

## 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:

- 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.

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## SEROTHERAPIE

UNE OBSERVATION PAR LE DR J. L. ARCHAMBAULT,  
DE COHOES, NEW-YORK

Le 18 mai dernier, j'étais appelé par mon confrère le Dr Bell, auprès de Frances Jones, âgée de deux ans et trois mois. Il y avait urgence, l'enfant étouffait... quelques bouffées de chloroforme — et la canule était en place.

J'avais, pour un instant, hésité entre la trachéotomie et l'intubation. Je me félicitais maintenant d'avoir ouvert la trachée, car au moment où je faisais l'écartement des lèvres de la plaie, une large membrane s'était présentée dans l'ouverture et il avait fallu être prompt à la saisir avec des pinces et à l'arracher. Eussé-je intubé, ce lambeau, se trouvant situé plus bas que le tube, aurait inmanquablement fini par se détacher, et étant entraîné dans sa lumière, l'aurait tamponné. Ce n'était pourtant pas guidé par cette prévision que j'avais préféré la trachéotomie, mais parce qu'un examen hâtif de la petite patiente m'avait convaincu que la maladie était dans la période de progression et non pas dans celle de retour, comme c'est généralement le cas lorsque le croup vient compliquer la diphtérie, et parce qu'il y a d'autant moins de chance de réussir avec l'opération d'O'Dwyer que la maladie est encore plus éloignée de son déclin. Ici, je le répète, le mal était en plein progrès ; l'amygdale gauche était couverte d'une grande plaque ; une autre couenne recouvrait toute l'épiglotte et la moitié gauche du cercle glottique ; de nombreuses taches plus circonscrites maculaient les piliers et se voyaient jusqu'au fond du pharynx ; les fosses nasales étaient envahies, et les ailes du nez excoriées par la décharge sanieuse abondante qui s'en échappait.

L'enfant comptait de cinq à sept jours de maladie ; elle jappait depuis trente-six heures ; la veille au soir, elle avait commencé à donner des signes de tirage (récession sternale, etc., etc.), lorsque, dans un violent accès de toux, elle avait rejeté deux fortes couennes, ce qui pour un temps avait soulagé la respiration. Mais l'asphyxie avait graduellement repris le dessus et était maintenant devenue imminente ; les lèvres, les ongles étaient cyanosés ; il y avait absence de murmure vésiculaire sur toute l'étendue du champ respiratoire ; le tirage était extrême. On notait cependant que le sensorium était encore parfaitement bon.

Donc, à 3 heures et 40, trachéotomie. Dans la plaie, couenne d'au moins deux centimètres de long, qui va et vient, que je saisis et extirpe. Une demi-heure après, alors que l'enfant est encore dans le sommeil qui suit l'anesthésie, injection de 10 c c d'Antitoxine-Gibier.

Le 19 mai, 9 heures du matin, 17 heures la première injection, deuxième injection de sérum, 8 c c. A ce moment, les couennes ont plutôt l'air d'avoir augmenté. A 9 heures du soir, troisième injection de 7 c c — en tout, 25 c c le contenu d'un tube. La gorge présente la même apparence, à cette différence toutefois que chaque membrane semble être entourée d'un petit cercle rougeâtre, comme si elle se ratatinait. L'enfant, d'ailleurs, respire très bien par sa canule, qui ne l'incommode en aucune manière et qui requiert de la part des assistants (médecins ou infirmières) moins de soins que dans aucun autre cas que j'aie connu.

Le 20 mai, 9 heures du matin, merveille ! Que sont devenues les membranes ? Il n'en reste plus rien qu'un fragment gros comme une tête d'épingle au centre de l'amygdale gauche. L'enfant est très éveillée, et veut jouer et manger ; elle a pris une rôtie au lait et partie d'un œuf bouilli.

Le 21 mai, 9 heures du matin, gorge nette, saine et rosée. J'enlève la canule. Le soir cependant, sur les six heures, par prudence, je la réintroduis pour la nuit, bien que l'enfant ait articulé et *parlé haut*, mais d'un timbre de voix encore un peu couvert. Mieux vaut être trop sûr que chagrin !

Le 22 mai, 9 heures du matin, canule enlevée pour de bon — trois jours et dix-sept heures après l'opération.

Si je compare ce résultat à celui obtenu dans toutes mes trachéotomies antérieures, le plus court espace de temps que j'aie en note est cinq jours, et chez une enfant de quatre ans.

La température prise une heure après la première injection de sérum, i-e, à 5 heures du soir, donnait 100.° F ; à 9 heures, 102.6 ; à minuit, 101.2 ; le deuxième jour, après la deuxième injection, 100.4 ; après la troisième, 102.° ; le troisième jour, la température devient normale le matin, et elle y reste.

Les injections ont été pratiquées dans le flanc, à gauche, puis à droite, à trois ou quatre pouces au-dessous des dernières côtes ; elles furent suivies d'un peu de sensibilité, mais d'aucune induration.

