

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

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

VOL. IV.

MONTRÉAL, JUIN 1890.

No 6.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La Diphtérie.—Traitement de Bouchût.

Par le DR L. E. FORTIER, Montréal.

Il y a peu de maladies qui aient soulevé plus de discussions dans les sociétés médicales et dans les journaux que la diphtérie ; il en est peu cependant dont le traitement donne de si pauvres résultats.

Bien que les traitements ne manquent pas, nous nous permettrons cependant d'en rappeler un, déjà assez ancien, mais qui nous paraît remarquablement logique ; et qui certainement donne d'excellents résultats : nous voulons parler du traitement de Bouchût.

Pour Bouchût, et c'est ce qui est généralement admis aujourd'hui, " la maladie est primitivement locale et devient plus ou moins vite infectante."

C'est ainsi qu'agit la pustule maligne, qui d'abord tout à fait locale, ne tarde pas à infecter l'économie tout entière.

C'est ainsi d'ailleurs qu'agissent toutes les maladies infectieuses parasitaires.

Il est donc important d'empêcher la maladie de se généraliser, et pour cela, il s'agit de l'attaquer dès son début.

La nature parasitaire, microbienne de la maladie étant reconnue, c'est par les antiseptiques qu'il faut l'attaquer :

On fera l'antisepsie du milieu, l'antisepsie de la partie affectée, l'antisepsie de tout l'organisme, afin d'en prévenir l'invasion. Et d'abord comment fera-t-on l'antisepsie du milieu ?

L'atmosphère doit être supportable, de manière à ne pas fatiguer le malade ni ceux qui l'approchent.

Pour atteindre ce but l'on emploiera les fumigations surtout au goudron et à la thérébentine auxquels l'on ajoute un peu d'acide carbonique. Ces fumigations ont cet avantage que tout en rendant l'air aseptique, elles stimulent les bronches, et exercent une action légèrement dissolvante sur les membranes.

Voici la manière de les pratiquer.

Dans un vase au-dessus d'une lampe à alcool ou d'un feu quelconque, placé dans la chambre du malade, l'on met à peu près le mélange suivant :

Goudron.....	6 onces
Essence de thérébentine rectifiée.....	1 once
Acide carbolique.....	1 drachme
Eau.....	1 pinte.

Le feu doit être soutenu et l'eau renouvelée à mesure qu'elle s'évapore. Toutes les deux heures l'on ajoutera une cuillerée à soupe de thérébentine ; le goudron sera aussi renouvelé souvent.

L'atmosphère ainsi rendu aseptique, l'on pourra agir sur les parties affectées sans crainte que de nouveaux ennemis du dehors ne viennent détruire l'œuvre déjà faite.

*
* *

Dans son traitement local le praticien doit viser deux buts : 1^o la destruction des microbes qui pullulent sur la fausse membrane et qui menacent constamment d'envahir l'économie tout entière ; 2^o la destruction de la fausse membrane elle-même qui est le terrain de reproduction du microbe ; et qui par son volume peut causer l'asphyxie.

Bouchût est opposé aux cautérisations : " Il fut un temps, dit-il, dans une de ses cliniques, rapportée par le *Paris-Médical*, 30 mars 1889— où l'on grattait, arrachait, cautérisait, brûlait les fausses membranes dans le gosier des malheureux enfants : cela les faisait saigner et ouvrait les vaisseaux en créant une porte d'entrée à l'infection diphtéritique."

Alors de quelle manière attaquerons-nous cette maladie dans son siège ?

Les badigeonnages, les applications au pinceau sont pénibles, l'enfant résiste et le médecin ne peut agir à son aise : il est mieux de n'en faire usage que le plus rarement possible. L'on emploiera surtout la méthode des irrigations. Outre qu'elles ne sont pas trop désagréables pour l'enfant, les douches ont cet avantage qu'elles font un lavage complet de la gorge, détruisant les bacilles et prévenant la résorption des matières septiques.

Bouchât nous donne la manière de faire ces irrigations :

“ L'enfant, dit-il, étant assis sur son lit ou sur les genoux de sa mère est penché en avant et tient la bouche ouverte, avec une cuvette sous le menton. On introduit le bout de l'irrigateur à l'entrée de la bouche sous les dents supérieures et on injecte de bas en haut. Le liquide va laver les amygdales, le pharynx, toutes les parties atteintes de fausses membranes ou d'ulcérations, et ressort aussitôt, tombant dans la cuvette sans jamais pénétrer dans les voies aériennes.”

Ces irrigations doivent être répétées jour et nuit, toutes les heures sans interruptions même quand l'enfant dort, de manière à tenir toujours la plaie nette et à empêcher la repullulation des bacilles :

Quant aux substances antiseptiques à employer voici les principales :

- Solution d'acide borique à 4 pour 100 ;
- Solution de salicylate de soude à 3 pour 100 ;
- Solution d'acide salicylique à 3 pour 1000 ;
- Solution de résorcine à 1 pour 100 ;
- Solution d'antipyrine à 5 pour 100.

En général, l'on peut se servir d'une solution antiseptique quelconque ; le point capital est que les douches soient bien données et répétées très souvent.

Pour obtenir la destruction de la fausse membrane, l'on fera avec avantage des attouchements ou même simplement des pulvérisations à la papaïne, à la pepsine : ces corps en effet, ont la propriété de digérer les substances albuminoïdes.

Ce maître éminent emploie ses solutions de la force suivante :

Papaïne.....	10 grains
Eau.....	1 once

ou encore

Pepsine.....	45 grains
Eau.....	1 once

Dans la plupart des cas, trois ou quatre applications amènent la digestion complète de la fausse membrane.

Bouchât recommande aussi le jus d'ananas ;—en application.

A ce sujet, voici ce que nous lisons dans le *Journal d'Hygiène Populaire* du mois d'avril 1890 :

“ Le Dr Holbrook parle de la puissance curative du jus de l'ananas dans tous les cas de diphtérie. Le remède est connu des nègres de l'Amérique du Sud depuis nombre d'années. On prend un ananas mûr et on en retire le jus. Ce jus est d'une nature tellement corrosive qu'il enlève la muqueuse diphtérique. L'enfant malade n'a qu'à l'avalier. La simplicité de la méthode pourrait faire croire à son inefficacité, mais le Dr Hollbrook cite un assez grand nombre de guérisons.”

L'on aura soin de tenir le cou de l'enfant recouvert d'une couche d'onguent à l'iodure de potassium.

Iodure de potassium 1 drachme
Vaseline..... 2 onces.

* * *

Le traitement général doit remplir deux indications principales: d'abord, il doit autant que possible prévenir l'infection de l'économie; ici encore, l'on atteint ce but par l'emploi des antiseptiques; ensuite, le traitement doit soutenir les forces contre les progrès d'une maladie aussi débilitante; l'on emploiera donc les toniques.

Voici le nom et la dose de quelques antiseptiques que Bouchât emploie à l'intérieur :

Resorcine..... 2 à 5 grains selon l'âge

Il fait continuer ce médicament jusqu'à ce que les urines deviennent brunâtres.

Antipyrine 30 à 45 grains par jour
Salicylate de soude 30 à 75 grains par jour
Acide salicylique..... 15 grains dans 10 onces d'eau

A ces médicaments, il faut nécessairement ajouter des toniques et un régime fortifiant : vin, brandy, œufs, etc.

* * *

L'on a préconisé dernièrement un nouveau traitement de cette funeste maladie par la fleur de soufre à l'intérieur.

Voici ce qu'écrivit M. le Dr Laugardière, l'auteur de ce traitement, dans la Revue de Toulouse :

“ Je me fis apporter, écrit-il, de la fleur de soufre ; j'en pris une cuillerée à bouche, que je délayai dans un verre d'eau, en commandant d'en prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure, après avoir agité le mélange. Le lendemain l'enfant allait mieux. Nouvelle potion pour la journée. Le lendemain l'enfant était guérie et n'avait plus qu'une toux grasse. Je l'attribuai aux fosses membranes qui circulent dans la trachée-artère et que je recommande aux parents de me garder, si l'enfant les expectore. Deux jours après, une brusque quinte de toux les expulsa, et on m'en apporta trois morceaux, déjà desséchés, de la grosseur d'un gros horticot.

“ Une cure ne suffisait pas pour avoir une opinion sur le nouveau remède. Six autres cas de croup bien caractérisés sont traités par la fleur de soufre : six guérisons.

“ Une petite fille était mourante, aucun cri, pas le moindre son ne pouvait sortir de son larynx ; les boutons de la diphtérie existaient sur

ses oreilles, son cou, ses joues, sa tête; sa respiration sifflante pouvait être entendue à vingt mètres.

“ Le docteur s'était muni d'une sonde pour insuffler du nitrate d'argent dans le larynx; les parents s'y opposèrent, mais ils consentirent à faire avaler la potion soufrée pendant la nuit.

Le lendemain, dit le docteur, l'enfant que j'avais regardée comme perdue était ressuscitée, la voix était revenue. La potion fut continuée pendant ce jour et le lendemain: l'enfant était guérie.”

Ici, à Montréal, M. le Dr Desroches, rédacteur en chef du *Journal d'Hygiène Populaire* a employé ce traitement dans 6 cas et il a obtenu 6 succès.

Dans un cas où l'enfant ne voulait pas prendre le soufre de la manière citée plus haut, M. le Dr. Desroches a réussi à le faire prendre avec plaisir en saupoudrant la dose requise sur des tranches d'ananas qu'il fit ensuite manger à l'enfant. Ni l'odeur, ni la saveur de l'ananas ne sont altérés; et à l'action du soufre l'on joint ainsi l'action locale de ce jus corrosif.

Un traitement si simple et en même temps si efficace mérite certainement d'être mis à l'essai.

MEDECINE

Dyspeptiques et gastralgiques. Cancer de l'estomac et gastralgie par polygastric.

Clinique du Professeur PETER.

Messieurs,

Je commencerai à vous parler aujourd'hui des maladies de l'estomac et débaterai par l'étude de la plus lamentable de toutes, et cela à propos d'une malade couchée salle Trousseau, qui est atteinte de cancer de l'estomac. C'est une femme âgée de 61 ans, qui, sans jamais avoir eu un très vif appétit, digérait bien jusqu'en ces derniers temps. Il y a quelques semaines, elle vit son appétit diminuer en même temps que survenait un dégoût profond pour la viande, et en général, pour toutes les substances azotées, même le pain; elle supportait encore assez facilement les légumes herbacés et le lait. Peu à peu cette anorexie, avec dégoût, augmenta et devint absolue et définitive. Or, Messieurs, lorsqu'un malade de 45 à 60 ans qui, jusque-là, avait des digestions bonnes, perd l'appétit et présente ce dégoût spécial et pro-

fond pour les substances azotées, on peut dire qu'il est atteint d'une affection organique, soit de l'estomac, soit de ses annexes ; foie, pancréas ou duodénum.

Avant d'aller plus loin, je vous demande la permission de vous exposer en quelques mots la division physiologique des organes qui composent le tube digestif. Il y a des organes de passage et des organes de séjour. Dans les organes de séjour, les corps étrangers que l'on appelle "aliments" doivent séjourner pour subir une élaboration spéciale qui résulte de l'action d'une sécrétion particulière à chacun de ces organes. Dans les organes de passage, le pharynx, l'œsophage et les dernières portions du tube digestif, les sécrétions sont, au contraire, purement muqueuses et indifférentes. Dans l'organe de séjour, le contact du corps étranger remplit le rôle d'un irritant physiologique et provoque la sécrétion ; il y a là une action réflexe comparable à celle qui se produit dans l'œil quand un petit corps étranger, une parcelle de charbon, par exemple, arrive sur la conjonctive ; il y a alors une double action réflexe : la sécrétion de larmes par la glande lacrymale, les mouvements des paupières qui cherchent à expulser la petite scorie ; cette expulsion est rendue plus facile, le corps étranger étant entraîné par les larmes.

Des actions semblables se produisent dans les organes de séjour du tube digestif. Dans la bouche, l'excitation de la muqueuse au contact de l'aliment fait larmoyer les glandes salivaires qui sécrètent un liquide destiné, par la diastase, à modifier chimiquement les substances amylacées. Dans l'estomac, une révolte immédiate se produit au contact du corps étranger ; de là deux actes réflexes : la sécrétion du suc gastrique, les mouvements péristaltiques. Le suc gastrique attaque immédiatement l'aliment et le corrode par l'acide chlorhydrique qu'il contient ; les contractions de l'estomac multiplient les surfaces de contact en faisant mouvoir les aliments. Quand le suc gastrique a suffisamment agi, que le chyme est formé, la sensibilité spéciale du sphincter pylorique permet le passage du contenu stomacal dans le duodénum. Retenez surtout, de cette petite digression physiologique, que l'action de contact produit deux actes réflexes : une sécrétion et des mouvements.

Revenons maintenant à notre malade. Elle a un carcinome stomacal, et le premier phénomène fonctionnel qu'elle ait présenté, c'est la perte de l'appétit. Ceci, soit dit en passant, nous permet d'affirmer, malgré les physiologistes, que la sensation de la faim réside dans l'estomac. Pourquoi notre malade n'a-t-elle plus d'appétit ? Parce que le cancer, non-seulement a modifié directement la muqueuse et détruit localement des cellules à pepsine, mais de plus en a invalidé d'autres

par hyperémie de voisinage. Or, je puis vous le dire dès maintenant, si nous ne pouvons rien sur le cancer, nous pouvons beaucoup sur cette hyperémie, et, en la faisant disparaître, nous ramenons en partie le sentiment de la faim.

Le vomissement est un deuxième trouble fonctionnel du cancer ; il n'est pas constant. La malade dont je vous parle en a présenté quelques uns au début ; ils ne sont guère reproduits, bien que la maladie ait une marche rapide, car c'est seulement à la fin de janvier qu'elle a présenté les premiers troubles stomacaux, et maintenant on trouve à la région épigastrique une tumeur volumineuse.

