

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

- 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.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## NOUVELLES OBSERVATIONS DE SÉROTHÉRAPIE

Par le Docteur J. L. ARCHAMBAULT, de Cohoes, New-York

---

Monsieur le docteur E. P. Benoit,

Rédacteur-en-chef de L'UNION MÉDICALE, à Montréal.

Monsieur le Docteur,

Je me demande si vous et vos lecteurs ne me trouverez pas *encombrant* de revenir sur ce sujet déjà (!) rebattu de la sérothérapie.

La *New-York Therapeutic Review* considère la méthode si bien entrée dans les mœurs médicales que, dans son dernier numéro, elle — comme qui dirait — congédie le sujet ; rapports favorables si nombreux, espace bien limité, etc., etc. Cependant, les adversaires ne manquent point ; à preuve, une couple de pamphlets reçus récemment, l'un d'eux parlant d'autorité puisqu'il exprime l'opinion d'un chef de clinique en vue et qu'il s'appuie sur des statistiques hospitalières qui dénotent une étude sérieuse et suivie. Or, de ce côté, on ne broye que du noir. L'antitoxine, loin d'être salutaire, est nuisible, malfaisante ; rien à son crédit comme agent *immunisant*, rien comme agent curatif, loin de là. On va même plus loin, on devrait lui attribuer les complications graves qui surviennent du côté des rognons ; et si celles-ci font défaut, c'est alors un état adynamique désastreux, sans formule pathologique définie, évidemment toxémique, et qui finit par la mort. Dans ce conflit de dires opposés, la question reste donc *sub judice*, et voilà pourquoi il ne me semble pas sans à propos d'y revenir. A chaque parti d'apporter ses preuves, les meilleures survivront.

Laissant toutefois de côté les cas simples, ordinaires, sans complications, où la sérothérapie ne s'est pas démentie, mais où, pourrait-on nous objecter, toute autre méthode aurait guéri aussi bien, si non aussi brillamment, je me bornerai à faire à vos lecteurs la relation d'un autre cas type et tout à fait désespéré, ou pour mieux dire d'une clinique comme on en voit peu. (Pour une autre observation, revoir L'UNION MÉDICALE de juillet dernier).

Le 1er novembre, j'étais appelé par mon excellent confrère, le docteur

Montmarquet, au No 53, Parc Avenue, famille Provost. Son petit malade, cinq ans et trois mois, dont il avait hérité la veille d'un autre médecin pris de maladie, râlait le croup. Il était temps, la sténose était si avancée que les muqueuses étaient plutôt livides que cyanosées, la peau terreuse; défaut absolu de murmure vésiculaire, etc., etc. Après une trachéotomie assez... mouvementée — les habitués du métier comprendront ce que cela veut dire — injection de 12 cc. d'antitoxine Gibier.

Puis — ayant paré au plus pressé — nous prenons une vue *périscopique* de la situation. Logis de cinq appartements, à bien dire de quatre, peu éclairés, pas de soleil, mal ventilés, le reste à l'avenant; deux jeunes ménages, soit, quatre grandes personnes, cinq enfants, dont deux au sein. Hum! pauvreté et mauvaise hygiène naviguent de conserve. A part Ernest, l'opéré, un autre garçon, Roméo, dix ans, est sur le dos, et un troisième, Hilaire, trois ans, trotte partout, en voie de guérison. C'est avec ce dernier que la maladie a débuté il y a trois semaines. Atteint d'une façon assez bénigne, il a été tiré d'affaire par les moyens ordinaires. Après trois semaines, il n'est cependant pas guéri, la voix est embarrassée, la gorge pleine des amygdales hypertrophiées, etc., etc. Chez le plus vieux, Roméo, l'infection date de trois ou quatre jours; l'amygdale droite offre une grande plaque, de même que la paroi postérieure du pharynx, le nez coule, il y a empatement parotidien considérable, l'enfant parle comme s'il avait la bouche pleine de patates chaudes. La maladie est donc dans la période d'état, sinon encore dans celle de croissance. Entre les deux s'intercale le cas d'Ernest, notre opéré. Chez celui-ci, la maladie a débuté il y a une quinzaine de jours, au moment psychologique par rapport au premier, et ça été tant bien que mal, avec une alternative d'amélioration, jusqu'au moment de l'apparition des symptômes laryngés. Présentement, la gorge est assez libre, à l'exception du fond, et des narines qui sont excoriées et croûteuses. L'impression systémique paraît très grande et de nature à réduire au minimum les chances de survie sur lesquelles nous pouvons compter après l'intervention opératoire que la sténose nous a imposée d'urgence.

En face de cette situation périlleuse, aux prises avec ce qui est devenu ce qu'on pourrait appeler un véritable service hospitalier, on se demande combien de tout ceci aurait pu être évité si la médication sérothérapique avait été pratiquée dès l'abord. On se demande si seulement, dans le cas de notre opéré, son application dès l'invasion du larynx, sitôt que la voix devint rauque et jappante, et même après le début du tirage, n'aurait pas sauvé cet enfant d'une trachéotomie, qui faillit lui devenir fatale. Même une trachéotomie ne se fait pas toujours aussi facilement qu'on s'en croit sûr!

Quoi qu'il en soit, nous voilà donc le 1er novembre, à midi, avec un trachéotomisé, qui a reçu 12 cc. de sérum antidiphthérique. Le même soir, à 10 heures, nouvelle injection de 13 cc.

Le lendemain, 2 novembre. A 10 heures du matin — sur ces entre-faites nous avons télégraphié à New-York — injection de 18 cc. au garçon de dix ans, Roméo, et injections immunisantes, 2 cc. au bébé de trois semaines, 4 cc. à celui de trois mois et demi.

Ernest a passé une nuit relativement bonne, la canule ne s'embarassant que deux ou trois fois. En la retirant sur l'heure, le docteur Montmarquet en dégage un débris de membrane grand comme l'ongle. La condition nous paraît satisfaisante, avec cependant une sourdine à la clef, le petit patient n'a pas uriné depuis l'opération ; il avait uriné sur la table. Nous ordonnons cataplasmes de fleur de lin et de feuilles de digitale autour de la taille, et dix gouttes de teinture de digitale à toutes les quatre heures, concurremment avec la quinine et la teinture de fer qui lui ont été prescrites la veille.

10 heures du soir, il a uriné trois fois en abondance, et mon confrère a recueilli de la liqueur pour en faire l'examen. Le facies est beaucoup moins abattu, la couleur de la peau, des lèvres, meilleures, la respiration excellente. Vu cette amélioration et l'attente de l'analyse urinaire, nous décidons de renvoyer au jour suivant une troisième injection.

Dimanche, 3 novembre, 10 heures du matin. L'état de notre malade est vraiment surprenant. Il a bien dormi, il a (par signe) demandé à manger, il nous sourit volontiers, bien qu'il n'aime pas à être remué, en raison de l'endolorissement que les piqûres lui ont laissé dans les flancs ; on y remarque, en effet, un peu de rougeur et de suffusion des tissus. Au cours du pansement de la gorge, on *entend de l'air passer le long de la canule et bruire* dans les cordes vocales. Evidemment il n'est pas question de répéter l'injection de sérum, il n'y a qu'à laisser faire.

Dans l'après-midi, mon savant confrère et ami, le docteur Rousseau, de Troy, clinicien à l'hôpital de la même ville, étant de passage chez moi, je lui fais voir le cas. Il s'étonne d'un si bel état de chose. Il examine aussi la gorge de Roméo et il constate que le sort de cette grande plaque de l'amygdale droite est décidément fixé ; la voilà qui se détache sur tout le rebord et qui se roule légèrement en cornet ; feuille de rose fanée ! L'empâtement de la voix et des glandes a aussi grandement diminué — et tout cela en trente et quelques heures !

Lundi, 4 novembre, 10 heures du matin. Chez Roméo, couenne tombée, moins un petit débris au centre de l'amygdale ; parotides réduites ; apparence et voix naturelles ; pratiquement, guéri. — Chez Ernest, gorge nette, narines nettes, plaie offrant quelques vestiges d'infection, sécrétions trachéales abondantes et très fluides. Canule enlevée pour une heure de temps. Sur le champ, l'enfant prononce quelques mots à voix haute. — 10 heures du soir. Même procédé. Cependant canule remise pour la nuit, en cas de malheur.

Mardi, 5 novembre, 10 heures du matin. Canule enlevée définitivement, moins de quatre fois vingt-quatre heures après son insertion. Plaie pansée

pour en favoriser l'occlusion. Content de son sort, il se lève, marche, s'assied, parle rondement et joue de l'*harmonica*. Comme de raison, surveillance active toute la journée.

A ce quatrième jour, n'oublions pas d'examiner nos bébés. Toujours indemnes et grouillants de bonne humeur. Celui de trois semaines est couvert de plaques érythémateuses (3e jour), mais il ne fait pas montre de s'en porter plus mal.

Mercredi, 6 novembre, 10 heures du matin. La surveillance a été maintenue toute la nuit, mais elle a été bien inutile; notre petit homme a dormi tout d'un pain et son air indique qu'il se propose désormais de se passer de nos services.

Vendredi, 8 novembre. Il se trompait — ou nous nous trompions — car hier (7e jour), sur le soir, il a été pris de fièvre (T. 102 F.), que nous avons attribuée sur le champ à un érythème général, très prononcé et rageur: l'enfant se dévore. Notre autre bébé développait lui aussi la même éruption (6e jour), mais d'un caractère beaucoup plus léger et sans retentissement constitutionnel. Aujourd'hui, pendant que chez le vigoureux bébé, cet érythème est déjà décadent, il continue d'être en pleine vigueur et d'entretenir pouls rapide (120) et température élevée (101) chez notre Ernest, exténué de toutes les façons.

Dimanche, 10 novembre. Ernest a eu de la fièvre toute la journée d'hier; aujourd'hui tout est disparu avec l'érythème, mais c'est le tour de Roméo (8e jour). Avec celui-ci l'éruption est légère et ne le trouble en rien. De fait, il est bien. De fait, on est bien sur toute la ligne. Le moins bien, c'est Hilaire. Malade le premier, il devient apparent qu'il sera le dernier à être guéri tout à fait. Vu la bénignité de son cas, et son entrée en convalescence, et le fait que nous n'étions pas riches en sérum et que nous étions en quelque sorte bien aise de l'avoir pour point de comparaison, nous ne lui avons pas donné d'injection d'autitoxine, nous l'avons simplement mis au traitement ordinaire. Or pendant que les engorgements glandulaires sont tout disparus chez les autres, chez lui les amygdales tuméfiées ne finissent plus de se débarrasser de leur vieux levain.

Ce traitement — traitement général — le même chez Ernest que pour Hilaire — a été le traitement banal (avec moi) de la teinture de fer et de la quinine à l'intérieur, en doses appropriées à leur âge respectif. Roméo a de plus reçu des irrigations méthodiques des fosses nasales et de l'arrière-gorge avec une solution faiblement acidulée de glycérolé de papaïa (pepsine végétale). La même solution devait servir à Ernest; pour être juste, elle n'a été employée que rarement, à débarrasser la canule trop chargée de mucosités épaissies et tenaces.

Ces notes seraient incomplètes si nous omettions de parler de la température et du pouls. Des relevés soigneux ont été faits par mon confrère trois



fois le jour. Ces relevés ont établi chez Ernest le fait intéressant suivant. Au moment de l'opération, pouls très rapide (140 et au-delà), mais température peu élevée (100 F.); sous l'effet de l'antitoxine, la température monte jusqu'à 101, tandis que le pouls se ralentit à 120; le deuxième jour, la température arrive à son maximum, 102.5, à ce moment le pouls indique 116; puis, l'un et l'autre, le soir du troisième jour, se rapprochent de la normale (p. 94, t. 99), et y arrivent le quatrième jour — jour que le tube est enlevé — et y demeurent, sauf le rebours dû à l'érythème. En d'autres termes, malgré que la température s'élève sous l'influence du sérum, les énergies vitales se réveillent, la circulation se régularise, et le pouls s'abaisse. Du côté de Roméo, les relevés offrent peu d'intérêt. Pouls et température paraissent peu affectés par l'antitoxine; tels ils restent sous le traitement que le jour précédent, si ce n'est que dès le deuxième jour ils accusent une chute rapide (p. de 104 à 80, t. de 101 à 99), et le troisième jour tout est normal.

Mardi, 24 décembre. Six semaines se sont écoulées depuis cette cure en bloc. Pendant ces six semaines, comme pendant le cours de la maladie, les urines de Roméo et d'Ernest ont été veillées de près; analyse à peu près quotidienne. Elles n'ont jamais donné d'albumine ni aucune autre preuve de complications du côté des rognons. De même ni l'un ni l'autre de nos malades n'ont offert de phénomènes parétiques ni développé de symptômes à caractère adynamique; au contraire, ils ont pris des forces rapidement, ils sont vaillants et actifs comme les enfants de leur âge. De plus, nos bébés, si héroïquement immunisés, sont demeurés à couvert de toute contagion; bien ils étaient, bien ils sont restés, ce qui n'est pas le moins beau de toute l'affaire. Ici, vous me direz peut-être que les doses immunisantes de ces bébés ont été audacieuses. N'oubliez pas dans quel milieu nous agissions. Si vous y tenez, admettons que nous n'y sommes pas allés de main morte; dans ce cas, la fortune nous a été clémente.

Pour terminer, en regard de ces résultats vraiment exceptionnels, mettons une autre scène quelque peu différente. Le fait est tout récent, et authentique autant qu'instructif; je le tiens d'un ami de la famille, témoin oculaire.

Monsieur A... réside non à cent lieues d'ici (ville voisine). Il est *conducteur* sur une ligne de chemins de fer bien connue, et citoyen à l'aise. C'est dire que l'hygiène ne doit pas trop laisser à désirer dans ses parages. La diphtérie envahit son foyer. A part lui, tout le monde y passe; ses trois enfants, sa femme et sa servante. Son aîné, pris le premier, se réchappe, mais les deux autres sont emportés. Chez l'un, la maladie a dégénéré en croup, et le docteur Z..., entouré d'un conseil nombreux de médecins consultants, a tenté une intubation qui n'a pas réussi, tant s'en faut. J'ai déjà exprimé mes préférences pour la trachéotomie, et j'ai à peu près dit pourquoi; je me réserve à quelque jour de revenir sur ce sujet et de faire une étude comparée des deux modes opératoires, mais passons. Voilà donc deux victimes! La mère

tombe malade à son tour, puis la servante. On parvient non sans peine à guérir la mère, femme délicate ; quant à la servante, jeune fille plus délicate encore, elle reste durant je ne sais combien de jours entre vie et mort ; on en désespère, etc., etc. Enfin (!), on songe à faire venir du sérum — elle guérit ! Est-ce le sérum qui a droit à cette guérison ? Est-ce le mal qui s'est lassé, qui a eu pitié ?...

Plus d'un serait tenté de s'approprier la belle manière de dire de monsieur Poincaré (éloge funèbre de Pasteur) : "Le virus affaibli a paralysé le virus plus fort, et le mal, désarmé par la volonté de la science, a lui-même été contraint à sauver la malade."

Mais, au lieu de conclure — toute conclusion risquant d'être hâtive, là surtout où elle ne s'applique que sur des données peu nombreuses — mieux vaut, après les avoir rapprochés et comparés, laisser parler les faits.

Vous priant, monsieur le docteur et honoré confrère, de vouloir bien agréer mes sentiments de très haute considération, je demeure bien sincèrement,

Votre tout dévoué,

J. L. ARCHAMBAULT.

Cohoes, N.-Y., le 26 décembre 1895.

## ECHO DES HOPITAUX DE PARIS

### FIEVRE TYPHOÏDE

Par M. le professeur DEMERS, de l'Université Laval

La fièvre typhoïde est un des types les plus intéressants de la pathologie. Comme la variole elle est un des types des affections aiguës (Lancereau). (Disons que, d'un autre côté, la syphilis est un type des maladies chroniques). (Idem).

Fièvre entéro-mésentérique, cette désignation indique que le processus morbide se localise particulièrement aux glandes intestinales et aux glandes mésentériques correspondantes.

Son incubation est de huit à quinze jours. Pendant cette incubation l'organisme est souffrant, il n'est pas à l'état physiologique. La maladie éclate ensuite d'une manière insidieuse ; il est de la plus haute importance d'en connaître le début pour le traitement. Du moment que l'individu arrête la



maladie commence. C'est à ce moment que le médecin doit établir son traitement.

La fièvre typhoïde évolue d'une manière remarquable par septenaires caractérisés par l'élévation de la température : 39° le matin, 40° le soir (102 $\frac{1}{2}$ , 104), une céphalée intense, et de l'insomnie, tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée.

C'est dans la deuxième période que se font les lésions lymphoïdes des intestins et des glandes mésentériques correspondantes.

(Même chose dans la syphilis, roséole au début, plus tard tubercules).

Dans la deuxième période les glandes de Peyer sont affectées, la rate s'hypertrophie. Même processus dans le tissu lymphoïde du pharynx que le processus de l'intestin. On y découvre des ulcérations. Le tissu lymphatique de la moëlle épinière peut aussi être pris. Les glandes de Peyer se tuméfient, plus tard se nécrosent; pendant ce temps la température suit la phase de la première période. Quelquefois la rémission se fait le soir. Pepper attache peu d'importance à ce fait. Les cas que j'ai observés ont été défavorables. M. Lancereau n'aime pas une température renversée : 102 $\frac{2}{10}$  le soir, 104 le matin. La troisième période est caractérisée par l'ulcération des glandes de Peyer; il se fait des eschares qui sont éliminées, et les ulcérations commencent à se cicatriser, à se réparer. C'est dans cette période que peuvent venir les hémorrhagies. La température se modifie, il y a abaissement pendant deux ou trois jours. Ensuite il y a de grandes oscillations de température lorsque les tissus commencent à se reconstituer. C'est ici qu'il faut désinfecter l'intestin qui avant n'absorbait pas. Quand la température s'abaisse à 37°, à 36° (98' 97°) c'est un signe que le malade entre en convalescence. Quelquefois la défervescence se fait le huitième ou le quinzième jour; quelquefois c'est au quatrième septenaire, cela peut être dû à une complication. L'ascension de la température ici peut être due aussi à l'infection fécale, ou à la réitération de la fièvre typhoïde.

Quelquefois il y a une deuxième rechute; les rechutes peuvent se répéter jusqu'à trois mois sans imprimer à la maladie un caractère grave. Nous en dirons un mot dans la technique de la méthode de Brand. Dans cette troisième période de même que dans les rechutes nous avons des lésions du côté du rein, du côté du foie; ce sont les éléments épithéliaux du rein qui sont pris, avec insuffisance urinaire. Dans le foie de même que dans le cerveau ce sont aussi les éléments épithéliaux qui sont pris, sous l'influence des poisons sécrétés par l'agent de la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth. Il faut prendre en considération les variétés qui résultent des conditions de la puberté, de l'âge mûr, de l'âge avancé. Dans la puberté, nous avons la périostite due à l'accroissement occasionné par la fièvre typhoïde qui lui donne un coup de fouet. C'est au régime ici qu'il faut faire attention. La grossesse, la lactation

donnent leur physionomie à la fièvre typhoïde, le surmenage, les habitudes alcooliques, les excès vénériens, idem.

*Complications.* — Elles résultent des lésions matérielles. Les hémorragies peuvent être graves. Il est du devoir du médecin d'examiner le sang, s'il est superposé, s'il est mélangé aux matières, s'il est chargé de gaz. Quand l'hémorrhagie vient le quinzième jour, si le sang est mélangé à la matière fécale, s'il est noirâtre, c'est grave, parce que non seulement la muqueuse, mais la musculaire et la séreuse sont intéressées. Empêchez le malade de se lever. Ici il faut paralyser l'intestin, parce qu'ici on a une digue constituée par une lame mince du péritoine, qui empêche l'éruption des matières dans sa cavité. J'ai vu deux cas, dont un personnel, qui n'ont pu se relever de leur vases de nuit. Lorsque les assistants les placèrent dans leur lit la vie avait cessé. Les vases de nuit étaient remplis de sang. Ces deux malades étaient descendus de leur matelas malgré une défense formelle de le faire.

Pour les lésions secondaires il faut savoir les distinguer. Les geignements indiquent qu'il y a urémie, il y a vomissement verdâtres. Depuis mon retour d'Europe, deux confrères m'ont appelé en consultation pour des cas de fièvre typhoïde. Un des malades est mort une heure après la consultation, l'autre venait de mourir lorsque nous sommes arrivés dans la famille. Les deux malades geignaient depuis quelques jours. Il y avait eu insuffisance urinaire. Morts par intoxication du bulbe. Il est de la plus haute importance de faire tous les jours le taux des urines chez les typhisants.

Vous aurez du délire chez les alcooliques, donnez du chloral, de main ferme, deux à quatre grammes (méthode Lancereau).

A partir du 13e au 15e jour vous aurez des phlébites, même dans les cas légers. J'en ai observés un bon nombre de cas surtout chez MM. Lancereau et Potain, dans leurs services de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, à Paris.

Le malade a une douleur dans le mollet, mais le caillot est dans la veine fémorale; les malléoles sont gonflées. Examinez doucement, ordonnez le repos. Un examen imprudent peut faire détacher le caillot qui ira faire une embolie mortelle. Une partie du caillot peut se détacher et aller provoquer une suppuration du poumon. Du côté du cœur il y a oscillation 90-130-140 pulsations. Cette tachycardie peut être due à un phénomène nerveux, ou à un effort musculaire.

Dans le troisième septenaire nous pouvons avoir des suppurations de la peau, du tissu cellulaire, des eschares, qui tous tiennent du désordre de la nutrition; il y a des furoncles, des suppurations du côté des os chez les jeunes sujets; des suppurations du côté des méninges, du côté des reins, des néphrites suppuratives. Ces suppurations de la période avancée, d'après monsieur Lancereau, sont dues à la résorption qui se fait au niveau du travail de cicatrisation à la surface de l'intestin.

C'est à la fin des septenaires qu'il faut faire attention, c'est là qu'est le danger. Dans le premier septenaire, c'est une complication qui enlève le malade, par exemple le délire des alcooliques. Les phénomènes nerveux prédominent dans cette première période.

C'est surtout dans le cours et vers la fin du deuxième septenaire que se montre le danger, hémorrhagie intestinale du 13<sup>e</sup> au 17<sup>e</sup> jour. Si la température s'abaisse il faut la relever. Dans cette période il ne faut pas oublier l'insuffisance urinaire. Les perforations intestinales appartiennent au deuxième septenaire. Les malades succombent par le système nerveux, par le muscle cardiaque, par l'absence d'exereta (intoxication urémique), par complication pulmonaire ou délire alcoolique.

### THÉRAPEUTIQUE.

Les hyperthermies sont bien combattues par les bains froids parce qu'ils n'occasionnent pas de troubles du système nerveux. Il peut y avoir paralysie du pneumogastrique, le cœur s'accélère, s'élève jusqu'à ce que le malade meurt par syncope..

Dans le service de monsieur Lancereau, à l'Hôtel-Dieu de Paris, j'ai vu de véritables résurrections sous l'influence d'injections hypodermiques ainsi formulées : Caféine 0.25 centigrammes, Benzoate de Soude 0.30 centig., Eau distillée q. s. pour un centimètre cube ; alterner toutes les dix minutes avec éther jusqu'à concurrence de trois injections, l'éther s'injecte à la dose de 0.25 centigrammes. Ce sont donc les stimulants qui conviennent le mieux dans cette tachycardie. On peut aussi bien faire des piqûres de morphine. La mort arrive surtout brusquement par urémie, n'oublions pas les geignements, les vomissements verdâtres.

