{1}{2}$ once à $3\frac{1}{2}$ onces.

HAYEM.

- 3°. Sulfate de soude..... $2\frac{1}{2}$ drachmes.
Phosphate de soude cristallisé..... 80 grains.
Eau distillée..... $3\frac{1}{2}$ onces.

1 drachme à 1 once.

LUTAUD.

- 4°. Chlorure de sodium..... 1 drachmes.
Carbonate de soude..... 45 grains.
Eau distillée..... 1 pinte.

1 once à $1\frac{1}{2}$ once.

CANTANI.

- 5°. Chlorure de sodium..... $1\frac{1}{2}$ drachmes.
Carbonate de soude..... 45 grains.
Eau distillée..... 1 pinte.

De 30 gouttes à $17\frac{1}{2}$ onces.

SAMUEL.

- 6°. Chlorure de sodium..... 12 grains.
Eau distillée..... 1 pinte.
Bicarbonate de soude 3 grains.

$2\frac{1}{2}$ drachmes pour le collapsus pneumonique.

SCHIESS.

- 7°. Chlorure de sodium..... $1\frac{1}{2}$ onces.
Eau..... 3 onces.

$\frac{1}{2}$ à 1 once dans l'anémie grave.

VIGNESI.

8°.	Sulfate de soude.....	2 drachmes.
	Phosphate de soude.....	1 drachme.
	Chlorure de sodium.....	$\frac{1}{2}$ drachme.
	Acide phénique neigeux.....	15 grains.
	Eau stérilisée.....	$6\frac{1}{2}$ onces.

1 à 2 drachmes tous les deux jours.

CHÉRON.

9°.	Eau stérilisée.....	3 onces.
	Phosphate.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes.
	Sulfate de soude.....	40 grains.
	Chlorure de sodium.....	80 grains.
	Acide phénique neigeux.....	24 grains.

1 à 2 drachmes.

HUCHARD.

10°.	Eau distillée.....	1 pinte.
	Iode pure.....	15 grains.
	Iodure de potassium.....	45 grains.
	Chlorure de sodium.....	80 grains.

7 à 10 onces, contre la tuberculose pulmonaire.

DE RENZY.

Urétrite postérieure douloureuse.

	Chlorhydrate de morphine.....	5 grains.
	Sulfate d'atropine.....	$\frac{1}{8}$ grain.
	Eau distillée.....	$3\frac{1}{2}$ onces.

Sig.—80 gouttes en injection dans le rectum.

S'il y a, avec la douleur, de la fièvre :

	Chlorhydrate de cocaïne.....	15 grains.
	Antipyrine.....	} à à $2\frac{1}{2}$ drachmes.
	Salicylate de soude.....	
	Eau distillée.....	6 onces.

Sig.—Injecter 80 gouttes dans le rectum, jusqu'à 3 f. p. j. si c'est nécessaire.

SCHARFF.

Furones.

	Poudre de tannin.....	30 grains.
	Gomme arabique.....	45 grains.
	Teinture d'arnica.....	1 drachme.

Sig.—Appliquer au moyen d'un pinceau, plusieurs fois par jour.

CORRESPONDANT MÉDICAL.

Sueurs nocturnes des phtisiques.

	Liquueur de Fowler.....	} à à 45 gouttes.
	Teinture de belladone.....	
	Eau de laurier-cerise.....	5 drachmes.

Sig.—A prendre 15 à 20 gouttes à 5 heures du soir, et, au besoin, répéter la dose pendant la nuit.

SZEKELY.

L'UNION MEDCALE DU CANADA.

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

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, AVRIL 1897.

COURRIER DES HOPITAUX

HOPITAL NOTRE-DAME

Dr W. Derome, B. A.

L'affluence des malades à l'Hôpital, durant le mois de mars, a causé une pression dans tous les départements.

Cent quarante-un patients ont été admis et cent trente-un ont été congédiés. Nous avons eu à enregistrer cinq mortalités, dont une de phthisie, une de lésions cardiaques, une de pneumonie double, une de fibrome utérin avec complication du côté des reins (morte six jours après opération) et la cinquième d'une pleurésie purulente à pneumocoques.

Il restait cent dix malades le 1er avril. Les ambulances ont fait trente neuf sorties. Cent onze opérations ont été pratiquées en chirurgie et trente neuf en ophthalmologie.

En chirurgie, H. M... âgé de 18 ans, présente un joli cas clinique avec intervention chirurgicale, véritable œuvre de patience que notre chirurgien en chef conduisit à bonne fin après un travail d'une heure et trois quarts.