Permettez-moi, à ce propos, d'insister sur la palpation de l'abdomen, qui doit être faite avec précaution : il faut mettre la main à plat et avoir soin qu'elle ne soit pas trop froide (conseil déjà donné par Hippocrate). Dans le cas contraire, on provoque une révolte immédiate des muscles abdominaux, qui rendent le paroi rigide et ne permettent plus de sentir ce qu'il y a au-dessous. Quand on a laissé la main quelques secondes immobile, pour apprivoiser, pour ainsi dire, la paroi, une sorte de petit mouvement de reptation des doigts permet de la déprimer et de sentir les parties profondes. Si, au contraire, vous agissiez brutalement, vous n'arriveriez à aucun résultat.

En appliquant chez la malade ce mode d'exploration, j'ai pu immédiatement trouver la tumeur, qui est située au-dessous des fausses côtes gauches, dure, et très étendue, puisqu'elle va de la grosse tubérosité à la grande courbure. Dans ces cas, il n'y a presque jamais de vomissements, tandis qu'il y en a, au contraire, très fréquents quand le pylore est envahi. Par contre, dans ce dernier cas, la tumeur est difficilement perçue, par suite de la situation du pylore, qui se cache sous le foie.

Le malade n'a pas de douleurs : elles font, en effet, le plus souvent défaut. Il est nécessaire de presser un peu brutalement, de percuter un peu fort pour les provoquer.

Bien que sa maladie date de peu de temps, cette femme est déjà dans la cachexie. Elle a la décoloration des téguments, la teinte jaune paille spéciale, l'émaciation, la faiblesse et, enfin, une double *phlegmatia alba dolens*, et son pouls est notablement augmenté de fréquence. Il est habituel de voir, dans la cachexie, un œdème périmalléolaire double. Ici, il y a plus que cet œdème, car l'infiltration dépend de la double oblitération veineuse ; cette oblitération s'accompagne de douleurs aux mollets, dans le creux poplité, sur la saphène et du développement d'une circulation supplémentaire veineuse qui tend à fournir une voie à la circulation entravée. Or, Messieurs, cette *phlegmatia* présente une importance clinique considérable. Je vous ai dit que la

tumeur pouvait être impossible à trouver en cas de cancer du pylore; d'autre part, les troubles fonctionnels qu'il entraîne peuvent se voir dans la gastrite chronique. Mais alors, s'il y a phlegmatia, on peut dire que la dyspepsie est symptomatique du cancer. C'est Trousseau qui a découvert cette relation pathogénique, et qui a pu vérifier tristement sur lui même la réalisation du fait et la réalité de sa découverte. En 1866, j'allais le voir le 1er janvier, lorsqu'il me dit: " Mon cher ami, plus de doute, je suis atteint d'un cancer de l'estomac, j'ai une phlegmatia alba dolens."

Cette complication se produit par le fait d'une altération profonde de la crase du sang; elle est symptomatique de l'inopexie par hyperinose; il y a excès de fibrine par rapport aux globules. Les lieux d'élection de la coagulation sont les nids de pigeon qui se trouvent à l'embouchure de la saphène, dans la fémorale. La phlegmatia est toujours l'indice d'une cachexie: elle se voit dans la cachexie tuberculeuse comme dans la cachexie puerpérale aiguë. Un malade que nous avons actuellement dans nos salles présente, à gauche, une phlegmasia; à droite de l'œdème cachectique; il est tuberculeux.

Le cancéreux a une grande partie de sa muqueuse stomacale détruite par la tumeur ou annihilée par l'hyperémie. Il doit donc y avoir chez lui moins d'acide chlorhydrique, ou mieux, *moins de suc gastrique sécrété*. Or, Messieurs, dans ce siècle de précision, où l'on cherche, avec raison et succès, à trouver la cause des troubles fonctionnels, on s'est préoccupé de l'état du suc gastrique dans la dyspepsie en général; chez le cancéreux, en particulier, il était très intéressant de savoir ce qu'il en était. Le procédé le plus rationnel pour examiner le suc gastrique consiste naturellement à extraire le contenu de l'estomac à l'aide du siphon; ce contenu est ensuite filtré et examiné par un des nombreux procédés qui ont pour but d'apprécier sa richesse en acide chlorhydrique. Malheureusement, l'introduction du siphon n'est pas toujours facile et il y a, de plus, des personnes qui refusent absolument de s'y prêter. Or, Gunsburg a très ingénieusement, je dirais volontiers très spirituellement, tourné la difficulté en utilisant la rapidité d'absorption de l'iodure de potassium. Communément, l'ingestion de cet iodure est suivie, au bout de cinq ou six minutes, de l'apparition de l'iode dans la salive; Gunsburg s'est dit alors: Si je fais avaler l'iodure de potassium, quand l'iode apparaîtra dans la salive je serai sûr qu'il y a eu dissolution et absorption de l'iodure. Voici comment il a procédé: Il a pris de l'iodure de potassium, 3 grains, et l'a mis dans un tube de caoutchouc dont il a fermé les bouts à l'aide de fils de fibrine; puis il a renfermé le tube dans une capsule de gélatine et a fait avaler le tout. Que se passe-t-il alors? La gélatine se-

dissout rapidement et le suc gastrique se trouve en contact avec le tube de caoutchouc ; ce suc attaque les fils de fibrine, les liquéfie, et l'iodure de potassium se dissout et est absorbé. Or, plus vite le fil de fibrine est dissous, plus vite l'iodure apparaît dans la salive ; mais plus tôt l'iodure apparaît, plus riche est le suc gastrique en acide. Donc, de l'apparition plus ou moins rapide de l'iodure, on peut conclure à la richesse plus ou moins grande du suc gastrique en acide chlorhydrique.

Pratiquement, on opère de la façon suivante : A sept heures du matin, on fait prendre au malade un repas d'épreuve composé d'un œuf, d'un petit pain et d'un demi-verre d'eau ; à huit heures, on administre la capsule, puis on fait cracher le patient dans une série de verres de quart d'heure en quart d'heure, et on recherche l'iodure en versant dans la salive de l'eau amidonnée additionnée d'une petite quantité d'acide azotique ; le liquide bleuit dès qu'il y a de l'iodure. Normalement, la réaction se montre une heure un quart après l'ingestion du tube ; si elle se produit plus tôt, au bout de trois quarts d'heure, c'est qu'il y a trop d'acide, ou mieux trop de suc gastrique ; si elle n'apparaît que plus tard, c'est qu'il y a moins d'acide chlorhydrique ou plutôt moins de suc gastrique. Chez notre malade, la réaction a eu deux heures et demie de retard.

On en conclut que, dans ces cas et dans les cas analogues, il y a "hypo" ou "ana-chlorhydrie." Moi, je dis qu'il y a plutôt *oligo-gastrie*, c'est-à-dire *diminution de la sécrétion du suc gastrique*, par analogie à ce qui se produit dans la foie : "acholie" ou "polycholie."

Dans d'autres cas, il y a augmentation de l'acide chlorhydrique (*hyperchlorhydrie*), ou mieux *plus de suc gastrique sécrété* ; c'est, pour moi, de la *polygastrie*.

Chez notre malade, les cellules à pepsine sont les unes détruites, les autres hyperémiées ; il y a nécessairement moins de suc gastrique sécrété. Il est évident que, chez les malades de ce genre, on ne peut rien contre la tumeur. Mais, Messieurs, nous ne connaissons que le cadavre du cancer de l'estomac, le cancer mort, le cancer de l'amphithéâtre, et, chez notre malade, il est très probable qu'il y a autour de ce cancer vivant de l'hyperémie, comme nous le voyons dans le cancer du sein, hyperémie qui invalide un certain nombre de cellules à pepsine, hyperémie que nous pouvons combattre avec succès par la révulsion au creux épigastrique.

Un de mes malades de la ville présentait un cancer de l'estomac non douteux qui se caractérisait par la tumeur et les troubles fonctionnels. Le médecin qui le soignait le considérait comme perdu à bref délai. Moi, je conseillai de placer un cautère, dont on entretiendrait

la suppuration par un pois ; M. Cuffer en surveilla l'application et bientôt la malade alla mieux et put manger des aliments quaternaires, de la viande. Il survécut dix-huit mois et mourut d'une attaque d'apoplexie avec aphasie et hémiplegie droite. Nous avons modifié l'hyperémie et ramené à l'activité les cellules invalidées.

En dehors de ce traitement, il ne reste guère, dans le cancer de l'estomac, qu'à stimuler un peu l'appétit par les amers, dont le meilleur est la liqueur de Baumé, qui agit à la fois et comme amer et comme strychnée en faisant contracter le muscle. On en donnera de une à trois gouttes avant chaque repas ; à la fin de ce dernier, il sera rationnel d'administrer une petite quantité d'acide chlorhydrique : dix gouttes dans 6 onces d'eau et 2 onces de sirop de limon. On donnera une à deux cuillerées à soupe de cette préparation.

Je veux, Messieurs, vous dire, dès maintenant quelques mots des gastralgies, c'est-à-dire des affections de l'estomac avec douleurs. Il y a des individus qui souffrent beaucoup de l'estomac, et qui cependant, à l'inverse des cancéreux, conservent l'appétit. L'explication de ce fait est bien simple : " ces malades ont un bon estomac, mais ils ont une véritable folie du pneumogastrique stomacal. " Il y a une impressionnabilité excessive de ce nerf, et, à l'arrivée d'un corps étranger quelconque, un acte réflexe exagéré qui fait pleurer le suc gastrique, d'où surabondance de ce suc et trop d'acide chlorhydrique. Une fois que ce suc a attaqué les aliments, il attaque l'estomac, d'où la douleur ; cette douleur n'apparaît pas de suite après l'arrivée des aliments, mais une heure environ plus tard, au moment où le suc gastrique attaque l'estomac. Il y a une telle perturbation dans la sécrétion, cette sécrétion est si déraisonnable qu'elle se produit à jeun, et que parfois le malade souffre surtout la nuit. Il sait, du reste, ce qu'il faut faire et son instinct le pousse à manger pour fournir à son suc gastrique quelque chose à corroder. Le pneumogastrique se trouve pris dans un cercle vicieux ; par suite de son excitabilité, la sécrétion est augmentée au contact des aliments, et cette sécrétion exagérée agit sur lui, l'irrite, d'où la *gastralgie*.

Je ne peux aujourd'hui qu'ébaucher ce sujet si intéressant, et je terminerai en vous disant deux mots sur un malade du service qui présente des phénomènes de ce genre. Je le pris d'abord pour un simulateur, tellement il dépeignait vivement ses souffrances ; un examen plus approfondi me montra que ses forces digestives étaient très atteintes, car il ne pouvait supporter que le lait et les œufs. De temps à autre, il avait des vomissements ; la douleur rendait la palpation très difficile, cependant nous pûmes constater qu'il n'avait ni tumeur ni dilatation. Fils d'une femme nerveuse qui avait longtemps eu les

mêmes douleurs, lui-même était très nerveux. Nous avons eu un autre malade qui souffrait de la même manière, avait le caractère très irritable, riait et pleurait sans motifs ; il avait une sœur folle enfermée à l'asile de Vaucluse. En ville, j'ai vu plusieurs malades de ce genre, un, entre autre, que j'ai guéri de ses douleurs par le bicarbonate de soude, mais qui est devenu fou. Il avait un père hypochondriaque, une sœur aliénée, et, chez lui, la folie stomacale a été remplacée par la folie cérébrale.

J'ai encore donné mes soins à une jeune fille qui présentait l'anorexie hystérique de Laségue et ne voulait pas manger à cause de ses douleurs ; c'était la fille d'un fou.

Il y a donc des cas où, par suite d'une sorte de folie du pneumogastrique stomacal sans lésion de l'estomac, il y a exagération de sa sensibilité, d'où exagération de la quantité de suc gastrique sécrété, c'est à dire ce que j'appelle " polygastrie, " cause de la " gastralgie. "

—*L'Union Médicale.*

Traitement de la pleurésie purulente par les injections antiseptiques

M. Fernet a communiqué à la Société médicale des hôpitaux une observation qui peut présenter un grand intérêt au point de vue de la thérapeutique d'un certain nombre de pleurésies purulentes : il s'agit d'un homme de 35 ans, qui, parti pour Vincennes en convalescence de pneumonie, rentre à l'hôpital avec du frisson, un point de côté, une fièvre remittente, une disparition presque complète des vibrations à droite et un abaissement notable du foie. Malgré les signes incomplets, je diagnostique une pleurésie métapneumonique purulente, diaphragmatique ; une ponction amène, après avoir traversé une notable épaisseur de tissu, 6 onces de pus, après quoi j'injecte 4 drachmes de liqueur de Van Swieten. Cette pratique est renouvelée tous les 3 à 4 jours et en 10 jours la fièvre tombe et l'état général s'améliore. Cependant, à la huitième séance, je retire encore 6 onces de pus : donc l'action antiseptique du sublimé était insuffisante et j'en injecte 5 onces ; n'ayant pu en retirer que 10 drachmes, je crains les accidents possibles, et dans les injections ultérieures j'ai recours au naphthol, qui, insoluble, doit rester dans la cavité. J'emploie à cet effet la solution usitée chez M. Bouchard :

Naphtol.....	75 grains
Alcool.....	1 once
Eau.....	2 onces

J'injecte par séance 4 à 5 drachmes de cette solution ; après 5 ponc

tions suivies d'injections le pus est complètement tari et le malade guéri.

L'examen du pus pratiqué par M. Netter, tardivement il est vrai, n'a décelé la présence ni de pneumocoques, ni de streptocoques. Le traitement a duré deux mois en tout.

D'après ces faits, je me crois en droit de conclure :

1^o La méthode de traitement de certaines pleurésies infectieuses, purulentes ou non, par les ponctions suivies d'injections antiseptiques, est rationnelle, puisqu'elle répond aux deux indications d'évacuer les produits infectieux et de combattre l'infection du foyer malade.

2^o Cette méthode est particulièrement applicable aux pleurésies infectieuses circonscrites et limitées qu'elle peut atteindre dans toutes leurs parties : elle est presque seule applicable aux pleurésies que leur siège rend à peu près inaccessibles à la thoracotomie : pleurésies interlobaires, médiastines, diaphragmatiques ; elle a donc ses indications, comme la ponction simple et la thoracotomie ont les leurs dans d'autres pleurésies ;

3^o Les modes d'application de cette méthode et les moyens dont elle dispose, notamment les agents antiseptiques qu'elle met en œuvre, ne sont pas encore bien déterminés ; mais la méthode elle-même me paraît suffisamment fixée dans ses indications et les résultats déjà acquis me semblent assez favorables pour qu'on soit encouragé à en poursuivre l'application. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 avril 1890.)