Il est très avantageux de renouveler souvent l'air de la chambre du malade, tenir les fenêtres ouvertes autant que possible. Dans les services hospitaliers que j'ai suivis à Paris, les fenêtres étaient toujours ouvertes, l'hiver comme l'été. Il faisait cependant assez froid pour nous forcer à porter nos pardessus fourrés. Le malade peut changer de lit de temps à autre. Epongez souvent le malade. Chez la femme, s'occuper des organes génitaux. Tenir la bouche, la langue, le pharynx, les oreilles, le nez nets. Que de catarrhes tubères avec enfoncements de la membrane et surdités dûs à la négligence de cette pratique. Propreté de l'intestin, ne pas laisser séjourner les matières, (j'ai vu dans le service de Potain une élévation brusque de température due à la rétention de matière fécale, infection fécale) ; les faire passer au moyen d'eau bouillie ou boriquée à 4<sup>o</sup>/o.

On s'occupera de l'âge du malade. Un jeune homme à la croissance ne sera pas tenu à la diète. Un aliment merveilleux est le lait, il renferme toutes les substances nutritives. De digestion facile, de plus diurétique. Très pré-

cieux quand il y a albumine dans les urines et que celles-ci sont rares. Chez monsieur Lancereau j'ai vu des malades avec une température de  $104\frac{5}{10}$  prendre trois pintes par vingt-quatre heures et les bien digérer. On leur fait prendre une tasse toutes les deux heures. Dans l'intervalle on leur fait prendre de l'eau de vie coupée, ou du café, ou des eaux minérales. Lorsque les malades sont réfractaires au lait, vin, bouillons et œuf frais. Les gardes malades doivent se tenir les mains bien propres. A l'Hôtel-Dieu de Paris j'ai vu des gardes malades qui s'étaient infectés par leurs mains. A la campagne les selles seront enterrées loin du puits ou des sources d'eau. Faire dormir le malade, teinture de digitale et laudanum de chaque un gramme. Pour les manifestations de la première période, si le malade est jeune, un bain à  $70^{\circ}$  pendant, (dans un article ultérieur nous donnerons la technique de la méthode de Brand d'après M. Landouzy) et le soir de l'antipyrine. Si la peau est sèche un bain tiède.

Dans la deuxième période laissons le malade aussi tranquille que possible. Quand il se montre des symptômes d'ataxie, bain froid surtout s'il y a hyperthermie (méthode de Brand).

S'il y a météorisme avec constipation, charbon, purgatifs légers.

A la fin du deuxième septenaire ordinairement la température s'abaisse. Dans les grandes oscillations de température laver les intestins avec acide borique 4 ‰ et antiseptiques intestinaux (benzo-naphtol et salicylate de bismuth, ou antipyrine et salol, etc).

Lorsque le malade tousse, avec une pluie de râles gros et fins, monsieur Lancereau ordonne un vomitif à l'*ipécachuanha*. S'il y a insuffisance urinaire, et, en même temps, liberté du ventre, on s'adressera aux diurétiques ; s'il n'y a pas de selles, purgatifs.

139 rue Berri.

### Rhumatisme articulaire aigu :

Traitement alcalin de FULLER.

R.—Bicarbonate de soude.....	1½ drachme
Acétate de potassium.....	½ —
Eau.....	3 onces

Sig.—Ajoutez au moment de prendre une demi-drachme d'acide citrique ou une once de jus de citron (effervescence). Donner toutes les 3 ou 4 heures, jusqu'à ce que la réaction de l'urine soit alcaline. On diminue alors progressivement l'alcali. Ne jamais prolonger la pleine dose (dépression). On peut y ajouter le salicylate de soude.

Localement :

R.—Carbonate de soude.....	6 drachmes
Laudanum.....	1 once
Glycerine.....	2 onces
Eau.....	9 onces

Sig.—Imbiber une flanelle chaude de cette solution et en envelopper la jointure.

# TÉTANOS

Par **ALBERT LAURENDEAU, M. D., de St Gabriel de Brandon**

---

Obs. I. — En 1878, le 25 février, pendant une tournée d'hôpital, (Hôtel-Dieu, Montréal) — j'étais alors étudiant en médecine, — arrive un patient X, âgé d'environ trente ans, portant la main droite en écharpe. Le malade est admis à la salle du Dr Brosseau. X raconte qu'il s'est fait prendre la main entre les deux roues d'engrenage d'une machine qu'il dirigeait. En présence du Dr Brosseau et des étudiants, l'interne lève le bandage provisoire que le patient s'était posé lui-même. Nous constatons fractures compliquées des trois premiers os externes du carpe, déchirures de la peau et des ligaments de la main par écrasement. Les os avaient été littéralement érabouillés et montraient à divers endroits des esquilles qui pointaient à travers la peau. Bref la main était dans un état déplorable.

L'examen terminé, le Dr Brosseau nous pose la question : "Doit-on amputer cet homme?" Les opinions des étudiants étaient partagées.

Après avoir fait mander le Dr Hingston et le regretté Dr Monro en consultation, voici à peu près comment s'exprima le Dr Brosseau : "Messieurs, le public en général est assez enclin à ne voir qu'un boucher dans un chirurgien. Je répudie cette manière de voir. Dans le présent cas, nous allons faire de la chirurgie conservatrice. Qu'en pensez-vous docteur," en s'adressant au Dr Hingston. Et ce dernier d'opiner du bonnet. Et nous, jeunes disciples, d'admirer de si beaux sentiments, chez ces hommes qui auraient dû avoir un faible pour le bistouri et la scie. Faut dire, qu'en ce temps là, les savants docteurs Hingston et Brosseau faisaient déjà en chirurgie le beau et le mauvais temps.

Nous ne jurions que par eux.

Mais avant de quitter notre blessé et comme par acquit de conscience, d'un ton plutôt respectueux que convaincu, notre chirurgien de salle ajouta en se tournant vers le vieux Dr Monro "Et vous, mon cher docteur, qu'en dites-vous" ?

Les anciens qui ont suivi les cours et les cliniques du défunt vieux maître doivent se rappeler quel homme humble, sympathique et savant était le Dr Monro. Mais il commençait à se faire vieux, et vous savez, place aux jeunes. "Messieurs, si c'était mon affaire, je couperais la main à cet homme." "Mais pourquoi donc," demanda le Dr Brosseau, qui parut plus surpris que convaincu. "Parce que ce malade sera peut-être atteint de tétanos demain."

Je ne sais trop si le Dr Brosseau saisit les derniers mots du Dr Monro; il était déjà en route pour le numéro voisin.

Les découvertes de Pasteur, les méthodes de traitement de Lister n'étaient pas connues alors à l'Hôtel-Dieu. Applications d'onguent simple, cataplasmes de graine de lin, loco dolenti, quinze grains de rhubarbe à l'intérieur, tel fut l'ordonnance de notre chef de clinique. Passons.

A la visite du lendemain, il était évident que le Dr Brosseau se souciait fort peu des craintes du vieux maître; mais quel surprise, quel étonnement, quel coup de théâtre (un peu dramatique par exemple) quand l'on aperçut notre blessé de la veille en opisthotonos, la tête aux talons, plié comme un cercle de cuve.

Et nous tous de chuchoter: "Le père Monro est encore le maître." J'entends un de mes voisins dire tout haut: "Sapristi, s'il était ici, j'applaudirais des deux mains." Et le Dr Brosseau un peu ému, laissa tomber ces paroles:

"Messieurs, faut toujours écouter l'expérience et suivre l'avis des vieillards, surtout quand ce vieillard est une intelligence comme le vénéré Dr Monro, votre maître, à vous et à moi."

Voici maintenant quel fut le traitement que l'on fit suivre à ce malade: à l'intérieur, chloral à la dose de quinze grains plus ou moins suivant l'effet toutes les quatre heures, avec concurremment, administration de chloroforme par voie atmidiatricque à petites doses répétées toutes les quinze ou vingt minutes. Isolement du malade, dans l'obscurité et dans un silence aussi parfait que possible. Mort quarante-huit heures après le début des premières contractures tétaniques.

OBS. II. — Le 3 avril 1885, je fus appelé par un confrère en consultation, dans une municipalité voisine de celle où j'exerce, pour M., 50 ans en pleine crise tétanique. Voici l'histoire de ce cas:

Le 15 mars précédent, M., maquignon émérite, se blesse au genou, sur des tessons de bouteilles, au cours d'une bagarre dans les dépendances de l'hôtel du village.

A l'époque où je le vis avec mon confrère, le Dr P., la plaie avait assez bonne apparence, mais il paraissait y avoir un peu d'arthrite du genou. L'articulation, légèrement gonflée, douloureuse, était chaude. La température générale décelait 103 F, mais le tétanos suffisait peut-être à expliquer cette élévation du thermomètre. Nous constatons trismus tétanos prononcé avec commencement d'opis. Nous convinmes d'appliquer le traitement au chloral à doses héroïques, avec isolement du malade, repos complet dans l'obscurité, etc. J'ai appris par mon confrère, quelques jours plus tard, que M. était mort en asphyxie tétanique.

Obs. III. — La plus intéressante à cause de la marche de la maladie et de sa terminaison.

En 1886, le 10 juillet, J. Bte B., en entrant dans son écurie, pose le pied sur une planche dont un clou sortait la pointe en l'air. Ce clou, tout rouillé, passe à travers son soulier et pénètre dans le talon droit. B. est obligé à la suite de cet accident, d'interrompre ses travaux durant une huitaine, à cause de l'enflure qui n'est pas très considérable, et de la douleur qui est assez intense. Après ce laps de temps, il commence à vaquer à ses occupations habituelles, et ce, jusqu'au 25 juillet. Alors il vint me consulter. Je constatai un peu d'enflure au talon et au coud-de-pied. Pas de symptômes généraux. Je prescrivis : onguent phéniqué en application sur tout le pied, recouvert de cataplasmes émollients.

Le lendemain, B. qui demeure à la campagne à quatre milles environ du village me fit mander. Le pied était à peu près dans le même état, mais je constatai, et non sans appréhension, que mon patient avait du trismus tétanos. Je n'étais pas fort partisan du chloral et du chloroforme, à la suite des deux échecs précédents. J'essayai alors d'un nouveau médicament. Je prescrivis l'atropine. Je dirai plus loin pourquoi et comment je fus amené à prescrire l'atropine contre le tétanos. J'ordonnai d'abord 1/20 de grain toutes les deux heures. Le lendemain il y avait aggravation, au trismus s'était joint l'opisthotonos. La température était élevée (102° f.). Les accès, franchement déclarés, se répétaient à vingt ou trente minutes d'intervalle, duraient plusieurs minutes et étaient d'une violence extrême. Impossibilité d'entretenir les mâchoires. Je pus cependant administrer les médicaments et faire l'alimentation du malade par une brèche existant entre deux incisives. Je commence alors un traitement que l'on pourrait je crois appeler héroïque, sinon téméraire. Je donnai 1/16 de grain d'atropine toutes les deux heures; et je m'installai au lit du malade. Après vingt-quatre heures, je constate les premiers symptômes d'empoisonnement par l'atropine; sécheresse excessive de la gorge, aphonie presque complète, et un peu de délire. Mais en même temps, les crises tétaniques étaient presque disparues. Il restait bien une certaine raideur clonique des muscles de la mâchoire, du cou et du tronc, pas de francs accès comme la veille. Je réduisis alors la dose d'atropine à  $\frac{1}{32}$  de grain. Durant quinze jours, je continuai ainsi l'administration de l'atropine à hautes doses, diminuant ou augmentant suivant l'effet. Durant quinze jours, je donnai avec des variations quotidiennes de 1/15 à  $\frac{1}{4}$  de grain toutes les deux heures. Alors les accès commencèrent à raccourcir, et les intervalles entre les accès à allonger. Je donnai encore l'atropine durant huit à dix jours en diminuant progressivement. Bref le malade guérit parfaitement. Et maintenant ce vieillard, qui est encore vivant, au lieu de se courber en opisthotonos comme la plupart des gens âgés, est, à 72 ans, droit comme un cerf, peut-être même un peu courbé à l'envers.

Quelques considérations générales maintenant sur cette entité morbide : le tétanos.

Il n'y a pas de doute que cette maladie est causée par l'introduction d'un principe étranger dans l'économie ; et bien qu'il reste encore des points obscurs dans l'étiologie de ce mal terrible, il est cependant rationnel de croire que le tétanos est de nature infectieuse ou virulente. Il est probable que, à la façon de la rage, et par analogie, les éléments nerveux de l'économie animale sont les principaux centres de réceptivité et de développement du virus ou du microbe tétanique, que l'on appelle, je crois, le bacille de Nicolaïer. De ces déductions, l'on pressent que les recherches méthodiques dans la voie du traitement curatif doivent se diriger vers la sérothérapie.

Aussi dans un travail récent de M. Nocard, je vois que ce distingué médecin est parvenu à préparer un sérum antitétanique préventif. Malheureusement, comme le déclare lui-même le Dr Nocard, il faut renoncer, au moins pour le moment, à l'espoir de guérir le tétanos déclaré. Mais sur 375 animaux traités suivant sa méthode sérothérapique, à la suite de certains traumatismes accidentels ou chirurgicaux, aucun de ces sujets n'a été atteint de tétanos. Et pendant la durée de ces expériences, les correspondants du Dr Nocard, qui n'ont perdu aucun des 375 animaux traités, ont observé 55 cas de tétanos sur des animaux non traités et l'on pourrait presque dire, témoins.

Trouvera-t-on le traitement curatif ? Il semble de prime abord, qu'il suffirait d'un petit effort, pour faire subir au sérum préventif quelques modifications, qui en ferait un sérum curatif. Mais, mon Dieu, qu'il y a loin quelquefois entre la coupe et les lèvres ! Je disais tantôt, nous ne connaissons pas l'ennemi, de sorte que nous sommes comme dans la nuit pour le combattre. Il arrive parfois, rarement, qu'un Pasteur fasse des découvertes semblables, mais ces découvertes générales sont presque d'intuition. Tant de questions se dressent ici : Qu'est la nature intime du tétanos, comme disait la vieille école ? Et comme corollaire : l'agent pathogène agit-il par lui-même ou par ses toxines ? Dans quel système de l'économie se dépose-t-il, ou se développe-t-il de préférence ? Pourquoi dans des plaies identiques, au moins en apparence, ne se produit-il pas des effets identiques ? L'hyperthermie est-elle due à une irritation nerveuse des centres thermogènes comme dans plusieurs maladies infectieuses, ou est-elle due simplement à une suractivité de travail musculaire et nerveux. Autant de questions qu'il faudra peut-être élucider avant de découvrir le véritable traitement curatif du tétanos déclaré.

Mais en attendant, tout médecin exerçant n'a que le choix de procéder suivant les vieilles méthodes, ou empiriquement. Si donc je rencontrais un nouveau cas de tétanos, je me servais encore sans hésiter et à hautes doses, de l'atropine. *Testis unus, testis nullus*, c'est vrai ; mais comme cette maladie n'est pas très commune dans notre clientèle rurale, je fais appel à mes confrères, et je leur demanderai d'essayer l'atropine à très hautes doses dans



des cas analogues. J'opterais, cependant en faveur de l'administration du médicament par voie hypodermique à l'avenir. L'on obtient ainsi plus de précision et plus d'analogie dans la thérapeutique.

Comment agit ici l'atropine ? Je ne saurais le dire exactement. Probablement en diminuant l'irritabilité, la susceptibilité des centres nerveux. D'après cette hypothèse, il serait facile de comprendre qu'il faille augmenter la dose du médicament d'autant plus que cette irritabilité, cette excitabilité est plus considérable. Il est à remarquer que la mort survient le plus souvent dans cette affection, par asphyxie, conséquence de l'état tétanique des muscles du tronc et de l'abdomen. Si donc, l'on peut mettre le système nerveux en état de repos durant un certain laps de temps, les toxines du microbe à tétanos finiront par rendre le milieu impropre au développement de celui-ci; ou suivant une autre hypothèse, le système nerveux finira par acquérir une certaine accoutumance au virus tétanique ou une immunité contre ses mauvais effets.

St Gabriel de Brandon, décembre 1895.

---

## DE L'ORCHITE CHEZ LES PROSTATIQUES

Par le Dr A. GUEPIN, de Paris.

*Professeur libre de chirurgie des voies urinaires*

---

Les complications inflammatoires de la prostatite sénile ont été déjà étudiées longuement dans mon travail sur les *Glandes de l'urètre* et toutefois, il est peut-être nécessaire encore d'insister sur l'orchite que l'on voit survenir soit après un cathétérisme mal fait chez un prostatique, soit même après un cathétérisme bien fait, soit enfin, après une injection urétrale ou urétro vésicale. Parfois également, l'orchite survient sans cause appréciable et l'infection des sécrétions prostatiques a suffi pour contagionner de proche en proche le canal éjaculateur, le canal déférent et le testicule, sans aucune circonstance occasionnelle connue. L'origine de ces orchites est donc dans le foyer infectieux prostatique.

Le malade atteint de prostate sénile et surtout celui qui se sonde pour évacuer l'urine en rétention dans sa vessie, présente souvent une sensibilité anormale du testicule. Lorsqu'il y a un état de malaise général, la sensibilité testiculaire s'accroît et fréquemment alors, les cordons sont sensibles spontanément

ment et surtout à la palpation. La constipation accompagne cet état douloureux et, à ce moment, une purgation légère suffit parfois à juguler les accidents.

Mais, il se produit cependant, dans de nombreux cas, un gonflement localisé d'un des cordons, gonflement qui débute ou paraît débiter au sortir du canal inguinal. On peut suivre la marche progressive et descendante de ce gonflement qui gagne l'épididyme et le testicule, intéresse également l'un et l'autre de ces organes, l'envahissement total se faisant en deux ou trois jours au maximum. Il est rare que l'œdème soit énorme, le scrotum très tendu, l'épanchement dans la vaginale en quantité notable. Quand il y a de l'épanchement, celui-ci peut avantageusement être retiré par ponction et alors, on le voit souvent louche, même chargé de grumeaux purulents.

La douleur est peu violente, sans irradiations multiples, elle cesse ou à peu près, dès que la tuméfaction a atteint son maximum. Le testicule est encore douloureux au toucher. Dans quelques circonstances, j'ai vu se produire une localisation vers la tête de l'épididyme aboutissant en peu de jours en un abcès qui d'ailleurs guérit rapidement.

L'état général fébrile accompagne et même précède, comme je l'ai dit plus haut, les modifications locales et des phénomènes infectieux graves peuvent nécessiter l'ouverture large de la vaginale qui se trouve renfermer du pus en plus ou moins grande abondance. L'abcès peut siéger en dehors de la vaginale, le long du cordon, à des hauteurs différentes : il a toujours la même évolution. J'ai proposé de désigner ces suppurations circonscrites par le terme de *periorchites suppurées*.

Le traitement, dans les cas ordinaires sans suppuration, est purement médical : repos au lit, régime lacté, purgation au début, sulfate de quinine et compression légère du testicule recouvert de compresses humides et chaudes. S'il y a épanchement, le ponctionner. Est-il purulent ? on ouvrira largement la vaginale pour la drainer comme un abcès. Y a-t-il abcès ? on incisera et on détergera sa cavité par un lavage.

Ainsi, début par des symptômes généraux, marche lente et progressive du gonflement, douleurs peu intenses, suppurations localisées fréquentes, telle est la caractéristique ordinaire de l'orchite chez les prostatiques.

---

## REVUE DES JOURNAUX

### MÉDECINE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, résumé d'une clinique du prof. Grancher à l'hôpital des Enfants-Malades. — *Bulletin Médical*, 27 novembre 1895. — Le professeur Grancher pose d'abord comme principe que la seule thérapeutique efficace de la tuberculose pulmonaire est la thérapeutique hygiénique, et il ajoute que par suite du mode actuel d'enseignement médical et de la pratique usuelle des hôpitaux, ni le médecin, ni le malade, ni la famille ne sont préparés à suivre cette thérapeutique rationnelle. Beaucoup de phtisiques entrent à l'hôpital pour une toute autre affection; bien souvent la maladie principale est méconnue, ou, si elle est diagnostiquée et traitée, le malade s'en va dès qu'il y a un peu d'amélioration. Celui qui reste, c'est le phtisique arrivé à la période de ramollissement ou de cavernes, avec fièvre, sueurs nocturnes, vomissements, etc., et ce pauvre patient se trouve placé dans le plus mauvais milieu possible. Il y meurt le plus souvent. "L'étudiant en médecine voit rarement — il serait plus exact de dire qu'il ne voit jamais — ce spectacle instructif et réconfortant d'un tuberculeux guéri par la thérapeutique hygiénique rationnelle, qui vise la restauration des forces de l'organisme et qui y réussit, et par là, indirectement, aboutit à la cure du tubercule." Le médecin, de son côté, découragé par les résultats de son service hospitalier, est tout prêt à admettre que la phtisie est incurable.

Le malade, lui, qu'il soit peureux ou confiant, compte sur une prompte et facile guérison. Le patient confiant se plaint d'un rhume négligé et demande une potion ou une pilule qui guériront tout cela; il ignore la gravité de sa position et n'avouera pas, à moins qu'on ne le lui demande, qu'il a pâli et maigri, que son estomac est mauvais. Au contraire, le patient peureux est prêt à admettre tous les symptômes; mais en même temps il redoute d'apprendre qu'il est phtisique. Tous les deux veulent guérir vite et ne conçoivent pas la chose en dehors de la pharmacopée, de l'officine ou du laboratoire.

La famille non plus n'est pas préparée au traitement hygiénique de la tuberculose. Elle redoute d'apprendre qu'un de ses membres est phtisique, et est très contente de voir le médecin prescrire des sirops ou des pilules, ce qui pour elle est la preuve qu'il n'y a rien de sérieux. Et cependant, au début de la phtisie, toute perte de temps est irréparable, ou ne se corrige que par de longs soins assidus. Le succès dans le traitement de la phtisie exige deux conditions absolues: 1° reconnaître la tuberculose de bonne heure; 2° tenter de la guérir aussitôt. Nous avons déjà publié (Vol. XXIV, p. 531) comment le professeur Grancher établit le diagnostic précoce de la tuberculose; nous n'y reviendrons pas.

“ *Le traitement de la tuberculose*, dit le savant médecin, *ne se formule pas ; il s'enseigne*. Et le médecin n'apportera jamais trop de soin, de tact et d'autorité à l'exposé détaillé, très détaillé, de ce que doit faire un tuberculeux qui veut guérir. Certes, l'indication générale est toujours la même, puisque le but à atteindre c'est le relèvement de l'organisme par l'hygiène alimentaire et respiratoire, mais chaque malade a besoin d'abord que le médecin fasse sa conviction et oriente son esprit vers cette méthode thérapeutique, si simple en apparence et si modeste qu'elle laisse d'abord incrédule sur son efficacité. Comment ! pense le tuberculeux, il ne faut que manger bien, digérer bien et respirer bien pour guérir ! mais je fais tout cela et je suis malade ! Il faut donc, par un interrogatoire habile et minutieux, lui montrer d'abord que sa maladie est plus ancienne que sa toux, que déjà antérieurement il avait éprouvé tel accident qu'il a négligé, ou guéri incomplètement : pleurésie, bronchite, hémoptysie ; que ses forces ont décliné depuis longtemps ; que sa toux persistante n'est que l'indice tardif de sa maladie, caractérisée surtout par la perte de ses forces, par sa pâleur et sa maigreur, que la vraie maladie c'est cela et non la toux. Il faut aussi interroger très minutieusement ses fonctions digestives, relever avec soin les fautes commises dans l'alimentation — et elles sont toutes nombreuses, — lui montrer comment et pourquoi ses digestions sont mauvaises ou médiocres. Il faut aussi lui apprendre que respirer un air confiné ou altéré n'est pas ce qui convient, au contraire, à sa maladie, et lui dire comment il doit s'y prendre pour absorber par son poumon une grande quantité d'air pur. Il faut enfin lui dire à quels sacrifices de temps et d'argent il doit se résigner pour guérir. Bref, le médecin doit *instruire* son malade de ce qu'il ignore — et il ignore tout, et l'art de manger, et celui de respirer, et la nécessité de se reposer. Le médecin doit enfin détruire ses préjugés et sa confiance aveugle en la toute puissance des médicaments et mettre ceux-ci à leur place, c'est-à-dire au second rang.”