Le 3e jour, il est survenu de l'érythème sur le tronc, occasionnant un peu de démangeaison, rapidement soulagée par des lotions à l'eau camphrée.

En fait de traitement, j'ai suivi ma pratique ordinaire : Quinine et Teinture de fer à l'intérieur ; localement, solution de pepsine végétale (papaïa) légèrement acidulée à l'acide hydrochlorique.

Pour ne laisser aucun doute sur l'étiologie du cas, j'ai fait faire au Laboratoire Bactériologique du "Albany Medical College" l'examen d'une partie de la membrane que j'ai sortie du larynx pendant l'opération ; le Dr MacFarlane, chargé de ce travail, a constaté la présence du bacille Klebs-Loeffler.

L'intérêt de cette observation réside dans le jeune âge du sujet ; dans le sexe, car il est à peu près reconnu qu'il est plus désagréable de trachéotomiser une petite fille qu'un garçon ; dans l'avantage indéniable de ce procédé sur l'intubation, par suite et de l'âge et des conditions du cas ; dans la rapidité avec laquelle l'affection a évolué sous l'effet du traitement antitoxique, les membranes épaisses et consistantes aussi bien que nombreuses disparaissant, fondant, s'évanouissant comme par enchantement ; et dans le fait que de tous mes opérés, c'est celui qui a dû retenir sa canule le moins de temps, et qui, en un mot, a donné le succès le plus complet et le plus brillant.

Le sérum antidiphthérique — que nous appelons ici l'*Anti-toxine-Gibier* — m'avait été fourni à la fin de mars dernier par l'entremise de M. Geo. G. Rambaux, surintendant du "Département biologique et vaccinal" de "l'Institut Pasteur" de New-York. Sur la recommandation qui m'était faite de le conserver dans un lieu sombre et froid, j'en confiai le dépôt à mon fournisseur, qui le mit dans son *refrigerator*. Par le succès de l'observation, on peut conclure que ce sérum avait retenu et conservé toute son activité, malgré le nombre de semaines écoulées.

Cohoes, le 1er juin 1895.

## Désarticulation de la hanche pour Coxalgie

PAR LE DOCTEUR A. CHARBONNEAU, OGDENSBURG, NEW-YORK

Le premier avril dernier, M. E. B..... âgé de 27 ans, se présentait à notre bureau, se plaignant de douleurs aiguës dans la hanche droite. Nous examinâmes, mon frère et moi, ce nouveau patient et constatâmes qu'il s'était formé un cloaque purulent considérable à la partie externe et supérieure de la cuisse, au pourtour du grand trochanter. La jambe de ce côté était atrophiée; le fémur désarticulé et ankylosé dans la fosse iliaque externe sous la lèvre externe de la crête iliaque. Nous voyions des cicatrices anciennes dans le pli de l'aîne et de chaque côté des condyles du fémur, indiquant ainsi que l'extrémité inférieure du fémur avait déjà été malade. Nous nous trouvions donc en présence d'un cas de coxalgie chronique. Le patient nous apprit qu'à l'âge de six ans l'articulation coxo-fémorale fut prise d'inflammation à la suite d'un coup; qu'elle suppura et qu'il en resta infirme. Il fut six ans sans qu'il se fit de nouvelles poussées inflammatoires dans sa hanche; mais depuis douze ans il a beaucoup souffert et est obligé presque tous les ans de faire ponctionner de nouveaux cloaques purulents. De plus, depuis ce temps il est sujet à des accès de manie, causés par la débilitation et l'anémie.

Ces excès de manie furent pris pour de l'épilepsie et traités par les bromures ; mais sans succès. Ce patient nous demandait la guérison. Nous lui proposâmes donc la désarticulation de la hanche ; il accepta avec enthousiasme car il voyait par là un terme à ses souffrances. Toutefois avant d'en venir à cette opération sommaire, nous voulûmes confirmer notre diagnostic. Nous ponctionnâmes donc le nouvel épanchement et nous en retirâmes environ une livre de matière purulente et sanguinolente contenant plusieurs grumeaux formés de parcelles d'os carié ; il nous fut alors facile de constater la carie de l'extrémité supérieure du fémur ; nous étions rassurés sur notre diagnostic.

A la suite de cette ponction, notre patient fut pris de petits frissons et d'une fièvre violente : mais le tout se dissipa sous de hautes doses de quinine. Nous continuâmes à le tonifier et le stimuler ; puis le 2 mai nous jugeâmes qu'il pourrait supporter l'opération.

M. le Dr Daily fut appelé pour donner le chloroforme et mon frère, m'ayant comme assistant, procéda à la désarticulation. Comme procédé opératoire, il choisit la méthode en raquette, incisant de dehors en dedans, ce qui nous permit de jeter une ligature sur les vaisseaux fémoraux avant de les sectionner. Notre patient perdit relativement peu de sang ; car nous ligaturâmes au fur et à mesure les vaisseaux secondaires qui donnèrent. Nous trouvâmes une ankylose fibreuse qu'on n'eût aucune difficulté à détruire ; la tête et le col du fémur étaient entièrement disparus et le grand trochanter était carié et se désagréait facilement. Nous débridâmes aussi plusieurs sinus, foyers anciens de suppuration, et nous en réséquâmes les bords au ciseau. Nous fixâmes un tube à drainage au fond de la plaie béante que nous avions faite, nous attendant à un guérison par suppuration ; nous fermâmes la plaie par des sutures entremêlées de soie et d'argent ; puis nous fîmes un pansement antiseptique.