L'histoire de sa famille ne révèle rien de particulier. Il faut remonter à sa grand-mère paternelle qui meurt de phthisie à l'âge de 35 ans. H. M. ne présente aucune lésion pulmonaire, est de stature délicate, anémique, blond, a eu la picotte.

Il y a deux ans les ganglions cervicaux du côté droit s'hypertrophient. Pour tout traitement on lui fait des badigeonnages à la teinture d'iode. Ce n'est qu'en novembre 1896 qu'il se décide à voir un médecin et se présente à la consultation du dispensaire de chirurgie. Les ganglions sont nombreux et de différentes grosseurs. Le côté droit du cou présente une proéminence s'étendant du lobule de l'oreille à la clavicule et occupant tout l'espace entre la colonne vertébrale et l'œsophage. L'énucléation lui est proposée, mais toute intervention est refusée.

Revenu le 17 mars 1897, avec une hypertrophie beaucoup plus prononcée et une altération sensible dans le timbre de sa voix, H. M. se montre des plus dociles et demande à se faire opérer, effrayé lui-même par le progrès de la maladie.

Une incision dans toute la longueur de la tumeur met à découvert une véritable grappe de ganglions de toutes les grosseurs, depuis celle d'un petit marbre, ou d'un pois, jusqu'à celle d'un gros œuf de poule. Chaque ganglion est retenu dans une trame fibreuse assez résistante.

Un travail d'une heure et trois quarts, en y mettant toute la diligence possible termine l'opération par l'enlèvement du soixante-treizième ganglion. Après ligature des vaisseaux, la plaie est refermée dans ses $\frac{2}{3}$ sup. au crin de Florence, et une tente de gaz iodoformée maintient béante le $\frac{1}{3}$ inf. de l'incision. Une guérison par première intention couronne l'opération, pour la partie suturée. La partie inférieure présente de belles granulations et notre malade reprendra le chemin de ses pénates après un séjour de 25 jours à l'Hôpital.

X..... âgé de 25 ans, se présente à l'hôpital avec une tumeur, apparue subitement dans la région inguinale. Il y a trois mois X... descendant les marches d'un tramway, perd l'équilibre, glisse, manque une marche et reste suspendu aux bras de l'embarcadère. Une douleur subite se fait sentir dans l'aîne. A sa rentrée chez lui, à sa grande stupéfaction, il constate l'apparition d'une tumeur qu'il réussit à faire disparaître par la pression.

La tumeur présente l'apparence d'une hernie crurale. La percussion ne révèle que de la matité. Le taxis la réduit incomplètement. Avant l'accident ci-haut relaté, rien de remarquable dans l'état général du consultant. Aucune histoire de famille. Le diagnostic de hernie est posé, et le jour de l'opération fixé. Le bistouri nous met en présence d'un abcès froid inguino-abdominal ayant pour point d'entrée dans l'abdomen l'anneau crural. Un bon drainage est établi et chaque jour semble amener une amélioration dans l'état général du patient.

Le 1er avril à 11 hrs. a. m., un pénible accident survenu la veille au soir, se terminait fatalement pour la victime, mad. B., âgée de 37 ans, forte, bien constituée, alcoolique depuis nombre d'années.

Trouvée sans connaissance sur la voie ferrée du Grand Tronc, à St-Henri, Montréal, mad. B... est d'abord transportée à la station de police de St-Henri où les premiers soins lui ont été donnés par monsieur le Dr S. Lachapelle, et ensuite à l'Hôpital Notre-Dame vers une heure du matin. La victime avait recouvert sa connaissance, mais ne pouvait donner aucun détail sur l'accident. L'examen révèle une fracture de plusieurs côtes du côté droit à environ deux pouces de la colonne vertébrale, et une fracture du radius droit, sans la moindre trace d'ecchymose à l'extérieur. Le pouls est petit, faible, vite. L'état général n'a rien de rassurant. La respiration augmente en vitesse. L'immobilisation du thorax semble apporter quelque soulagement, et une injection de morphine procure quelques heures de repos.

Une hémorrhagie interne évidente emportait notre malade 10 hrs. après son entrée. Au moment de la mort la dyspnée était devenue très intense.