Le professeur Grancher fait remarquer que cette éducation du patient n'est pas chose facile pour le médecin et exige beaucoup de tact et de connaissances. Il n'y a pas deux malades semblables. Si leurs poumons sont atteints au même degré et de la même forme de tuberculose, leurs estomacs diffèrent beaucoup, et plus encore leur état social ou familial et aussi leur état psychique. Ce sont là les conditions qui font qu'un malade peut ou veut consacrer à sa guérison tous ses efforts, au besoin toutes ses ressources. C'est ce qui fait qu'il y a des tuberculeux qui peuvent guérir, et d'autres qui ne le peuvent pas. “ Leur sort sera tout différent selon leur degré d'intelligence, de docilité, de volonté, et aussi, hélas ! selon l'état de leur fortune. Car la première des conditions pour guérir de cette longue maladie, c'est de pouvoir se donner du loisir, du repos, au moins pendant quelques mois, et aussi des soins matériels qui coutent cher : aliments choisis et abondants, habitation ensoleillée et saine, vêtements chauds, etc. Si la richesse n'est pas nécessaire, il y faut au moins l'aisance et la possibilité de déposer quelque temps le fardeau de la famille à soutenir. Et combien ne le peuvent pas !”

Donc, les tuberculeux au début, surtout à l'extrême début, guérissent très bien par le traitement hygiénique pourvu qu'ils aient la volonté et les moyens de le suivre. Tout est là. “ La tuberculose, conclut le professeur Grancher, quand elle a causé des lésions pulmonaires représentées par les signes classiques de la première période : submatité, expiration prolongée et craquements, exige un traitement long et monotone. *Pour guérir, il faut, avant toutes choses, le vouloir, le vouloir bien, et le vouloir longtemps.*”

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS L'ALBUMINURIE, résumé d'un article du Dr Paul Chéron. — *Bulletin Médical*, septembre 1895. — Puisque nous en sommes sur la question du traitement hygiénique des maladies, nous croyons devoir résumer l'excellent article du Dr Chéron sur le régime alimentaire dans l'albuminurie. Nous citons mot à mot le premier paragraphe. "Le traitement du mal de Bright aigu et chronique est surtout un traitement hygiénique. C'est là un principe fondamental que le médecin ne doit jamais perdre de vue, et il lui faut veiller avec autant de soin aux détails du régime du brightique qu'aux prescriptions médicamenteuses les plus délicates. Trop souvent, en effet, la lésion rénale, une fois constituée, échappe à l'action des agents thérapeutiques et la *restitutio ad integrum* ne peut être espérée : tous nos efforts doivent donc tendre à faire tolérer cette lésion, c'est-à-dire à empêcher l'insuffisance rénale dans laquelle réside le danger. Ce n'est pas la quantité d'albumine éliminée chaque jour qui fournit l'indication capitale; même quand cette quantité est relativement considérable, qu'elle atteigne, ce qui est rare, 15 ou 20 grammes dans les vingt-quatre heures, le malade répare facilement cette perte. Ce dont on doit avant tout se préoccuper, c'est de maintenir la perméabilité rénale et de réduire au minimum la quantité des toxines fabriquées par l'économie. Mais là un écueil se présente : souvent le régime le plus favorable ne peut nourrir suffisamment le malade, de telle sorte que l'on se trouve, comme l'a fait remarquer le professeur Lépine, en face de deux indications un peu contradictoires, puisqu'il faut à la fois alimenter suffisamment le brightique et diminuer le travail de l'épithélium; exciter la sécrétion et ne pas irriter le rein." Et le Dr Chéron met en première ligne, comme le moyen le plus efficace d'atteindre ce but, le régime lacté.

Pour lui, le lait est le seul médicament sous l'influence duquel l'albumine diminue ou même disparaît dans la plupart des cas. Sous son influence la quantité des urines augmente, ainsi que celle des principes fixes et surtout de l'urée, l'albuminurie diminue, les hydropisies et les symptômes de l'urémie disparaissent, de plus la quantité des microbes contenue dans les fèces diminue beaucoup. Si l'on veut que le régime lacté soit suffisant comme nourriture, il faut arriver à donner par jour trois à quatre litres de lait, que l'on fait prendre à doses fractionnées, disons une tasse toutes les deux heures. Il est bon d'arriver progressivement à la dose maximum. La nuit, le malade absorbera une tasse toutes les fois qu'il se réveillera. Cela est utile, parce que l'urine de la nuit est toujours moins abondante et renferme plus d'albumine. Il vient un temps où le lait, même bouilli ou stérilisé, répugne au malade ou est mal supporté. On combat la répugnance en ajoutant au lait de l'eau de laurier-rose, du kirsch à petite dose, du café noir, du sel ou du sucre au choix du malade. On peut aussi conseiller le rinçage de la bouche à l'eau de Vi. hy après chaque prise. Lorsque le lait donne de la diarrhée, il faut ajouter de l'eau de chaux. Contre les vomissements, c'est l'addition d'alcalins (deux cuillerées à soupe d'eau de Vals ou 1 gramme de bicarbonate de soude par tasse), c'est le glaçage qui donnera le meilleur résultat. Bien toléré, le lait constipe presque toujours le malade et cette constipation s'accompagne souvent d'un enduit saburral de la langue avec goût désagréable dans la bouche. L'usage des pruneaux et des pommes cuites, l'addition de café noir au lait, les lavements laxatifs, la rhubarbe seront alors utiles.

Dans les cas chroniques, le lait ne peut abaisser la quantité d'albumine qu'à un certain point. Quand l'albumine ne varie plus dans l'urine, il

vaut mieux cesser le régime lacté, qui finirait par fatiguer le malade et même lui faire dommage. Le régime lacté est contre-indiqué chez les malades cachectiques et débilités. Il l'est aussi chez les goûteux, tant que la sclérose n'est pas trop avancée; il ne devient indiqué chez ces malades que lorsqu'il survient un œdème aigu et que l'on redoute l'urémie. L'indication du régime lacté est formelle dans la néphrite aiguë avec anasarque. Ordonné dès le début, le lait conduit à la guérison en trois ou quatre semaines.

Le régime mixte peut comprendre des féculents, des graisses. Voici un exemple de régime de ce genre :

Lait.....	1000 grammes
Pain blanc grillé.....	250 "
Beurre.....	50 "
Sucre.....	50 "
Soupe.....	500 "
Café ou thé légers.....	q. s. "
Macaroni.....	150 "

Lorsque l'on est décidé à revenir au régime ordinaire, il faut toujours ménager la transition, donner d'abord des potages au lait et du fromage frais, puis des féculents légers, des légumes verts et enfin des viandes blanches. Au début, un seul des repas, celui du midi, contiendra ces divers aliments, tandis que le soir, on ne permettra que du laitage.

Chaque fois que le régime lacté est indiqué, le régime azoté (viandes) devient par le fait même une contre-indication. Les viandes et leurs extraits contiennent des déchets albuminoïdes et des sels de potasse qui peuvent irriter le rein (par exemple léser les épithéliums lorsqu'il s'agit d'une néphrite interstitielle). L'albumine augmente dans l'urine, le rein devient insuffisant, la pression sanguine devant augmenter pour qu'il y ait une élimination convenable, l'hypertrophie du cœur se produit ou s'accroît, et, la période de compensation n'ayant qu'un temps, l'asthénie brightique apparaît bientôt. On doit donc éviter les viandes dans les périodes aiguës des néphrites, ne les prescrire, si cela est nécessaire, que pendant les périodes d'accalmie, ou lorsque l'on abandonne peu à peu le régime lacté. Dans ces cas, les viandes doivent être fraîches et très cuites, et l'on recommande surtout les viandes blanches (veau, agneau, volaille). Les poissons de mer *très frais* peuvent être pris sans inconvénients; il faut être sûr qu'ils sont *très frais*. Les œufs doivent être donnés avec une extrême prudence; ils sont aussi dangereux que les viandes. Lorsqu'on les prescrit il faut qu'ils soient très cuits et d'une fraîcheur absolue. Les fromages doivent être pris très frais; ils sont aussi nutritifs que la viande.

La crème, le beurre, l'huile d'olive seront largement prescrits. Certains légumes sont utiles: pois, haricots, lentilles, asperges; d'autres sont inutiles ou nuisibles: pommes de terre, choux, radis, navets, oseille. On peut autoriser le pain frais ou grillé, les pâtes alimentaires, les bouillies faites avec des gruaux différents: blé, riz, orge, maïs, avoine, le chocolat, les fruits cuits et de saison, le gâteau divers. On défendra les noix qui peuvent peut-être suffire pour faire apparaître l'albumine dans l'urine.

Il faut interdire l'alcool. Le cidre, la bière, le vin étendu d'eau pourront être autorisés, à condition que le malade n'en fasse jamais d'abus. Les

vins taniques, les vins blancs légers coupés d'eau alcaline seront les boissons les plus habituelles. Quelques auteurs défendent la bière. Le prof. Séé recommande l'infusion de thé, prise chaude aux repas, lorsqu'il y a des phénomènes dyspeptiques. Le repas le plus fort devra être celui du midi; le malade ne fera le soir qu'une légère collation.

Il faut accommoder les mets sans épices, sans condiments, sans moutarde et les préparer d'une manière qui en rende la digestion facile: les purées, les hachis, les pulpes sont très indiqués. On doit varier le régime dans chaque cas particulier, suivant la susceptibilité du malade. Enfin, on se rappellera que quand il n'y a pas de danger immédiat, il vaut mieux tolérer une infraction au régime que de laisser le malade se dégoûter et perdre complètement l'appétit.

**CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'EMPOISONNEMENT ET SON TRAITEMENT**, extrait d'un article du DR BARDET. — *Bulletin General de Therapeutique*, novembre 1895. — Il y a empoisonnement lorsqu'une substance capable de nuire a été introduite dans l'organisme.

Quoique les effets directs de contact soient les mêmes, l'application extérieure d'une drogue irritante ou corrosive ne provoque pas d'empoisonnement, il y a seulement une action pathologique qui relève de la chirurgie. L'empoisonnement ne commence que lorsqu'il y a introduction dans la circulation d'une quantité suffisante de poison. Ainsi l'application d'acide phénique sur la peau provoque une brûlure, dont le traitement appartient au chirurgien, mais après dénudation de la peau attaquée il y a introduction du poison dans l'organisme, à ce moment des phénomènes généraux, de véritables empoisonnements se manifesteront et c'est le médecin qui sera chargé de combattre par des moyens appropriés l'intoxication dont souffrira le malade.

Toute substance capable de nuire est poison, donc l'intoxication pourra provenir de l'introduction dans l'organisme d'un poison extérieur ou d'un poison propre à l'organisme lui-même.

Dans la première hypothèse, la fièvre typhoïde serait un empoisonnement aussi bien que le morphinisme; dans la seconde l'embaras gastrique dû à la résorption des toxines de l'intestin, serait une intoxication au même titre que l'absorption d'une dose toxique d'atropine.

Cette manière de voir, en rapport avec l'état actuel de la science, élargit singulièrement notre sujet, mais il le complique en même temps d'une telle façon qu'il est nécessaire de rétrécir le cadre, au moins dans l'exposé des données pratiques et usuelles du traitement de l'empoisonnement.

Nous en pouvons cependant tirer une indication précieuse pour le tracé des grandes lignes de la thérapeutique des empoisonnements.

Il faudrait en effet considérer ceux-ci comme de véritables maladies et les traiter comme telles.

Au point de vue du diagnostic, l'intoxication typhoïde ou toxinique quelconque est due à une cause plus ou moins obscure et d'origine souvent inconnue et toujours involontaire. L'empoisonnement ou contraire est dû à l'introduction dans l'organisme d'une substance déterminée, presque toujours connue et parfois introduite volontairement dans la circulation.

Mais, au point de vue des effets, l'évolution des phénomènes se ressemble singulièrement, l'organisme est troublé dans son fonctionnement général, certains organes sont plus particulièrement impressionnés et il en résulte un état pathologique spécial presque toujours facile à reconnaître.

En cas d'empoisonnement, le médecin a donc un rôle tout tracé, c'est de reconnaître le plus rapidement possible, en se servant des signes mis en évidence par le toxicologue, le poison absorbé et par suite le genre de la maladie provoquée. Cela fait il a devant lui un malade atteint d'une affection particulière et il doit le soigner, suivant le cas, comme il traiterait un malade atteint de la même façon et dans les mêmes organes par une cause se rattachant à la pathologie générale.

En effet, le temps des contre-poisons et des antidotes a vécu, la doctrine des antagonistes doit être considérée comme surannée et le médecin qui veut rendre de réels services à son malade, en cas d'empoisonnement, doit voir les choses d'une façon beaucoup plus rationnelle et plus simple qu'autrefois.

Je m'explique :

Voici un sujet empoisonné par la strychnine. Il est atteint de crises convulsives des plus dramatiques dont chacune menace de mettre l'individu dans l'impossibilité de suffire aux fonctions circulatoires et respiratoires. Le centre médullaire est touché énergiquement et tout le système moteur est dans un état d'hyperexcitabilité.

Si nous suivions les vieux toxicologues, nous devrions : 1° chercher à évacuer le poison par des vomitifs et par des saignées ; 2° administrer des réactifs capables de faire avec la strychnine des sels insolubles dans l'eau et les acides ; 3° donner des antidotes ou antagonistes appropriés.

Mais en suivant la méthode nouvelle nous considérerons le strychnisme comme un état pathologique établi, dans lequel il faut surtout chercher à éliminer le poison en mettant l'organisme à même de résister aux phénomènes propres à la maladie, c'est-à-dire en cherchant à diminuer, sinon à supprimer, l'énergie des convulsions dues à l'état d'hypersténie de la moëlle. Dans ces conditions, nous nous garderons bien d'administrer des vomitifs de peur de superposer une intoxication nouvelle à la première, dans un organisme déjà affaibli, mais nous laverons l'estomac avec le tube de Debove en ajoutant (seulement par acquit de conscience) à l'eau du lavage un précipitant de la strychnine.

Nous éviterons l'emploi d'un antagoniste (curare par exemple) qui est toujours un autre poison, mais nous administrerons les médicaments capables de lutter contre l'irritation de la moëlle, chloroforme et chloral en inhalation et en injections hypodermiques ou même veineuses d'après la méthode d'Oré, malgré le danger de ces dernières.

Nous aurons ainsi chance de diminuer les crises convulsives. En même temps nous augmenterons l'activité éliminatoire du rein par des moyens appropriés, au besoin par des injections veineuses de sérum artificiel.

Ces prescriptions sont logiques et répondent bien à la manière de voir que nous exposons.

Celle-ci d'ailleurs possède un autre avantage, c'est de simplifier la classification de l'empoisonnement en groupant ensemble les drogues susceptibles de produire sinon les mêmes effets au moins des effets du même ordre, c'est-à-dire d'attaquer les mêmes organes et en les combattant alors par les mêmes procédés.

Tout médecin appelé auprès d'une personne atteinte d'intoxication est capable de rendre les plus grands services à son malade, s'il connaît bien sa thérapeutique, s'il raisonne bien, s'il est secondé par un pharmacien intelligent



c'est-à-dire assez consciencieux pour avoir toujours dans son officine les substances qui peuvent être nécessaires en cas de danger.

Malheureusement, il règne encore tant d'incertitude dans la manière de traiter l'intoxication, que le médecin, d'une part, et le pharmacien d'autre part, se trouvent trop souvent désarmés dans beaucoup de cas. Et cependant il y a un bien petit nombre d'indications importantes à remplir et avec un peu de prévoyance, il serait facile aux intéressés d'être toujours parés aux plus pressantes nécessités.

Dans une intoxication il y a deux phases bien différentes, d'abord la scène toxique aiguë, toujours inquiétante, parfois dramatique, où la vie du malade est dans un danger imminent et pendant laquelle l'intervention est urgente; puis après cette première scène s'établit la seconde partie de l'empoisonnement, qui devient chronique et pendant laquelle le médecin n'a plus devant lui qu'un malade ordinaire chez lequel la thérapeutique devient facile à prescrire comme à exécuter.

C'est seulement pendant la scène aiguë, qu'il est nécessaire d'agir avec rapidité et vigueur; or, dans tous les cas les indications varient peu, il faut être prêt à évacuer rapidement le contenu de l'estomac, ce qui est une indication capitale, et pour cela se servir d'un tube à lavage quelconque. L'emploi de l'ipéca, de l'émétique ou de l'apomorphine comme vomitifs doit être aujourd'hui condamné dans les empoisonnements par poisons généraux; on doit leur préférer la moutarde et le sulfate de zinc, et encore cette pratique doit-elle être abandonnée au traitement de l'intoxication pour certains poisons corrosifs, quoique, même dans ce dernier cas, le vomitif soit de beaucoup inférieur au procédé mécanique du lavage, qui a le grand avantage d'entraîner les particules du poison logées dans les moindres replis de la muqueuse. Le tube à lavage est donc un appareil d'urgence que l'on doit toujours être à même de se procurer dans un très court intervalle de temps; il serait donc très utile d'en prescrire la possession aux pharmaciens.

Le liquide du lavage pourra, suivant les indications spéciales, être soit de l'eau pure ou glacée, soit une solution de calmants quelconque, surtout de cocaïne (0gr,10 à 0gr,50 par litre, par exemple en cas de brûlure de l'estomac). Si on arrive à temps, on peut aussi espérer détruire sur place une partie du toxique en ajoutant à l'eau du lavage une petite quantité de réactif susceptible de former un sel insoluble avec le poison.

Aussitôt après le lavage de l'estomac on doit terminer quand il s'agit d'un empoisonnement général, par le dépôt d'une dose assez élevée de purgatif. Au besoin on pourra avantageusement ajouter à cette précaution l'administration d'un lavement purgatif, c'est un excellent moyen d'amener une évacuation rapide du poison passé dans l'intestin et de favoriser l'élimination de celui qui a déjà pu être entraîné dans la circulation générale.

Si l'urgence est sérieuse, le médecin peut aussi utiliser le tube, après lavage, pour déposer dans l'estomac une certaine quantité de médicaments (café noir par exemple en cas d'intoxication par l'opium), particulièrement des diurétiques, car il est important de ne pas oublier le rein dans l'élimination du poison.

Après le lavage de l'estomac et l'administration d'évacuants, il se présente rarement plus de quatre grandes indications dans la crise aiguë des empoisonnements, indications qui correspondent aux troubles nerveux les plus inquiétants pour le malade et qui sont les suivants:

1. Le malade a de l'anémie cérébrale ou de la syncope.

2. Le malade a de l'asphyxie, soit par trouble fonctionnel du côté de l'appareil respiratoire, soit par suite de troubles chimiques du côté du sang.

3. Le malade tombe dans le collapsus par paralysie cérébrale.

4. Au contraire, le malade a une excitation considérable du système nerveux, avec ou sans crises convulsives.

Dans tous ces cas l'intervention est urgente, et pour intervenir il faut posséder les armes nécessaires qui sont :

1° Les inhalations de *nitrite d'amyle*, puis les injections de *caféine* ou l'ingestion de préparations à base de *trinitrine* ou *nitro-glycérine*, contre la syncope ;

2° Les *inhalations d'oxygène* toutes les fois où la respiration est compromise et l'asphyxie imminente, et quelqu'en soit la cause. Comme moyen ultime on peut combiner à ce moyen la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue ;

3° Les stimulants généraux et particulièrement les *injections hypodermiques d'éther* dans le collapsus ;

4° Les calmants et surtout le *chloral* ou le *chloroforme* en cas d'excitation et de convulsions.

### Tumeurs fibreuses de l'utérus.

Douleurs dans le ventre amenées par les adhérences péritonéales :

Rx.—Extrait de digitale.....	1	drachme
Savon mou de potasse.....	2	drachmes
Sulfo-ichthyolate.....	2½	—
Vaseline } ää.....	1¼	once
Lanoline }		

Sig.—Tous les soirs, onctions douces sur le paroi abdominale : enlever le matin avec de l'eau tiède.

A l'intérieur :

Ichthyol..... 45 grains

Sig.—Pour trente pilules. Une pilule avant chaque repas.

Pansements vaginaux au glycérolé d'ichthyol :

Sulfo-ichthyolate d'ammonium.....	2½	drachmes
Glycérine neutre à 30° Baumé.....	8	onces

JULES CHÉRON.

## CHIRURGIE

**TRAITEMENT DES PLAIES DE JAMBE**, extrait d'un article du Dr HUGUET, médecin-major à l'École Militaire de Saint-Cyr. — *Gazette des Hôpitaux*, août 1895.—Les plaies de jambe méritent d'attirer l'attention à cause de la multiplicité de leurs formes, de la variété des traumatismes qui les engendrent et surtout des traitements particuliers dont, suivant les cas, elles sont justiciables. Dans la pratique, les plaies de jambe se rencontrent fréquemment; leur évolution est généralement longue, la guérison très lente à obtenir. Nous avons cherché si, à ces dièses, on ne pourrait pas appliquer certains des traitements que la chirurgie actuelle a rendus d'exécution facile; aussi, à côté des doctrines classiques, avons-nous fait une place à quelques données thérapeutiques appuyées sur de nombreuses observations personnelles, dont il ne sera peut-être pas sans intérêt d'exposer les résultats. Nous laisserons de côté les plaies de jambe consécutives aux grands traumatismes (fractures par armes à feu, fractures par écrasement), à ceux qui atteignent également la plupart des systèmes anatomiques du membre et dans lesquels les lésions du squelette occupent la place prépondérante. Nous limiterons notre étude aux plaies traumatiques des parties molles.

*Plaies par instruments piquants.*—Le traitement des plaies par instruments piquants est simple. S'il n'y a pas d'hémorragie artérielle qui nécessite la ligature des deux bouts du vaisseau, il est recommandé de s'abstenir de toute intervention, même exploratrice. La plaie doit être soigneusement lavée avec des solutions au sublimé à 1 p. 500 ou à l'acide phénique à 5 p. 100, et recouvertes d'un pansement antiseptique occlusif maintenu par un bandage légèrement compressif. Deux conditions sont nécessaires pour que la guérison puisse s'effectuer: ce sont l'immobilisation du membre et son maintien dans une position élevée, de façon que le pied soit constamment placé plus haut que la racine du membre.

*Plaies par instruments tranchants.*—Les plaies par armes tranchantes, en outre de la désinfection méthodique de la plaie, exigent souvent l'arrêt d'une hémorragie veineuse, quelquefois la ligature d'un vaisseau artériel, enfin la suture d'un nerf ou d'un tendon. La plupart du temps, les muscles sont atteints sur une assez grande étendue, en particulier, quand la plaie siège au niveau de la masse du mollet. L'hémorragie des veines superficielles est efficacement traitée par le tamponnement antiseptique effectué par un pansement suffisamment compressif. Dans le cas de lésion artérielle, on doit se conformer au précepte aujourd'hui recommandé par tous les classiques, la ligature des deux bouts du vaisseau dans la plaie. La suture pour section ou rupture traumatique d'un nerf peut être faite soit bout à bout, soit, si le tronc nerveux est d'un diamètre suffisant et lésé sur une certaine étendue, par l'un des procédés d'autoplastie conseillés par les auteurs. La suture tendineuse n'est guère pratiquée que pour la section du tendon d'Achille, qui est de beaucoup plus fréquente. C'est le seul procédé donnant des résultats favorables.