—*Journal de Méd. de Paris.*

Traitement de la pleurésie.

Cette question étant à l'ordre du jour il pourra être intéressant de connaître sur ce point l'opinion de M. HARRIS médecin à l'hôpital des maladies de poitrine de Victoria Park ; voici le résumé d'un long article qu'il a publié récemment dans le *British Medical Journal*.

Quand le diagnostic d'épanchement pleural a été fait—soit par la percussion et l'auscultation, soit par une ponction exploratrice—quelle conduite doit-on tenir ? Faut-il laisser à la nature le soin de résorber le liquide épanché ? Doit-on faciliter, activer cette résorption par l'administration de certains médicaments ? Ou bien une ponction est-elle nécessaire ?

Il est difficile de poser des règles absolues. Suivant M. Harris, quand l'épanchement est abondant ou bien quand une ponction exploratrice en a démontré la nature purulente il faut, séance tenante, pra-

tiquer la thoracentèse. On doit, au contraire, attendre, quand l'épanchement séreux est peu abondant.

Pendant qu'on surveille le malade on peut lui donner des diurétiques, des diaphorétiques, sans grand résultat d'ailleurs. Le mieux est de traiter son état général.

Si l'épanchement reste stationnaire. M. Harris conseille la ponction, après avoir attendu quinze jours ; s'il augmente il faut également faire la thoracentèse.

La ponction simple suffit pour les épanchements séreux ; quand le liquide est purulent il faut l'essayer une fois. si elle échoue on doit sans hésiter pratiquer l'empyème.

L'avantage qu'il y a à évacuer de bonne heure les liquides épanchés dans la plèvre c'est que le poumon n'a pas eu le temps de se recouvrir d'une couche épaisse de fausses membranes et que son expansion se fera bien quand le liquide pleural aura été évacué.

Si le poumon tarde à revenir sur lui-même, s'il persiste un trajet fistuleux, on devra recourir à la résection costale, mais M. Harris recommande de faire auparavant des exercices modérés de flexion et d'élévation du bras, qui facilitent l'expansion régulière du poumon.

Traitement de la syphilis par le sparadrap au calomel.

M. *Quinquaud* vient d'ajouter un nouveau mode de traitement de la syphilis par la voie cutanée à ceux qu'on possédait déjà ; ce moyen a le sérieux avantage d'être d'une exécution bien facile, exempt de toute contre indication, et son promoteur en a constaté plusieurs fois l'efficacité. Il s'agit d'appliquer au niveau de la région splénique un morceau de sparadrap au calomel dont voici la formule :

Emplâtre diachylon des hôpitaux.....	3.000
Calomel à la vapeur.....	1.000
Huile de ricin.....	300

On commence par savonner la peau pour faciliter sa fonction d'absorption et on applique un décimètre carré d'emplâtre au point précité. On laisse en place 8 jours, on cesse 8 jours, on réapplique 8 jours et ainsi de suite ; chez les individus assujettis à un travail manuel il faut renouveler tous les 4 ou 5 jours l'emplâtre. L'analyse chimique des urines faites chez une vingtaine de syphilitiques a prouvé que le mercure ainsi appliqué sur la peau, par suite d'une transformation probable du calomel en sublimé par les chlorures des sécrétions cutanées, apparaît dans les urines vers le 4^e, 5^e ou 6^e jour, s'élimine activement du 8^e au 12^e jour et même lorsqu'on cesse alors l'application du sparadrap continue à s'éliminer pendant 4 et même 6 semaines. On peut avoir une légère stomatite, mais toujours bénigne, en doublant l'étendue

du sparadrap. Les manifestations syphilitiques qui ont cédé à l'emploi de ce seul traitement ont été des syphilides papulo-tuberculeuses, des roséoles, des syphilides en corymbes, des plaques cutanées.

Un cas d'érysipèle

M. le docteur Noury relate le fait suivant dans *l'Année médicale du Calvados* :

Le 25 décembre dernier, je fus appelé auprès d'une dame C..., âgée de quarante six ans, qui, après une nuit très agitée, présente le matin les symptômes suivants : état fébrile très marqué, soif intense, peau sèche, température 36°4, pouls 116, langue saburrale, courbature, céphalalgie frontale très intense. La partie supérieure gauche du nez, à partir de l'angle de l'œil, était le siège d'une plaque érysipélateuse présentant tous les caractères classiques.

Traitement purgatif, sulfate de quinine, lotions émollientes chaudes suivies d'applications de poudre d'amidon. La plaque s'étendit très peu le jour même et le lendemain ; à partir du troisième jour, tout rentra dans l'ordre.

La malade, interrogée minutieusement pour rechercher l'origine possible de sa maladie, m'apprit ce qui suit :

Le lundi précédent, elle avait passé la matinée, en compagnie de son fils, dans le magasin d'une bouquiniste. Inutile d'ajouter que les piles de livres avaient été consciencieusement fouillées, au milieu du nuage de poussière traditionnelle.

Or, la bouquiniste, femme d'une soixantaine d'années, est sujette à des érysipèles à répétition, et, quand elle est atteinte, elle se contente de s'envelopper la tête dans un cache-nez, sans cesser de circuler dans sa boutique et de manier ses bouquins. La dernière atteinte remontait alors à plusieurs mois, je n'ai pu faire préciser davantage.

Quant à ma cliente, elle était atteinte d'un coryza léger. Le lendemain soir, elle se couche avec la fièvre et un malaise général ; le lendemain, elle se réveille avec un érysipèle de la face.

J'ai cru devoir relater ce fait, laissant au lecteur le soin d'en tirer les commentaires qu'il comporte.

(*Le Courrier Médical.*)

Frottements périhépatiques et abcès du foie

M. Bertrand (de Toulon) a remarqué que, lorsque les grands abcès du foie gagnent par suite de leur développement la surface de l'organe, la périhépatite qu'ils déterminent se manifeste non seulement par une augmentation de la fièvre et de la douleur, mais par l'apparition de gros frottements, perceptibles, dans l'hypochondre droit, à la palpation et à la percussion surtout pendant les grandes inspirations.

C'est au niveau du point le plus douloureux, en général au milieu des septième ou huitième espaces intercostaux, sur la ligne axillaire antérieure, que siègent ces frottements et la douleur la plus vive. C'est en ce point que doit être faite la ponction exploratrice. (Académie de médecine. 4 mars).

THÉRAPEUTIQUE

De l'action du bromure de potassium dans l'épilepsie.

M. FÉRÉ. — On sait que dans beaucoup de cas d'épilepsie symptomatique on voit disparaître les accidents épileptiques, sans que la lésion matérielle qui en est la cause première ait été modifiée. Ce fait clinique pouvait il être observé dans l'épilepsie vraie, alors que l'épilepsie constitue à elle seule toute l'affection. C'est là un point que j'ai voulu étudier, et en même temps savoir comment le bromure, administré dans ces conditions, agissait sur les phénomènes épileptiques. Or, des faits que j'ai observés, il résulte que dans l'épilepsie vraie le bromure de potassium agit comme dans les épilepsies symptomatiques, en modifiant le symptôme, sans guérir la maladie elle-même.

Chez un malade en particulier, vieil épileptique, j'étais parvenu, au moyen de fortes doses de bromure, à faire disparaître les accès. A l'autopsie de ce sujet, j'ai trouvé de l'induration de la corne d'Ammon, comme on en rencontre chez les anciens épileptiques, et la sclérose névroglique, signalée par M. Chaslin, dans la substance grise corticale. Je ne crois pas du reste que la lésion décrite par M. Chaslin, soit la lésion caractéristique et causale de l'épilepsie, mais il importe de faire remarquer que, même chez un vieil épileptique, atteint de ces lésions multiples, l'usage du bromure avait pu supprimer les accès, comme il l'aurait fait dans des cas d'épilepsie symptomatique, liée à une tumeur, par exemple.

M. BROWN SÉQUARD. — Ainsi que vient de le dire M. Féré, il est fréquent de voir les phénomènes épileptiques dus à des lésions cérébrales, disparaître alors que les autres symptômes de la lésion, paralysies, atrophies, etc., persistent. Pour mon compte je connais un malade chez lequel des crises épileptiques très violentes et liées très probablement à une tumeur de la base de l'encéphale, ont complètement cessé et n'ont pas reparu depuis l'année 1861; or, la paralysie dont est atteint ce sujet, et qui est due vraisemblablement à la même cause, n'a pas disparu, preuve que la lésion qui l'a produite, et qui provoquait autrefois des attaques épileptiques, persiste.

Salol dans les angines.

M. Ruault a cité des cas d'amygdalites intenses où la suppuration avait paru imminente et avait été écartée par l'usage interne du naphthol. Cette indication de réaliser l'antisepsie intestinale a été reprise par M. *Gouguenheim* qui a relaté au congrès de laryngologie d'heureux résultats obtenus dans les angines à l'aide du salol (salicylate de phénol).

Suivant lui, le salol agit efficacement sur les angines aiguës, quelle qu'en soit la cause. Il calme avec la plus grande rapidité la douleur, la dysphagie, qui sont les symptômes les plus pénibles de ces affections. En calmant la douleur, il peut abrégier la durée de l'angine phlegmoneuse supprimée. Il abaisse la température. Il diminue, dans presque tous les cas, la durée des angines. Pour arriver à ces résultats, la dose ne doit pas être inférieure à 1 drachme.

Lavements de sang.

Dans la *Revue de thérapeutique*, M. le Dr Smith est d'avis que :

- 1° Le sang défibriné est un aliment précieux pour la nutrition par le rectum ;

- 2° Administré à la dose de 2 à 6 onces, il est bien supportée et s'absorbe facilement ;

- 3° Administré une ou deux fois par jour, il détermine presque toujours, dans les premiers temps, un certain degré de constipation qui persiste et augmente si on continue les lavements ; il peut même y avoir irritation de l'intestin ;

- 4° Quand l'alimentation stomacale est insuffisante, l'alimentation rectale par le sang défibriné est très utile ;

- 5° Les lavements de sang sont indiqués dans les cas où le gros intestin est sain et où on a besoin de toniques qui ne peuvent être absorbés par la voie ordinaire ;

- 6° Dans les cas favorables, le sang peut donner à la nutrition une impulsion rarement obtenue par d'autres moyens ;

- 7° Son emploi est absolument inoffensif. —*Le Scalpel.*

Chlorure de sodium contre la névralgie faciale.

Le docteur G. Leslie affirme qu'il guérit la névralgie faciale, l'odontalgie, la douleur d'oreille, la céphalalgie nerveuse par l'application de chlorure de sodium—sel de table—sur la membrane muqueuse nasale, soit aspiré comme une prise de tabac, soit introduit au moyen d'un pulvérisateur, dans la narine du côté de la souffrance. Une pareille médication est si simple et si facile qu'on ne risque rien de l'expérimenter.

(*Edimb. méd. Journ.*)

L'aristol.

La cicatrisation d'un épithélioma de la face obtenu par M. Brocq au moyen de l'aristol (*Soc. méd. hôp.* 25 avr., v. *Bull. Méd.* du 27), a attiré l'attention du public médical sur ce nouveau médicament qui nous vient d'Allemagne. Aussi croyons-nous devoir récapituler les résultats obtenus avec cette substance dans son pays d'origine.

L'aristol est un dérivé du thymol; c'est un biiodure de dithymol, contenant une proportion de 15 0/0 d'iode. C'est une substance pulvérulente d'un rouge brun, inodore, insoluble dans l'eau et la glycérine, peu soluble dans l'alcool, soluble à froid dans l'éther et les huiles grasses. L'aristol est plus pratique que l'iodoforme, puisqu'il n'a pas d'odeur, et peut-être que le salol parce qu'il n'est pas hygrométrique comme cette substance et qu'il peut être finement pulvérisé, plus pratique aussi que l'iodol parce qu'il adhère bien aux muqueuses. Par contre, il présente l'inconvénient de se décomposer sous l'influence de la chaleur et de la lumière.

Le mode de préparation de l'aristol se trouve décrit dans le n° 4 de la *Süddeutsche Apothekerzeitung*.

En raison de sa constitution qui indiquait une substance antiseptique, Eichhoff (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*), eut l'idée de l'employer dans le traitement de diverses lésions cutanées, et en raison de sa teneur en iode, son emploi dans les syphilides était tout indiqué. Il le formulait de la façon suivante :

Vaseline..... 3 onces.

Aristol, de..... $\frac{1}{2}$ à 3 drachmes.

Les dix malades chez lesquels il l'a employé n'ont présenté aucun effet toxique, ni éprouvé aucun désagrément. Voici les résultats obtenus :

Pour le chancre mou, il agit moins bien que l'iodoforme. Pour le psoriasis, il agit plus lentement que la chrysarobine ou l'acide pyrogallique que l'on peut considérer comme de véritables spécifiques, il a cependant sur eux cet avantage d'être absolument inoffensif. Dans la trichophytie il se montre au moins aussi actif que les autres médicaments usuels, il est surtout beaucoup moins irritant, ce qui permet d'obtenir une guérison plus rapide. Pour les ulcères de jambe et les ulcérations syphilitiques tertiaires, il amène une cicatrisation plus rapide que n'importe quel traitement. Mais c'est surtout dans le lupus qu'il paraît absolument supérieur, autant par l'énergie de son action que par sa complète indolence.

L'aristol semblerait être un spécifique du bacille de la tuberculose. Eichhoff conseille de l'employer dans le traitement des abcès froids et

même de la phthisie. On pourrait l'employer en injections huileuses sous-cutanées. On pourrait l'utiliser également de la même façon dans le traitement de la syphilis. L'aristol ainsi injecté sous la peau ne se retrouve pas en nature dans l'urine, il semble se dédoubler et fournir des composés isolés moins complexes. Répandu à la surface d'une muqueuse, il n'est pas absorbé, l'urine ne contient pas d'iode par le procédé de Castain.

Les injections de liquide testiculaire.

L'opinion publique médicale avait été fort sceptique vis-à-vis de la tentative de M. Brown-Sequard. Cependant, celle-ci a eu des imitateurs. Après M. Variot, médecin des hôpitaux de Paris, M. le professeur Mairet-de Montpellier, vient de l'expérimenter, non sans succès, sur des aliénés, atteints de stupeur morale et physique.