Notre patient ne s'aperçut pas du *shock*. Nous levâmes le pansement la troisième journée et nous trouvâmes une réunion par première intention. Notre drain ne laissait écouler qu'un

peu de sérosité sanguinolente ; toutefois nous ne l'enlevâmes que la cinquième journée ; puis nous enlevâmes toutes nos sutures la septième journée. Notre patient n'eut pas un moment de fièvre et guérit sans grande faiblesse ; car la dixième journée il se levait seul et allait dîner à table avec sa famille. Durant ces premiers jours il eut quelques faibles attaques de manie ; toutefois il en eut de très fortes les jours suivants ; mais depuis quinze jours, elles diminuent en fréquence et en sévérité et notre patient engraisse visiblement.

Nous espérons lui avoir rendu le plus grand service que nous pouvions lui rendre et je crois que s'il eût été opéré plus tôt, il n'aurait pas été sujet à ces attaques de manie qui compromettent son intelligence.

---

## Microbes et maladies contagieuses

Par E. P. Benoit, M. D.

### SYMPTOMES ET LEUR MÉCANISME — (Suite.)

Un organisme sain, placé dans des conditions favorables, résiste énergiquement à l'invasion d'un microbe et sort généralement le vainqueur de la lutte. Le corps humain a deux enveloppes protectrices, deux cuirasses : la peau ou le tégument externe, la muqueuse du tube digestif ou tégument interne. C'est avec ces deux surfaces que viennent en contact les objets de l'extérieur, ce sont les deux parois qu'un microbe doit franchir pour passer dans la circulation, à moins qu'il n'agisse que par ses diastases. Il ne peut traverser la peau que s'il y a une solution de continuité : plaie, égratignure, etc. Quant à la muqueuse, il pénètre l'épithélium sans qu'il y ait lésion, si la résistance n'est pas assez forte. Alors par quel processus s'opère cette résistance ? Par la phagocytose. Ceci nous amène à la théorie de l'inflammation. Un microbe, doué d'une virulence moyenne, pénètre dans le tissu conjonctif. Si le terrain est favorable, il se multiplie, et par lui-même ou ses

sécrétions irrite les vaisseaux et les terminaisons nerveuses, ce qui amène la vaso-dilatation. Si le processus est actif, il y aura rougeur, chaleur, tuméfaction, douleur. Après l'ectasie capillaire viendra l'exsudation et la diapédèse des globules blancs. Ce sont ces globules microphages qui englobent les corps étrangers, les microbes, et les font résorber dans la circulation. En outre, certains microbes provoquent la multiplication par division des cellules fixes de nos tissus. C'est ce que l'on voit pour le bacille de la tuberculose. On appelle cela kariokynèse. La lutte consiste donc en ceci : d'un côté, prolifération des organites et diapédèse des globules blancs ; de l'autre côté, pullulation des microbes et sécrétion de toxines. Si l'économie triomphe, les germes sont altérés et détruits par les phagocytes, lesquels ensuite sont résorbés, laissant parfois une cicatrice. Le malade n'a eu qu'une légère attaque, presque rien : un peu de fièvre, de malaise, de migraine peut-être ; cela a duré un, deux, trois jours et c'est fini. C'est ce que l'on voit par exemple dans l'amygdalite. Mais si le microbe et ses sécrétions forcent la porte d'entrée, s'ils ne sont pas détruits par l'inflammation locale défensive qui se produit, alors leur action infectante sur l'économie se fait sentir. L'excitabilité des centres vaso-dilatateurs est diminuée ; les vaisseaux ne se dilatent plus, ce qui empêche la diapédèse et la phagocytose. Dès lors la circulation est ouverte aux diastases, c'est-à-dire aux toxines microbiennes, qui agissent sur le système nerveux, le rein, le sang, les séreuses, le tube digestif, etc.

Le système nerveux est le grand régulateur de la physiologie humaine ; c'est lui qui met en action les différents viscères, accélère et ralentit les fonctions vitales et donne sa note au tempérament. Le caractère des maladies contagieuses, c'est leur action toxique sur le système nerveux. C'est par cette action qu'elles pénètrent dans l'organisme ; et c'est par cette action aussi qu'elles produisent la fièvre. Ceci est admis par les bactériologistes, quoique le processus ne soit pas connu. Cette inertie nerveuse par empoisonnement laisse les organes à la merci des toxines et prévient toute résistance. Les malades sont



dans un état typhoïque. Il y a des cas, dans la diphtérie par exemple, où il y a paralysie véritable. Souvent aussi les centres nerveux sont atteints; il y a de la congestion ou de l'anémie du cerveau et de la moëlle. L'on a comme symptômes le délire et les convulsions, comme lésions le ramollissement et les tumeurs.