La dièse des muscles coupés transversalement doit être réparée au

moyen de sutures séparées pour chaque corps musculaire, chacun d'eux ayant ses extrémités rapprochées au moyen de sutures superficielles et profondes. La suture des aponévroses et des téguments doit aussi être faite aseptiquement, au catgut pour les aponévroses (la suture en surjet à points renforcés de Doyen nous paraît la plus recommandable), à la soie ou au crin de Florence pour la peau (suture en surjet simple ou à points séparés). Si, malgré toutes les précautions prises par le chirurgien, la suppuration s'établit et les sutures ne tiennent pas, il ne faut pas hésiter à les défaire et à pratiquer un bon drainage. Dans les cas de phlegmons avec décollements, on doit faire des débridements multiples, assurer autant que possible la désinfection locale, et empêcher la déchéance générale de l'organisme par un traitement médical approprié.

*Plaies contuses de la jambe.*—Ces diérèses, quelle que soit leur cause et quel que puisse être le traitement à employer, doivent être, tout d'abord, l'objet d'un nettoyage minutieux consistant dans un lavage à la solution de sublimé savonneuse à un gramme pour 500, lavage qui doit être pratiqué avec une brosse antiseptique sur une surface assez considérable autour de la plaie. Si la région est pourvue de poils elle sera rasée. Après le premier lavage, on continue la mise au net des surfaces par des lotions à l'alcool et à l'éther. Enfin, après que la plaie et les tissus voisins ont été rendus aussi aseptiques que possible, on recouvre ceux-ci de compresses antiseptiques. Au cours de ce nettoyage préliminaire, une exploration première doit être faite pour la recherche des corps étrangers ou la constatation du lieu d'origine de l'hémorrhagie, s'il est possible de s'en rendre compte à un premier examen. Les recherches sérieuses ne peuvent être faites qu'une fois la plaie complètement aseptisée et quand, après une première inspection, le bilan des lésions superficielles a été préalablement établi. C'est après son second examen plus rigoureux, s'étant aidé d'un stilet et d'une sonde cannelée aseptiques, au besoin d'une pince et d'écarteurs, que le praticien peut exactement évaluer la profondeur et les lésions vasculaires et autres, enfin constater la présence ou l'absence de corps étrangers (dont l'extraction doit être pratiquée aussitôt que la constatation en a été faite); alors seulement, on est en droit de choisir le mode de traitement qui paraît le mieux s'appliquer au traumatisme.

Dans les plaies contuses qui présentent une solution de continuité linéaire et de peu d'étendue, la suture immédiate peut être pratiquée. Mais, pour que la réunion par première intention réussisse, il faut que les tissus n'aient subi qu'une section des surfaces, sans attrition. Une plaie traitée par la suture immédiate guérit dans un espace de temps qui varie de cinq à douze jours, et après lequel la réparation est complète. Les plaies de cette catégorie, quoique simples, exigent de quinze jours à un mois pour guérir, si l'on ne fait pas de suture, et la raison en est simple: dans un cas, la rétraction des téguments donne à la plaie une surface considérable; la moindre diérèse se transforme en une plaie ovalaire qui demande beaucoup de temps pour se cicatriser. Dans le cas de la suture, on réduit au minimum les dimensions de la plaie, et le rapprochement des bords est effectué de la meilleure façon possible en vue d'une cicatrice linéaire, ni étalée, ni adhérente.

Il est des cas où une plaie contuse ne peut être suturée. Pour les diérèses qui sont en surfaces, pour les longues éraflures, il faut se résoudre à panser antiseptiquement la plaie. Pendant la période de réaction inflammatoire, les pansements humides au sublimé rendent les plus grands services. Dès que la plaie est bien détergée, que les téguments mortifiés se sont détachés, on

peut modifier avantageusement les surfaces ulcérées à l'aide d'attouchements à la glycerine iodée (20 parties de teinture d'iode pour 10 parties de glycérine pure); à partir de ce moment, la réparation commence et les pansements secs à l'iodoforme ou au salol achèvent la guérison. Quelquefois, quand la plaie est placée sur un plan osseux, les pansements secs sont moins bien supportés et occasionnent quelques douleurs; il est aisé de les remplacer par des pansements à la vaseline iodoformée ou salolée. La guérison, même pour les plaies en éraflures, est lente à se produire et demande de trois à six semaines; elle est d'autant plus retardée que la période inflammatoire du début est de longue durée. La plaie étant tout en longueur, il en résulte la formation d'une eschare linéaire, dont les différentes parties ne s'éliminent pas en même temps et exigent de sept à dix jours au moins pour se détacher.

**RÉDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE PAR LA MÉTHODE DE KOCHER**, résumé d'une note de P. MERMET, interne des hôpitaux. — *Gazette des Hôpitaux*, 14 novembre 1895. — L'auteur de cette note explique d'abord en quoi consiste le procédé bien connu de Kocher, qui date de 1875 et s'applique aux luxations antéro-internes de l'épaule. " Nous rappellerons seulement, dit-il, que le procédé comprend quatre temps principaux bien résumés par M. Hennequin. Premier temps : fléchir l'avant-bras à angle droit et appliquer le bras à la paroi thoracique, le coude porté un peu en avant. Deuxième temps : imprimer au bras un mouvement de rotation externe en se servant de l'avant-bras comme d'une manivelle et ne s'arrêter que quand ce dernier se trouve dans le plan transversal du corps. Troisième temps : tout en maintenant le membre dans la rotation externe, porter le coude en adduction antérieure en lui faisant raser la base de la poitrine, et élever le bras jusqu'à la hauteur de l'épaule. Quatrième temps : imprimer à tout le membre un brusque mouvement de rotation interne en dirigeant la main vers l'épaule du côté sain. Les trois premiers temps, ajoute M. Hennequin, doivent être exécutés avec une grande lenteur et beaucoup de douceur; le quatrième, brusquement. L'opération est moins brillante, mais beaucoup plus sûre et moins douloureuse."

L'auteur de la note se demande ensuite quelle est la meilleure position à donner au blessé. Kocher et ses élèves préfèrent la position assise. D'autres emploient la position couchée. Voyons d'abord les deux positions en détail.

*Position assise.* — " Le patient est assis en travers sur une chaise, l'aisselle du côté sain à cheval sur le dossier, l'omoplate du côté malade maintenue ou non par un aide, le tronc nu dans la rectitude ou un peu bombé du côté lésé. L'opérateur se place de ce même côté, un genou en terre, ou mieux, comme l'indique M. Hennequin, assis, faisant face aux bras luxé et calant d'un de ses genoux ceux du blessé."

*Position couchée.* — " Les auteurs conseillent alors de placer le patient assez près du bord du lit pour que le membre luxé dépasse le bord de celui-ci. Pour notre compte, et nous verrons plus loin les avantages de cette situation, nous couchons toujours le blessé sur un lit résistant, un peu bas (brancard d'hôpital, table d'opération); le tronc toutefois est dirigé un peu obliquement de façon que le membre atteint soit libre et non soutenu, dans son segment inférieur, et que l'épaule, au contraire, repose solidement fixée ou non par un aide. L'opérateur se tient debout du côté blessé, jouissant par conséquent de toute sa force pour exécuter les seuls temps qui en nécessitent d'ailleurs, c'est-

à-dire les deux derniers de la réduction; il pratique alors les manœuvres, comme nous l'avons rapidement décrit ci-dessus."

"Les chirurgiens, continue l'auteur, préfèrent, en général, donner au blessé la position assise en raison de la liberté d'exécution de tous les mouvements imprimés au membre lésé, surtout des mouvements de rotation et d'élévation, qui constituent à vrai dire le point important de la méthode. L'avantage est d'ailleurs incontestable; l'opérateur est à son aise et ne saurait être gêné par quoi que ce soit. Mais à côté de ce réel avantage, cette position donnée au blessé a de petits inconvénients." D'abord, l'opération est parfois très douloureuse, et l'on est forcé pour la terminer de faire coucher le patient, surtout si c'est une femme, à cause des tendances à la lipothymie ou à la syncope. Ensuite il arrive souvent que, malgré toutes les précautions voulues, le malade se dérobe pendant les premiers temps opératoires aux manœuvres de réduction. C'est chez lui un mouvement instinctif, un moyen d'éviter la douleur. La rotation externe du deuxième temps amène une distension douloureuse de la portion postéro-interne de la capsule et des deux lèvres de la déchirure ligamenteuse, et le blessé, pour effacer la douleur, supprime cette rotation externe de l'humérus, d'une part, en échappant à l'opérateur qui, plus éloigné, perd de sa force, et, d'autre part, en imprimant à son tronc un mouvement de torsion, qui rétablit la tête humérale et la cavité glénoïde dans les mêmes rapports qu'avant la rotation externe, et supprime ainsi la distension de la capsule articulaire.

Mermet se montre très en faveur du décubitus dorsal. "Dans cette position, les précédents inconvénients disparaissent, les avantages subsistent. Tout d'abord, l'exécution de la manœuvre est aussi facile pour le chirurgien dans le décubitus dorsal du blessé que dans la station assise. Si l'on a eu la précaution de placer ce dernier sur un lit un peu bas, l'opérateur sera libre de ses mouvements et de sa force. Ensuite, il sera beaucoup plus aisé, dans cette position, d'immobiliser l'épaule luxée. Si celle-ci appuie sur un plan résistant au bord du lit, un aide maintiendra sans peine même les deux épaules appliquées contre la table d'opération, le patient ne se dérobera plus surtout au second temps de la réduction, lors de la rotation externe; celle-ci sera faite d'une façon efficace, et on pourra sans difficulté accomplir les troisième et quatrième temps, c'est-à-dire amener le coude en adduction antérieure, puis exécuter la rotation interne finale."

**TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR,**  
 extrait d'un article du Dr PAUL DUBOIS. *Journal de Médecine de Paris*, décembre 1895.—Un maxillaire récemment fracturé ne permet pas le port immédiat d'un appareil de réduction. L'inflammation consécutive s'y oppose. Même dans les fractures simples, on voit se produire une tuméfaction assez considérable des tissus mous; dans les fractures plus graves, la suppuration, le ptyalisme, la constriction compliquent la situation. Cela rend difficile l'examen buccal. Il en résulte que la prise de l'empreinte et le placement de l'appareil doivent être différés jusqu'à la cessation, ou au moins l'atténuation des accidents inflammatoires.

Si, dans le voisinage de la fracture, des dents ont été notablement déplacées, elles entretiennent la suppuration et agissent à la manière de corps étrangers. Leur extraction immédiate s'impose, surtout si le bord alvéolaire est lésé. Les dents simplement chancelantes, notamment celles éloignées de

la ligne de la fracture, se consolident aisément en prenant les soins voulus. Les esquilles et les sequestres doivent être enlevés aussitôt que possible. S'il y a commencement de consolidation vicieuse, il vaut mieux la détruire par une pesée sur les fragments, afin de rétablir la fracture. Martin dit que la présence de tissu fibreux entre les parties à réunir n'est pas un obstacle à l'appareil, ce tissu se résorbant au contact des parties osseuses rapprochées. Le repos au lit, l'alimentation liquide sont de rigueur dans les premiers jours.

On fera faire des irrigations abondantes toutes les heures avec une solution antiseptique : eau boricuée dans les cas simples, eau iodée ou phénuquée s'il y a suppuration.

Iode.....	2 grammes
Iodure de potasse.....	1 —
Acide thymique.....	2 —
Alcool.....	30 —
Eau distillée.....	1000 —

Pour ces cas, l'irrigateur ordinaire est supérieur aux petites seringues à main. En trois à huit jours, l'inflammation cède aux moyens ci-dessus ; alors il est possible de procéder à la pose de l'appareil.

Ceux-ci peuvent se distinguer en appareils faits extemporanément, et appareils faits sur un modèle. Les appareils et moyens de réduction n'exigeant pas de modèle sont imparfaits et ne doivent être employés qu'à défaut des autres. Quelques-uns, comme la fronde, sont des auxiliaires. La *fronde* assure l'immobilité de l'os fracturé ; mais pour les fractures latérales du corps de l'os, et en général pour toutes celles où il y a du déplacement, ce moyen est insuffisant, car il n'assure pas la coaptation des fragments. Il empêche le lavage fréquent et entrave la déglutition. Nous n'apprécions la fronde que comme moyen adjuvant. La *suture* osseuse peut parfois dispenser de tout appareil ; mais il est inutile de léser un os quand on peut obtenir le même résultat avec un appareil, d'autant plus que si ce moyen échoue, il crée une situation plus difficile. La *ligature* des dents restantes à l'aide de fils textiles ou métalliques a été conseillée. Elle n'offre pas assez de résistance pour combattre l'action antagoniste des muscles, quand il y a déplacement. Les fils prenant leur point d'appui sur des dents chancelantes et étant en contact avec des gencives inflammées, ont une action irritante. Par ce moyen l'affrontement des bords et leur maintien en bonne place sont à peu près impossibles. L'*appareil de Hougnot* n'a pas une solidité suffisante. L'*appareil de Morel Lavallée*, constitué par une gutta-percha mise molle dans la bouche, puis pressée avec les doigts, ne s'ajuste qu'imparfaitement et n'offre pas la rigidité voulue, par suite de la tendance de la gutta à se ramollir à la température buccale. Le docteur Dubois conseille les appareils rigides (plâtre) fabriqués après avoir pris l'empreinte exacte de la bouche (machoire supérieure, machoire inférieure) à l'aide de la cire ou du *godiva*.

LA PALPATION DU REIN MOBILE, extrait d'une clinique du professeur GUYON, de l'hôpital Necker, à Paris. — *L'Indépendance Médicale*, décembre 1895. — Nous allons passer maintenant à l'examen du rein chez notre malade, mais avant de vous donner les résultats de cet examen, je veux profiter de l'occasion qui se présente pour vous donner quelques notions sur la manière d'explorer un rein malade.

L'exploration par la *palpation* est la seule mise en usage. La palpation peut se faire soit d'après la *méthode de Glénard*, soit par l'exploration bimanuelle aidée par une manœuvre spéciale donnant la sensation du *ballotement*. Glénard pratique l'exploration dans le décubitus latéral: il applique la main gauche sous le dernier arc costal, le pouce en avant, le médius en arrière, puis, repoussant avec la main droite la région ombilicale, il pince entre les doigts la région iléo-costale et sent à ce niveau le rein qui descend pendant l'expiration. Le ballotement est produit au moyen de la palpation bimanuelle: le sujet étant dans le décubitus dorsal, on forme avec la main placée dans la région lombo-costale un plan résistant qui permet d'apprécier plus nettement le contour de la glande malade et qui en même temps refoule au-devant de la main antérieure l'organe à explorer. Si l'on repousse avec la main lombaire légèrement et brusquement la tumeur au-devant de la main antérieure, on a le phénomène du ballotement rénal. Il va de soi qu'on ne peut sentir le phénomène de ballotement que quand le rein est descendu au-dessous des côtes,

Généralement, lorsqu'un malade porteur d'un rein mobile fait des grands mouvements respiratoires, le rein descend de deux façons différentes; ou en suivant une ligne verticale, et c'est là le mode de descente le plus habituel, ou bien en obliquant un peu en dehors, en s'extériorisant pour ainsi dire. Que le déplacement soit le résultat de sa mobilité ou la suite de l'augmentation de son volume, le rein descendra le plus souvent suivant la verticale. Le déplacement vertical peut exister seul ou être combiné avec les autres déplacements: oblique, latéral.

Chez notre malade, le rein en descendant oblique en dedans, son extrémité inférieure s'avance vers l'ombilic. Ce phénomène s'accroît encore davantage dans le décubitus latéral. Le malade doit respirer largement et on ne saurait pas trop insister sur l'utilité des grandes respirations pour étudier les déplacements, question très bien étudiée par Glénard. Quant à la *position* du malade, elle n'est pas moins importante. L'exploration peut se faire dans le décubitus horizontal complet, la tête à plat, non appuyée sur des oreillers, dans la position que l'on prend pour lire dans son lit, dans le décubitus latéral, dans la position assise dans le lit. L'exploration se fait mieux dans le décubitus dorsal, les épaules et la partie supérieure du thorax étant un peu relevées. Dans la position verticale l'exploration devient impossible, car on ne sent plus rien.

Tels sont les principaux moyens pour l'exploration des déplacements verticaux ou lombo-abdominaux. Quels sont les moyens d'exploration pour étudier les déplacements latéral et transverse, que j'ai réunis sous le nom générique d'abdominaux? Le moyen principal, j'allais dire le moyen vrai, c'est le décubitus latéral opposé au côté malade, en l'espèce sur le côté gauche. Or, mettons la malade dans le décubitus latéral gauche, elle nous dira que d'abord elle ne sent pas de douleurs, qu'au bout de quelque temps elle commence à sentir un malaise, et enfin des douleurs très fortes. Nous pouvons donc conclure en toute sûreté que c'est bien sous l'influence du rein mobile qu'elle souffre. Faisons la contre-épreuve, mettons-la sur le ventre, le déplacement cesse alors et avec lui disparaissent les douleurs.

Traitement: fixation du rein (néphropexie).



## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**LIGATURE DU CORDON OMBILICAL, NOUVEAU PROCÉDÉ**  
 par Pierre BUDIN, accoucheur en chef de la Maternité. — Les médecins connaissent les dangers que l'existence d'un cordon gras fait courir à l'enfant nouveau-né. Comme la gélatine de Wharton se dessèche sous l'action de la température du corps, les vaisseaux ombilicaux cessent bientôt d'être comprimés quand le cordon gras a été lié avec un fil de lin ou de soie. Si l'enfant fait alors des efforts, s'il crie, s'il est trop serré dans ses langes, une hémorrhagie grave survient, quelquefois même une hémorrhagie mortelle.

On s'est ingénié à chercher des procédés qui pussent empêcher cette hémorrhagie ombilicale de se produire.

Deux ou trois ligatures peuvent être superposées sur le cordon, en laissant un petit intervalle entre chacune d'elles : ce moyen ne réussit guère, car la dessiccation portant sur la gélatine de Wharton des diverses parties du cordon, les ligatures deviennent simultanément inefficaces.

On a conseillé de sectionner en plusieurs points, avec l'extrémité des ciseaux, l'enveloppe amniotique du cordon, de faire sortir par expression une certaine quantité de gélatine de Wharton et de pratiquer ensuite la ligature.

On a encore recommandé d'isoler les trois vaisseaux ombilicaux à l'extrémité libre et sectionnée du cordon, puis de lier chacun d'eux séparément.

Ces deux moyens sont bons : mais, comme la gélatine de Wharton est visqueuse et gluante, ils ne sont pas extrêmement faciles à mettre en pratique.

Nous avons autrefois, ainsi que M. Tarnier et d'autres auteurs, beaucoup insisté sur la ligature faite avec un fil élastique ; elle donne d'excellents résultats, mais le médecin ou la sage-femme n'ont pas toujours sous la main un fil en caoutchouc ; ce fil, du reste, s'il n'est pas bien choisi, glisse sur l'amnios et s'échappe. A-t-on, par précaution, des fils en caoutchouc dans sa trousse, au bout d'un certain temps ils s'altèrent et se cassent quand on en fait usage.

Depuis plusieurs années, nous avons recours à un autre procédé.

A. Avec un fil de lin, simple ou double, de 25 ou 30 centimètres de longueur environ et qui a été trempé dans une solution de sublimé, on fait sur le cordon, à 2 ou 3 centimètres de l'ombilic, une ligature circulaire bien serrée (Voy. fig. 9).

On coupe ensuite, avec des ciseaux, la tige funiculaire à 1 centimètre au delà de la ligature.

B. On dirige en haut la surface de section du cordon. Les deux chefs du fil qui a servi à la ligature, étant séparés, l'un de ces chefs est placé dans le sillon fait par la ligature et reporté sur la circonférence du cordon jusqu'au point opposé. Les deux chefs du fil sont alors placés sur la surface de section ; on les croise, on serre, puis on fait un nœud (Voy. fig. 10).

Cette seconde ligature, perpendiculaire à la première, sépare les vaisseaux du cordon ; la veine et une artère sont d'un côté ; de l'autre se trouve la seconde artère.

C. Il suffit ensuite de procéder à la ligature de chacune des moitiés du cordon. Les deux chefs passent à droite et à gauche d'une des moitiés, par exemple de celle qui ne comprend qu'un vaisseau; ces chefs sont croisés, on serre et on noue (Voy. fig. 11).

D. Si le nœud a été placé à l'un des angles de réunion de la première et de la seconde ligature, un des chefs est passé de nouveau dans le sillon médian, dans le sillon de séparation; l'autre passe autour du cordon, dans le sillon externe, puis les deux chefs sont croisés, serrés et noués (Voy. fig. 12). La seconde moitié du cordon, qui comprend le second et le troisième vaisseau, se trouve ainsi liée à son tour.

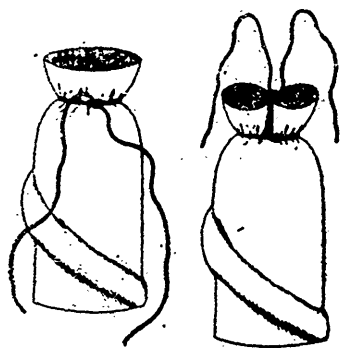


FIG. 9-10

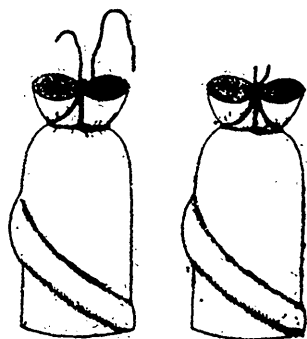


FIG. 11-12

Les élèves appellent souvent cette ligature, *la ligature en bouchon de champagne*; l'expression est impropre, ou mieux elle est insuffisante. Elle s'applique bien à la première et à la seconde ligature, qui sont perpendiculaires l'une à l'autre; mais, dans le procédé que nous venons de décrire, on lie en outre isolément et successivement les deux moitiés du cordon; ces moitiés comprennent les vaisseaux qui ont été séparés par la ligature en bouchon de champagne.

Depuis plusieurs années nous employons personnellement cette ligature, et nous l'avons fait pratiquer à la Charité d'abord, à la Maternité ensuite; nous n'avons pas constaté une seule hémorrhagie du cordon ombilical.

— *L'Obstétrique.*

ÉTUDE DE QUELQUES POINTS DOUTEUX DANS LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT, par le docteur Charles P. NOBLE, chirurgien en chef de l'hôpital Kensington pour les femmes, à Philadelphie. — *The Therapeutic Gazette*, janvier 1896. — Il y a plusieurs problèmes à résoudre dans la manière de traiter les menaces d'avortement. Le praticien ne peut établir sa ligne de conduite qu'en faisant appel à toutes ses ressources. Bien peu de cas, dans la pratique courante, demandent de sa part autant de tact, de savoir, d'expérience et de jugement, pour arriver à un bon résultat. Désirant apporter ma quote-part à l'étude de ce sujet difficile, je présente aujourd'hui mes idées personnelles sur quatre des problèmes qui se rencontrent le plus fréquemment: 1° Quand l'avortement est-il évitable? 2° Quand l'avortement est-il complet; 3° Quand doit-on cesser l'irrigation après les

avortements septiques? 4<sup>e</sup> Quand doit-on pratiquer une opération (*per vaginam* ou laparatomie) après les mêmes avortements?