A l'autopsie, faite par monsieur le Dr T. Parizeau, pathologiste de l'hôpital, il est trouvé, à l'ouverture de l'abdomen une quantité de sang mesurant environ une pinte et demie, et à l'ouverture du thorax le côté droit se montre complètement rempli par un épanchement sanguin qui refoule le poumon au sommet. La plèvre est intacte; le poumon est déchiré sur toute sa face postérieure vis-à-vis les côtes fracturées. L'hémorrhagie abdominale provient d'une déchirure du foie ou plutôt d'un véritable broiement de cet organe, sur sa face postéro-supérieure. Ce qu'il y a d'étonnant dans ce cas, c'est l'absence de toute ecchy-

moise ou signe de contusion à la surface de la peau et la gravité des lésions internes.

Les rayons X nous ont encore rendu un important service pour l'extraction d'une aiguille brisée dans le médius droit d'une servante. M. le Dr Foucher a bien voulu photographier le corps étranger. Un défaut d'interprétation de la photographie a rendu nulle une première tentative d'extraction de l'aiguille. Une seconde étude de la photographie a suffi pour localiser et extraire en quelques secondes le corps étranger.

Comme la copie presse pour le journal, je me vois forcé de couper court avec le service de chirurgie et de passer sous silence plusieurs autres cas de chirurgie, de médecine et de gynécologie, vous promettant d'y revenir, si possible, dans mon prochain courrier.

HOSPICE ST-JOSEPH.

Notes du Dr JEHIN PRUME. Ophthal'mologiste.

La polyclinique de l'Hôpital Général des Sœurs Grises, rue Cathédrale, a tenu le 20 mars dernier une assemblée de tous les médecins composant son bureau médical.

L'Hospice St-Joseph est un des plus anciens dispensaires de la ville de Montréal, fondé en 1864, il compte un orphelinat de près de 250 fillettes et une clinique générale et spéciale où sont traitées chaque année au-delà de neuf mille personnes et où sont distribuées plus de 12000 prescriptions. L'année qui vient de s'écouler a donné le joli résultat suivant :

Malades enregistrés.....	8055
Malades du dehors.....	3832
Prescriptions données.....	11055

Le bureau médical se compose des médecins du dispensaire, à savoir : MM. les Drs Hackett, médecin consultant de l'orphelinat, Dr Camille Bernier, Dr Trudeau, Dr Semple, Dr Jehin Prume, Dr E. G. Asselin, Dr J. E. Dubé, Dr Charbonneau et de M. le Dr Moffatt, chirurgien dentiste.

Il a été décidé dans cette séance que vu l'extension du dispensaire, l'institution à l'avenir prendrait la forme de polyclinique où seront soignées :

Les maladies générales.....	3	médecins
“ “ chirurgicales.....	1	“
“ “ des enfants.....	2	“
“ “ de la peau.....	1	“
“ “ nerveuses.....	1	“

Yeux, nez, gorge et oreilles.....	1	spécialiste
Maladies des femmes.....	1	chirurgien
Maladies dentaires.....	1	dentiste.

À cet effet il a été convenu de procéder immédiatement à l'achat du matériel nécessaire.

L'Hospice St-Joseph possède une pharmacie des plus complètes et aura bientôt un laboratoire de bactériologie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE.

Le programme préliminaire de la réunion de l'Association est maintenant terminé. Le 31 août aura lieu l'installation du président élu, le Dr Roddick, qui prononcera le discours de circonstance. Ce discours aura pour titre : "L'éducation médicale au Canada." Le 1er, le 2 et le 3 de septembre, dans l'après-midi, il y aura séance publique à la salle du Windsor : le Dr Osler, professeur de médecine à l'Université Johns Hopkins, de Baltimore, fera le discours sur la médecine, et le Dr Wm. Mitchell Banks, chirurgien au Royal Infirmary de Liverpool, Angleterre, celui sur la chirurgie. Le choix du troisième orateur n'a pas encore été fait.

Tous les jours de 9.30 à 1 heure, réunion des 11 sections du congrès dans les différents édifices de l'Université McGill. Des médecins distingués du Canada, des Etats-Unis et d'Angleterre y liront des travaux importants. Chaque section sera présidée, à la demande de la branche de Montréal de l'Association, par des médecins très connus d'Angleterre, ce qui ajoutera beaucoup d'intérêt aux séances. Deux médecins canadiens, cependant, ont été choisis comme présidents. Les vices-présidents et les secrétaires sont nombreux.