Les reins sont très exposés dans les maladies contagieuses. L'albuminurie est un des signes habituels de ces maladies. De plus, les microbes, en circulant dans le rein, peuvent causer des thromboses et des embolies et produire ainsi des troubles nutritifs, des œdèmes, des anémies, des congestions. La paralysie des vaso-moteurs amène aussi des œdèmes ou des congestions. Ceci est encore favorisé par l'altération du sang, qui s'appauvrit en oxygène, s'enrichit en acide carbonique, et dont les éléments figurés s'altèrent. Aussi les hémorrhagies sont assez fréquentes. On voit aussi survenir la gangrène.

Une deuxième note caractéristique des maladies contagieuses, c'est la fréquence de l'envahissement des séreuses par les microbes. Les séreuses sont très souvent intéressées: rhumatisme scarlatineux, arthrite blennorrhagique, pleurésie et méningite tuberculeuses, péritonite puerpérale, etc..... Ce qui est plus grave encore, ce sont les artérites et l'endocardite. Ceci arrive très fréquemment. On peut dire que c'est généralement sur l'endocardite que l'infection laisse des traces; et vous savez que le résultat se traduit par une insuffisance ou un rétrécissement.

Si ce n'est comme porte d'entrée, le tube digestif a peu à faire. Les sécrétions sont augmentées. Le foie étant un organe d'élimination est intéressé plus souvent. Il s'hypertrophie lorsqu'il est surmené et mal nourri, ce qui arrive souvent dans ces maladies. La rate s'hypertrophie plus souvent encore; et comme cet organe est richement pourvu de globules blancs, on croit qu'il sert aussi à l'élimination des germes. Les ganglions lymphatiques sont aussi bien pourvus de globules blancs. Ce sont des foyers où les agents luttent et se multiplient; leur hypertrophie est commune. Il n'y a pas de doute que les voies lymphatiques servent souvent à la diffusion de l'infection.

Les éruptions cutanées sont aussi d'ordre toxique. Quoique l'on n'ait pas encore trouvé le germe des fièvres éruptives, l'on est convaincu que ce sont des infections dont les toxines s'éliminent par la peau.

En résumé, une maladie infectieuse agit sur l'organisme à la manière d'un poison, et tous les phénomènes morbides peuvent se rapporter soit au microbe, soit à ses sécrétions. Suivant le professeur Bouchard, il peut y avoir aussi auto-intoxication. Sous l'influence de l'infection, tous les phénomènes physiologiques s'accomplissent mal : la nutrition, l'oxygénation, l'élimination. Alors on a non seulement l'intoxication microbienne, mais l'intoxication par les sécrétions et les excréments de nos propres organes. Pour le moment, les microbes seuls nous occupent.

#### LÉSIONS MICROBIENNES

Ces microbes produisent non seulement des symptômes, mais des lésions. L'inflammation à la porte d'entrée, milieu de la phagocytose et de la kariokynèse, est déjà une lésion. Bard disait : " L'action des germes sur le protoplasma des cellules serait une action fermentative qui amènerait l'hyperplasie des éléments attaqués." C'est vrai dans bon nombre de cas. On pourrait citer comme preuve une plaque érysipélateuse, un lupus, une gomme syphilitique. Dans tous les cas, il y a une chose certaine, c'est que les microbes ne séjournent pas dans la circulation, mais préfèrent se fixer dans les viscères. Les embolies microbiennes causent des obstructions dans nos organes et produisent des infarctus, c'est-à-dire des foyers hémorragiques. Alors les germes qui composent le thrombus engendrent la gangrène, la suppuration ou simplement la résorption moléculaire, la sclérose. Avant d'aller plus loin, disons que les microbes ne sont pas seuls la cause du pus ; ils lui donnent ses qualités de diffusion, de contagiosité, de spécificité. La suppuration sans microbes est une rare exception ; elle n'a alors aucune spécificité et occupe une faible étendue. Au point de vue pratique, dans une suppuration, on doit chercher le microbe. L'agent le plus commun est le

staphylocoque doré. Une foule de germes provoquent la suppuration. Lorsque les microbes se répandent dans tout l'organisme et provoquent des suppurations multiples, cela devient une septicémie; c'est le cas pour la fièvre puerpérale. Le germe d'une maladie peut produire beaucoup de lésions. A ce point de vue, quelques maladies sont très bien étudiées. La syphilis, avec sa période de début, sa période muqueuse et cutanée et sa période viscérale est bien connue. Les manifestations de la tuberculose sur le poumon, les articulations, les séreuses, la peau, le tissu osseux sont bien connues aussi. L'érysipèle peut passer du tégument externe au tégument interne, descendre par le pharynx jusqu'aux poumons, ou remonter de la vessie jusqu'aux reins. Les néphrites infectieuses produisent la dégénérescence graisseuse ou la sclérose du rein. La rate est toujours hypertrophiée dans les infections. Toute la série des maladies infectieuses détermine, à des degrés divers, des lésions d'hépatite parenchymateuse. Les microbes et leurs sécrétions produisent de l'endocardite ulcéreuse (surtout dans les fièvres), amènent parfois la dégénérescence du myocarde, et provoquent des artérites et de l'athérome de la même manière que l'urate de soude dans la goutte, ou que l'alcool et le plomb dans les intoxications par ces produits. Le cerveau est quelquefois touché, les névrites sont fréquentes et la moëlle épinière est très exposée, surtout dans la tuberculose et la syphilis. On prétend maintenant, en France, que la sclérose en plaques de la moëlle épinière, autrement dit l'ataxie locomotrice, doit toujours être reportée à une syphilis antérieure.