*Quand l'avortement est-il évitable?* Tout praticien de quelque expérience sait combien la question est délicate. Et cependant de la solution exacte du problème dépend d'un côté la vie d'un être qui n'est pas encore au monde, de l'autre le bien-être, la santé, peut-être aussi la vie d'une femme enceinte. Malheureusement, il est difficile, sinon impossible, d'établir les règles absolues de l'inévitabilité de l'avortement. L'on croit généralement que lorsqu'une hémorrhagie se produit dans un utérus gravide et que les contractions surviennent, l'avortement est inévitable; mais j'ai vu sous un traitement approprié ces symptômes s'évanouir, la grossesse se prolonger jusqu'à terme et se terminer par la naissance d'un enfant vivant, sans mauvais résultats pour la mère. On peut à ce propos se référer au cas, rapporté par Scanzoni, d'une femme qui fut saisie d'une métrorrhagie profuse au troisième mois de sa grossesse. Elle passa un grand nombre de caillots et, comme l'on avait abandonné tout espoir de sauver l'œuf, l'on employa l'ergot à larges doses, avec application de tampons dans le vagin. Après trente-six heures, l'on fit l'exploration de l'utérus avec une sonde; et finalement, comme l'hémorrhagie durait depuis trois semaines, l'on eut recours à une injection intra-utérine d'une solution faible de perchlorure de fer. Huit semaines plus tard la patiente se rétablit et présenta des signes évidents d'une grossesse rendue au sixième mois (Lusk, *The Science and Art of Midwifery*, 1892, p. 319). Je fus moi-même consulté pour un cas où la grossesse persista en dépit de l'application systématique, pendant quelques semaines, sur la surface interne de l'utérus, d'acide carbolique pur.

Lorsque, avec l'hémorrhagie utérine, il y a dilatation du col et descente de l'œuf, on peut tenir l'avortement comme inévitable. Lorsqu'une partie de l'œuf est sortie, ou que les eaux de l'amnios ont fait irruption au dehors, ou qu'une inflammation septique s'est déclarée, il n'y a aucun doute que l'avortement est inévitable, et l'on ne doit pas dans ces circonstances essayer de prévenir l'expulsion de l'œuf. Une semblable tentative serait surtout déplorable lorsque l'écoulement est fétide et que la malade présente de la fièvre.

Les cas les plus embarrassants sont ceux où une hémorrhagie utérine survient et s'accompagne de contractions, alors que la santé générale de la malade demeure bonne. Il est très sage dans ces circonstances de tenir la patiente au lit au moins quelques semaines avant de ne rien tenter pour vider l'utérus. Je n'oublierai jamais le cas d'une dame enceinte de trois mois qui eut en revenant de l'église une hémorrhagie si considérable qu'elle eut peur de faire sensation sur la rue et obligea son mari à marcher derrière elle, de crainte que la perte de sang ne fût assez grande pour laisser une traînée sur le pavé. L'on força la patiente à garder lit pendant quelques semaines; l'hémorrhagie persista quelque temps, légère et sans autre symptôme, puis cessa complètement. La malade accoucha à terme d'un enfant vivant. Je ne vois aucune objection à temporiser dans des circonstances semblables, si ce n'est le temps que perd la malade lorsque ce traitement préventif de l'avortement ne réussit pas. Mais aussi l'on ne saurait prendre trop de précautions pour que l'hémorrhagie persistante, si légère qu'elle soit, n'amène pas une anémie grave. L'on doit aussi prendre la température régulièrement et rechercher les autres signes d'infection, de crainte qu'une septicémie insidieuse ne se déclare et ne devienne dangereuse avant d'être reconnue.

*Quand l'avortement est-il complet?* L'axiôme classique que l'utérus doit être vidé de tous les caillots, parties de placenta ou membranes qui s'y trouvent, après l'accouchement comme après l'avortement, est aussi vrai à l'heure actuelle qu'au premier jour. Il n'y a guère de difficulté d'habitude, dans les avortements après le quatrième mois, à s'assurer oui ou non si l'utérus s'est vidé, car le fœtus et le placenta ont atteint un volume suffisant pour que l'examen en soit utile, et l'exploration de la cavité de l'utérus, lorsqu'elle est nécessaire, peut généralement être pratiquée sans difficulté spéciale. Dans les trois premiers mois de la grossesse, il n'est pas aussi facile de s'assurer si l'avortement est complet ou non. La question, habituellement, n'a pas d'importance durant les deux premiers mois, parce que la nature suffit, sans l'aide du praticien, à prendre soin de l'avortement. Ceci n'est plus vrai dans certains avortements criminels, alors que l'infection virulente de l'endomètre a lieu; mais aussi dans ces cas d'autres problèmes se présentent, et il est évident que l'utérus doit être exploré et vidé complètement de tout résidu septique; de sorte que la simple question de savoir si quelque partie de l'œuf est restée dans la matrice ne conserve qu'une importance plutôt relative qu'absolue. C'est durant le troisième et le quatrième mois que le praticien est le plus souvent indécis de savoir si l'avortement est complet ou non. Les avortements spontanés, dans lesquels l'œuf est rejeté en entier, offrent peu de difficulté, car l'intégrité de l'œuf est une preuve évidente que l'utérus est vide. Lorsque le fœtus et le chorion (ou le placenta et les membranes) sont délivrés séparément, la question n'est pas aussi facile à résoudre; mais un examen de la masse rejetée la règlera le plus souvent. Si le praticien ne voit la patiente que lorsqu'on suppose que l'avortement a eu lieu, et si l'hémorrhagie a cessé, si le col est contracté, il est raisonnable d'en conclure que l'avortement est complet. L'hémorrhagie persistante et le canal utérin étalé sont des preuves auxquelles on peut se fier de la rétention d'une partie de l'œuf.

A moins que l'œuf n'ait été délivré intact, la seule évidence absolue de la vacuité de l'utérus est celle que donne le doigt introduit dans la cavité utérine. Lorsqu'on a le moindre doute à ce sujet, dans les avortements qui surviennent au quatrième mois, surtout si la patiente n'est pas sous observation continue, il vaut mieux régler la question en explorant l'organe avec toutes les précautions antiseptiques voulues. Cela peut être fait, règle générale, sans anesthésie, et toujours lorsqu'on l'emploie. On introduit dans le vagin deux doigts ou la moitié de la main, et un doigt dans la cavité utérine, pendant que de l'autre main l'on maintient la matrice à travers la paroi abdominale.

*Après un avortement septique, quand doit-on cesser l'irrigation de l'utérus?* Il est universellement admis que, dans le traitement de l'avortement, lorsque l'infection s'établit, l'utérus doit être débarrassé de toutes les parties de l'œuf. Presque toutes les autorités vont plus loin et conseillent d'enlever la suite avec une curette tranchante. Il est essentiel, après un curetage complet de l'organe, de donner une douche intra-utérine avec une solution antiseptique. Lorsque l'on emploie ce mode de traitement avec promptitude, l'on obtient dans la grande majorité des cas les résultats les plus satisfaisants. Dans certains cas, cependant, surtout lorsqu'on applique le traitement après un délai considérable, l'on ne peut pas arrêter l'infection avant qu'elle n'ait gagné soit le péritoine le long des trompes de Fallope, soit

les ligaments larges par les veines ou les lymphatiques, ce qui amène une inflammation localisée de la cavité pelvienne, une péritonite générale ou la septicémie. Il est de la plus grande importance dans les cas de ce genre de ne pas accorder une confiance illimitée à l'irrigation utérine. Il est évident que ce procédé ne peut faire d'autre bien que d'enlever les matières septiques de la cavité et d'aider à la désinfection de l'endomètre. Mais lorsque l'infection a gagné les parties profondes de l'organe ou s'étend en dehors de ses limites elle ne peut plus être influencée par ce traitement. J'approuve de tout cœur ceux qui croient que dans tous les cas où l'inflammation s'étend plus loin que l'utérus, les irrigations sont décidément nuisibles, les manipulations nécessaires à l'application du traitement ayant évidemment un mauvais effet. Mon expérience me porte à croire que les irrigations sont rarement nécessaires plus qu'un jour ou deux lorsque l'utérus a été bien nettoyé et irrigué dès le début, et que, continuées plus longtemps, elles sont plutôt une source de mal que de bien.

*Après les avortements septiques, quand doit-on recourir à une opération par le vagin ou par l'abdomen?* Nous supposons qu'on a bien traité l'avortement lui-même — on a entièrement vidé l'utérus, l'on a curetté soigneusement l'endomètre et enlevé de la suite tout ce qui était possible avec une curette tranchante, l'on a ensuite bien irrigué l'organe, puis introduit dans la cavité un crayon d'iodoforme contenant quinze grains du médicament. Si ce traitement, suivi d'irrigations avec une solution antiseptique prolongées pendant un jour ou plus, est insuffisant à arrêter l'inflammation septique, cette dernière se propage généralement d'une manière très rapide le long des trompes de Fallope ou dans les ligaments larges.

Le traitement rationnel de cette variété de cas est l'une des questions brûlantes du jour. De fait, jusqu'à tout dernièrement, les conditions n'avaient pas été favorables à l'étude efficace de ce problème. L'expérience clinique nous a fait voir depuis ce que l'on peut attendre dans ces circonstances des cas laissés à la nature seule ou aidée de méthodes de traitement non chirurgicales. Une proportion assez grande des cas légers, surtout chez les patientes qui possèdent une constitution vigoureuse, reviennent à la santé d'une manière parfaite ou partielle. Mais dans un nombre encore plus considérable de cas, la septicémie, la péritonite générale ou pelvienne, la salpingite purulente aiguë, la cellulite aiguë et les abcès pelviens sont les résultats les plus habituels.

Les autorités s'accordent assez bien sur le traitement à employer pour chaque cas individuel dans l'inflammation pelvienne localisée aux trompes de Fallope, aux ovaires, au péritoine du petit bassin ou aux ligaments larges. Choix judicieux de la diète, légère purgation, emploi de la glace ou des applications très chaudes sur l'hypogastre, mise en avant de la quinine et de la strychnine, bains, tels sont les moyens de traitement applicables dans tous ces cas. Des symptômes de formation du pus surviennent-ils, des indications donnant à penser que l'inflammation pelvienne localisée a une tendance à devenir péritonite générale ou à donner lieu à de la septicémie apparaissent-elles, une opération est alors indiquée. Jusqu'à dernièrement, la méthode de traitement acceptée était la section de l'abdomen et l'enlèvement des tissus malades, suivis de l'irrigation et du drainage. Aujourd'hui les partisans de l'intervention *per vaginam* vous diront que l'occasion est des plus favorables à l'hystérectomie vaginale.

Les cas dont le traitement est le plus discuté aujourd'hui sont ceux où un avortement septique est traité de la manière la plus approuvée, y compris le curettage et les douches, et où, en dépit du traitement employé et du prolongement des douches pendant un jour ou plus, ainsi que d'un traitement général *ad hoc*, la patiente continue d'aller de mal en pis. L'infection s'étend de l'utérus aux ligaments larges, ou peut-être le long des trompes, et les signes d'une septicémie générale deviennent de plus en plus marqués. Ce sont des cas où il n'y a pas la moindre tentative de formation d'abcès, mais où la maladie tend dès l'abord à devenir septicémie générale. L'on a proposé de traiter ces cas par l'hystérectomie, soit abdominale, soit vaginale, avec drainage du petit bassin. Je crois cette pratique tout à fait indiquée dans les conditions énumérées plus haut, et propre à sauver la vie de nombre de malades qui mourraient certainement avec l'ancienne tactique du laisser faire. L'on prétend que si cette méthode était approuvée, nombre de femmes ayant de la septicémie après un avortement subiraient sans raison l'hystérectomie. J'en doute fort, car ces patientes sont tellement malades que pas un chirurgien ne désirera les opérer sans être convaincu qu'en le faisant il augmente les chances de survie de la patiente. Dans les cas de cette catégorie, les femmes sont excessivement malades dès le début et guérissent ou succombent dans l'espace d'une semaine après l'apparition des symptômes infectieux. Si l'on doit les opérer, il faut le faire dans les premiers jours après le début des symptômes.

Les cas moins sévères, ceux chez lesquels l'invasion septique est d'un caractère moins marqué et où le processus tend à se localiser dans le petit bassin, demandent rarement une opération avant la troisième ou quatrième semaine de la puerpéralité. Cependant l'on a proposé dernièrement, dans ces cas, d'ouvrir les ligaments larges par le vagin et, dans les cas de péritonite pelvienne localisée due à la salpingite, d'ouvrir par le vagin le cul de sac de Douglas, et de paqueter de la gaze dans la région des trompes afin de donner un drainage libre aux produits de l'inflammation. La méthode est si récente que l'expérience seule en établira la valeur. Si elle diminue, comme le prétendent ses défenseurs, l'obligation de sacrifier les organes sexuels à cause des résultats éloignés de l'inflammation, ce sera un grand progrès d'accompli dans la chirurgie des maladies des femmes.

Le traitement rationnel des collections purulentes localisées dans le pelvis, qu'elles soient ou non d'origine puerpérale, est trop bien reconnu aujourd'hui pour qu'il soit nécessaire de le discuter. Les tissus malades doivent être enlevés; et dans le cas d'abcès du ligament large, l'on doit employer le drainage.

L'ACCOUCHEMENT FORCÉ POST-MORTEM. — M. le Dr Claverie vient de consacrer une très curieuse étude à un parallèle entre l'opération césarienne et l'accouchement forcé *post-mortem* et sa conclusion est que l'accouchement artificiel par les voies naturelles doit systématiquement se substituer toutes les fois que la chose est matériellement possible, et c'est la majeure partie des cas, à l'opération césarienne *post-mortem*, surtout si la mort de la mère n'est pas absolument assurée.

On voit en effet, d'après des statistiques réunies par M. Claverie, que sur 127 opérations césariennes *post-mortem*, l'enfant n'a survécu qu'une fois. M. Tarnier lui-même n'a jamais réussi qu'une fois à avoir un enfant vivant par la section abdominale *post-mortem*. Au contraire, sur 27 enfants extraits par les voies naturelles, 11 ont paru devoir vivre.

Le succès de l'accouchement forcé, *post-mortem*, paraît tenir à la promptitude avec laquelle on peut agir. Dilatation graduelle, version ou forceps, extraction, tout cela peut se pratiquer en général, sans aucun danger pour la mère, au moment même où elle expire.

Il faut ajouter que, sans qu'il faille donner trop d'importance aux récits de morts apparentes concernant des femmes enceintes réveillées par le couteau de l'opérateur "césarien", il n'en est pas moins certain que l'accouchement pratiqué par les voies naturelles ne compte pas de victime parmi les mères présumées mortes et qu'on lui attribue au contraire nombre de retours à la vie.

Voici donc la manière d'agir pour arriver à extraire le fœtus en quelques minutes :

La femme sera mise en travers de son lit ou sur le bord d'une table, ou de tout autre meuble semblable, les membres inférieurs soutenu par des aides.

L'opérateur, placé entre les cuisses de la morte, met sur le ventre de la femme sa main gauche, afin de presser sur le fond de l'utérus et de s'opposer au mouvement d'ascension qu'imprime à cet organe la main qui cherche à pénétrer dans sa cavité. Il est même bon de s'adjoindre un aide afin de presser plus fortement sur le fond de l'utérus et d'abaisser cet organe sur le bassin.

La main droite, enduite d'un corps gras, doit être introduite dans le vagin tout entière. L'indicateur s'efforce de pénétrer dans l'orifice utérin, et lorsqu'il est parvenu dans le col et qu'il est à l'aise, on y fait pénétrer le médius ; on écarte alors ses deux doigts en divers sens, et lorsque la dilatation du col le permet, on y introduit l'annulaire. On écarte ces trois doigts comme on l'avait fait pour l'indicateur et le médius. Est-ce maintenant le petit doigt ou le pouce qu'il faut essayer d'introduire ? On a cru pouvoir poser des règles à ce sujet, et prescrire l'introduction du pouce d'abord, sous prétexte que le petit doigt se replie et n'entre pas. Il y a là des conditions individuelles qui ne semblent pas permettre des indications formelles. Bref, c'est au moyen d'un mouvement de vrille, en même temps que d'un mouvement de pression excentrique sur les parois du col, que l'on parviendra à introduire la main, soit entière pour effectuer la version, soit assez complètement pour tenter une application de forceps, ou saisir l'un des membres inférieurs dans le cas de présentation du siège complet ou décomplet mode des pieds ou des genoux. L'extraction du fœtus sera alors en général aisée, car on sait que l'orifice utérin se dilate infiniment plus vite de dedans en dehors, du moins pendant la vie.

C'est en procédant de cette façon qu'une sage-femme a pu, dans le service de M. Pinard, extraire trois jumeaux à terme et vivants chez une multipare morte subitement. La trigémellité avait été diagnostiquée, pendant la vie par M. Pinard au moyen du palper. — (*J. de Méd. et Chir. pratique.*)

**DU TRAITEMENT DES DIVERS GENRES DE DYSMÉNORRHÉE,**  
*Semaine Médicale.* — La thérapeutique de la dysménorrhée constitue un point important et en même temps délicat de la pratique médicale, attendu qu'elle varie en raison des causes assez multiples qui peuvent produire les troubles dysménorrhéiques. Parmi ces causes, les plus importantes sont, d'après un gynécologue berlinois, M. le docteur J. Düvelius, les déviations utérines, l'endométrite et les affections des trompes et des ovaires.

Le traitement de la dysménorrhée due à une déviation utérine diffère

également suivant qu'il s'agit d'une rétroflexion ou d'une autéflexion de l'utérus.

Dans le premier cas, il suffit généralement de redresser l'organe au moyen d'un pessaire pour faire cesser ou pour atténuer les douleurs menstruelles : le sang extravasé dans la cavité de l'utérus peut, dès que celui-ci est redressé, se déverser librement dans le vagin ; dès lors la congestion des parois utérines se dissipe, le volume de la matrice diminue et la sensation de pesanteur dans le ventre, ainsi que les coliques utérines, ne tardent pas à disparaître.

Les troubles dysménorrhéiques liés à une autéflexion de l'utérus résistent davantage au traitement ; cependant, M. Divvelius a réussi souvent à les enrayer en pratiquant des sondages de la matrice durant les périodes intermenstruelles et en ayant fréquemment recours à une manœuvre qui consiste à refouler en arrière le corps de l'utérus avec une main qui presse au-dessus de la symphyse pubienne, pendant que l'index de l'autre main, introduit dans le vagin, appuie d'arrière en avant au niveau du point d'union du corps et du col de l'utérus.

Parmi les affections de la muqueuse utérine qui provoquent des troubles dysménorrhéiques, celle qu'on rencontre le plus fréquemment est l'endométrite interstitielle, caractérisée cliniquement par une sécrétion relativement peu abondante, ainsi que par l'extrême sensibilité de l'utérus à l'égard de la sonde. Les douleurs menstruelles dues à cette variété d'endométrite sont parfois si violentes qu'il est nécessaire de les calmer par les narcotiques. Comme moyens curatifs, on s'adressera aux cautérisations intra-utérines avec des préparations iodées et astringentes et, dans les cas rebelles, au curettage de la muqueuse utérine.

La dysménorrhée d'origine tubaire se distingue également par sa violence et exige souvent l'emploi des injections hypodermiques de morphine. Quant au traitement proprement dit, il doit viser le relâchement et la résorption des adhérences péritonitiques. Dans ce but on proscrira des injections vaginales chaudes et des suppositoires qu'on formulera comme suit :

Ichtyol .....	0 gr. 35 centigr.
Beurre de cacao .....	2 grammes.

Mêlez. Pour un suppositoire. Faites vingt suppositoires semblables.— Introduire un suppositoire chaque soir au moment du coucher.

A ces divers moyens on ajoutera le massage de la trompe lésée, mais seulement si l'on est sûr qu'il n'existe pas de collections purulentes, sanguines ou séreuses, et que la salpingite n'est pas d'origine blennorrhagique. Lorsqu'on se trouve en présence de ces complications, il faut s'abstenir du massage et il ne reste plus alors qu'à pratiquer l'ablation des trompes et des ovaires.

Les dysménorrhées d'origine ovarienne sont très fréquentes ; elles peuvent être dues à une oophorite, c'est-à-dire à une véritable lésion inflammatoire de l'ovaire avec ou sans retentissement péritonéal, soit à une simple névralgie ovarienne, survenant sous l'influence de la congestion cataméniale. Le traitement palliatif exige dans les deux cas l'emploi des narcotiques, ainsi que l'application, sur la région ovarienne, de glace ou de compresses mouillées recouvertes d'un tissu imperméable pour combattre les douleurs toujours très vives au cours de la période menstruelle. Le traitement curatif de la dysménorrhée liée à l'oophorite comprend l'usage des bains de siège, de l'électricité,



du massage, des injections iodées chaudes et des suppositoires à Pichtyol. De tous ces moyens, c'est encore le massage pratiqué avec douceur, pendant les périodes intermenstruelles, qui a le mieux réussi à M. Düvelius, surtout dans les cas où l'ovaire avait contracté des adhérences. En effet, notre confrère est parvenu chez nombre de malades, grâce au massage, à libérer l'ovaire des adhérences qui l'immobilisaient et le comprimaient et à obtenir ainsi soit une disparition complète, soit une atténuation notable des douleurs. Dans les cas d'oophorite non compliquée, les effets du massage ont été moins favorables.

Pour ce qui concerne les ovarialgies menstruelles non inflammatoires, on sait que leur traitement est des plus difficiles et que même la castration ne débarrasse pas toujours les malades de leurs douleurs, qu'elle ne fait parfois que déplacer. La grossesse paraissant, d'après les observations de M. Düvelius, exercer une influence favorable sur ces ovarialgies en mettant temporairement au repos l'organe malade, notre confrère conseille de ne pas s'opposer au mariage des jeunes filles atteintes d'ovarialgie menstruelle, pourvu que cette dernière ne soit pas compliquée par l'existence de troubles hystériques graves.

Tels sont les divers genres de dysménorrhée qui peuvent être rattachés à des lésions de l'utérus et de ses annexes. Mais, en dehors des troubles dysménorrhéiques de cause locale, il y a lieu d'admettre encore l'existence d'une variété particulière de dysménorrhée dues à des altérations morbides de l'état général et que l'on rencontre fréquemment chez les jeunes filles anémiques et chlorotiques.

Dans cette forme de dysménorrhée, on obtient souvent de bons résultats par l'emploi de l'antipyrine, de la phénacétine et surtout du viburnum prunifolium. M. le docteur G. Schwarze (de Berlin) a vu survenir dans dix cas la guérison complète de cette dysménorrhée, grâce à l'usage de l'extrait fluide de viburnum, administré pendant les cinq ou six jours qui précèdent les règles. Les exercices physiques sont aussi un excellent moyen de traitement des troubles dysménorrhéiques dont il s'agit; en effet, M. Schwarze a souvent constaté qu'il suffisait aux malades de monter à cheval ou de se livrer à l'exercice de la danse quelques jours avant l'époque présumée des règles pour que la mentruation s'affectuât sans douleur. On recommandera donc à ce genre de malades tous les exercices qui exigent une dépense considérable de force musculaire, tels que l'équitation, la danse, les longues promenades à pied, surtout dans les montagnes, et la gymnastique en général. — *Revue des Maladies des Femmes.*

---

## REVUE DE PÉDIATRIE

Sous la direction du docteur **ISAIE CORMIER**, médecin des enfants malades à l'hôpital Notre-Dame.