Le Dr Stephen Mackenzie, président de la section de médecine, est l'un des médecins les plus connus de Londres et le successeur de Sir Andrew Clark au London Hospital. Les vice-présidents sont : Dr J. E. Graham, Toronto ; Dr W. Bayard, St. John, N. B. ; Dr J. P. Rottot, Montréal ; Dr F. W. Campbell, Montréal ; Dr J. Stewart, Montréal, et le Dr H. P. Wright, Ottawa. Les secrétaires sont Dr H. A. Lafleur, Montréal ; Dr W. E. Hamilton, Montréal, et Dr Wm. Pasteur, Cavendish Square, London, W.

Le Dr Christopher Heath présidera la section de chirurgie. Il est l'auteur d'un traité d'anatomie utilisé dans toutes les facultés de médecine de langue anglaise et d'un "Dictionnaire de chirurgie pratique." Les vice-présidents sont : Sir Wm Hingston, Montréal ; Hon. Dr Sullivan, Kingston, Ont ; Hon. Dr Farrell, Halifax, N. S. ; Dr I. H. Cameron, Toronto ; Dr F. LeM. Grasett, Toronto ; Dr James Bell, Montreal et Dr G. E. Armstrong, Montréal. Les secrétaires sont Dr R. C. Kirkpatrick, Montréal ; Dr Thomas Walker, St. Jean, N. B., et M. Jordan Lloyd, F.R.C.S., Richmond Hill, Birmingham.

La section de gynécologie sera présidée par le Dr W. J. Sinclair, prof. de gynécologie à Manchester et auteur très connu dans la littérature médicale anglaise. Les vice-présidents sont : Dr Wm. Gardner, Montréal ; Dr James Perrigo, Montréal ; Dr J. A. Temple, Toronto ; Dr J. C. Cameron, Montréal ; Dr T. J. Alloway, Montréal, et Dr James Ross, Toronto. Les secrétaires sont : Dr D. J. Evans, Montréal ; Dr W. Burnett, Montréal, et Dr A. E. Giles, Cavendish square, London, W.

Sur la demande des médecins anglais, le Dr E. P. Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène et de l'American Public Health Association (1895), a été choisi pour présider la section d'hygiène. Les vice-présidents sont : Dr R. Craik, Montréal ; Dr Montizambert, Québec ; Dr P. H. Bryce, Toronto ; Sir James Grant, Ottawa, et Dr R. H. Powell, Ottawa. Les secrétaires sont : Dr Wyatt Johnston, Montréal ; Dr E. Pelletier, Montréal, et Dr Henry Littlejohn, Town Hall, Sheffield.

Le Dr Bucke, surintendant médical de l'asile du gouvernement à London, Ontario, a aussi été nommé président de la section de psychologie. C'est un écrivain distingué et une autorité reconnue en Amérique sur les maladies mentales. Les vice-présidents sont : Dr D. Clark, Toronto ; Dr T. J. Burgess, Verdun, Qué. ; Dr A. Vallée, Québec, et Dr G. Wilkins, Montréal. Les secrétaires sont : Dr J. V. Anglin, Montréal ; Dr Geo. Villeneuve, Montréal, et Dr J. G. Blandford, London County Asylum, Banstead, Surrey.

Le président de la section d'anatomie est de physiologie est le Dr Augustus Waller, prof. de physiologie au St. Mary's Hospital de Londres et auteur d'un traité de physiologie. Les vice-présidents sont : Dr F. Shepherd, Montréal ; Dr A. B. Macallum, Toronto ; Dr T. Wesley Mills, Montréal ; Dr A. Primrose, Toronto ; Dr J. B. A. Lamarche, Montréal, et Dr J. D. Fraser, Stratford, Ont. Les secrétaires sont : Dr J. M. Elder, Montréal, et Dr W. S. Morrow, Montréal.

La section de pathologie et de bactériologie sera présidée par le Dr Watson Cheyne, membre de la Société Royale, prof. de chirurgie au King's College de Londres, et élève de Koch, de Berlin. Le Dr Cheyne a fait d'importantes recherches sur la pathogenie et le traitement de la tuberculose. Les vice-présidents sont : Dr J. G. Adami, Montréal ; Dr J. Caven, Toronto ; Dr J. Stewart, Halifax ; Dr J. C. Davie, Victoria ; Dr L. C. Prévost, Ottawa ; et Dr M. T. Brennan, Montréal. Les secrétaires sont : Dr W. T. Connell, Kingston ; Dr C. F. Martin, Montréal ; et Dr Robert Boyce, professeur de physiologie, University College, Liverpool.