M. Mairet a employé les testicules du chien et du lapin, en broyant la glande, séparée de l'épididyme et de sa coque, avec un peu d'eau, puis en filtrant ; 25 centimètres cubes d'eau pour un testicule donnent 12 centimètres cubes de liquide rose. Les injections ont été pratiquées à la région abdominale et lombaire. Pas d'inflammation, seulement un peu de rougeur.

Quatre malades ont été ainsi traités, deux hommes et deux femmes, par les injections de liquide testiculaire, pratiquées à plusieurs reprises pendant 6 à 14 jours.

M. Mairet reconnaît que ces malades, qui ne pouvaient être suggestionnés puisqu'ils ne parlaient, ni n'entendaient, ont été considérablement améliorés au point de vue de l'état mental. Ils reprirent la parole, la marche, cessèrent de rester stupéfiés et même on put constater que les fonctions végétatives reprenaient la vigueur, car deux gâteux cessèrent de lâcher sous eux.—*Concours Médical.*

Diagnostic de l'intoxication par l'iodoforme au moyen de la réaction de la salive sur le calomel.

M. *Burlureaux* a rappelé un signe donné par Poncet (de Lyon), le goût alliacé perçu par le malade saturé d'iodoforme quand on lui met dans la bouche un objet d'argent, et il en a signalé un nouveau. Si l'on mélange une pincée de calomel avec un peu de salive contenant une infime dose d'iode il se forme une teinte jaune serin par formation d'iodure mercurieux.—*Les Nouv. Rem.*

De l'emploi des préparations d'*hydrastis canadensis*.

par A. CABANÈS, thèse inaug., Paris 1889.—Ollier-Henri, éditeur.

Conclusions :

I.—Les préparations d'*hydrastis canadensis* que les Américains ont,

depuis longtemps, admises dans leur Pharmacopée, méritent de prendre rang dans la thérapeutique des hémorrhagies utérines, et de certaines affections des voies digestives.

II.—La racine est la seule partie de la plante employée en médecine. Elle contient du sucre, de l'albumine, de la matière extractive, de la matière grasse, une huile volatile et trois alcaloïdes ; l'hydrastine, la berbérine et la xanthopuccine.

III.—Les préparations que l'on peut recommander sont : l'extrait fluide d'*hydrastis*, que l'on doit administrer à la dose de 60 à 80 gouttes par jour, par doses de 20 gouttes ; la teinture alcoolique, à 20 p. 100, la décoction de racine à 60 p. 100.

IV.—Au point de vue physiologique, *Hydrastis canadensis* est un vaso-constricteur. A doses moyennes, il paralyse les centres vaso-moteurs et diminue la pression sanguine.

L'extrait aqueux de la plante, pris même en grande quantité, n'est pas toxique.

V.—L'extrait d'*hydrastis* provoque des contractions des vaisseaux de l'utérus, ce qui explique son action hémostatique.

VI.—C'est un médicament qui, sans justifier l'engouement dont il a été l'objet à l'étranger, peut rendre de réels services dans les hémorrhagies utérines (métrorrhagies, ménorrhagies, hémorrhagies liées à des fibro-myomes), les congestions utéro-ovariennes et la dysménorrhée.

Dans ces divers cas, on doit l'administrer pendant la période intermenstruelle.

VII.—Sous son influence, certaines dyspepsies (dyspepsies des femmes, dyspepsies diathésiques, dyspepsies alcooliques) sont très heureusement améliorées.

VIII.—Il n'exerce aucune action sur l'évolution des fibro-myomes.

IX.—Les alcaloïdes de l'*hydrastis* et leurs sels ont encore été trop peu étudiés pour qu'on préconise leur emploi.

CHIRURGIE.

Traitement des affections aiguës de la mamelle

M. VERNEUIL.

Depuis 1871, époque à laquelle j'ai commencé à mettre en usage la pulvérisation prolongée ou continue comme procédé thérapeutique de a méthode antiseptique, je n'ai cessé de l'employer avec grand'avantage dans des circonstances très diverses. Avant de communiquer les bons

résultats qu'elle m'a donnés, depuis quelques années, dans de nombreux cas d'affections de la mamelle, je rappellerai brièvement quelques détails du manuel opératoire qu'elle comporte.

Pour pratiquer ces pulvérisations, je ne signalerai que pour mémoire les pulvérisateurs à boule de caoutchouc, qu'on manœuvre avec la main, car ils exigent beaucoup de temps, beaucoup de fatigue et ne donnent que des résultats insuffisants. Il est préférable d'employer les pulvérisateurs dits à vapeur, c'est-à-dire mis en train par la lampe à alcool, tels que le pulvérisateur de Lister ou ces appareils plus légers et moins coûteux, que l'on a construits sur le même modèle. Placés sur une table, sur un meuble, à la distance voulue de la région malade, ils fonctionnent d'eux-mêmes, tant qu'on le juge à propos. Outre l'alcool pour chauffer le récipient, il est facile de se procurer les liquides antiseptiques qui sont nécessaires, tels que la solution phéniquée à 1 ou 2 pour 0/0, les solutions boriquées ou les solutions d'hydrate de chloral, si les pulvérisations sont dirigées sur la face ou sur des malades qui ne peuvent supporter l'odeur de l'acide phénique.

Bien que la quantité de liquide fournie par la pulvérisation ne soit pas très abondante, il est utile de prendre quelques précautions pour éviter les refroidissements. Le malade devra être placé sur le bord du lit autant que possible, et, d'une façon générale, on aura soin de ne découvrir que la région qui doit recevoir le liquide, en protégeant les parties voisines avec des linges de laine et le lit avec une toile cirée. On comprend que suivant telle ou telle région ces dispositions devront varier, et que le jet de liquide sera, suivant le cas, dirigé ou perpendiculairement ou obliquement sur les surfaces à humecter. Dans la grande majorité des cas, deux ou trois séances, de deux à trois heures chacune dans les vingt-quatre heures, sont nécessaires pour satisfaire aux indications. Dans l'intervalle des pulvérisations on recouvre la région malade du pansement antiseptique, que chacune d'elles réclame. Sous l'influence de ces douches prolongées, que l'on peut rendre continues, il y a un abaissement de la température locale, une diminution de la douleur et une désinfection des plaies. Sans être une panacée, la pulvérisation prolongée peut prévenir ou enrayer la septicémie, et, dans maintes circonstances, j'ai pu constater qu'elle était un puissant procédé de la méthode antiseptique.

J'ai depuis longtemps signalé tout le bénéfice qu'elle procure dans les cas de plaies, traitées par le pansement antiseptique ouvert. Il en est de même lorsqu'on se trouve en présence de ces inflammations suppurées de la mamelle, canalisées par de nombreux trajets fistuleux. De pareilles lésions se compliquaient fréquemment autrefois d'accidents septicémiques et d'érysipèle; avec les pulvérisations on les

combat fructueusement, et, en deux ou trois jours, je suis plus d'une fois arrivé à faire avorter des érysipèles.

Chez quelques malades, atteintes de volumineuse mammitte aiguë, avec collection purulente profonde et fistules ne communiquant que difficilement entre elles, l'usage prolongé de ces pulvérisations amène une diminution considérable de la tuméfaction et des phénomènes inflammatoires et facilite le traitement chirurgical qui, à un moment donné, s'impose ; mais il n'en résulte pas moins qu'employées à titre de manœuvre ante-opératoire et continuées après l'intervention, elles abrègent la durée de ces affections, toujours fort longue, et sauvent les malades des complications infectieuses.

Le même mode de traitement m'a encore été utile dans un certain nombre de cancers ulcérés du sein, arrivés à une telle période qu'ils étaient devenus inopérables. Grâce aux pulvérisations, que je faisais répéter trois fois par jour, on obtenait facilement une disparition de l'odeur infecte qu'ils donnent et un soulagement très marqué des douleurs qu'ils engendrent. Dans un cas, en particulier, les altérations et les phénomènes inflammatoires étaient tellement accentués et l'état d'infection si accusé que je refusai tout d'abord de faire l'extirpation du néoplasme. J'instituai les injections et les pulvérisations phéniquées qui, en moins de dix jours, firent tomber la poussée inflammatoire et relevèrent l'état général. La tumeur fut alors enlevée avec le thermo cautère ce que je ne conseillerai qu'exceptionnellement, et en arrière d'elle, en avant du grand pectoral, nous trouvâmes une vaste collection purulente. Des pulvérisations furent prescrites et en deux mois nous pouvions obtenir une cicatrisation, qui ne s'est pas démentie depuis deux ans.

Nous observons quelquefois à la suite des couches un gonflement volumineux de la mamelle, tel que le diagnostic est souvent embarrassant et que l'on ne sait, si l'on a affaire à une rétention douloureuse du lait ou à un phlegmon. J'en ai vu, il y a trois ans, un exemple chez une jeune femme, dont les deux seins étaient devenus énormes, durs, luisants et sensibles. Je fis pratiquer des pulvérisations sur chaque région, en quelques jours, l'amélioration fut très notable, le gonflement diminua de moitié et le sein recouvra en partie sa souplesse ; il ne devint nécessaire dans la suite que d'inciser deux ou trois petites collections fluctuantes.

Il est encore une autre circonstance, fort intéressante, dont j'ai été deux fois témoin, et dans laquelle les pulvérisations jouissent d'une réelle efficacité. Je veux parler de ces mammites généralisées, diffuses, à marche lentes, en présence desquelles on ne peut se prononcer entre une mammitte chronique et une tumeur maligne. Il y a près de vingt

ans, j'étais appelé auprès d'une malade, dont la mamelle consécutivement à une couche, avait pris un accroissement énorme et uniforme ; la peau de la région était dure, à peine mobile et offrait l'aspect du tissu cellulaire en état d'éléphantiasis. Quelques jours après ce premier examen, je constatais l'apparition d'un petit point rouge sur la partie latérale, puis l'existence d'un phlegmon sous-mammaire que j'incisai.

En mars dernier, un de nos confrères m'amenait une femme de 40 ans, bien constituée, nettement arthritique, chez laquelle, sans cause connue, une tuméfaction énorme s'était développée dans le sein gauche. Elle avait débuté trois mois auparavant et actuellement on percevait une tuméfaction dure, mamelonnée, adhérente à la paroi thoracique et à la peau légèrement épaissie : elle offrait l'aspect de certains carcinômes en masse de la mamelle ; toutefois on notait un peu d'œdème et de sensibilité au toucher ; il n'y avait aucun engorgement ganglionnaire. Je conseillai les purgatifs salins, l'arsenic et les pulvérisations, répétées trois fois par jour. Deux semaines après l'amélioration était déjà très sensible et ces jours derniers on m'annonçait que la résolution était complète.

—*Bulletin Médical.*

Diagnostic et traitement des tumeurs ganglionnaires du cou.

Notre distingué collaborateur, le Dr A. Plicque insiste sur les difficultés extrêmes que peut présenter le diagnostic précis des tumeurs ganglionnaires du cou. Tout d'abord il faut reconnaître le siège exact de la tumeur ; dans bien des cas la tumeur ganglionnaire est constituée non par un, mais par plusieurs ganglions ; cette forme spéciale, que le palper distingue facilement des bosselures que pourraient offrir d'autres néoplasmes du cou (lipomes, goître, cancer thyroïdien), suffit à établir le diagnostic. Les tumeurs ganglionnaires formées d'une masse conique sont un peu plus embarrassantes ; c'est seulement par exclusion et en passant en revue tous les organes de la région que l'on arrive à les distinguer des tumeurs du corps thyroïde, des abcès par congestion, des anévrysmes, des kystes du cou, des contractures musculaires partielles d'origine rhumatismale ou hystérique (Verneuil), des gourmes du sterno mastoïdien, etc.

Lorsque la tumeur est reconnue de nature ganglionnaire, il s'agit de savoir si elle est bien primitive et isolée ; elle pourrait être en effet due à la propagation secondaire d'une tumeur maligne d'un organe voisin : on observe, en effet, des adénopathies du cou secondaires aux cancers du larynx, de l'œsophage, de la langue, du pharynx et surtout aux

épithéliomas de l'amygdale. La tumeur ganglionnaire pourrait aussi n'être qu'une lésion accessoire coïncidant soit avec une hypertrophie d'autres ganglions éloignés (adénie de Trousseau), soit avec un état particulier du sang, la leucocythémie. On ne devra donc jamais négliger la palpation des divers ganglions ; il faut explorer la rate par la palpation et la percussion ; l'examen du sang est nécessaire pour ne point méconnaître la leucocythémie.

Le diagnostic vraiment important est celui de la nature de la tumeur ganglionnaire : il n'est guère facilité par les caractères mêmes de la tumeur. Ce n'est ni dans la forme, ni dans l'aspect, ni dans la consistance, ni dans les troubles fonctionnels qu'on trouve des renseignements utiles. L'évolution de la tumeur a plus d'importance : les tumeurs nettement inflammatoires arrivent vite à leur volume pour rester ensuite stationnaires ou diminuer rapidement, des qu'on les traite. Les tumeurs tuberculeuses montrent une tendance précoce à la suppuration. Les cancers des ganglions s'accroissent sans suppurer, ne s'ulcèrent que très tardivement et leur ulcération se fait mécaniquement quand le volume est devenu énorme.

Les circonstances étiologiques qui ont accompagné le début de l'engorgement ganglionnaire, doivent être relevées avec soin : au début des adénopathies inflammatoires, on retrouve presque toujours la lésion qui a servi de porte d'entrée à l'irritation lymphatique. Ces lésions sont très variables (croûtes du cuir chevelu, ulcération du nez, stomatites, angines, inflammations d'origine dentaire et en particulier éruption de la dent de sagesse ; maladies infectieuses comme scarlatine, oreillons, diphtérie). Parmi les autres notions étiologiques, les antécédents héréditaires et personnels du sujet constituent un élément précieux de diagnostic : une adénopathie développée chez un sujet qui offre des lésions tuberculeuses est à peu près sûrement tuberculeuse. Un tempérament arthritique doit toujours faire redouter une tumeur maligne ; l'hérédité cancéreuse offre aussi une probabilité qu'il ne faut pas négliger. Enfin, il ne faut pas oublier que les adénopathies douteuses finissent trop souvent par évoluer vers la tuberculose, sinon vers le cancer.