---

Les directeurs de l'UNION MÉDICALE m'ayant fait l'honneur d'une invitation à m'occuper de tout ce qui a rapport à la pédiatrie dans leur journal. C'est peut-être avec un peu d'hésitation que j'ose prendre la charge de traiter un sujet aussi important à tous les points de vue.

Le but que nous nous proposerons dans cette partie du journal sera de mettre sous les yeux du lecteur, autant que possible, des questions pratiques que nous recueillerons dans notre clientèle privée et hospitalière, dans les revues traitant des maladies des enfants, ainsi que dans la clientèle des confrères qui voudront bien nous faire parvenir leurs observations. Par ce moyen nous contribuerons à faire progresser cette belle partie de la médecine, la pédiatrie.

**QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'IMPORTANCE DE L'ÉTUDE DE LA PÉDIATRIE.**  
— Quand on veut étudier l'enfant, il ne faut pas se le représenter comme un diminutif de l'adulte. Au contraire, nous avons en lui un être nouveau, c'est-à-dire, possédant une anatomie complètement différente non seulement dans sa composition, mais aussi dans sa disposition.

Prenons au hasard le système osseux, et notons seulement quelques exemples; on trouve dans sa composition chimique une différence marquée, le périoste n'est pas identique, il y a changement dans le cartilage entre les épiphyses et les diaphyses (ce lieu sujet à tant de maladies), les relations de formes et de volumes entre les diverses pièces sont toutes changées.

Le système nerveux n'est dans une condition propre qu'à son développement.

Le cerveau, la moëlle épinière fournissent des différences anatomiques énormes. Les nerfs périphériques obtiennent très vite la propriété d'excitabilité, tandis que les centres inhibitoires se développent plus lentement (phénomène expliquant la fréquence des convulsions).

Les organes de la digestion, depuis la bouche à l'anus, ne manquent pas de différence dans leur composition, leur forme et leur disposition. L'estomac, avec sa forme plus tubulaire, faisant avec l'œsophage un angle plus obtus, rend les vomissements plus faciles; l'intestin, dans sa dernière portion, avec ses anses multiples et sujets à variations congénitales, explique très bien la constipation assez fréquente des nourrissons, etc., etc. Le système lymphatique est bien plus développé; de là combien de déductions à tirer.

Le système circulatoire offre des vaisseaux dont les rapports de volume entre eux ne sont plus les mêmes après l'enfance; exemple: le rapport de la lumière intérieure du cœur, avec celle de l'aorte est plus petit, (de là vient que le pouls bat plus fréquemment chez l'enfant. Enfin, il est inutile d'entrer dans plus de détails différentiels anatomiques pour comprendre l'importance de ces études.

Etant donné que nous avons une anatomie différente, que deviennent la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et la posologie? C'est bien le temps de dire que la question demande une attention spéciale et sérieuse, il ne faut pas la considérer à la légère comme semble le faire la plupart de nos institutions médicales qui, malgré le progrès de la science d'aujourd'hui, ne sont pas encore arrivées à avoir d'une manière obligatoire à l'élève une lecture par semaine sur ce sujet si indispensable.

L'étude de l'enfant n'est pas seulement celle d'un spécialiste, mais aussi celle d'un praticien ordinaire; c'est lui qui dès la naissance de l'enfant et les années subséquentes doit lui prodiguer ses soins quand il est malade et éclairer les parents sur l'hygiène dont il a besoin. On comprendra que ce but ne peut être atteint sans un enseignement bien soigné; c'est alors qu'on verra peut-être disparaître cette phrase qui est presque un proverbe parmi les mères: "Le médecin n'est bon à rien pour un bébé" ou encore celle-ci qui est bien pis (cette fois c'est le médecin qui parle): "Oh! madame, soignez donc votre enfant, vous êtes aussi capable que moi."

Qu'on donne donc à l'étudiant des bases solides sur cette branche de la médecine afin de lui en faciliter une étude plus sérieuse plus tard, car aucune spécialité médicale ne peut s'en passer. Le chirurgien doit avoir une connaissance approfondie des variétés anatomiques de presque chaque année de l'enfance. Le dermatologiste doit connaître la circulation artérielle, veineuse et lymphatique, la différence propre à l'enfance qui existe dans les liquides circulant dans ces vaisseaux, connaître l'influence locale et générale des grandes variétés d'affections gastro-intestinales. L'oculiste même doit en avoir des notions exactes. J'entendais, il y a quelques temps, notre distingué confrère le docteur Foucher, dans une clinique aux élèves, citer la gastro-entérite chronique comme étant une cause de kératite phlycténulaire. Voilà pour l'importance au point de vue scientifique; que dirais-je au point de vue pratique et philanthropique?

Nous avons dans la population canadienne cinq ou six enfants à soigner contre deux grandes personnes et ces enfants méritent une plus grande attention que les vieillards, vû qu'ils sont la base de la société. En effet, que deviendra le petit sujet que vous avez sous vos soins? peut-être le plus haut personnage du pays, peut-être une intelligence supérieure, un génie qui devra faire les plus belles découvertes. Dans tous les cas il aura son rôle à remplir dans les divers éléments de la société. Tandis que le vieillard, eh bien, ma foi, son chemin est presque terminé, et bientôt il ne sera qu'à l'état de souvenir.

Par l'étude sérieuse de la pédiatrie, nous verrons une partie de cette grande mortalité infantile disparaître. Si nous analysons nos statistiques, nous y voyons qu'il n'est pas rare de voir de nos braves femmes canadiennes donner naissance à dix ou quinze enfants et même plus, et n'en réchapper que cinq ou six. Cet état de choses est dû au manque de connaissances hygiéniques de la part des parents et bien souvent des médecins qui en ont la garde scientifique.

Montréal, 27 janvier 1896.

**PSEUDO-DIPHTÉRIE D'ORIGINE SEPTICÉMIQUE CHES LES NOUVEAU-NÉS ET LES NOURRISSONS**, par EPSTEIN, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1895, vol XXXIX, p. 420. — Les affections septiques, à forme pseudo-diphthérique, de la bouche et de la gorge peuvent se développer primitivement sur la muqueuse, à la suite d'une lésion de cette dernière, ou survenir secondairement à une septicémie générale.

Les lésions qui donnent lieu à une infection septique primitive de la bouche et de la gorge ont une origine variable. Les lavages et les frictions de la muqueuse buccale qu'on fait indifféremment et d'une façon banale à tous les nourrissons, jouent sous ce rapport un rôle plus considérable qu'on ne le pense ; ils enlèvent notamment l'épithélium au niveau des parties saillantes de la muqueuse, et la mise à nu de cette dernière peut devenir le point de départ d'une infection septique générale.

Inversement, il peut arriver qu'au cours d'une septicémie générale d'origine variable, il survienne une nécrose secondaire de la muqueuse bucco-pharyngienne ou une transformation des lésions épithéliales en ulcérations septiques. La nécrose se limite encore à l'épithélium ou bien se porte en profondeur et donne lieu à des ulcérations profondes, comme cela s'observe fréquemment dans la gastro-entérite septique à marche subaiguë. Lorsque la nécrose ou les ulcérations prennent une certaine extension et envahissent la voûte palatine, le voile du palais, les amygdales, l'aspect de la muqueuse rappelle assez bien celui de la diphthérie. Mais l'analogie est encore plus grande dans une autre forme de stomatite septique, secondaire à la septicémie générale et caractérisée par la formation des fausses membranes sur les amygdales et le voile, la muqueuse buccale, le pharynx, — fausses membranes qui ont tous les caractères macro et microscopiques de la diphthérie.

Les cas de ce genre, assez fréquents dans le temps, ont été décrits par Ritter, sous le nom de diphthérie, et plus tard sous celui de croup ou de diphthérie septique. Aujourd'hui ils sont devenus très rares, depuis que la septicémie des nouveau-nés ne sévit plus dans les hospices.

La pseudo-diphthérie septicémique se rencontre principalement chez des sujets débiles et affaiblis par une maladie à caractères septiques.

L'affection débute toujours par une rougeur et une tuméfaction de la muqueuse ; ordinairement il existe en même temps du muguet. L'exsudat fibrineux se manifeste ordinairement en premier lieu au niveau du voile du palais, quelquefois au niveau d'un pilier ; ou bien il part d'un aphte de Bednar. Une fois commencé, le processus envahit les parties voisines et rapidement les fausses membranes envahissent toute la muqueuse buccale, l'épiglotte même, et pénètrent dans le larynx ou bien descendent le long du pharynx, de l'œsophage, voire même de l'estomac.

Comme dans toutes les pyo-septicémies des nouveau-nés, la température reste normale. Les ganglions ne sont pas tuméfiés.

L'examen microscopique de la muqueuse montre les mêmes lésions que dans la diphthérie vraie. Dans certains cas, l'épithélium est englobé dans l'exsudat qui repose directement sur la muqueuse ; dans d'autres cas, l'épithélium est encore conservé par places. Dans les mailles de l'exsudat, on trouve des cellules épithéliales nécrosées, des leucocytes principalement dans les couches profondes. Les papilles sont gonflées et traversées par des vaisseaux turgescents entourés de leucocytes. Dans certains cas enfin, la muqueuse est franchement gangrénée.

L'examen bactériologique fait dans un cas observé par l'auteur (nourrisson de 20 mois atteint au cours d'une gastro-entérite septique) montra des streptocoques et des staphylocoques seuls. Or, dans ce cas, l'examen bactériologique du sang, quelques jours avant l'apparition de la pseudo-diphthérie, montra l'existence des mêmes micro-organismes (staphylocoques et streptocoques).

L'auteur considère son cas comme un type de la pseudo-diphthérie septique secondaire, consécutive à une septicémie générale à point de départ variable, pouvant être tantôt le tube digestif, tantôt l'ombilic, tantôt l'arbre respiratoire, tantôt un point quelconque de l'organisme. Cette pseudo-diphthérie secondaire serait l'expression partielle d'une infection générale, au même titre que certaines entérites étudiées récemment par Maser et Czerny. — *Rev. des mal. de l'enfance.*

LES SOURCES DE L'INFECTION CHEZ LES NOURRISSONS, par MARFAN, *Presse médicale*, 1895, n° 1. — Presque toutes les maladies des nourrissons sont infectieuses, ces infections n'ont pas de microbes spéciaux à cet âge, mais elles se distinguent par leur origine et leurs portes d'entrée, par les formes cliniques qu'elles revêtent d'une manière générale. On pourrait diviser ces origines en trois groupes : 1° les *infections congénitales* ; 2° les infections venant du milieu extérieur ou *hétéro-infections* ; 3° les infections par les germes latents vivant dans l'organisme à l'état normal ou *auto-infections*.

Chez le nourrisson, les origines se prêtent à une division spéciale : 1° *infections congénitales* dont la syphilis héréditaire offre le type, mais qui comprend aussi la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, la pneumococcie, la streptococcie, la tuberculose, et d'autres dont nous ne pouvons encore fixer la nature, mais qui sont probablement la cause de ces endocardites dont l'aboutissant est la malformation congénitale des orifices du cœur. Peut-être l'infection congénitale peut-elle expliquer aussi l'atrophie cérébrale, le myxœdème par atrophie congénitale du corps thyroïde ; 2° les *infections obstétricales* qui menacent l'enfant pendant toute la période puerpérale : infection par l'amnios dans le cas de rupture prématurée de la poche des eaux ; ophthalmie purulente par le gonocoque, rhinite, stomatite de même nature ; puis infection par le cordon ; 3° les *infections par les voies digestives* sont de beaucoup les plus nombreuses chez le nourrisson ; qu'il s'agisse d'hétéro-infections par le lait altéré (lait de la mère malade, lait de vache de mauvaise qualité ou mal conservé, ou contenant des microbes pathogènes), qu'il s'agisse d'auto-infections gastro-intestinales chez un enfant déjà dyspeptique ou non ; 4° les *infections respiratoires* ; celles-ci sont souvent favorisées ou compliquées par les infections digestives ; 5° enfin *la peau* est la source d'infections multiples, *pyodermies* d'aspect varié qui peuvent à leur tour entraîner des septicémies.

— *Rev. des mal. de l'enf.*

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE DES DERMATOSES INFANTILES COMMUNES, par R. MILLOX, *Méd. infant.*, 1894, n° 3, p. 130. — L'auteur soutient, en se basant sur de nombreux exemples, que chez les enfants, principalement chez ceux du premier âge, les dermatoses communes sont provoquées par les troubles gastro-intestinaux ou, plus généralement, par l'état de mauvaise nutrition résultant d'une hygiène alimentaire défectueuse.

Ces dermatoses se divisent en deux grands groupes; d'un côté les dermatoses du genre eczéma, de l'autre toutes les dermatoses présentant un caractère neuropathique (prurit essentiel, divers érythèmes, urticaire, strophulus, etc.

Mais quel est le rapport entre les dermatoses et les vices d'alimentation? Pour l'auteur il s'agit là d'accidents dérivant des auto-intoxications.

La mauvaise alimentation produit à la longue une insuffisance de la muqueuse gastro-intestinale, une atonie plus ou moins grande de la musculature, une diminution de la motilité et une distension des parois gastro-intestinales. Comme résultat: stagnation des substances digestives, production dans l'appareil digestif de substances de désassimilation incomplète et exagération des fermentations anormales avec passage dans les liquides de l'économie, des substances toxiques résultant d'un chimisme incomplet et d'une suractivité microbienne.

Ces substances toxiques ont un double effet: d'abord elles influent sur le système nerveux et favorisent les réactions vaso-motrices ou neurotrophiques: ensuite elles s'éliminent par la voie cutanée au même titre que par la voie rénale. Or il est prouvé que ces substances toxiques, s'éliminant par le rein, peuvent quelquefois déterminer des lésions des éléments de cet organe; il est donc possible que s'éliminant par la peau, elles déterminent des lésions des éléments cutanés, ou qu'elles favorisent, en diminuant la résistance de ces éléments, la pullulation des colonies microbiennes.

Le traitement doit s'inspirer de cette étiologie en ce sens qu'il faut régler et régulariser l'alimentation, faire de l'antisepsie du tube digestif et activer les fonctions cutanées par des frictions, du massage, des bains.

*Rev. des mal. de l'enf.*

LA PARALYSIE DOULOUREUSE DES JEUNES ENFANTS, par BRUNON, *Presse médicale*, 29 juin 1895. — *Cas de l'auteur*. — I. Un enfant de 10 ans tombe assis par terre. On lui tend la main pour se relever. Douleur subite, paralysie. — II. Garçon de 3 ans, tient la robe de sa bonne; celle-ci se met à marcher, tiraillement brusque du bras, paralysie. — III. Enfant de 4 ans, joue avec sa bonne; il veut saisir en courant un objet qu'elle agite devant lui. — IV. Enfant de 1 an qu'on enlève de son lit on le prenant sous les deux bras; paralysie du bras droit. — V. Enfant de 3 ans, joue avec sa mère dans son lit. La mère voulant mettre fin aux jeux, le prend par les deux bras et tire avec force; douleur dans l'avant-bras gauche, paralysie du bras. — VI. Enfant de 7 mois. La mère le portant dans ses bras, fait une chute, l'enfant tombe à terre; bras droit paralysé. — VII. Enfant de 17 mois. Etant assis par terre, la mère le soulève par un bras; depuis, ce bras est inerte, l'enfant ne se sert que de l'autre; mais dans ce cas, *pas de douleur* dans les mouvements passifs. — VIII. Enfant de 16 mois. Un matin, la mère l'enlève du lit; dès qu'on le met sur ses pieds, il crie. Les mouvements passifs des deux membres sont peu douloureux. La veille, l'enfant est tombé plusieurs fois assis.

Les caractères de la paralysie douloureuse des enfants se résument: *début subit*, à la suite d'un trauma léger, souvent non remarqué; *paralysie* plus ou moins complète, d'abord, retour à mesure que la douleur diminue; *douleur* instantanée, spontanée en apparence, vive, décroissant avec le temps; *aspect du membre*: il tombe inerte, il ne compte plus pour l'enfant; *l'absence de tout désordre anatomique persistant* est probable; rapidité de la guérison,

entre vingt-quatre heures et une semaine. Tandis que pour Chassaignac cette paralysie est *purement nerveuse* dépendant d'une sorte de commotion du plexus, pour d'autres, comme Cerné, Moreau, Minerbi, il y a entorse ou subluxation.

Dans les cas de Chassaignac et ceux-ci (22 cas), les mouvements passifs étaient libres, le membre paralysé pendait inerte, flasque; pas d'apparence de luxation. La douleur apparaissait au moindre mouvement provoqué, sans distinction d'articulation. Il semble qu'en définitive on peut faire intervenir: 1° une action inhibitrice expliquant la paralysie; 2° un acte intellectuel, le souvenir de la douleur initiale, expliquant les cris du malade au moindre mouvement. Or la périphérie sensitive est le point de départ habituel des actions d'arrêt, et la *douleur* ou plutôt les cris que pousse l'enfant ne sont que la *crainte* d'une nouvelle douleur; dans quelques jours, quand il aura oublié, les mouvements passifs ne seront plus douloureux, et les mouvements actifs reviendront.

*Rev. des mal. de l'enf.*

**LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ENFANTS**, par MARFAN, *Méd. moderne*, 1894, n° 23. — La fièvre typhoïde paraît plus rare dans l'enfance que dans l'adolescence et l'âge adulte; elle s'observe surtout au second âge, après la cinquième année. L'infection typhique se fait quelquefois par le lait coupé avec de l'eau souillée ou par le lait d'une nourrice atteinte de fièvre typhoïde (Gerhardt, Hérard).

Au point de vue clinique la fièvre typhoïde des enfants se distingue par certains caractères.

Le début est plus rapide que chez l'adulte et la fièvre atteint rapidement son acmé; quelquefois elle est de 40° dès le second jour. Les vomissements, qui sont relativement rares chez l'adulte, sont presque la règle chez les enfants. La diarrhée fait complètement défaut au début, il existe même souvent de la constipation.

Les caractères du tracé thermique sont à peu près les mêmes que chez l'adulte. A noter pourtant chez les enfants l'exagération de l'hyperthermie. Très souvent la température du soir atteint 40°, mais les enfants supportent ordinairement avec une grande facilité les hautes températures, sans abattement, ni délire, ni torpeur comateuse.

La symptomatologie est remarquable par l'effacement des troubles digestifs. L'anorexie et l'état de la langue sont les seuls signes à peu près constants. Mais les troubles intestinaux sont peu marqués et peuvent même faire défaut. Les vomissements disparaissent après le début; la diarrhée s'établit tardivement, est peu accusée et peut même être remplacée par la constipation; le météorisme et la douleur locale sont peu marqués ou complètement absents. Les hémorragies et les perforations intestinales sont exceptionnelles. L'intensité des lésions intestinales est du reste en rapport avec la bénignité des symptômes intestinaux: les ganglions mésentériques sont assez volumineux, mais les plaques de Peyer sont à peine tuméfiées, rarement ulcérées, et dans un cas observé par Marfan, il a fallu faire l'examen bactériologique des organes pour confirmer le diagnostic de fièvre typhoïde.

L'hypertrophie de la rate est rarement très accusée, les taches rosées lenticulaires font défaut dans près d'un tiers des cas. Par contre, le coryza et les ulcérations des lèvres sont plus fréquents chez les enfants que chez l'adulte.

On peut distinguer à la fièvre typhoïde des enfants deux formes : la forme légère et la forme grave.

La forme légère présente les caractères qui viennent d'être tracés ; elle est de courte durée, commence vers le quinzième jour et présente un tracé caractérisé par la chute matinale de la fièvre, avec une différence, du matin au soir, de 1,5 à 2°.

La forme grave varie suivant qu'elle frappe des enfants très jeunes, âgés de moins de 4 ans, ou des enfants du second âge. Chez ces derniers, la forme grave se rapproche beaucoup de la forme grave des adultes : ce sont les mêmes phénomènes d'ataxie ou d'adynamie nerveuse, les mêmes désordres thoraciques et asphyxiques, les mêmes complications secondaires qui entraînent quelquefois la mort. Il existe toutefois quelques caractères distinctifs : ainsi, la diarrhée peut faire défaut, ou bien elle prend un caractère dysentérique (Moussous) ; la myocardite et la mort subite sont exceptionnelles. Dans quelques cas, beaucoup moins fréquents qu'on ne l'a dit, les phénomènes nerveux prennent la forme méningitique de façon à faire hésiter le diagnostic. Ce qui permet pourtant de distinguer la fièvre typhoïde de la méningite, c'est que dans celle-ci le début est beaucoup plus traînant, la céphalalgie beaucoup plus tenace et beaucoup plus continue, la stupeur plus profonde et plus prolongée.

Les complications sont à peu près les mêmes que chez l'adulte. Les complications ostéo-articulaires sont ordinairement tardives et peuvent se présenter sous forme de : 1) ostéomyélite typhique ; 2) polyarthrite typhique subaiguë (pseudo-rhumatisme typhique) ; 3) monarthrite coxofémorale typhique avec lésions pouvant aboutir soit à l'ankylose, soit à la luxation spontanée.

Malgré les dangers qu'elle fait courir aux malades, la forme grave de la seconde enfance semble guérir plus souvent que la forme grave de l'adulte. La convalescence est beaucoup plus longue que dans la forme légère : il persiste parfois une sorte de stupeur cérébrale qui rend les enfants inaptes au travail intellectuel ; quelques-uns perdent la mémoire, d'autres gardent toute leur vie une débilité cérébrale. D'ailleurs, la convalescence est quelquefois interrompue par une entérite secondaire que l'on attribue à une mauvaise hygiène alimentaire, ou par une septicémie à streptocoques qui aurait pour portes d'entrée les ulcérations buccales, nasales et cutanées, et qui pourrait donner naissance à un érythème infectieux.

La forme grave du premier âge est remarquable par le caractère un peu vague du tableau clinique, et par le pronostic extrêmement sombre. Fièvre très irrégulière, état de torpeur très prononcé, entrecoupé de gémissements, visage très altéré et très souffrant, diarrhée très légère, telle est la physiologie de la maladie en pareil cas. Les taches rosées font souvent défaut. Cette forme est souvent mortelle à bref délai. La mort arrive vers le quinzième jour, et survient quelquefois dans le collapsus cholérique.

---



## FORMULAIRE

---

### Gravelle

R. — Lithia Water Tablets (5 grs)..... 2 doz.  
 Sig. — Une tablette dans un verre d'eau 3 fois par jour.

WM. R. WARNER.

### Herpès du pharynx

R. — Benzoate de soude..... 4 scrupules  
       Eau distillée..... }  
       Eau de menthe poivrée } ää..... 10 drachmes  
       Sirop d'oranges..... 2 —

Sig. — Deux cuillérées à thé toutes les 1 ou 2 heures (pour un enfant dix ans).

### Chlorose

R. — Tartrate de fer et de potasse..... 4 drachmes  
       Rhubarbe..... 80 grains  
       Sirop de gomme..... Q. S.  
       Pour 100 pilules.

Sig. — Commencer par 1 ou 2 pilules chaque jour, jusqu'à 3, ou 4.

LEGROUX.

### Bronchite

R. — Teinture d'opium camphrée..... 1 once  
       Sirop d'ipéacac composé..... 1 once  
       Sirop de tolu à..... 4 onces

Sig. — Une cuillerée à thé 3 fois par jour. — LACHAPELLE.

### Épiscléritis

R. — Atropine.....  $\frac{1}{4}$  grain  
       Vaseline..... 2 drachmes

Sig. — En application locale.