Le Dr E. Nettleship présidera la section d'ophtalmologie : c'est la plus grande autorité anglaise sur les maladies des yeux. Les vice-présidents sont : Dr F. Buller, Montréal ; Dr R. A. Reeve, Toronto ; Dr Ed. Desjardins, Montréal ; Dr A. A. Foucher, Montréal. Les Secrétaires sont : Dr W. H. Smith, Winnipeg ; Dr Jehin Prume, Montréal, et Dr T. H. Bickerton, Liverpool.

Le Dr D. J. Leech, prof. à l'Université Victoria, de Manchester, présidera la section de pharmacologie et de thérapeutique. Vice-présidents : Dr A. D. Blackader, Montréal ; Dr James Thornburn, Toronto ; Dr C. R. Church, Ottawa ; Dr J. B. McConnell, Montréal, et Dr F. J. Austin, Sherbrooke ; Dr Walter George Smith, Dublin. Les secrétaires sont : Dr F. X. L. DeMartigny, Montréal ; Dr J. R. Spier, Montréal, et Dr W. Charles Robertsshaw Marshall, Downing, College, Cambridge.

Le Dr Greville Macdonald, président de la section de laryngologie et otologie et un des spécialistes les mieux connus de Londres et l'auteur de plusieurs ouvrages sur les maladies de la gorge et des oreilles. Vice-présidents : Dr W. Tobin, Halifax ; Dr G. A. S. Ryerson, Toronto ; Dr H. S. Birkett, Montréal, et Dr G. R. McDonagh, Toronto. Les secrétaires sont : Dr Chrétien, Montréal ; Dr H. D. Hamilton, Montréal, and Dr W. Permewan, Liverpool.

Le Dr Malcolm Morriss, président de la section de dermatologie, est rédacteur d'une revue médicale anglaise très appréciée, le *Practitioner*. Il est aussi chirurgien au St. Mary's Hospital. Vice-présidents : Dr J. E. Graham, Toronto ; Dr F. J. Shepherd, Montréal ; Dr J. A. S. Brunelle, Montréal ; Dr J. L. Milne, Victoria. Les secrétaires sont : Dr Gordon Campbell, Montréal ; Dr J. M. Jack, Montréal, et Dr James Galloway, Cavendish Square, London.

Les autres colonies anglaises témoignent un grand intérêt à la prochaine réunion de l'Association Médicale Britannique. Des lettres reçues de l'Australie, du Cap, des Bermudes et des Barbades permettent déjà de compter sur la collaboration des médecins de ces colonies éloignées.

Les Compagnies de chemin de fer ont accordé les diminutions du prix non-seulement aux membres étrangers de l'Association, mais aussi aux membres canadiens.

Un médecin de Winnipeg a souscrit \$100 au fonds des dépenses du prochain congrès.

Les présidents de toutes les Facultés de médecine de France ont reçu la lettre suivante :

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous transmettre officiellement, de la part de la branche de Montréal de l'Association Médicale Britannique, l'invitation d'assister à la prochaine réunion de l'Association, qui doit avoir lieu à Montréal, Canada, le 31 d'août prochain.

C'est le grand espoir de la profession médicale du Canada de voir la faculté dont vous êtes le digne président représentée à la réunion de l'Association Britannique, et la Faculté, en se rendant à ce désir, s'attirera la gratitude de tous les médecins canadiens-français. Le comité exécutif, appuyé par les autorités législatives et civiques, serait heureux d'obtenir la participation des médecins de France à cette réunion.

Permettez-moi, M. le Président, de joindre l'expression de ma considération la plus sincère aux vœux du comité exécutif, et de souhaiter avec ardeur qu'ils soient accueillis favorablement."

La même invitation a été adressée aux présidents du Comité Consultatif d'hygiène publique de France, de la Société française d'hygiène et de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle.

Formulaire des Régimes alimentaires, par le Dr H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 volume in-18, de 316 pages, cartonné. 3 fr.

Hygiène ou thérapeutique, les prescriptions diététiques coudoient dans les ordonnances médicales les prescriptions pharmaceutiques. Parfois même, les détails consacrés à l'établissement du régime l'emportent de beaucoup en longueur ou en importance sur les formules médicamenteuses. De ce chef, les différents régimes alimentaires méritent toute l'attention du médecin praticien.

La diététique remplit deux indications capitales.

Elle donne les moyens de réparer les pertes subies par l'organisme et indique les substances les mieux aptes à remplir ce but. Elle fait rejeter de l'alimentation les substances nuisibles, dont la consommation ne servirait qu'à entretenir ou à créer l'état pathologique qu'on se propose justement de guérir ou de prévenir.