Dans tous les cas, rappelons nous bien que l'altération anatomique n'est pas la maladie, elle n'est que l'expression de la localisation du mal. Les phénomènes généraux souvent la précèdent; la lésion persiste au delà de la crise. La dégénérescence graisseuse et la sclérose du rein, l'hépatite parenchymateuse, l'athérome des vaisseaux, l'endocardite ulcéreuse, l'ulcération des plaques de Peyer, toutes ces lésions étaient connues avant les microbes. Les anatomistes, et surtout les histologistes, les avaient bien étudiées; leur gravité n'échappait pas aux anciens cliniciens. Mais ils ne

voyaient que le résultat et ne comprenaient pas la cause qu'ils connaissent cependant, mais sans pouvoir déterminer son rôle. La bactériologie n'a pas supprimé la vieille histologie, pas plus que les causes secondes (froid, jeûne, surmenage). Mais quelle lumière elle jette sur le processus. Pour que l'organisme présente une lésion si grave, il lui a fallu subir une profonde perturbation ; il a fallu qu'un germe, un ferment vint en modifier la vitalité. L'état actuel relève de la pathologie cellulaire, c'est vrai. Mais cela n'est pas venu sans une période aiguë où la pathologie relevait surtout du microbe. De plus, comme moyen d'action entre les deux points, la pathologie chimique a existée ; c'est-à-dire sécrétions microbiennes et vie troublée des organites. En un mot, il nous est aujourd'hui facile, devant l'état bien précisé d'un organisme, de nous dire : " Une infection a passé par là ! "

#### PRONOSTIC

Toute maladie infectieuse ne produit pas infailliblement des lésions qui restent. On guérit de ces maladies là comme des autres. La gravité de la maladie dépend beaucoup du terrain ; il est certain qu'elle se développera davantage sur un terrain préparé. Mais la virulence doit surtout être rattachée au germe. Il y a des microbes de haute spécificité, comme ceux de la syphilis et de la rage. Il y en a d'autres qui sont plus ou moins virulents suivant le génie de l'épidémie. C'est un fait reconnu qu'il y a, pour une même maladie, des épidémies bénignes et des épidémies malignes. Ceci dépend beaucoup des conditions de l'atmosphère. L'humidité favorise le développement des germes ; le soleil, la chaleur forte, la sécheresse leur sont contraires. La pluie lave l'atmosphère. Quant au froid, il faut qu'il soit très grand pour atténuer la virulence des germes. Dans la contagion, il est évident que la quantité des microbes qui pénètrent dans l'organisme influence la durée de la maladie et la gravité des symptômes. La porte d'entrée n'est pas indifférente non plus. Un germe, suivant qu'il entre par la circulation ou la peau, sera grave ou bénin ; la syphilis et la tuberculose congénitales sont graves, et relativement bénignes lorsqu'elles sont acquises.

La durée des maladies contagieuses est essentiellement variable : phtisie aiguë et phtisie lente. Elle est difficile à prévoir. Il y a cependant des affections cycliques : fièvres éruptives, fièvre typhoïde, pneumonie. Dans ces cas, la durée dépend plus du microbe que du terrain. Les *rechutes* sont le résultat de ce fait que les milieux, derechef, deviennent favorables avant que le microbe ait perdu toute vitalité. Pour qu'il y ait *récidive*, il faut une nouvelle invasion. Les *crises* ne sont pas encore bien expliquées. L'on sait cependant que la décharge urinaire se produit immédiatement après une crise ; c'est-à-dire qu'à ce moment là l'urine contient des germes ou des toxines.

La réaction de l'économie ramènera la santé pourvu : que le rein laisse passer largement les produits solubles ; que le poumon envoie au dehors les parties volatiles ; que la peau, l'intestin, la bile se prêtent à cette élimination ; que le foie transforme les principes nocifs ; que la phagocytose supprime nombre d'agents figurés ; et que les humeurs deviennent microbicides. C'est donc contre une véritable intoxication que l'organisme a à lutter ; et c'est par un procédé d'annihilation, d'élimination, que l'activité vitale amène la guérison. Cette activité vitale est donc bien, suivant l'idée de Bichat, *l'ensemble des forces qui s'opposent aux causes de mort* (Charrin).