Solution saturée d'acide borique en compresses chaudes sur l'oeil  
 A l'intérieur :

R. — Iodure de potasse..... 2 drachmes  
       Eau..... 8 onces

Sig. — Une cuillerée à soupe 3 fois par jour dans du lait. — FOUCHER.

**Constipation habituelle**

R.—Extrait de coloquinte.....	1 grain
Extrait de belladone.....	$\frac{1}{4}$ grain
Poudre de podophylline.....	$\frac{1}{8}$ grain

Pour 80 pilules.

Sig.—Une à 4 pilules par jour.—BARTHOLGW.

**Calculs vésicaux (diathèse urique)**

R.—Carbonate de magnésie.....	1 drachme
Acide citrique.....	2 drachmes
Biborate de soude.....	2 —
Eau bouillie.....	8 onces

Sig.—Une cuillerée à table 3 à 4 fois par jour.—MADSEN.

**Prurit**

R.—Carbonate de plomb.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Chloroforme.....	4 minimes
Onguent d'eau de rose.....	1 once.

Sig.—Application locale.—FOX.

**Choléra infantile**

R.—Nitrate d'argent.....	1 grain
Acide nitrique dilué.....	8 gouttes
Teinture d'opium désod .....	8 —
Mucilage d'acacia.....	$\frac{1}{2}$ once
Sirop simple.....	$\frac{1}{2}$ once
Eau de cinnamom.....	1 once

Sig.—Une cuillerée à thé toutes les 3, 4 ou 6 heures.—BARTHOLOW.

**Pleurésie aigue séro-fibrineuse**

I.—*Période inflammatoire*.—Sangsues pour diminuer la douleur ou injection hypodermique de morphine. Pointes de feu au thermo-cautère. Purgation saline ou au mercure. Immobiliser le côté malade par de longues bandes d'emplâtre adhésif. Une poudre de Dover le soir.

II.—*Période d'exsudation*.—Provoquer la résorption de l'épanchement par les lymphatiques en diminuant la quantité de sérum du sang. Deux indications :

1° *Restreindre les aliments liquides*.—De la viande, des œufs et du pain, avec huit à dix onces de liquide (lait ou eau).

2° *Abaisser la quantité de sérum du sang*.—Une once à une once et demie de sel Epsom tous les jours ou tous les deux jours, une heure avant déjeuner, dans le moins d'eau possible.

Lorsque cette méthode ne réussit pas, ou que l'exsudat est trop considérable, recourir à l'aspiration.—OSLER.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Directeur Gérant* : . . . . . **DR J. B. A. LAMARCHE.**

*Rédacteur en chef* : **DR E. P. BENOIT**

MONTRÉAL, FÉVRIER 1896.

## BULLETIN MÉDICAL

### La sérothérapie de la diphtérie

En commençant l'excellent article que nous publions en tête de ce numéro, M. le docteur Archambault exprime la crainte d'ennuyer le lecteur en abordant d'un nouveau sujet aussi rebattu que la sérothérapie. Ce sentiment fait honneur à la probité professionnelle et à la modestie scientifique de l'éminent médecin de Cohoes, mais nous ne saurions le partager, surtout après avoir lu son travail, qui nous démontre, une fois de plus, l'immense progrès accompli par la nouvelle méthode. S'il y a un sujet aujourd'hui d'actualité, c'est bien le sérum antitoxique, et son efficacité, dans la diphtérie surtout, n'est pas discutable. Deux mois environ après le congrès de Buda-Pesth, nous expliquions la découverte du Dr Roux à nos lecteurs (novembre 1894), et nous disions les résultats merveilleux et les grandes espérances que donnait le nouveau traitement. Nous ne changerions pas aujourd'hui un mot de cet article. En mars 1895, revenant sur le sujet, nous exposions la théorie de la méthode et la technique française du traitement. Ni l'une ni l'autre n'a varié depuis. Et nous répétons aujourd'hui ce que nous disions dans un article subséquent : "La bactériologie est maintenant une science complète; il ne lui reste qu'à se perfectionner en trouvant à chaque germe son contre-poison" (août 1895). Nous avons alors celui de la diphtérie; nous avons eu depuis celui de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale; nous aurons demain celui de la variole. Plus nous lisons, plus notre confiance s'affermi. Nous demeurons convaincu que pour ce qui concerne les maladies infectieuses, la sérothérapie est la méthode de l'avenir. C'est dans tous les cas la plus efficace dans le traitement de la diphtérie.

Le nouveau traitement, révélé au monde scientifique au mois d'août 1894, n'a été mis en pratique d'une manière générale, du moins en Amérique, qu'au commencement de 1895. Mais le temps écoulé est suffisant pour permettre de juger des résultats. Partout ils ont été favorables; c'est du moins ce qui résulte des différents rapports publiés à la fin de l'année dans diverses revues médicales. L'impératrice Frédérique ayant donné une fête de Noël aux enfants malades de l'hôpital de Berlin, Virchow fut invité à faire connaître les résultats du nouveau traitement.

Les voici en peu de mots : enfants traités, 335 ; enfants guéris, 305. Mortalité antérieure, 43 p. c. Mortalité d'avril à novembre 1895, 9½ p. c. (*Brith. Med. Journ.*, 4 jan. 1896). La différence est trop grande pour être attribuée au hasard. Voulez vous maintenant connaître l'effet du sérum dans les cas graves, chez des opérés. Voici les chiffres de M. le Dr Louis Martin, de l'hôpital des Enfants Malades, à Paris (*Bull. Méd.* 11 déc., 1895). D'abord le nombre des interventions est diminué. De 1887 à 1894, on opérât 36 malades sur 100. En 1895, sur 526 enfants, on a fait 72 tubages et 3 trachéotomies, soit 14 p. c. d'opérés. Ensuite la mortalité des opérés est grandement diminuée ; de 77 p. c. qu'elle était jusqu'en 1894, elle est tombée l'année dernière à 23 p. c. Chez les enfants tubés, elle est plus favorable encore, 13½ p. c. Passons en Amérique. Au Willard Parker Hospital de New-York, le taux de la mortalité en 1894 était de 36 p. c. En 1895, il tombe le premier trimestre à 33 p. c., le second trimestre à 29 p. c. et le troisième trimestre à 15 p. c. Et le Dr John Winters Brannan est d'avis (*Int. Med. Mag.* déc. 1895) que si le résultat n'a pas été meilleur, c'est que la plupart des enfants leur étaient amenés après plusieurs jours de maladie. Dans les hôpitaux de Boston (*City Hospital, Children's Hospital*), la mortalité est de 15 p. c. (*Amer. Ther.*, déc. 1895). Dans ces deux hôpitaux, à part le sérum, on donne des irrigations de la gorge à l'eau salée, et comme stimulants le whiskey et la strychnine à l'intérieur. Les rapports des praticiens sont encore plus favorables, ce qui s'explique par la promptitude avec laquelle ils peuvent agir, puisque ce sont eux qui font le diagnostic, et les conditions plus satisfaisantes où ils se trouvent, l'hôpital étant un mauvais milieu. Rosenthal, de Philadelphie, a perdu deux enfants sur 78 cas (*Int. Med. Mag.* nov. 95). Benno Bribach, de St-Louis, a traité 48 cas et n'en a pas perdu un seul (*Med. Review*, 21 déc. 1895). Aussi conclut-il avec assez de raison, il nous semble : " Les objections au traitement antitoxique, qu'elles soient basées sur des arguments théoriques, une obstination dogmatique ou l'ignorance, sont réduites à néant par la force brutale des chiffres." En Europe et aux Etats-Unis, des médecins haut placés se sont montrés défavorables au nouveau traitement. Rien d'étonnant à cela. Les objections sont toujours faciles à faire, surtout quand on y est porté par tempérament. Est-ce que Peter n'a pas fait toute sa vie une opposition acharnée à Pasteur ! Mais les paroles s'envolent et, comme le fait remarquer le Dr Bribach, les chiffres demeurent. Les faits aussi. D'ailleurs, s'il ne fallait conserver en médecine que les méthodes absolument infailibles, combien resteraient debout ? Réclamer pour un médicament ou une méthode la guérison infailible dans tous les cas, c'est le propre du charlatanisme.

A Montréal, l'on a employé le sérum comme traitement méthodique de la diphtérie dans tous les cas envoyés à l'hôpital civique. Depuis juin 1895 jusqu'à aujourd'hui (30 janvier) l'on a injecté en tout 170 malades. Comme sur ce nombre 19 seulement sont morts, dont quelques uns, en raison de la gravité du cas, avant que le sérum ait pu produire son effet, nous nous croyons justifié de dire que les résultats sont aussi bons que ceux de n'importe quel hôpital d'Europe ou d'Amérique. A la date indiquée plus haut, on avait soigné dans chacune des sections avec le sérum Roux le même nombre de malades, soit 85. Sur ce nombre, 7 sont morts à la section anglaise (Dr Bazin), 12 à la section française (Dr Laberge). Le taux de la

mortalité sur le grand total a donc été de 11 p. c. Maintenant, repassons en détail tous les cas de mort. Sur les 7 enfants morts à la section anglaise, 2 avaient une anurie complète douze heures avant leur entrée, et moururent d'urémie quelques heures après. Un cas de croup trachéotomisé en entrant, ne survécut que quatre heures. Voilà certainement trois cas où le sérum ne pouvait rien faire parce qu'il était trop tard. Il resterait donc quatre cas où l'on pourrait lui reprocher de ne pas avoir produit son effet immunisant : 1 cas de croup avec anurie au cinquième jour, 1 cas de broncho pneumonie après trachéotomie, 1 cas de syncope-cardiaque (*failure*) au troisième jour du traitement et malgré l'amélioration déjà produite, enfin 1 cas de mort au vingt-cinquième jour de la maladie par paralysie du cœur, chez une fillette de treize ans entrée à l'hôpital avec une néphrite assez prononcée. Le docteur Bazin a donc eu 4 cas réels d'insuccès sur 55 malades traités. C'est un très beau résultat. Celui du docteur Laberge est tout aussi favorable. Depuis le mois d'octobre, 4 malades seulement sont morts sur 55 traités. Avant cela, sept cas sur 12 sont morts dans les 36 heures après leur admission. Le docteur Laberge attribue la mortalité plus grande du début (juin à octobre) à ce que le sérum n'était pas donné à dose assez forte et, dans quelques cas, pas assez tôt. En mettant de côté les cas absolument désespérés, il est donc permis de conclure qu'à l'heure actuelle, à l'hôpital civique de Montréal, le sérum antitoxique de la diphtérie de Roux n'empêche pas des complications mortelles de se produire dans 5 p. c. des cas pour la section anglaise, et dans 8 p. c. des cas pour la section française. Nous le répétons, l'on n'obtient pas de meilleurs résultats à Paris, Berlin ou New-York.

Maintenant à quoi attribuer le manque de succès pour certains cas. La question est très difficile à résoudre d'une manière précise. Il y a tant de facteurs en jeu. D'abord il est important de soigner la maladie dès le début. A l'hôpital civique, il est rare que l'on amène les enfants au premier jour de la maladie; c'est généralement vers la troisième ou quatrième journée. On en a même reçus au dixième jour. Plusieurs cas de croup ont été trachéotomisés d'urgence, dès leur arrivée. Il est évident que plus il y a de retard, moins il y a de chances de succès. Ensuite le traitement demande une grande surveillance, nous ajouterons une certaine habitude. Il faut agir à propos et avec précision, bien constater les résultats et revenir à la charge au moindre indice, sans retard. Ceci est très important. Voici deux exemples. Vous avez un cas bénin de diphtérie, ou du moins qui vous semble tel. Vous dites : " Pas besoin de sérum." Mais voilà que tout à coup les symptômes s'aggravent rapidement. Vite, vous faites une injection. Trop tard; le malade meurt. Vous avez péché par négligence. Second exemple. Cette fois vous faites une injection le premier ou le second jour de la maladie. Il y a amélioration pendant six heures, puis la température remonte. Vous dites : " Ce ne sera peut-être rien, attendons à demain." Demain, les symptômes se sont aggravés davantage. Vous renouvez l'injection. Trop tard. Le malade meurt. Vous avez péché par manque d'à-propos. Il en est de la sérothérapie comme de tout autre traitement médical; il faut exercer son jugement. Nous avons entendu dire : " Avec votre histoire de sérum, vous allez simplifier la médecine. Diphtérie, bang, du sérum! Erysipèle, bang, du sérum! Fièvre puerpérale, bang, du sérum! Les malades vont guérir tout seuls!" Pardon, pardon. L'on n'injecte pas du

sérum comme on donne un lavement. Dieu merci, nous nous éloignons de plus en plus de la période du clystère. La sérothérapie n'est pas de l'empirisme, c'est une science, et une science trop compliquée pour qu'on puisse la résumer par l'introduction d'une seringue. L'on verra par la manière dont on l'applique à l'hôpital civique combien sa technique est minutieuse. Il est évident que dans un très petit nombre de cas, le nouveau traitement n'empêche pas certaines complications de survenir : paralysie, urémie, broncho-pneumonie. Pourquoi, chez certains enfants et malgré le sérum, certains organes (reins, système nerveux) succombent-ils à la pression exercée sur eux par la maladie? L'expérience et l'étude nous le dirons peut-être. Mais jamais, à l'hôpital civique, l'on a vu une néphrite ou une paralysie produites par le sérum.

Voici la technique suivie à l'hôpital, où l'on emploie le sérum Roux. Dès l'arrivée du malade, le Dr Bazin injecte 10 c.c. dans les cas ordinaires, 15 c.c. ou 20 c.c. lorsque la maladie est avancée, que l'on a affaire à un adulte ou un cas de croup. Au bout de 6 heures, si la température remonte à 101°, si les membranes continuent de sécher, on fait une seconde injection. La température s'élève presque toujours après une injection, et le pouls s'accélère quelquefois. En général il est peu affecté. L'effet de l'injection se fait sentir pendant six heures. Quelquefois, le lendemain de la première injection, la fièvre monte jusqu'à 100½, mais elle dépend d'une septicémie qui n'est pas constitutionnelle, mais simplement localisée aux glandes. Dans ces cas, on ne renouvelle pas le sérum. Ordinairement une seule injection suffit à amener la guérison. Comme traitement local, pulvérisations dans la gorge avec le peroxyde d'hydrogène jusqu'à ce que les membranes aient perdu leur couleur gris-sale et soient devenues blanches. Ensuite badigeonnages à la boro glycerine. La luvette est la partie la plus difficile à nettoyer. Le traitement local dure moins longtemps avec l'emploi du sérum. La gorge est généralement nette au bout de deux à trois jours. Aucun traitement interne. La teinture de fer semble augmenter les chances de néphrite. Wiskey comme stimulant lorsque c'est nécessaire. Durant la convalescence, pour combattre l'anémie et l'adynamie, teinture de fer, citrate de fer et quinine, strychnine, etc.

Le docteur Laberge injecte à tous les malades, dès leur arrivée, 20 c.c. de sérum. Après l'injection la température tombe, le pouls devient moins fréquent, la gorge moins sensible, la respiration plus libre. Le pouls suit les mêmes variations que la température. Au bout de 12 heures, quelquefois au bout de 24 heures, si la température monte, si le pouls s'accélère, si la respiration devient plus difficile, seconde injection de 20 c.c. ou de 10 c.c. suivant la gravité des symptômes ou l'âge de l'enfant. L'engorgement des ganglions sous-maxillaires est toujours un mauvais symptôme. Règle générale, la première injection suffit à amener la guérison. Comme traitement local, lavages de la gorge avec une solution concentrée d'acide borique toutes les deux heures, la nuit comme le jour. On fait couler par le nez et la gorge une pinte d'eau chaque fois. Quand l'enfant est difficile, pulvérisations au peroxyde d'hydrogène (moitié eau). L'acide borique est moins irritant. Avec le sérum, le traitement local dure deux jours. C'est un excellent adjuvant, mais sur lequel on ne saurait se fier entièrement. A l'intérieur, teinture de fer, glycérine, cognac et régime lacté. Surveiller les intestins et la sécrétion urinaire.

On a reproché au sérum de causer la néphrite et d'amener une intoxication qui se manifeste par un érythème particulier. Ces reproches ne sont pas prouvés par les faits. Le Dr Bazin a constaté de temps à autre la présence de l'albumine dans l'urine, mais cette albumine a toujours disparu en deux ou trois jours chez les enfants traités par le sérum. Le Dr Laberge, qui, comme on a dû le remarquer, donne en général des doses plus fortes, a rarement trouvé de l'albumine dans l'urine de ses malades et toujours d'une manière passagère. Il n'a pas observé de cas d'urémie. Il est évident pour nous que la néphrite est sous la dépendance des toxines secrétées par le bacille de Klebs-Lœffler, et que plus vite on donne le sérum, moins le rein sera irrité. Par contre, l'érythème est très fréquent. Il survient d'habitude vers le 4<sup>e</sup> ou le 6<sup>e</sup> jour du traitement, et dure généralement de deux à trois jours. Il y a toujours de la démangeaison, assez vive même dans quelques cas. Plusieurs malades ont eu en même temps de la fièvre et des douleurs dans les jointures. L'éruption est tantôt locale, tantôt générale, et ressemble quelquefois beaucoup à celle de la rougeole. C'est là le seul méfait que l'on peut reprocher au sérum, et il est bien léger. Cela ne l'a jamais empêché d'exercer son effet curateur, et les dangers énormes de l'empoisonnement par la diphtérie justifient le médecin de faire subir à l'enfant malade le léger ennui d'une intoxication passagère n'offrant pas plus de dangers qu'une dose trop forte de copahu ou d'iodure de potasse. Et puis qui peut dire au fond si le cheval qui a fourni le sérum n'est pas la cause indirecte de l'effet observé. Car enfin le sang de cheval est fait pour les chevaux, et non pour les enfants. C'est encore heureux qu'on puisse lui faire jouer un si beau rôle.

Non, la discussion nous paraît inutile. Le sérum a fait ses preuves, et nous venons d'en rapporter qui ne sont pas des moins probantes. L'on peut être sûr de leur exactitude scientifique, car l'on fait bien les choses à l'hôpital civique. Les 170 malades traités avaient tous dans leurs membranes le bacille de Klebs-Lœffler; cela a été constaté chaque fois par des cultures. Et sur les 151 cas qui ont guéri, pas un seul n'a quitté l'hôpital sans que l'examen bactériologique ait été négatif. L'on ne pouvait pas avoir une meilleure preuve de guérison. D'ailleurs, cet enseignement par les faits est une preuve si évidente de l'efficacité de la sérothérapie, que la méthode de traitement est de plus en plus adoptée par la profession. Il suffit pour s'en rendre compte, de se mettre au courant de la vente du sérum. Nous avons passé aux différentes agences (Arthur Décarv pour le sérum Roux, Lyman and Sons pour le sérum Gibier, Henry J. Dart pour le sérum Schering), et si les renseignements qu'on nous a donnés sont exacts il s'en est vendu à Montréal, l'année dernière, plus de 1500 bouteilles de sérum. Il va sans dire qu'on peut s'en procurer dans n'importe quelle pharmacie. Et c'est une preuve qu'on le demande, puisque les pharmaciens jugent à propos de le garder en magasin. Comme nous disait l'un d'eux: "Le jour n'est pas loin où tout médecin emploiera le sérum comme le traitement le plus naturel de la diphtérie." Cette conclusion, basée sur la vente progressive de l'antitoxine, est aussi soutenue par la raison et les faits. C'est dire que le pronostic se réalisera.

### La sérothérapie de l'érysipèle

Le conseil municipal de Paris avait accordé une subvention au Dr Chantemesse afin que ce dernier put employer le sérum de Marmoreck dans le service des érysipélateux, à l'hôpital du Bastion 29. Le docteur Chantemesse constate, dans le rapport qu'il a présenté dernièrement au conseil (*Bull. Méd.*, 1er janvier 1896) que sur les 501 malades soignés par la sérothérapie, 13 seulement sont morts. Plus le sérum employé est fort, meilleur est le résultat. Sur 97 malades injectés avec un sérum d'une force préventive de 1 p. 30,000, il n'en est mort qu'un seul. Les inconvénients après l'injection sont nuls ou à peu près. Un homme atteint d'une pleurésie purulente à streptocoques a très bien supporté en 15 jours 300 centimètres cubes de sérum. Deux malades seulement ont eu un léger érythème qui a duré quelques heures. Le docteur croit que cet érythème, ainsi que la douleur et le gonflement que l'on observe parfois au point d'inoculation, sont dus à ce que le cheval a été saigné trop vite après les dernières doses de virus qu'on lui a données. Le sérum, recueilli comme il convient, et injecté même à dose massive, s'est montré efficace et inoffensif.

" Les effets du sérum, dit le Dr Chantemesse, se font sentir sur la lésion érysipélateuse et sur l'état général du malade. Localement : on constate le plus souvent dans les 24 heures, plus rarement au bout de deux à trois jours, une diminution marquée de la rougeur, du gonflement et de la douleur. La desquamation est hâtée et se fait en écailles épidermiques assez épaisses. Parfois la lésion continue à s'étendre sur un des points de sa périphérie et ne s'arrête que sous l'influence des injections répétées. La suppuration du tissu érysipélateux est très rare avec le traitement par le sérum. Lorsqu'elle existe avant le traitement, elle n'est pas tarie immédiatement, mais elle est diminuée par les injections."

" L'état général s'améliore rapidement. Quelques heures après l'injection, si la dose est suffisante, le malade accuse un bien être très marqué ; les troubles nerveux et en particulier le délire, sont très favorablement influencés. Après l'injection la fièvre s'abaisse parfois en quelques heures. Rarement elle persiste deux ou trois jours. La dose injectée doit varier suivant l'intensité de l'infection. Le pouls diminue de fréquence et augmente de force. Je n'ai jamais constaté un effet défavorable sur la force, la rapidité ou la régularité du pouls. Quand l'albuminurie n'existe pas encore, elle ne se produit pas, dès que la sérothérapie est commencée. Quand l'albuminurie n'existe que depuis peu de temps, l'intervention du sérum la guérit en trente-six ou quarante-huit heures."

" La gravité et la durée de la maladie sont moindres chez les malades soumis à la sérothérapie. Les engorgements ganglionnaires et les rechutes qui surviennent si fréquemment après l'évolution d'un érysipèle traité par les méthodes ordinaires sont favorablement influencés par le nouveau traitement. Après la fin de la maladie, les adénopathies disparaissent vite, si l'on a soin de continuer à petites doses l'emploi des injections de sérum. Les rechutes qui, chez certains malades, se répètent avec une désespérante opiniâtreté, peuvent souvent être prévenues par de petites doses de sérum injectées préventivement à intervalles réguliers."

" La dose ordinaire de sérum nécessaire pour guérir un érysipèle varie entre 20 et 40 centimètres cubes. Parfois les limites de cette dose sont dépassées en deçà et au-delà.



### La sérothérapie de la variole

Le docteur A. Bécclère a présenté à la *Société Médicale des Hôpitaux* (séance du 10 janvier 1896) une femme de 29 ans en convalescence de variole à qui il a injecté, "sous la peau de l'abdomen, en trois injections successives, dans l'espace d'une heure, plus d'un litre et demi de sérum de génisse vaccinée — exactement 1560 centimètres cubes — c'est-à-dire une dose équivalente à la cinquantième partie du poids de son poids. Elle a rapidement et parfaitement guéri sans éprouver, à la suite de cette énorme injection de sérum, aucun dommage local ou général. Elle avait été vaccinée à l'âge de deux ans, mais n'avait jamais été revaccinée." Le Dr Bécclère a soigné seize autres malades de la même manière, dont treize ont guéri. Il attend que les observations soient complètes pour les publier. A l'heure actuelle, il ne veut tirer aucune conclusion définitive. Le but de sa communication est de prendre date et de rapporter le résultat des recherches commencées par lui en 1893. Jusqu'à présent, un fait est certain, c'est que le sérum de génisse vaccinée immunise contre la vaccine. Le docteur Bécclère en conclut qu'il suffira d'augmenter ce pouvoir immunisant pour le rendre curatif de la variole. Il essaie d'y suppléer, dès maintenant, en injectant le sérum de génisse vaccinée à une dose égale à la cinquantième partie du poids du malade. Les premiers essais qu'il rapporte lui donnent beaucoup d'espoir pour le résultat final.