Lorsque le diagnostic est à peu près complètement établi, quel traitement faut-il instituer dans chacune des variétés d'adénopathie ?

1^o Dans les adénopathies inflammatoires, la première indication est de supprimer, quand elle existe encore, la cause d'irritation.

Contre l'engorgement ganglionnaire chronique, on a recours aux divers modificateurs hygiéniques et médicamenteux ; air pur, iode, huile de foie de morue, etc. Localement, il faut d'abord mettre la tumeur ganglionnaire à l'abri des irritations extérieures, la protéger contre les

frottements des vêtements et contre le froid extérieur par une épaisse couche d'ouate. On emploie avec avantage les diverses pommades résolutives à l'iodure de potassium, à la belladonne, au mercure, etc. Comme agents de révulsion externe, les badigeonnages iodés semblent préférables aux vésicatoires et aux pointes de feu. Quant aux injections interstitielles dans l'intérieur même du ganglion hypertrophié, on a tour à tour employé la teinture d'iode, l'acide acétique, l'acide phénique, la liqueur de Fowler, le naphthol camphré, etc. ; il faut donner la préférence à la teinture d'iode et à la liqueur de Fowler. Plique se demande si l'électrolyse pratiquée avec un courant continu très faible (8 à 10 milliampères) passant par des aiguilles fines implantées dans la tumeur n'amènerait pas facilement la résolution.

2° Les adénopathies syphilitiques tertiaires offrent un grand nombre des indications thérapeutiques des adénopathies inflammatoires ; de plus, elles répondent aux indications ordinaires du traitement spécifique : frictions mercurielles, sirop de Gibert et surtout iodure de potassium. L'influence du traitement est ordinairement rapide.

3° Les adénopathies tuberculeuses relèvent encore du traitement médical qui peut suffire seul dans nombre de cas : il constitue toujours un auxiliaire indispensable de l'intervention chirurgicale. Les moyens hygiéniques (vie au grand air, séjour au bord de la mer) y tiennent le premier rang. Comme médicaments, l'huile de foie de morue à fortes doses, l'iode sous forme de vin iodé, d'iodure de fer, le phosphate de chaux sont surtout usités. Les pilules d'iodoforme à la dose de 2/5 à 2 grains par jour, suivant la tolérance, donnent souvent de bons résultats. L'arsenic ne peut être donné qu'à faibles doses et semble peu efficace.

Dans les adénites tuberculeuses suppurées, les indications chirurgicales sont très nettes : la ponction, suivie d'injection avec la glycérine iodoformée, peut donner de bons résultats dans les tumeurs très fluctuantes. L'incision, suivie du curage, convient mieux dans les infiltrations purulentes mal collectées. Le grattage, poussé jusqu'aux parties dures et résistantes, constitue un procédé d'exérèse très puissant et très régulier (Trélat).

Dans les adénites indurées, la conduite à tenir est discutée : théoriquement il y a intérêt à supprimer le foyer infectieux ; pratiquement, l'ablation est loin de mettre toujours à l'abri des généralisations viscérales et des récidives locales.

4° Pour les tumeurs malignes, les indications thérapeutiques sont encore plus difficiles à préciser que dans la tuberculose des ganglions : dans la récente discussion de la Société de chirurgie, deux opinions différentes ont été soutenues : l'une concluant au traitement médical

(arsenic en injections interstitielles et à l'intérieur, phosphore, phosphure de zinc), l'autre préconisant l'ablation chirurgicale.

Si les indications thérapeutiques sont discutables dans les cas où le diagnostic semble à peu près certain, elles le sont encore bien plus dans les cas où l'on n'est pas fixé sur la nature de la tumeur.

La conduite la plus sage paraît être a priori d'essayer le traitement le plus simple, celui de l'adénopathie inflammatoire ; mais cette conduite a de grands inconvénients. Peut-être vaut-il mieux suivre la règle radicale formulée par Terrier, celle d'enlever, dès le début, toute tumeur ganglionnaire suspecte. Dès qu'une adénopathie se prolonge et surtout s'accroît, dès qu'elle ne cède pas aux moyens les plus simples, il faut opérer sans perdre de temps.

(*Le Concours Médical.*)

Traitement non opératoire de la fistule anale

Par le Professeur Guyon

(*Gazette médicale de Liège*, n° 15, p. 179, 1890)

1° Rendre les garde robes molles et régulières et employer des soins d'extrême propreté. Après chaque défécation, et le soir, au moment de coucher, appliquer le suppositoire suivant :

R. Iodoforme.....2½ drachmes.
Extrait de belladone.....30 grains.
Beurre de cacao.....q. s.

2° Comme tonique reconstituant administrer principalement le bromure associé au fer :

R. Bromure de potassium.....2½ drachmes.
Citrate de fer ammoniacal.....10 grains.
Sirop d'écorces d'oranges amères..... 3 onces.

Dose: une cuillerée à soupe matin et soir.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

Pneumonie et grossesse.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 juin 1889.

Par M. le docteur FRAIGNIAUD.

La pneumonie survenant pendant l'état de grossesse n'est pas un fait rare, son histoire cependant n'est pas encore complète. Il y a des points qui paraissent définitivement fixés, il en est d'autres qui sont incertains et qui ont besoin d'être élucidés. Nous savons bien en effet que la pneumonie a sur la grossesse une influence marquée, qu'elle la com-

plique souvent gravement et dans la moitié des cas l'interrompt. Nous savons aussi que plus la grossesse approche de son terme, plus l'expulsion du fœtus est probable et plus le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant. Mais ce qui reste encore à connaître, c'est l'influence, bonne où mauvaise, que l'avortement ou l'accouchement prématuré exerce sur la marche de la maladie ; si l'état de la femme est appelé à en souffrir ou à en bénéficier ; en un mot, si l'événement est à redouter ou si, au contraire, il faut le désirer et y concourir. Le question est de celles qui méritent d'être résolues. Tandis que des auteurs pensent que l'expulsion du fœtus favorise la résolution de la lésion pulmonaire, qu'il faut la traiter comme si la femme n'était pas grosse, que même les moyens violents ne sont pas à redouter, parce que l'expulsion provoquée ne saurait avoir que de bons résultats, d'autres sont d'un avis contraire et disent que, le plus souvent, la femme succombant après l'avortement ou l'accouchement prématuré, il ne faut pas intervenir dans une pneumonie d'une manière assez active pour amener ce résultat. Dans 18 cas rapportés par Matton, où la grossesse a été interrompue par une pneumonie, neuf femmes seraient mortes. Tandis que dans 20 cas, où, malgré la pneumonie, la grossesse a continué, une seule femme aurait succombé. A ces opinions si différentes, seuls les faits peuvent répondre.

Madame X..., demeurant rue Greuse, à Passy, est une jeune femme de 21 ans, pâle et très délicate. Enceinte pour la première fois, elle approchait péniblement du terme d'une grossesse qui avait été plusieurs fois traversée par des accidents, lorsque, quelques jours avant le 31 mai, époque où, suivant elle, commençait son neuvième mois, elle devint malade. Supportant avec peine les premières chaleurs de la saison, elle avait eu l'imprudence, une nuit, de quitter son lit pour venir à sa fenêtre respirer un air frais. Dès le lendemain elle toussait. Trois jours après elle avait des crachats sanglants, des râles muqueux et sous-crépitants du côté droit de la poitrine, avec matité à la partie moyenne en arrière, de la fièvre et la perte complète de l'appétit. Cet état était déjà grave par lui-même, mais empruntait une importance particulière à la situation de la malade, grosse de huit mois et fatiguée par cette grossesse. Quelle conduite dois je tenir ? Celle sans doute que j'aurais tenu chez une autre malade affaiblie et prise de pneumonie ou d'une autre affection. Le kermès, les préparations de quinquina, des grogs à eau-de-vie, furent les moyens que j'employai. Avec eux des applications de teinture d'iode et de la ouate sur la poitrine ; et j'attendis. Pendant quelques jours, l'état du poumon fut stationnaire ; crachats rouillés, pouls 110 à 120, température 38°, grande oppression. Mais l'état général devenait chaque jour plus précaire, la malade s'alimen-

tant très imparfaitement, ou vomissant les boissons qu'elle prenait. Je perdais patience et j'allais mettre un vésicatoire que j'avais retardé jusqu'alors, dans la crainte qu'il ne devint une cause de souffrance pendant l'accouchement que je prévoyais devoir se faire à bref délai, lorsque, dans la soirée du 30 mai le travail d'expulsion commença. La poche des eaux se rompit de bonne heure ; le travail suivit ensuite une marche très normale. La dilatation du col se fit rapidement, la résistance des parties molles fut minime, comme il arrive chez les femmes débilitées. L'accouchement était terminé à sept heures du matin. L'enfant de petite dimension, pesait $2\frac{1}{2}$ livres. Il était vivant, mais amaigri et paraissant avoir souffert. Il fut entouré des soins que comporte l'état de faiblesse congénitale, alimenté toutes les deux heures, à la cuiller, du lait d'une bonne nourrice. Aujourd'hui cinquième semaine de sa naissance, il pèse $4\frac{1}{2}$ livres, prend très bien le sein et ne laisse rien à désirer.

Quant à la jeune mère, dès le premier jour de son accouchement, un mieux sensible se manifesta, elle commença à s'alimenter. L'oppression diminua, la toux fut moindre, les crachats demeurèrent fonces. La fièvre du lait vint au deuxième jour, avec tension des seins et ne fut nullement une complication nouvelle. Dès qu'elle fut terminée et comme il y avait toujours de la matité en arrière du poumon droit, j'appliquai un vésicatoire. Ce fut le signal de l'amélioration définitive. Les jours suivants, toux et crachats disparurent, le pouls tomba rapidement, la malade s'alimenta avec plaisir et fit de rapides progrès vers une guérison aujourd'hui acquise.

Ainsi dans ce cas, une pneumonie survenue à la fin du huitième mois d'une grossesse détermina l'accouchement prématuré ; il en est ainsi dans les 2_3 des cas. Il ne fut en aucune façon provoqué par la médication que je mis en œuvre, mais il arriva fort heureusement au moment où j'allais être obligé d'agir plus activement ; plus tard, j'ai tout lieu de croire que les choses auraient été moins favorables pour la mère, arrivée au moment où il fallait qu'une solution intervint, et l'accouchement prématuré eut manifestement cette heureuse influence, pour l'enfant aussi, qui put résister pendant six jours aux mauvaises conditions maternelles, mais qui allait succomber, à en juger par l'état misérable qu'il présentait au moment de sa naissance.

En conclusion, je crois donc pouvoir dire que lorsqu'une pneumonie survient à la fin d'une grossesse, l'accouchement prématuré est un événement heureux. Et j'ajouterai qu'à moins de circonstances tout à fait particulières, une intervention active est recommandable, car, en prenant sa part dans l'expulsion provoquée, elle concourrait, je crois, à la meilleure des solutions.

—*L'Union Médicale.*

Accidents et complications qui peuvent survenir après l'ovariotomie, par le docteur J. BRASSEUR (*Gazette médicale de Liège* n° 16, 1890.)

Indépendamment de la péritonite, de la septicémie et même du tétanos, d'autres accidents plus ou moins sérieux peuvent survenir après l'ovariotomie.

On peut suivant l'époque de leur apparition, les diviser en trois catégories.

A. *Accidents primitifs.*—1° Les *hémorragies* surviennent pendant les 24 ou 48 premières heures, soit au niveau des pédicules, soit dans l'épaisseur des parois abdominales.

2° La *paralyse intestinale* s'accompagne d'une véritable atonie intestinale avec ballonnement exagéré de l'abdomen, hoquets, vomissement élévation subite de t°, agitation excessive due à un arrêt presque complet des matières fécales et des gaz. Il suffit, pour y remédier, de donner un purgatif léger.

3° La *cystite* peut se produire dans les premiers jours après l'opération.

B. *Accidents postérieurs aux 8^e et 9^e jour.*—1° L'ouverture de la plaie abdominale avec issue des intestins.

2° Des abcès se produisent souvent sur le trajet des fils à suture.

3° La parotidite survient à la suite des abcès.

4° La péritonite chronique se montre chez les femmes qui ont dû subir des décortications très étendues.

C. *Accidents éloignés.*—1° L'*éventration* apparaît le plus fréquemment chez les femmes astreintes à des travaux fatigants.

2° L'occlusion intestinale peut naître à la suite de l'étranglement produit par les brides fibreuses.

3° Des troubles cérébraux.

4° Des récidives se produisent.

5° Des troubles variables, tels que vertiges, congestion de la face et du poumon, rougeurs de la figure.

Traitement local de la métrite par l'application de la glycérine anhydre sur les surfaces malades.

Les applications de sangsues, les scarifications, les irrigations émollientes constituent les agents habituels du traitement de cette affection.

Le jeu des émissions sanguines est de produire un dégorgement que favorisent, en outre, les topiques émollients. Depuis quelques années cette médication a été améliorée encore par le concours que lui apporte l'emploi de la glycérine anhydre.

Les merveilleux résultats que l'on obtient de cette combinaison résultent surtout de la mise en pratique de la loi de l'exosmose.

La manœuvre opératoire consiste à placer et à maintenir, pendant quelques heures, sur le col utérin, un tampon de ouate imprégnée de glycérine anhydre et muni d'un fil qui permet de retirer ce tampon quand on juge qu'il a fait son office. Le flux de sérosité attirée par la glycérine est quelquefois d'une étonnante abondance, surtout si l'irritation de l'organe présente encore un certain degré d'intensité et j'ai vu, en de nombreuses occasions, la métrite cervicale, par exemple, se résoudre en quelques jours.

Je n'ai point à citer un exemple où ce traitement soit demeuré absolument sans effet.

L'une des conditions du succès, cela va sans dire, c'est que la glycérine soit mise et maintenue en contact immédiat avec l'organe enflammé. Or, il arrive quelquefois que l'enfournement du tampon est une manœuvre assez difficile quand elle est exécutée par la malade elle-même ; le topique n'est pas toujours poussé jusqu'à la hauteur voulue, et le pansement alors manque son effet.