#### ASSOCIATIONS MICROBIENNES ET INFECTIONS SECONDAIRES. — COMPLICATIONS.

A la question du pronostic se rattache la question des associations microbiennes ou infections secondaires, ou pour parler un langage courant, la question des complications. Les premiers expérimentateurs furent un peu déconcertés. Ils ouvrirent des abcès survenus durant une maladie contagieuse, et au lieu d'y trouver le germe de la maladie en question, ils trouvèrent simplement un microbe de suppuration. La maladie générale n'était donc pas la cause directe de cette manifestation locale. Aujourd'hui l'on admet qu'il y a constamment des germes dans la bouche et l'arrière-gorge, dans l'intestin et même dans la circulation

lymphatique, et l'on dit: " Il suffit qu'un germe plus actif se développe dans l'organisme et l'affaiblisse pour permettre à ces germes à l'état latent de pulluler et de faire leur œuvre." Ainsi on voit à la suite de certaines maladies se développer du pus, des ulcères, des gangrènes, des fausses membranes, des inflammations de divers viscères. C'est la maladie première qui, en affaiblissant l'organisme, permet le développement des maladies secondaires. Ce sont ces diverses complications qui donnent un caractère particulier aux infections. Mais il est bien entendu qu'une infection, pour être appelée secondaire, doit être précédée d'une infection première. Car l'organisme peut être affaibli par d'autres causes aussi. Les réactions nerveuses, en créant des congestions ou des anémies régionales, créent par là même des milieux favorables. On peut donner comme exemple les hypostases et les pneumonies chez les hémiplégiques et les paralytiques généraux. Les maladies de nutrition affaiblissent aussi beaucoup la résistance; les diabétiques sont très exposés à la tuberculose et à la gangrène. L'infection première, comme toute autre cause d'affaiblissement, provoque l'infection secondaire en créant une porte d'entrée favorable. C'est pourquoi l'on voit des infections secondaires succéder à des maladies contagieuses du tube digestif, des voies respiratoires, de la peau et des organes génitaux-urinaires. Citons des exemples. La bouche et la gorge contiennent toujours des microbes apportés par l'air et les aliments; vienne une maladie qui porte sur la bouche, une rougeole, une scarlatine, et l'on aura de la gangrène, du noma, des bubons, des phlegmons du cou, de la diphtérie même. L'intestin, lésé dans la fièvre typhoïde, permettra aux germes de pénétrer dans l'organisme et de produire des suppurations, tel qu'un abcès du psoas, des inflammations séreuses telle qu'une péritonite. Il est de toute évidence qu'une infection secondaire aggrave le pronostic. Donc, dans le traitement de toute maladie infectieuse, l'antiseptie doit viser non seulement la maladie, mais les complications possibles.

## SÉCRÉTIONS MICROBIENNES. — IMMUNITÉ.

Mais avant de parler plus au long du traitement, et à cause des récentes découvertes, il est nécessaire de savoir ce que c'est que l'immunité, il nous faudra pour cela dire quelques mots sur la composition chimique et sur l'action physiologique des sécrétions microbiennes. Les microbes, tout en ayant la forme et la structure d'une cellule végétale, vivent comme la cellule animale par assimilation et désassimilation. Ils consomment de l'oxygène et fabriquent de l'acide carbonique et des composés ammoniacaux. Leurs principes extractifs correspondent à nos matières extractives, à nos leucomaines; ce sont des alcaloïdiques, des ptomaines, des toxalbumines. Malheureusement, je ne suis pas assez fort en chimie pour vous donner des formules atomiques; je me contente de vous énumérer les noms que leur ont donnés les bactériologistes (1). D'ailleurs, le point important à noter est celui-ci: ces cellules se nourrissent des mêmes principes que nos cellules, et secrètent des principes de désassimilation toxiques. De sorte que le rôle des microbes dans notre organisme consiste à vivre aux dépens de la nutrition de nos cellules et à obliger nos émonctoires à éliminer des produits nuisibles deux fois pour une. Les microbes modifient donc la vitalité de nos cellules en dérangeant leur nutrition, et par leurs sécrétions ils échangent la composition chimique de nos humeurs. Or, c'est un fait certain que cette action peut s'exercer au bout d'un certain temps dans un sens favorable.

Les humeurs ainsi modifiées deviendraient microbicides, et le changement de vitalité des cellules activerait la phagocytose. L'organisme ainsi modifié serait à l'abri d'une nouvelle attaque: il serait immunisé. Il est certain que le vaccin met à l'abri de la variole, que la récurrence est rare dans les fièvres éruptives. L'immunité n'a de l'importance qu'à deux points de vue: elle s'acquiert par l'hérédité ou par la vaccination. Par l'hérédité, c'est facile à comprendre, puisque le mode de vitalité d'un

---

(1) Je renvoie le lecteur curieux de détails aux douze premiers chapitres du TRAITÉ DE MÉDECINE, dont ce travail n'est au fond que le résumé.