C'est donc presque toujours en partie double que se prescrivent les régimes, *ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire.*

La première partie du *Formulaire* de M. GILLET comprend tout ce qui regarde les régimes en général, la composition des aliments, le mode d'administration.

La deuxième partie comprend les régimes dans l'état de santé, avec leurs variantes selon les états physiologiques ou sociaux.

Dans la troisième partie se trouvent la description des régimes à l'état de maladie, régimes généraux, régimes spéciaux, avec tous les détails nécessaires.

Pour faciliter les recherches, le même ordre a été suivi à propos de chaque régime : sous la rubrique *base du régime* sont exposées les notions scientifiques qui doivent servir à l'établissement du régime. Viennent ensuite les détails qui se rapportent à la *composition du régime*, au *mode d'administration*, aux *résultats* et aux *inconvenients*, aux *indications* et aux *contre-indications*.

CHRONIQUE

On se rappelle qu'il y a un an, le département d'hygiène de la ville de Montréal prit l'entier contrôle de l'hôpital pour les maladies contagieuses, qui jusque-là avait été divisé en deux sections, l'une catholique sous la direction de l'hôpital Notre-Dame, l'autre protestante sous celle de l'hôpital Général. Les autorités de l'hôpital Notre-Dame, averties que leurs services n'étaient plus requis, retirèrent immédiatement les sœurs grises qui avaient soin du département, ne voulant en aucune façon s'exposer à un conflit facile à prévoir. Mais les autorités de l'hôpital Général refusèrent de se conformer aux avis du bureau de santé, et se maintinrent dans leur section, où elles sont encore. Après un an de cette existence fautive, deux cents citoyens influents de cette ville viennent d'adresser au maire de Montréal la requête suivante :

À Monsieur le Maire et MM. les Échevins de la cité de Montréal.

MESSIEURS,

Considérant que les changements apportés l'année dernière dans l'administration de l'hôpital pour les maladies contagieuses constituent une injustice pour l'hôpital Notre-Dame, que les autorités de l'hôpital Notre-Dame, en se conformant aux ordres du Bureau de Santé, n'ont obéi qu'à un sentiment de délicatesse et de conciliation; que l'organisation actuelle de l'hôpital des maladies contagieuses, après une expérience d'un an, n'a pas donné la satisfaction qu'on en attendait, n'ayant pas su se rallier la confiance de tous les éléments de notre population, qui prière voir cet hôpital divisé en deux sections distinctes, dont une pour les catholiques et l'autre pour les protestants; que la prolongation de l'état de choses actuel est de nature à déprécier considérablement aux yeux du public, les mesures sanitaires adoptées par les autorités médicales et civiques; que le rétablissement de l'hôpital civique, tel qu'il était avant le 1er avril 1896, serait de nature à ramener la confiance du public, à faire cesser le malaise qui existe maintenant et à mettre l'organisation de cet hôpital sur un pied d'utilité qui rencontrerait les vues et les besoins de toute la population,

Nous, soussignés, citoyens de la ville de Montréal, vous prions avec instance de vous rendre aux vœux de la population catholique de cette ville, et de confier de nouveau à la direction efficace de l'hôpital Notre-Dame la section catholique de l'hôpital pour les maladies contagieuses.

Les examens de médecine sont terminés dans les différentes universités. Voici les noms de ceux qui ont reçu leur diplôme à l'Université Laval :

J. M. Aumond, A. Besner, R. Beauchesne, P. Bedard, Arthur Bernier, M. Caracac, Geo. E. Cartier, M. Daigneault, Elz. Deguire, F. X. Duplessis, Hector Deslôges, Albert Dansereau, C. Ethier, Art. Fournier, E. Groulx, W. Lamy, H. Lafleur, Albert Laramée, A. Lasonde, H. Lavallée, O. Letourneux, F. X. Massicotte, Jos. Monge-Mourges, Ant. Miquelon, Jos. Myre, M. Ouimet, Horace Pelletier, Jos. Pesant, E. Primeau, J. A. Poirier, J. A. Pinault, J. R. Remillard, Jos. N. Roy, Z. Thibault, R. Tremblay, et O. Tourigny.

A McGill, 76 candidats ont reçu leur diplôme de docteur en médecine.

Sir William Hingston et le Dr Roddick viennent d'être nommés membres honoraires de la Société Médicale de Londres.