Plusieurs industriels se sont appliqués à corriger ce grave inconvénient en enfermant la glycérine dans des ovules ou dans des étuis à parois de gélatine solidifiée.

Je regrette de ne pouvoir donner entièrement mon suffrage à ces innovations.

J'ai eu très souvent l'occasion d'observer l'emploi de ces petits engins, à Luxeuil, pendant les saisons thermales ; voici ce que j'ai pu constater à cette occasion.

A l'aide d'une canule ou de tout autre objet de forme analogue, l'ovule peut être poussé jusqu'au fond du vagin ; parvenu là, il se ramollit et ses parois crèvent presque aussitôt, si bien que la glycérine s'évade sans avoir produit le moindre effet exosmotique.

L'étui diffère de l'ovule, par sa forme et en ce qu'il est composé de deux pièces articulées : il contient une petite éponge imbibée de glycérine. Il est d'une longueur de 2 à 3 pouces, ce qui permet au doigt de l'opérateur de le refouler fort haut dans le vagin. Sous ce point de vue, l'étui est bien préférable à l'ovule, mais cela ne veut pas dire qu'il est sans défaut. En effet, étant donnée la nature déliquescente de l'enveloppe, celle-ci se rompt peu d'instants après que l'étui a été mis en place, la glycérine alors se mêle à la gélatine des parois de l'instrument, d'où résulte un magma à peu près sans pouvoir exosmotique.

Si, avant son introduction, on décoiffe l'instrument afin de mettre en rapport direct le tampon glyciné avec le col utérin, il arrive assez

souvent que la muqueuse vaginale est incisée ou déchirée par les bords très minces et très tranchants de la moitié inférieure de l'étui, dès qu'ils s'engagent dans le vagin qui n'a point été préalablement élargi par une manœuvre quelconque et dans toute son étendue.

Lorsque le doigt de la malade ou celui d'un aide manque de la longueur suffisante pour pousser et coller, en quelque sorte, le tampon contre le col utérin, je conseille toujours, pour exécuter ce mouvement, d'employer un petit instrument pa eil au manche d'un bilboquet. La partie supérieure de cette tige, en bois ou en métal, légèrement évidée, embrasse le tampon et assure sa mise en place, ce qui est le but essentiel à atteindre, quelle que soit la manœuvre à employer pour y réussir.

DR CHAMPOUILLON.

(Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des Femmes.)

PÆDIATRIE.

Du traitement du choléra infantile

M. Éloy examine, dans la *Gazette hebdomadaire*, les différentes méthodes de traitement :

1^o *Faut-il mettre l'enfant à la diète?* Oui, d'après les uns (Critzmann); non, d'après les autres (J. Simon). Ceux qui proscrivent le lait permettent l'ingestion de quelques cuillerées d'eau albumineuse ou de thé au rhum, ces boissons étant glacées, pour apaiser la soif.

Ceux qui autorisent le régime lacté rationnent ce liquide à raison d'une ou deux verrées par jour et en le coupant d'eau de Vals ou de La Réveille. La cessation des vomissements ou de la diarrhée permet d'augmenter cette dose.

2^o *Comment combattre la diarrhée?* L'opium, malgré le jeune âge de l'enfant, peut être employé (Cadet de Gassicourt, J. Simon et Widerhofer). Voici une formule qui peut être utile :

Extrait de ratanhia.....	10 à 15 grains.
— de kola.....	2 à 4 grains.
Elixir parégorique.....	viii à 10 gouttes.
Sirop simple	2 onces _i .

Une cuillerée à café toutes les heures.

M. Critzmann emploie de préférence la potion suivante :

Salicylate de bismuth.....	15 à 30 grains.
Laudanum de Sydenham.....	1 à 5 gouttes.
Infusion de thé.....	2 onces.
Sirop de framboises.....	5 drachmes.
Rhum.....	4 à 5 drachmes.

3° *Quels sont les agents antiseptiques que l'on peut prescrire?* Le calomel d'abord, l'acide lactique ensuite.

Widerhofer administre le calomel de la façon suivante :

Calomel.....	1 à 2 grains.
Sucre pulvérisé.....	5 drachmes.

F. s. a. pour dix paquets. Un paquet toutes les deux heures.

Cesser l'administration du calomel, s'il y a collapsus.

On n'a pas oublié qu'on a préconisé l'usage de l'acide lactique dans ces dernières années. La formule suivante est en usage dans le service de M. Grancher :

Acide lactique.....	30 grains.
Eau distillée.....	} 1½ once.
Sirop de framboises..	

à administrer par cuillerée à café tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

M. Critzmann recommande aussi les lavements d'eau bouillie et boinquée de 5 à 6 onces, suivant l'âge de l'enfant.

4° *Comment faut-il intervenir contre le collapsus et l'algidité?* Par les bains sinapisés, chauffés à 38 degrés et de cinq à six minutes de durée; par des piqûres d'éther, l'administration de la caféine à l'intérieur, ou, si ces moyens échouent, par l'injection sous cutanée de 2 grains de ce médicament.

—*Le Courrier Médical.*

Traitement de la coqueluche par la résorcine.

Le docteur Justus Andeer vient de publier quelques nouveaux cas de traitement et de guérison de la coqueluche par la résorcine. Un des petits malades était son propre enfant, petite fille de sept ans, qui dans le cours d'une épidémie de rougeole et de coqueluche, fut atteinte de la forme catarrhale de cette dernière affection. Il prescrivit 1 once environ d'une solution de résorcine à deux pour cent, quatre fois par jour; la moitié comme gargarisme, l'autre moitié comme

potion. Dès le second jour du traitement, les quintes de toux diminuèrent sensiblement, et au bout de huit à dix jours elles disparurent complètement. Cinq autres enfants à qui le docteur Andeer ordonna la résorcine, obtinrent les mêmes bénéfices du traitement. A un bébé de six mois, on donnera une solution faible à un demi pour cent, à prendre en plusieurs fois dans son biberon ; le résultat fut on ne peut plus favorable.

Dr L. P. (trad).

(*The Medical Analectic.*)

De l'administration des iodiques aux enfants scrofuleux.

L'iode et l'iodoforme, en nature, donnent des résultats supérieurs à ceux des iodures alcalins.

1° *Teinture d'iode* — Aux petits enfants, une goutte par jour, diluée dans une petite quantité de bouillie de farine au lait.

2° Ernest Besnier prescrit volontiers l'*iodoforme* qui peut être continué longtemps.

Iodoforme..... 2 graines

Miel..... 4 onces

Soit 1-10 grain d'iodoforme par cuillerée à café. (*Rev. Gén. de Clin. et de thér.*)

Naphtaline dans les affections intestinales des enfants.

D'après Widowiz, ce médicament ne produit rien dans les dyspepsies accompagnées de vomissements de lait caillé et de selles fréquentes, tandis qu'il exerce une influence favorable dans les autres variétés de catarrhe intestinal, c'est à-dire qu'il prévient la putréfaction et la transformation de l'entérite aiguë en entérite chronique. Chez les enfants, l'auteur préfère administrer la naphtaline en potion d'après la formule suivante.

Naphtaline 6 à 15 grs.

Mucilage de gomme arabique..... } à à 1 once.

Eau de camomille. } à à 1 once.

Essence de menthe poivrée..... 1 goutte.

Toutes les deux heures, une cuillerée à café ; on ajoute 20 gouttes d'alcool rectifié chez les enfants qui sont dans le collapsus.

(*Paris medical et Jahr., für Kinderheil*, B. 26, Hft. 3, n. 4, 1887.)

Ophthalmie purulente.

Dans son service de la Charité, le Dr Budin préconise contre cette affection l'usage du naphthol.

En résumé : Avec le naphтол, le gonflement des paupières cède rapidement, les cautérisations peuvent être plus rares et si le naphтол ne saurait remplacer la nitrate d'argent, il rend de grands services comme adjuvant dans le traitement de l'ophtalmie purulente. Il est bien préférable à l'eau boriquée ; M. Budin cite, dans ses cliniques, une observation dans laquelle l'eau boriquée, n'ayant amené aucune amélioration, avec le naphтол, la conjonctivite qui s'éternisait disparut rapidement.

Depuis les recherches du Dr Budin, le naphтол A, qui est deux fois plus antiseptique que le naphтол B, a été préconisé ; c'est ainsi que le Dr Valude et, dans une thèse récente, le Dr Dupont citent des observations où le naphтол A a donné d'excellents résultats.

La solution non alcoolisée, et par conséquent plus difficile à obtenir qu'ils emploient, est ainsi composée :

Naphтол A.....	4 grains.
Eau.....	1 pinte.

(Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des Femmes.)

Hygiène et traitement de la première dentition. MONTI.

La seule mesure de précaution qu'il soit nécessaire de prendre, consiste à tenir la muqueuse buccale dans un état de propreté parfaite. Il importe donc, pendant la dentition, de laver plusieurs fois par jour la bouche, soit avec de l'eau pure, soit avec des solutions antiseptiques. Parmi ces dernières, les plus efficaces sont les suivantes :

Acide borique.....	45 grains
Eau distillée.....	6 onces
Teinture de myrrhe.....	1 drachme

Ou encore :

Salicylate de soude.....	45 grains
Eau dist.....	6 onces
Teinture de myrrhe.....	1 drachme

Lorsque les dents de lait sont sorties, il est bon de les nettoyer avec une brosse très douce, et de faire usage en même temps, soit de l'une des solutions indiquées précédemment, soit d'une poudre dentifrice appropriée.

La poudre suivante indiquée par Zsigmomdy donne de très bons résultats :

Carbonate de magnésie.....	} à à 2½ drachmes.
Savon médicinal.....	
Os de seiche pulvérisé.....	2½ —
Essence de menthe.....	IV gouttes.

Chez les enfants tout jeunes on peut se servir encore du mélange suivant :

Carbonate de magnésie.....	1	drachme.
Craie blanche.....	3	—
Salicylate de soude.....	3	—
Essence de menthe.....	IV	gouttes.

Lorsque l'une ou l'autre dent de lait vient à se carier, il est nécessaire de la conserver le plus longtemps possible et d'arrêter le développement de la carie par une obturation parfaite de la dent.

(*Revue des Maladies de l'enfance.*)

Sur l'étiologie de la paralysie infantile

Hospice de la Salpêtrière.—M. le DR JOFFROY.

Leçon recueillie par M. LÉPIENNE, interne du service

Messieurs,

Vous venez de voir une malade qui, à l'âge d'un an, eut des convulsions à la suite desquelles le membre inférieur droit fut paralysé. Cette paralysie s'accompagna d'atrophie musculaire, d'atrophie générale du membre atteint : il y eut depuis lors dans cette région du corps un degré notable d'arrêt de développement. Et aujourd'hui, sur un corps d'adulte, vous voyez une jambe courte, impuissante, déformée, siège d'un refroidissement marqué, portant à la surface une coloration violacée. et des ulcérations croûteuses causées par le simple contact habituel d'une tige de bottines : autant de signes effectifs des perturbations profondes que la moëlle a subies dans son pouvoir trophique.

C'est là un exemple vulgaire des déformations permanentes causées par la paralysie infantile ; il m'eût suffi de vous la montrer simplement, si je n'avais trouvé dans l'histoire de ses ascendants l'occasion de vous donner quelques explications sur l'étiologie de la paralysie infantile.

Au temps où les premiers observateurs et même Duchenne (de Boulogne) décrivirent la paralysie infantile, on ne savait de ses causes que ce que l'observation clinique du seul malade avait permis d'en voir. On savait que cette affection survenait souvent après un refroidissement, qu'elle apparaissait fréquemment lors des troubles de la dentition, et qu'elle était toujours précédée de fièvre. On ne songeait pas à fouiller dans les antécédents de famille.

Morel et Lucas, dans leurs études sur les causes de l'aliénation mentale s'étaient déjà efforcés de remonter aux sources, et de demander à la famille, aux ascendants, les raisons de la déchéance nerveuse qui frappait les enfants. M. Charcot eut le mérite de mettre cet ordre de recherches au service de ses études favorites ; et il créa ainsi la famille névropathique.

Le travail de M. Féré et la thèse d'agrégation de M. Dejerine sur "l'hérédité dans les maladies du système nerveux" démontrent surabondamment toute l'importance de cet ordre de recherches.

Or, l'histoire familiale de notre malade est intéressante à ce point de vue ; la voici, en résumé succinct.

Parmi les ascendants, ce sont :

1^o L'aïeul maternel mort avec une affection paralytique, dont nous n'avons pu déterminer la nature.

2^o Le père, qui dans son enfance eut des convulsions. Gardien de la paix, ses habitudes d'alcoolisme le firent révoquer. Devenu cocher, son intempérance ne lui permit d'avoir aucune place stable ; il n'avait aucun souci de sa famille, qui, du reste, le redoutait à cause de ses violences.

3^o La mère qui, arrivée à la ménopause, eut des idées noires, des accès de tristesse profonde et fut séquestrée sous la rubrique de mélancolique.

Parmi les collatéraux, c'est une cousine germaine maternelle qui devint vésanique après la ménopause, ce sont des oncles tout au moins bizarres d'allures et de caractère ; c'est enfin une sœur actuellement enfermée à la section Rambuteau et pour laquelle M. Auguste Voisin fit le diagnostic de folie hystérique avec hallucinations de l'ouïe.

Telle est l'évidente surcharge héréditaire de notre malade. Bien que les antécédents nerveux des paralytiques infantiles se réduisent parfois à néant, le nombre est grand des cas où se trouvent réalisées des conditions analogues à celles que je viens de mentionner.

Des observations instructives à ce point de vue ont été groupées dans la thèse de M. Mathieu Sicard. J'en ai recueilli une récente que je compte parmi les plus démonstratives. Je l'ai tirée de ma pratique privée au sujet d'un enfant de quatre ans qui fut atteint de paralysie infantile à la suite de fièvres palustres prises au Brésil.

Remarquons tout d'abord que les deux aïeuls maternels de cet enfant étaient issus de même souche, cousins germains. Il y a là une consanguinité peut être prédisposante.

L'aïeul maternel ne présente aucune tare connue. La grand'mère maternelle au contraire est une grande hystérique, aisément hypnotisable, ayant des crises d'insomnie durant 15, 18 et 20 jours, ayant eu à deux reprises dans ses neuf grossesses de la mélancolie puerpérale, et ayant également des accès de tristesse en dehors de la puerpéralité. Elle eut un frère qui fut paralytique général à trente-quatre ans et une sœur hystérique, d'excentricités constantes.