organisme se transmet par le sperme ou l'ovule. Mais par le vaccin ? Comment agissent les substances immunisantes ? Comme nous le disions il y a un instant, en modifiant la vitalité de nos cellules et facilitant la phagocytose, c'est-à-dire les moyens de défense et en créant cette modification d'une manière permanente. Le processus est le même que dans la maladie. Il s'agit de ne pas intoxiquer l'organisme, mais de l'accoutumer lentement par doses progressives. C'est ainsi que l'on est parvenu à la sérothérapie, en rendant le sang réfractaire aux produits microbiens. C'est le mode de vaccination par excellence, celui qui va directement à la cause. Jusqu'ici on immunisait en inoculant : 1° une maladie distincte, vaccin et variole ; 2° un virus atténué par une longue culture, la chaleur, la dessiccation, la lumière, les antiseptiques ; 3° ou en injectant des vaccins chimiques, tel que le trichlorure d'iode. Par la sérothérapie, on emploie le procédé idéal, le procédé physiologique. On emprunte à un organisme ses humeurs immunisées pour les transporter dans un autre organisme et le rendre réfractaire à la maladie. L'enfant malade profite en quelques heures d'un état chimique particulier qui a mis des mois à se produire chez le cheval. Et ce que l'on a fait pour la diphtérie, il n'y a aucune raison pour qu'on ne le fasse pas pour d'autres maladies. La bactériologie est maintenant une science assez forte, assez perfectionnée pour abandonner un peu la théorie et l'expérimentation simple et en arriver à des résultats pratiques. La mortalité dans les hôpitaux de diphtérie est tombée en France à 11 pour cent. Voilà un résultat qui, s'il ne donne pas la foi aux incrédules, a droit du moins à leur sympathie. Le traitement, en résultats pratiques, surpasse certainement celui de la rage. On peut dire maintenant que la science est complète en ce sens qu'elle a parcouru tout le cycle : étiologie, pathologie et traitement. Examinons-la rapidement à ces trois points de vue.

—(A continuer.)

---



# REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE

TRAITEMENT DE L'ACNÉ, par le DR WHITEHOUSE, du Post-Graduate, New-York, *extrait du rapport annuel 93-94.*— Pour ce qui concerne le traitement de ces trente-neuf cas d'acné, les limites de cette étude ne me permettent pas de faire autre chose que d'insister fortement sur l'importance que j'attache au traitement constitutionnel et général de ces patients. J'ai vu des centaines de cas traités des deux manières; chez les uns, on n'employait que les mesures locales; les autres étaient étudiés consciencieusement au point de vue de la médecine générale, et les conseils les plus éclairés leur étaient donnés sur l'hygiène et la diète à suivre. Je puis dire avec emphase que les résultats obtenus en traitant la maladie comme une infection locale ne sont comparables en aucune manière à ceux qu'on obtient par un traitement général soigné. Je vous accorderai que la plupart de ces patients se réclament d'une santé parfaite; leurs fonctions physiologiques s'accomplissent régulièrement, et il ne paraît pas y avoir chez eux d'autre trouble que l'éruption. Cependant quelques-uns de ces cas sont anémiques et demandent un traitement ferrugineux suivi; d'autres ont une nutrition azotée trop active, ce qu'il est facile de constater en analysant soigneusement l'urine. Quand on voit l'acné s'améliorer à mesure que l'on traite ces désordres de la santé générale, l'on est amené à conclure qu'il existe entre ces derniers et la première, au moins dans une certaine mesure, des relations de cause à effet.

Je suis d'opinion que l'arsenic a très peu d'effet sur l'acné; mais la quinine, le fer, l'huile de foie de morue et l'écorce de quinquina, employés convenablement, activent certainement la guérison de la maladie. Dans l'acné rosée, l'extrait fluide de racines de rumex jaune est très efficace pour enlever la congestion, lorsqu'on le donne de la manière suivante :

℞.—Potassæ acetatis.....	6 drachmes
Tincturæ nucis vomicæ.....	2 “
Extracti rumicis radicis fluidi ad.....	3 onces

M. Sig. 1 c. à thé dans de l'eau une demi heure avant les repas.

Il m'arrive quelquefois, durant le traitement local, de gratter avec une curette le sommet des papules, mais ceci ne doit être fait que dans les plus mauvais cas, et il faut toujours ensuite aider à la cicatrisation en appliquant un onguent. Il est bon quelquefois aussi, dans les cas graves d'acné indurée, de laver les lésions afin de les faire saigner, et l'on encourage l'hémorrhagie en faisant baigner la figure du patient dans de l'eau chaude. Mais les cas exigeant une pareille intervention sont très rares. Les comédons doivent toujours être enlevés à chaque visite ; et dans les cas d'acné ponctuée, lorsque les papules ne sont pas inflammées, on se trouvera très bien d'employer l'expression, la vaporisation et le massage. Toute personne ayant de l'acné doit laver sa figure au moins deux fois par jour avec de l'eau froide et du savon de Castille blanc, et la tremper ensuite dans la *lotion blanche*, qu'on laisse sécher sur la peau. Cette *lotion blanche* se compose d'une drachme de sulfate de potasse et d'une drachme de sulfate de zinc dans quatre onces d'eau. On dissout séparément chacun des ingrédients dans la moitié de la quantité d'eau et on les mélange ensuite ; il se forme alors un précipité blanc floconneux. Si l'on désire que la lotion soit plus astringente, on peut ajouter une drachme ou deux de soufre précipité, ou bien employer la préparation suivante :

R. — Aetheris sulphurici..... 4 drachmes  
 Sulphuris precipitati..... 1 drachme  
 Spiritus vini rectificati ad..... 4 onces

M.