### Prophylaxie de la fièvre jaune

Le Congrès de l'Association Américaine d'Hygiène, tenu à Denver, Colorado, dans les premiers jours d'octobre 1895, a été des plus intéressants. Nous extrayons du rapport du secrétaire du Conseil Provincial d'Hygiène, M. le Dr Pelletier, le passage suivant : "Le Dr Carmona y Valle, de Mexico, donne le résultat des expériences qu'il a faites depuis 1887, relativement au traitement de la fièvre jaune et aux inoculations préventives contre cette maladie. En inoculant une personne atteinte de la fièvre jaune avec son urine, il a constaté que la fièvre diminuait et que la guérison était rapide. Ce succès l'engagea à inoculer l'individu sain comme mesure préventive. Sur 1358 de ces inoculations d'individus sains avec de l'urine provenant de malades arrivés au cinquième jour de leur maladie, l'auteur n'eut qu'un cas d'insuccès, et encore, l'individu ne fut pas suffisamment malade pour s'aliter. Cette méthode a été subséquemment expérimentée en France par Bouchard et à Panama par Garcia del Formel avec d'excellents résultats. L'auteur recommande de se servir du résidu obtenu à la suite de l'évaporation artificielle de l'urine. On injecte au moyen d'une seringue de Pravaz 5 centigrammes de ce résidu dissout dans un gramme d'eau. Cette injection produit quelquefois un abcès au point d'inoculation qui, pour M. Carmona y Valle, est la partie postérieure du bras."

---

Le seul agent collecteur autorisé pour toute la Province, excepté Québec, est A. Bertin et Cie, rue Gosford, à Montréal.

## COURRIER DES HOPITAUX

---

### HOTEL-DIEU DE ST-JOSEPH

Par suite de la maladie de M. le Dr Roux, il nous est impossible ce mois-ci de publier un courrier de l'Hôtel-Dieu.

---

### HOPITAL NOTRE-DAME

RAPPORT MÉDICAL POUR LES PREMIERS SIX MOIS DE 1895-1896.

Patients admis — payants.....	128
demi payants.....	120
matelots.....	32
ordinaires.....	563
Total.....	843
Patients congédiés.....	839
Restant internés le 1er janvier 1896.....	85
Patients morts :	
Transporté mort.....	1
En dedans de 3 jours.....	21
Sous traitement.....	31
Total.....	53
Sorties d'ambulance :	
Accidents.....	216
Cas privés.....	58
Total.....	274
Opérations pratiquées en chirurgie.....	427
Opérations pratiquées en ophthalmologie.....	170

#### DISPENSAIRES

Dispensaire général.....	3852
Dispensaire d'Ophthalmologie.....	2065
Consultations chirurgicales.....	2593
Dispensaire des Enfants.....	518
Dispensaire de Gynécologie.....	371
Dispensaire de Dermatologie.....	336
Malades traités par internes.....	726
Dispensaire des dentistes.....	182
Total.....	10643

Janvier, 1896.

A. ETHIER, Méd. Interne.

## BIBLIOGRAPHIE

NEWMAN. — Electricity in the treatment of Exophthalmic Goitre, by ROBERT NEWMAN, M. D., New York.

Supplementary report on the success of Electrolysis in the treatment of urethral strictures.

DOCTEUR HENRI FOURNIER. — Vient de paraître à la Société d'Éditions Scientifiques, 4, rue Antoine Dubois, Place de l'École de Médecine, Paris, **Hygiène Générale de la peau et du cuir chevelu**, par le Docteur HENRI FOURNIER. 21<sup>e</sup> volume de la **Petite Encyclopédie Médicale**. In 8 jésus de 158 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 3 francs.

Le but de l'auteur a été de mettre en garde le public contre les erreurs et les pratiques fâcheuses qui nuisent à la santé générale de la peau et en particulier du cuir chevelu.

Nous accusons réception du rapport du Bureau Médical du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, pour les assemblées du 3 juillet et du 25 septembre 1895.

Du rapport du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, 1895. Nos remerciements.

**Formulaire des médications nouvelles**, par le Dr H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef du service des maladies des enfants à la Polyclinique de Paris. 1 vol. in-18 de 280 pages, avec fig., cart. 3 fr.

On trouvera dans ce nouveau formulaire toutes les acquisitions nouvelles de la thérapeutique moderne qui n'ont pu encore entrer dans les traités classiques. M. Gillet s'est attaché toutefois surtout aux nouveautés dont le caractère pratique semble bien établi et non aux curiosités qui viennent inutilement encombrer la thérapeutique et jeter la confusion dans les esprits.

Afin de faciliter les recherches, M. Gillet a suivi un ordre alphabétique où l'on trouve à la fois les médications nouvelles, les maladies et les médicaments. Chaque nom de maladie est suivi de l'indication des médications nouvelles qu'on peut appliquer à son traitement. Après chaque nom de médicament se trouvent de même indiquées les nouvelles méthodes dans lesquelles ces médicaments sont utilisés. Enfin chacune des médications nouvelles est traitée sur le même plan identique, principe de la méthode, nature des agents thérapeutiques employés, mode d'administration, doses, mode d'action et effets. — Librairie J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

---

Le seul agent collecteur autorisé pour Québec et sa banlieue est El. Béland, 276 rue St-Jean, à Québec.

## CHRONIQUE

**Médecins honorés.** — Le Dr Potain et le Dr Bouchard ont été nommés commandeurs de la Légion d'Honneur. Vingt un médecins ont été faits chevaliers.

**Hôpital Notre-Dame.** — Comme c'est la règle, lorsque vient le printemps, le personnel de l'hôpital Notre-Dame a quelque peu changé. Le Dr Ethier abandonne la position qu'il occupait depuis 1892 pour s'établir avec le Dr Brennan, qui ouvre un hôpital privé. Le Dr Roberge a aussi quitté l'hôpital pour aller prendre possession d'un poste avantageux. Ces deux messieurs sont remplacés respectivement par les Drs Derôme et Huguenin, et M. A. Lamarche est le nouvel assistant-interne.

**Un bazar médical.** — Un médecin entreprenant de San Francisco, le Dr Herzstein, vint de faire construire une maison qu'il appelle la "bâtisse des médecins." Cet édifice est occupé exclusivement par des bureaux de disciples d'Esculape. Il y a un pharmacien au rez-de-chaussée. L'on a établi au sous-sol des bains médicaux où le public n'est reçu que sur prescription du médecin. Il y a en outre un laboratoire, une librairie et une salle d'opération à l'usage des locataires. Onze médecins et un dentiste tiennent déjà leur bureau dans la nouvelle bâtisse.

**Bactériologiste et chirurgien.** — L'autre jour, au Montreal General Hospital, un individu amené avec une plaie du nez et de la figure est pris de tétanos. On fait venir le Dr Johnson, qui ne trouve pas de microbes à la surface de la plaie. Et le chirurgien de rire et de taquiner le spécialiste. Après la mort du patient, le Dr Johnson pratique l'autopsie et trouve dans la cavité postérieure du nez une grosse écharde d'un demi pouce de longueur. L'ensemencement fait avec ce morceau de bois donna une belle culture de bacilles de Nicolaïer. Ce fut au spécialiste de rire le dernier et le mieux.

**Le trachôme au Canada.** — M. le Prof. Foucher a envoyé, l'autre jour, à la Société d'Ophthalmologie de Paris son rapport sur l'étendue du trachôme dans la Puissance du Canada. Il en résulte que la maladie n'existe pas chez les différentes tribus sauvages, sur les rives du golfe St Laurent et à la Nouvelle-Ecosse (terrain minier). Elle exerce au contraire de grands ravages parmi les mennonites russes cantonnés au Manitoba. Le rapporteur général, M. le Dr Chivret, de Clermont-Ferrand (Puy de Dôme), en accusant réception du rapport, félicitait le prof. Foucher, en sa qualité de Canadien-français, d'avoir été le premier à répondre et ajoutait: "J'entends déjà les applaudissements qui éclateront dans l'assemblée lorsqu'on leur apprendra que la première réponse nous est venue du Canadien-français."

**L'Association Médicale Anglaise.** — Comme on sait, la *British Medical Association* a une branche à Montréal qui compte au delà de quatre-vingts membres. Les élections pour 1896 ont eu lieu le 18 janvier courant et ont donné le résultat suivant : Président, M. le Dr T. G. Roddick ; vice-président, M. le Dr E. P. Lachapelle ; secrétaire, M. le Dr J. A. Springle. Nous félicitons vivement les nouveaux officiers de l'honneur bien mérité qu'ils viennent de recevoir.

**Société Medico-Chirurgicale de Montréal.** — Voici le programme des séances du mois de janvier. *Séance du 10 janvier* : Présentation de cas : enlèvement d'un kyste du cerveau pour le soulagement de l'épilepsie jacksonnienne, Dr G. E. Armstrong. Specimens pathologiques : cancer primitif du foie, Drs C. F. Martin et W. F. Hamilton ; forme peu commune de salpingite, Drs W. Gardner et C. F. Martin ; cancer primitif de la vésicule biliaire, Dr C. F. Martin ; divers specimens, Dr J. D. Adami. Travail : sur le traitement de l'ivrognerie comme maladie, par le Dr O. C. Edwards, d'Ottawa. *Séance du 23 janvier* : Présentation de cas : paraplégie ataxique, Dr F. G. Finley. Specimens pathologiques : anévrysme de l'aorte, Dr H. A. Lafleur ; specimens de calculs biliaires, Dr Jas. Bell. Travail : L'inflammation des glandes parotides dans les maladies du petit bassin, par le Dr W. S. Morrow. Rapports de cas : résection du caecum, Dr J. Anderson Springle ; leuco-cythémie lymphatique, Drs A. E. Vipond et C. F. Martin.

**Conférences d'hygiène infantile.** — La fécondité des femmes canadiennes est devenue proverbiale, mais, ce qui est un fait universellement connu aussi, c'est que l'exorbitante mortalité des enfants, dans la province de Québec surtout, rend passablement inutile cette prolifération nationale. C'est ce qui désespérait tant le brave curé Labelle. Or, la cause unique de cette mortalité trop grande, c'est que les femmes en général ne savent pas soigner leurs enfants, et bien souvent s'en rapportent au bon Dieu pour les faire vivre malgré les mauvaises conditions qui les entourent. Il est évident que cette négligence que l'on pourrait qualifier de coupable n'est due qu'à l'ignorance. Le Conseil National des Femmes a résolu de réagir contre cette état de chose à l'aide de conférences populaires et gratuites faites dans les différents faubourgs de Montréal. Nous avons assisté le 31 janvier à la première de ces conférences faite à la Pointe St Charles par madame le Dr Elizabeth Mitchell.

L'habile conférencier a d'abord donné des conseils pratiques sur la manière de nourrir les enfants, de les habiller, de leur donner les premiers soins avant l'arrivée du médecin, et a terminé la séance par une démonstration pratique, en faisant prendre, devant l'auditoire, à un bébé joufflu, un bain qu'il a paru apprécier énormément. L'on a aussi distribué aux mamans présentes des cartes où la conférence se trouvait résumée sous forme de conseils pratiques. Les prochains conférenciers seront madame le Dr Grace Ritchie et madame le Dr Regina Lewis Landau. La même série de conférences aura lieu dans la partie est en langue française, et comme nous n'avons pas de femmes médecins, la tâche sera confiée à M. le Dr Desroches, membre du Conseil Provincial d'Hygiène, M. le Dr Cormier, médecin des enfants à l'hôpital Notre-Dame, et M. le Dr Benoit, rédacteur de L'UNION MÉDICALE. Il est fort probable que M. le Dr Lachapelle, président du Conseil d'Hygiène, prêtera son concours à cette oeuvre humanitaire et fera une causerie préliminaire.

**La contagion de la scarlatine.** — Le petit village de la Baie des Pères est tout à fait isolé sur le lac Témiscamingue et séparé du reste de la civilisation par plusieurs milles de forêts et de lacs. Le révérend père Laçasse, curé de l'endroit, écrivait l'autre jour au Conseil Provincial d'Hygiène une lettre dont on nous communique le passage suivant : " Nous avons un cas de fièvre scarlatine. Nous avons fait le cordon sanitaire et la maladie ne s'est pas propagée. Il est curieux de voir comment la maladie est parvenue jusqu'au delà de nos forêts. Une femme reçoit une lettre d'un de ses parents qui lui dit que les fièvres scarlatines sont dans sa maison. La lettre portait le timbre de l'Etat du Massachusetts.

On jette l'enveloppe à terre, un enfant de trois ans et demi la déchire, s'amuse avec le timbre et prend la maladie." On a publié assez fréquemment des cas semblables de transmission de maladies contagieuses par le linge ou le papier, à l'aide des pellicules de desquamation. Celui-ci est un joli exemple à ajouter aux autres.

**Photographie macabre.** — On sait que le professeur Roentgen, de Wurtzburg vient de faire une découverte étonnante. Ce professeur a trouvé le moyen, par un procédé spécial, de décomposer la lumière de telle sorte qu'une partie des rayons lumineux passent à travers le bois, le velours, la peau, le sang, les muscles, comme à travers l'eau ou le crystal. De sorte qu'avec ce procédé la photographie d'une personne ne donne que le squelette. Il est donc fort peu probable que les photographes l'adoptent dans leur pratique courante. Le professeur Roentgen a envoyé plusieurs photographies à la Société de Physique et de Physiologie de Berlin. L'une représentait des poids que l'on avait enfermés, pour les photographier, dans une boîte en bois doublée de velours. Sur une autre, prise d'après la main d'une personne vivante, on ne voyait que le squelette de la main et les joncs qui semblaient flotter dans l'air autour des phalanges. Le professeur Cox, de McGill, a repris les expériences du prof. Roentgen, et avec succès, comme on a pu voir par les journaux quotidiens. Nous avons vu à la Société Médico Chirurgicale, la photographie de la jambe d'un individu où l'on constate d'une manière distincte, le long du tibia, l'emplacement d'une balle reçue en décembre dernier.

---

### On demande à acheter

On demande à acheter les numéros de l'*Union Médicale* de mars 1885 et de janvier et février 1886, ainsi que les trois premières années entières (1872, 1873, 1874). Si quelqu'un possédant ces numéros en surplus désirent les vendre, il est prié d'écrire au rédacteur, boîte 2189, B. de P., Montréal, ou 476, rue Sherbrooke.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

---

### Le rapport annuel du Bureau des Gouverneurs

Nous avons reçu, il y a quelques jours, le Registre Médical et le Rapport des trois assemblées du Collège des Médecins.

Enfin ! Voilà un point de gagné !

On peut faire mieux, toutefois ; car ces rapports sont terriblement maigres. Ce ne sont que d'arides procès-verbaux.

Comme il n'y a que le premier pas qui coûte, espérons que nous aurons, bientôt, des rapports aussi complets que ceux du Collège des Médecins d'Ontario. Dans la province sœur le Bureau possède non-seulement un journal, mais il publie aussi un annuaire renfermant ses règlements, le nom des licenciés, un compte-rendu sténographique de tous les débats, les détails de chaque vote, etc. Sans exiger autant, nous demandons qu'on nous donne un résumé substantiel de toutes les discussions de nos gouverneurs, le détail des votes, etc., afin que la profession, en pesant le *pro* et *con*, puisse former un jugement éclairé sur chaque question et discerner le mérite relatif de ses représentants.

Prouvons, une fois de plus, que nous ne sommes pas une race inférieure en adoptant ce qu'il y a d'utile chez nos confrères de l'Ouest.

---

En examinant l'état financier des trois dernières années, on a dû remarquer que le montant des arrérages de contribution annuelle s'élève à la somme rondelette de (\$7,000) sept mille piastres.

Ou il y a négligence impardonnable chez les membres de la profession, ou négligence coupable chez les officiers du Bureau, chargés de rentrer les recettes.

Tolérer pareil système, c'est commettre une injustice et faire preuve d'impéritie dans l'administration des finances du collège ;

Injustice envers les membres qui paient régulièrement leur contribution et défrayent ainsi, *seuls*, les dépenses d'un corps administratif institué pour le bien général ;

Impéritie en privant le trésor du Collège du joli revenu annuel que produiraient ces arrérages placés à intérêts.

Un moyen d'améliorer la position serait de donner au percepteur, au lieu d'un salaire fixe, tant pour cent sur le revenu annuel.

M. le docteur Noir, proche, très proche parent d'un gouverneur actuel, trouvait en 1889, une autre raison pour expliquer cette insouciance qui menace de devenir coutume.

“ Vous avez remarqué que, cette année, écrivait-il, l'agent du collège ne s'est pas beaucoup occupé de collecter la contribution des médecins, c'est un signe des temps ; cela veut dire que l'élection sera d'autant plus facile à faire qu'un

petit nombre de médecins auront payé leur contribution annuelle. Que pensez-vous du truc!" (*Gaz. Méd.*, mai 1889).

C'est un truc fin-de siècle, si vraiment il y avait truc, et qu'il importe de ne pas tenter à l'avenir.

Ce qui nous a surtout étonné, dans le rapport de la dernière assemblée, c'est l'accueil fort cavalier qu'on a fait à la motion Rottot, qui était un pas, et un grand pas, dans la bonne voie.

Comment vingt-six membres peuvent-ils justifier leur opposition à une proposition aussi juste, équitable et pleine d'à-propos! On dit que la majorité ne veut pas de réforme dans le mode d'élection *parceque les frais de législature pour ce faire seraient trop considérables!*

Allons! pour une farce, en voilà une bonne!

Quoi! un corps administratif qui possède des parts dans la plus forte institution financière du pays, qui a près de \$5,000 en banque, qui se vante d'un actif net de \$12,900, qui laisse accumuler des arrérages jusqu'au montant de \$7,000 qui songe à fonder une bibliothèque unique en son genre, venir plaider pauvreté pour ne pas faire insérer dans sa charte un amendement réclamé par toute la profession?

Mais, c'est le comble du ridicule!

S'il faut en croire un incident de la dernière lutte électorale dans Jacques-Cartier, quand une certaine Université est venu combattre, devant la Législature, le projet de loi établissant un Bureau central d'examineurs, elle ne lésinait pas de cette façon. Aussi l'Université gagna-t-elle son point et nos grands économistes remportèrent-ils une veste des mieux conditionnées.

On semble oublier dans les hautes sphères du Bureau que le bon La Fontaine a dit: "L'usage seulement fait la possession."

Que le système de votation actuel soit défectueux, irrationnel, injuste, tout le monde l'admet, même les faiseurs et les tireurs de ficelles qui trouvent leur profit à maintenir ce procédé aussi vieilli que démodé.

Alors pourquoi s'opposer à cette réforme? Ah... *that is the question!*

Eh bien, nous ferons toucher du doigt les défauts de ce fameux système et nous invitons ceux qui lui trouvent des qualités à nous les démontrer.

Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de citer les opinions d'un homme qui connaît mieux que qui que ce soit le fonctionnement de notre machine administrative. A la veille des élections de 1889, le Dr Noir inscrivait dans son programme l'article suivant: "Division de la province en districts, ayant droit de nommer un délégué du Bureau Médical, sans l'intervention de la part des autres districts de la province." (*Gaz. Méd.*, mai 1889.) Le chroniqueur de la *Gazette Médicale* justifiait alors cette proposition dans les termes suivants: "Pour de la concorde, parlez-moi des médecins de la province de Québec! Songez que cette année, si je veux donner un vote avec connaissance, il me faut perdre trente-six heures de pratique, dépenser 10 à 15 dollars et me transporter à 18 milles: tout cela pour dire de M. un tel: *il est digne de ma confiance, je vote pour lui.* Et remarquez, je vous prie, que je suis favorisé des circonstances; que pensez-vous de nos confrères qui ont 80 à 100 milles à parcourir avant d'arriver à la prochaine gare!"



“ Il ne s'agit plus, alors, de quelques heures d'absence, c'est d'une semaine qu'il faut parler. A ce compte, il en coûterait moins d'envoyer les scrutateurs d'élection prendre à domicile le vote des médecins. Il y a, vous objectez, la ressource du vote *par procuration* ; hélas ! oui, le vote par ficelles, je le sais, invincibles, magiques. Le lendemain d'une élection, vous apprenez avec étonnement que vous n'êtes plus gouverneur ; vos amis vous avaient pourtant donné leur entière confiance. Ça n'a guère valu, le système de ficelles a été mis en jeu, et *crac*, vous êtes sorti des rangs. Les médecins de la ville où se fait l'élection ont substitué leur caprice à la confiance que vos confrères avaient mise en vous. Ce mode d'élection est tout ce qu'il y a d'équitables, cela saute aux yeux ; mais, moi qui suis grincheux, je me dis que *la province de Québec devrait être divisée en districts dont les médecins éliraient un délégué ou gouverneur.*” (*Gaz. Méd.*, avril 1889).

Le Régistrateur du Collège avait-il des opinions pour le Dr Noir et des opinions pour lui-même ? Nous le croyons, car depuis qu'il a goûté aux douceurs de Capoue, il a fait disparaître cet article de son programme. *Quantum mutatis ab illo !* Pourtant au lendemain des élections de 1889, le Dr Noir rendait compte de ses impressions en ces termes : “ Vous lirez ci après le rapport officiel de l'assemblée triennale du C. M. et C. P. Q. Vous y verrez que sur près de 1200 médecins licenciés, 206 seulement ont voté.

“ Il n'y a pas de doute que notre mode d'élection est défectueux ; mais, encore une fois, il est de votre devoir de voter dans le sens d'une réforme électorale”. (*Gaz. Méd.*, juillet 1889). La même histoire s'est répétée en 1892 et en 1895 ; *le système de ficelles sera mis en jeu, et crac* nous aurons encore un simulacre de votation en 1898. Aujourd'hui les ficelles sont très visibles, et ne présentent plus à l'œil aucune illusion, peut-être parce qu'il n'y a plus de grincheux. On voit solidement ancré sur les fauteuils du Bureau, des propriétaires de médecines brevetées, des inventeurs de *cataplasmes patenté* (sic), des spécialistes pas battables pour les ivrognes, dont la spécialité consiste à bourrer leurs patients de *fluid beef* du Jour de l'An à la St-Sylvestre, et les tireurs de ficelles paraissent heureux de s'associer ces gens pour préparer des lois contre les charlatans et rédiger un code d'étiquette professionnelle. Vraiment il y a de quoi devenir grincheux à notre tour, et nous reviendrons sur ce sujet avant que le Bureau jette au panier la motion dont le Dr Pafard a donné avis en septembre dernier.

Janvier 15, 1896.

DR PAUL.

---

### NAISSANCE

A Montréal, le 18 de janvier, la femme du Dr A. E. Hébert, de St-Raymond, comté de Portneuf, une fille. Parrain, M. Rodrigue Joseph Robillard, d'Ottawa ; marraine, Mlle Gilles Eugénie Bissonnette, de Montréal.

---

### MARIAGE

A Chambly, le 14 janvier 1896, le Dr J. E. St Onge de Valleyfield, à Mlle Blanche Ostiguy, sœur de MM. les Drs Ostiguy de Valleyfield, et d'Ostiguy de St-Hyacinthe.