De leur union sont nés huit enfants dont deux filles hystériques et la mère du petit malade. Celle-ci eut dans le dernier mois d'une grossesse récente une période d'idées mélancoliques qui s'accrut encore.

au moment de l'accouchement et s'accompagna de perversion affective. Elle ne voulait pas voir son enfant nouveau-né. Plus tard elle se désolait parce qu'on ne lui avait pas permis de l'allaiter elle-même.

Du côté paternel, les grands parents ne présentent rien d'anormal. Ils eurent neuf enfants dont une fille, grande hystérique, sujette à hypnose facile, adonnée aux pratiques du magnétisme ;—une autre fille qui eut des convulsions dans le jeune âge, aujourd'hui anémique, chétive et d'aspect mélancolique ;—et le père de notre malade qui entre 7 et 9 ans présenta du somnambulisme spontané.

De ce père somnambule et de cette mère hystérique naquirent : un fils d'apparence robuste, mais épileptique,—et ce jeune enfant qui pendant une période de dix-huit jours de fièvres intermittentes fut frappé de paralysie infantile. Il y eut en outre une fausse-couche de trois ou quatre mois.

Dans cette dernière observation comme dans la précédente, vous voyez la tare nerveuse héréditaire se perpétuer du haut en bas de ces généalogies et aboutir à des paralysies infantiles. De tels faits se retrouvent fréquemment.

Cette tare nerveuse revêt dans ses manifestations les formes les plus diverses : elle se révèle chez les uns par l'hystérie, chez les autres par du délire alcoolique, ailleurs par des psychoses. Et remarquons à ce propos, la fréquence et la nature des troubles psychiques qui, dans ces familles, accompagnent les évolutions génitales. Ici c'est la puerpéralité, là c'est la ménopause qui développent les accès de folie : folie à tendance très marquée pour le type mélancolique.

Abordons maintenant un autre point relatif à la nature microbienne de la paralysie infantile.

Dès qu'on eût admis le rôle pathogène de certains microorganismes, on chercha à identifier la paralysie infantile aux autres maladies infectieuses engendrées par les microbes, et on voulut en faire une affection déterminée, aussi déterminée que la tuberculose l'est par le bacille de Koch. La paralysie infantile est due à l'action d'un élément pathogène encore inconnu : tel est le principe qu'on se crut permis de poser d'après l'observation des phénomènes cliniques de cette maladie. Ne se conduit-elle pas comme une maladie microbienne avec sa fièvre qui arrive soudaine, plus ou moins intense, sans cause aisément appréciable ou satisfaisante? Mais cette cause au prime abord inappréciable, l'observance d'abord plus exacte des faits nous la fait apprécier. Quand survient en effet la paralysie infantile? c'est souvent après une rougeole, vers le déclin de la maladie, c'est encore après une scarlatine, après un rhumatisme, ou quelquefois une broncho-pneumonie,

c'est, dans le cas que je citais plus haut pendant le cours d'une fièvre paludéenne.

Il n'est nul besoin d'admettre que le microbe de la paralysie infantile (en supposant que la paralysie infantile soit de nature microbienne) doive être un, toujours le même. Nous savons des pneumonies que les données stéthoscopiques ne nous permettent pas de différencier tant elles se ressemblent, et qui sont cependant produites par des agents très divers : c'est tantôt le microbe lancéolé de Talamon, tantôt l'érysipelo-coque de Fehleisen, c'est le bacille typhoïdique d'Eberth et d'autres encore. Il peut en être de même pour la paralysie infantile. Quel que soit l'élément pathogène, il frappe, mais au point que lui a déjà marqué l'hérédité. Le système nerveux par exemple cède en vertu d'une prédisposition originelle. C'est là tout l'intérêt qu'a la recherche de la tare familiale.

Tel est l'enseignement que nous pouvons tirer des deux observations précédentes. Elles nous montrent un système nerveux, dont la débilité a persisté dans toute une suite de générations, et qui une infection quelconque, grippale, rubéolique, paludéenne ou tout autre cause occasionnelle survenant, a été frappé de préférence à tout autre organe, en tant que *locus minoris resistentiæ*.

—*Bull. Médical.*

MEDECINE LEGALE.

Contribution à l'étude des expertises médico-légales en matière de responsabilité

Episode tiré de la pratique, par SCHÜBLER. (Centralbl. f. Nervenheilk., 1887.)

Un individu à la suite de la perte successive de sa femme et de son enfant (fièvre typhoïde) est atteint de mélancolie. Il s'enivre, et, bientôt après, en proie à des hallucinations, fait, pour rejoindre les siens, plusieurs tentatives de suicide. Il se loge une balle dans le poumon. Soigné chez son beau-père, il fait appeler un officier ministériel qui préside au contrat de la restitution de sa dot. Malgré les représentations du médecin, le magistrat passe outre. Mais le malade, l'aliène, guérit à tout point de vue. De là procès. On entend l'officier ministériel et le médecin.

Le tribunal, considérant que l'officier ministériel qui a instrumenté, n'était au point de vue de l'appréciation mentale d'un homme pas plus

qu'un profane quelconque, en possession de l'instruction voulue,—que ce magistrat n'est pas un spécialiste—et qu'il prétend attester d'une opinion sur une matière qu'il ne comprend pas foncièrement.....s'en remettant au rapport du médecin spécialiste..... annule le contrat en question.—*Archives de Neurologie.*

P. KERAVAL.

Un cas d'impulsion inconsciente à l'homicide et au suicide.

Par E. FOWELL.

(*The Journal of Mental Science* janvier 1887)

Voici le résumé de l'observation :

J. W..., âge de quarant-deux ans a assassiné son enfant, âgé de trois ans. Le père de l'accusé s'est suicidé ; son grand-père passait pour excentrique, son grand-oncle s'est probablement suicidé ; lui-même a présenté à dix-sept ans des symptômes qui paraissent se rattacher à un accès de manie. A vingt et un ans, étant marin, il a été atteint dans les mers de Chine d'une insolation qui l'a forcé à garder le lit durant cinq à six semaines. A vingt-trois ans, il s'est marié et s'est placé comme domestique dans une maison où il était encore à l'époque du crime ; ses maîtres donnent sur lui les meilleurs renseignements, notamment au point de vue de la probité et de la sobriété ; cette sobriété lui était imposée par les effets très accusés que produisaient sur lui les boissons alcooliques. Partout il était considéré comme un homme tranquille et sensé, comme un père affectueux. Sa vie conjugale n'était pas heureuse ; sa femme s'enivrait et avait une conduite déplorable ; deux jours avant le crime, elle était rentrée d'une absence de quinze jours ; elle s'était toutefois mieux comportée pendant ces deux jours ; mais quelques heures avant le crime, elle avait de nouveau déserté le domicile conjugal, laissant comme d'habitude ses trois enfants aux soins de son mari. Ce dernier départ de sa femme paraît avoir particulièrement ému le mari, qui sortit, erra dans les rues écartées, ne voulant, disait-il, rencontrer personne qu'il connaît, tant la conduite de sa femme lui causait de honte : enfin, il rentra après avoir bu trois verres de bière, vers neuf heures du soir ; depuis ce moment jusqu'à celui où, deux heures plus tard, à onze heures, il fut arrêté, il déclare n'avoir aucun souvenir de ce qui s'est passé ; dans cet intervalle pourtant, il est entré dans la chambre de ses enfants, il a emmené le plus jeune dans sa propre chambre et lui a coupé la gorge.—Au moment de son arrestation, on le trouve étendu sur son lit, à côté de son enfant mort, et portant lui-même à la gorge une légère blessure qui saigne. On lui demande

ce qu'il a fait, et il répond : " Ne le voyez-vous pas ? " et saisissant un rasoir et s'adressant à l'agent de police, il lui dit qu'il va lui faire voir ce qu'il a fait, et que pour un rien il lui en ferait autant. A l'arrivée du médecin, il demande si l'enfant est mort, et sur la réponse affirmative qui lui est faite, il tombe à genoux à côté du cadavre, qu'il embrasse en sanglotant, et en s'écriant : " J'ai fait cela, et pourtant je mourrais pour lui." En route pour le poste de police, il déclare que c'est à cause de sa femme qu'il a fait cela, qu'il avait eu l'intention de tuer les trois enfants, mais que le cœur lui avait manqué.

Examiné pendant son séjour en prison, il n'a ni illusions ni hallucinations, répond raisonnablement aux questions, et, lorsqu'on lui parle de son crime, pleure amèrement, et déclare qu'il est bien obligé d'admettre qu'il a tué son enfant, puisque tout le monde le dit, mais qu'il ne s'en souvient aucunement. Il raconte minutieusement tout ce qu'il a fait jusqu'à l'heure du crime, mais alors une lacune intervient et il ne se souvient de rien jusqu'au moment de son arrestation. Il déclare que jamais l'idée ne lui est venu de faire du mal à son enfant, et ne comprend pas comment il a été amené à commettre ce crime.

L'opinion des experts fut que l'accusé, au moment du crime, était fou, et nullement responsable de ses actes. Il fut déclaré aliéné par le juré et acquitté,

L'auteur pense que ce cas est un de ceux qui correspondent le plus exactement à la forme d'affection mentale que M. Couston a décrit dans son livre dans le chapitre consacré aux " états d'inhibition insuffisante " et que caractérise une impulsion délirante, avec inconscience."

—*Id.*

R. M. C.

Quelques suggestions relatives à la construction et à l'organisation des hôpitaux destinés aux aliénés ; par SANGER BROWN.

(*The Journal of Mental Science*, avril 1887.)

Les observations de l'auteur s'appliquent surtout aux hôpitaux qui sont principalement affectés au traitement des cas curables et récents de folies, et dans lesquels on n'accumule pas de malades incurables ; avec de légères modifications toutefois, elles deviennent applicables à tous les hôpitaux ou asiles d'aliénés.

Lorsque la classification des malades est bien faite, et lorsque les aliénés sont maintenus sous la surveillance constante de gardiens compétents et convenablement instruits de leurs devoirs, on ne rencontre qu'un très petit nombre de malades qui soient réellement d'un maniement difficile. C'est au moment de la journée ou les gardiens sont occupés aux soins du ménage que la surveillance se relâche et que la

plupart des accidents arrivent. Il y a là un mal réel, dont le remède est bien simple : il suffit tout en diminuant leur nombre, ce qui pourra alors être fait sans inconvénient, de relever la situation des surveillants proprement dits ; le gros ouvrage, les soins du ménage seront alors confiés à de simples domestiques que l'on pourra payer beaucoup moins cher que les gardiens, mais qui n'auront aucun rapport avec les malades. Dispensés des gros ouvrages auxquels ils ne doivent pas être astreints, relevés dans leur situation tant au point de vue moral qu'au point de vue pécuniaire, les surveillants seront plus attentifs, plus prompts à s'instruire, et leur recrutement se faisant dès lors dans une classe un peu supérieure, ils seront plus dévoués et plus utiles ; il ne résultera d'ailleurs de cette réforme aucune dépense supplémentaire pour l'asile, puisque le nombre des surveillants pourra être notablement réduit, et que la rémunération beaucoup plus faible des serviteurs du deuxième ordre compensera largement l'élévation du salaire des employés du premier ordre.

L'auteur s'occupe ensuite des malades agités, et, ici encore, ses observations sont fort judicieuses. Il rappelle tout d'abord que c'est peut-être du quartier des agités ou des bruyants que l'on voit sortir le plus de malades guéris ; il convient donc d'entourer ces malades d'une sollicitude particulière ; or, voici ce qui se passe souvent dans une salle d'agités ; faute des dispositions nécessaires pour pouvoir pratiquer, soit le jour, soit la nuit, l'isolement effectif des malades agités, turbulents ou bruyants, le médecin est souvent amené à prescrire à tel ou tel malade des médicaments narcotiques ; il sait que ce traitement n'est pas rationnel, qu'il vaudrait mieux s'abstenir, mais il est obligé de sauvegarder l'intérêt du plus grand nombre, et en présence d'un malade dont l'insomnie va entraîner celle de tous ses compagnons de dortoir, il sacrifie l'individu à la collectivité : il n'y a pas à l'en blâmer, mais il faut éviter de le placer entre deux devoirs de conscience dont l'un doit nécessairement être sacrifié ; on y réussira sans peine, en ménageant dans les asiles des locaux spéciaux et convenablement isolés pour les aliénés bruyants.

On trouvera peut-être que ce sont là de minces détails pour en avoir fait l'objet d'un travail spécial, mais ceux-là ne penseront pas ainsi qui ont vu de près les asiles et les aliénés ; à l'inverse du prêtre romain, le médecin d'asile doit s'occuper des petites choses, et c'est la maxime retournée qu'il faut appliquer. "*De minimis curat prætor.*"—*Id.*

R. M. C.

HYGIENE.

Action désinfectante du blanchiment des murs au lait de chaux.

Il y a peu de temps nous avons fait connaître les excellents résultats qu'on peut obtenir de l'emploi du lait de chaux pour la désinfection des selles des typhiques, des cholériques et des dysentériques ; mais il est encore un emploi très répandu de la chaux, et qui remonte à une époque lointaine, et sur la valeur duquel on n'était fixé jusqu'à présent par aucune expérience précise : c'est le blanchiment des murs au lait de chaux. Cette pratique est souvent recommandée, même actuellement, pour la désinfection des parois des locaux dans lesquels ont séjourné des personnes atteintes de maladies infectieuses ; en Angleterre, par exemple, avant de nettoyer et de laver les parties des wagons de chemin de fer qui ont été en contact avec la tête des animaux transportés, ou souillées par leurs déjections, on les blanchit au lait de chaux ; enfin, on recommande le badigeonnage pour désinfecter différents objets contaminés par les phisiques.

Les recherches que M. de Giaxa a entreprise à l'Institut d'Hygiène de l'Université de Pise viennent nous fixer sur la confiance que l'on peut accorder à cette pratique dans ces différents cas. Elles ont été faites avec les microbes du charbon, de la tuberculose, du typhus, du choléra, du tétanos et du pus.

L'auteur stérilisait d'abord une surface donnée d'une muraille avec une grosse flamme de gaz, puis il y répandait un des bouillons de culture des microbes ci-dessus, ou encore du sang ou des crachats infectés, et enfin il en opérait le badigeonnage, par moitié, avec un lait de chaux à 20 et à 50 pour 100, ce dernier ayant le maximum de densité compatible avec une opération de cette nature. Après vingt-quatre heures, la surface ainsi traitée ayant été protégée par un châssis ouaté, on en lavait une partie avec une éponge stérilisée, qui servait alors à ensemen-
encer des plaques.

Par cette méthode, M. de Giaxa a constaté que les spores du charbon, les bacilles de la tuberculose et ceux du tétanos, résistent à l'action du badigeonnage, et que leur virulence n'en est pas modifiée, alors même que cette action est prolongée et répétée. Par contre, les microbes du typhus et du choléra sont détruits par l'action du lait de chaux, et dans des conditions telles qu'un blanchiment des murs au lait de chaux à 50 pour cent (typhus) ou à 20 pour 100 (choléra) devra être considéré comme suffisant pour désinfecter les locaux dans lesquels auront stationné des typhiques ou des cholériques. Pour la destruction du

staphylococcus pyogenes aureus, il faut une action prolongée de la chaux, et le blanchiment des murs des hôpitaux, par exemple, devrait être répété deux fois, avec un lait de chaux à 50 pour 100.

Les résultats de ces expériences, importants pour la pratique de la désinfection, sont d'ailleurs du même sens que ceux des expériences faites antérieurement avec la chaux caustique, mais dans des conditions différentes.

—*Revue Scientifique.*

NAISSANCES.

A Lyster, comté Mégantic, le 8 juin 1890, l'épouse du Dr J. E. Fortier, a donné naissance à un fils M. J. Émile, Louis, Edouard.

A Faibault, Minnesota, le 16 juin 1890, l'épouse du Dr W. Gadbois, une fille. Parrain : Mr Louis Clefton, du Texas ; Marraine, madame Alphonse Dumesnil, de Montréal.

NECROLOGIE.

Nous avons la douleur d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr. A. E. St-Georges, du Cap Santé, député du comté de Portneuf aux Communes.

M. le Dr St-Georges était le type du gentilhomme, honnête et loyal. Que sa famille veuille bien accepter nos plus sincères condoléances.

VARIÉTÉS.

Extraction d'un calcul énorme.

Le mois dernier à l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Hingston a fait l'extraction par la section latérale du périnée d'un calcul qui pesait cinq onces

et cinq grains. Il l'a cassé en deux avant de l'extraire. Le docteur Hingston dit que juspu'à ce moment, à l'exception d'un calcul qu'il a enlevé à l'Hôtel-Dieu, il y a une quinzaine d'années et qui pesait cinq onces et cinq drachmes, c'est le calcul le plus considérable dont il a été fait mention en Canada.

En faisant allusion à l'opération, il disait que vû la difficulté énorme qu'il a eu en ces deux occasions, l'opération supra-pubienne maintenant beaucoup en vogue serait plus facile et ne serait pas plus hasardée.

Fœtus in fœtu.

Dans une des plus recentes séances de la *Société des médecins de Vienne*, M. Dolisko a montré un fœtus inclus dans un autre fœtus ou, plus exactement, chez une petite fille de 5 semaines. Ce fœtus examiné était contenu dans une sorte de tumeur kystique. Voilà un fait qui doit être rare.

—La conférence des avocats, à Paris, a discuté dernièrement la question suivante :

“ La faculté de médecine a-t-elle le droit de faire des expériences anatomiques sur un supplicié, malgré les dernières volontés du supplicié ? ”

La conférence s'est prononcée pour la négative.

Passage du sommeil naturel à l'anesthésie chloroformique.

On s'occupe, paraît-il, en ce moment en Amérique de l'anesthésie chloroformique pratiquée pendant le sommeil naturel. M. Carnhart, dans le *Medical Record*, en a relaté une observation : un enfant de 3 ans $\frac{1}{2}$ après une fracture du fémur, s'était endormi épuisé de souffrir et de crier ; le chirurgien en profite pour placer une compresse imbibée de chloroforme à une assez grande distance du visage du petit blessé et l'approche jusqu'à recouvrir complètement la bouche et le nez. L'anesthésie fut bientôt obtenue : le passage du sommeil naturel au sommeil chloroformique ne fut indiqué que par une légère accélération de la respiration. On put réduire la fracture et appliquer l'appareil inamovible sans que l'enfant en eût conscience. Il s'éveilla complètement dès qu'on cessa l'anesthésie. Peut-être y aurait-il quelque parti à tirer de ce mode d'anesthésie.

NOUVELLES MÉDICALES.

L'on peut juger de la surveillance sévère exercée par le Collège des Médecins de la Grande Bretagne sur ses universités par le fait que l'Université de Glasgow, ayant jugé à propos d'admettre 55 médecins sur 55 candidats, ce conseil a décidé de tenir une enquête.

* * *

Nous voyons par nos échanges que le système actuel des " lectures " sur les différentes branches de l'enseignement médical, ne rencontre pas l'approbation générale.

La presque-unanimité des autorités anglaises sont d'opinion qu'en général, le nombre des lectures est trop considérable : que ces lectures du matin au soir, sur une dizaine de sujets, ne sont propres qu'à fatiguer l'élève, sans lui fixer aucun principe dans la mémoire. Ils insistent sur les avantages de la clinique et des démonstrations pratiques.

* * *

Le Cardinal Lavigerie a adopté un nouveau moyen pour porter les lumières de la civilisation jusqu'au centre de l'Afrique. Nous voyons que Son Eminence tient à Malte un grand nombre de jeunes gens nègres où il leur fait faire des études médicales : quelques-uns d'entre eux se préparent à partir cette année pour l'Afrique centrale.

* * *

Si l'on en juge par le fait suivant, certains peuples mettent passablement de côté le précepte de Moïse qui ordonne de ne manger que des ruminants : En Italie, l'on vend publiquement comme nourriture la chair de cheval. A Vienne, la consommation est de 6271 chevaux par année ; à Berlin, 7,000 ; à Paris l'on en consomme annuellement 4,500,000 kilogrammes.

* * *

Le nombre des médecins en France et en Algérie est de 12000. Bien que le nombre des médecins ait peu augmenté depuis 10 ans, celui des étudiants a doublé : ce qui nous porte à conclure qu'un grand nombre de jeunes gens ne terminent pas leurs études médicales, ou s'en vont pratiquer à l'étranger.

* * *

Le nombre de candidats qui ont reçu cette année leur licence de médecins a été de 625 en France et de 1030 en Allemagne. La population de la France est de 38,000,000 ; celle de l'Allemagne de 45,000,000.

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Un traitement de Paené.—(FOURNIER.)

M. Fournier condamne l'emploi des médicaments à l'intérieur, recommande les topiques sur la peau, et se borne à surveiller le régime et à proscrire l'abus des épices, l'alimentation exclusivement carnée et les excès de table.

TOPIQUES.—Dans les formes bénignes, on se contentera de provoquer une légère excitation de la peau, par des lotions chaudes répétées deux fois par jour, des pulvérisations ou des douches chaudes sur la région malade.

Dans les formes moyennes, on remplacera les lotions par des frictions avec la poudre de savon pendant cinq à dix minutes, jusqu'à rubéfaction. Au besoin, M. Fournier leur substitue des lotions avec l'alcool camphré et soufré, ainsi formulées :

Eau.....	10 onces
Alcool camphré ...	1 ½ onces
Soufre	½ once

Pratiquer cette lotion le soir et ne pas essuyer avant le lendemain.

Ou bien, faire quotidiennement une onction vespérale avec la vaseline soufré :

Vaseline.....	1 once
Soufre précipité.....	45 grains

Dans les formes rebelles, on aura recours aux substitutifs : badigeonnages à l'huile de cade, applications de goudron ou emplâtre de Vigo ; mais ces médicaments présentent des inconvénients que l'on évite en les remplaçant par des onctions avec le savon noir.

Ces onctions sont pratiquées tous les soirs, pendant cinq jours au plus. On laisse le savon sur la peau jusqu'au matin, alors on lotionne à l'eau chaude. Il se produit une dermite substitutive que l'on combat par des émollients. Puis on répète cette médication pendant cinq ou six semaines en alternant les applications du topique avec l'usage de ces émollients.

—*Le Bulletin Médical.*

Traitement antiseptique de l'amygdalite.

Maintenant que l'amygdalite est considérée comme une maladie infectieuse, il y a lieu d'en pratiquer le traitement antiseptique.

Il s'agit de l'antisepsie buccale. Comment la réaliser? Par des gargarismes et des collutoires :

10 On préférera donc les gargarismes antiseptiques et on pourra prescrire les suivants :

Borate ou benzoate de soude....	2 1/2 drachmes
Eau chaude.....	6 onces

Faire dissoudre et ajouter :

Teinture de myrrhe.....	1 1/2 drachme
Sirop de mûres.....	1 once

Ou bien :

Résorcine.....	15 grains
Eau distillée	6 onces
Sirop de mûres.....	1 once

20 Badigeonner les amygdales avec le collutoire glyco-phénique camphré :

Glycérine	5 drachmes
Camphré.....	15 grains
Acide phénique.....	15 grains

(*Rev. de clin. et de thérap.*)

Traitement du mal de dents.

Le *Lancet* recommande d'amener, par un petit tube en papier, vers la dent cariée, la fumée se dégageant des semences d'*hyoscyame niger* brûlées sur des charbons. Ce traitement, répété une ou deux fois aurait fait disparaître constamment le mal de dents.

Traitement de la dysenterie par les lavements de bichlorure de mercure.

Au début, on emploie la solution au 5/1000^{me} et on donne par jour deux ou trois lavements chauds de 6 onces chacun : on emploie ensuite une solution au 3/1000^e et on prescrit matin et soir un lavement de 6 onces.

M. Lemoine, qui a eu occasion d'expérimenter ce moyen dans des cas de dysenterie aigue, où les médications ordinaires avaient échoué, n'a eu qu'à s'en louer.

Il n'a constaté aucun phénomène d'intoxication mercurielle et l'urine n'a pas décelé les plus légères traces de mercure.

Ces lavements agissent comme antiseptiques ; ils lavent la muqueuse intestinale, détergent les ulcérations et empêchent la résorption des produits putrides.

—*Bulletin Médical.*

Lavements contre les oxyures vermiculaires.

Teinture de rhubarbe.....	XXX gouttes
Carbonate de magnésic.....	4 grains
Teinture de gingembre.....	I goutte
Eau.....	4 onces
Pour un lavement.	— <i>Id.</i>

Névroses de l'estomac, emploi de la choucroute.

Dans les *Nouveaux Remèdes*, nous lisons que Franz Heller (*Wien. med. Pr.*, 1890, n° 4, p. 133-135) s'est assuré sur lui-même et sur beaucoup de malades souffrant de dyspepsie chronique (nerveuse, anémie, etc.), que le meilleur traitement consiste à prendre aux repas de la choucroute. Tous les phénomènes dyspeptiques (renvois, digestion laborieuse, bouffées de chaleur, etc.) disparaissent après peu de temps. Il a essayé de remplacer la choucroute par l'acide chlorhydrique dilué (4 gouttes à prendre dans un demi-verre d'eau après le dîner) : résultats nuls. Il a échoué aussi avec le chou rouge.

Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition,

par le Dr A. RUAULT.

Beaucoup de malades atteints d'épistaxis à répétition doivent ce désagrément à la présence, sur la partie antéro-inférieure de la cloison, d'une érosion traumatique dont la cicatrisation est entravée par la mobilité de la région et par la présence de concrétions sanguines durcies et irritantes.

Ces maladies guérissent rapidement et définitivement si l'on prend soin de leur faire remplir de vaseline deux ou trois fois par jour pendant deux ou trois semaines la partie antérieure de la narine par laquelle se font les hémorragies. (*Archives de laryngologie*, décembre 1889.)

BIBLIOGRAPHIE.

TWENTY CONSECUTIVE CASES OF ABDOMINAL SECTION, by L.S. McMurtry, A. M., M. D., of Louisville, Ky—Reprinted from the transactions of the southern Gynecological Association.

*
* *

LE JOURNAL D'HYGIÈNE POPULAIRE, rédigé par M. le Dr. Desroches, vient d'entrer dans sa septième année. A cette occasion, il a fait une nouvelle toilette. Son format est agrandi ; et le nombre de matières à lire se trouve ainsi considérablement *augmenté*. Nous sommes heureux de voir les succès de notre confrère : ils sont bien mérités. M. le Dr. Desroches a été le vulgarisateur de l'hygiène en ce pays.—Il a su faire de son journal l'écho fidèle des progrès qui se sont accomplis dans cette branche de la médecine, et les médecins qui s'occupent des graves questions de l'hygiène ne sauraient trouver un meilleur guide. M. le Dr. Beaudry est maintenant attaché à l'administration. Espérons que ce monsieur saura seconder les efforts de notre ami le Dr. Desroches.

*
* *

LES CONDITIONS MATÉRIELLES D'UNE BONNE SALLE D'OPÉRATIONS, par le Dr. Just Lucas Championnière, chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis—Extrait de *La Revue d'Hygiène*.

*
* *

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL, PARIS, 14 rue des Carmes.—
ESSAI CRITIQUE SUR L'INTOXICATION CHRONIQUE PAR LA MORPHINE ET SUR SES DIVERSES FORMES, par le Dr. Régnier. Volume in-8° de 169 pages. Prix, 3 f. 50.

*
* *

VIENT DE PARAÎTRE, chez GEORGES STEINHEIL, Editeur, 2 rue Casimir Delavigne, FORMULAIRE AIDE-MÉMOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES MÉDECINS DES HÔPITAUX DE PARIS. Un volume in-18 de 320 pages et cartonné. Prix 3 francs.

*
* *

EN VENTE à la librairie J. B. BAILLIÈRE & FILS, 19 rue Hautefeuille, Paris. ALDE-MÉMOIRE D'ANATOMIE À L'AMPHITHÉÂTRE, dissection et technique, microscopique, arthrologie, myologie, angiologie, névrologie et découvertes anatomiques, par le professeur Paul Lefort. 1 vol. in-18 cartonné de 288 pages. Prix 3 francs.