Les cas d'acné varioliforme ont guéri sous l'application, deux fois par jour, d'un onguent de précipité blanc à 5:100.—*The Post-Graduate*.

L'HÉMIPLÉGIE TRANSITOIRE, par le Dr BORDE.—M. le Dr Borde, désirant faire partie de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, a envoyé à cette société, pour appuyer sa candidature, l'observation de deux cas fort intéressants d'hémiplégie transitoire. L'hémiplégie transitoire, son nom l'indique, ne dure que quelques heures. Elle peut être causée par certaines maladies du système nerveux : hystérie, épilepsie, chorée, commotions cérébrales, tumeurs du cerveau et du crâne, tabès, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, paralysie générale. Elle survient aussi chez les syphilitiques, les tuberculeux, les diabétiques, les gouteux, les saturnins et les alcooliques. Enfin, et c'est là ce qui fait l'intérêt de la communication

du Dr Borde, il y a des cas où l'on ne trouve pas d'autre cause qu'une congestion cérébrale.

Quant au diagnostic et au pronostic, on comprend sans peine qu'ils sont surtout mis en évidence par la guérison spontanée de la maladie. Les symptômes, en effet, ne seraient pas suffisants. Si le patient présente les signes d'une des maladies énumérées plus haut, on peut s'attendre à une hémiplégie transitoire. Mais il faut bien se rappeler que la plupart de ces maladies peuvent se compliquer d'une hémorragie cérébrale ou d'une embolie. Ou encore comment reconnaître au début si l'on a affaire à un ramollissement ou à une simple congestion.

C'est la guérison spontanée après quelques heures qui fait bien voir le peu de gravité de la cause. Voyons les observations. M. L..., 52 ans, petit, trapu, sanguin, célibataire, très rangé et très sage, se réveille un matin et veut sonner la bonne : son bras droit est cloué au lit et il lui faut se servir de sa main gauche. La domestique entre ; il essaie de lui parler : impossible. On fait venir le médecin. Le malade s'est éveillé dans la même position qu'il avait en s'endormant ; le lit est en ordre, les draps ne sont pas souillés. Paralytie de tout le côté droit du corps et de la face. Le facial inférieur est seul atteint. Impossibilité pour le malade de siffler ; langue déviée à droite ; peut se mouvoir en tous sens cependant ; pas de morsures, ni de tremblement. Pas de contractures des membres ou des muscles de la face, pas de tremblement du bras gauche. La sensibilité de la peau, le réflexe pharyngé, la facilité de la déglutition, l'intégrité des sphincters, le réflexe patellaire sont conservés. L'aphasie n'est pas absolue ; le malade peut répéter certains mots courts et faciles. Il y a plutôt oubli des mouvements coordonnés de la parole, sans surdité verbale. Température égale des deux côtés, pouls calme, régulier, urine normale. Rien dans l'histoire antérieure du malade indiquant une diathèse. Pas de contusion sur la tête. Histoire de famille mauvaise : mère morte à 57 ans d'une apoplexie foudroyante après plusieurs attaques ; père mort de maladie de cœur ; un oncle décédé subitement. Le malade n'a rien du côté du cœur ou des vaisseaux. Aucun stigmatisme hystérique.

Le Dr Borde porte comme diagnostic : ramollissement cérébral par thrombose, faisant toujours des réserves au sujet d'une syphilis possible.

Voici maintenant où commence l'intérêt. Trois heures après sa première visite, le Dr Borde retourne voir son malade : celui-ci lui serre la main de sa main droite et lui souhaite le bonjour.

Il raconte ensuite à son médecin que quelques moments plus tôt, pendant qu'il regardait attentivement travailler un ouvrier, il sentit une démangeaison à la joue, et instinctivement y porta la main droite. Très surpris de la chose, il le fut encore plus en constatant qu'il pouvait parler. La parole n'est pas encore très facile, et il reste une certaine faiblesse dans le bras droit. Le lendemain, tout cela a complètement disparu. La guérison est absolue et se maintient.

Quel avait été le traitement ? Un purgatif drastique lors de la première visite. Et il ne faudrait pas voir dans cette guérison subite un effet de suggestion ; tout au contraire, le Dr Borde avait dit à son malade qu'il en aurait pour quelques jours. D'ailleurs, ceci se passait en 1891 ; depuis lors, le docteur a revu de temps à autre son malade ; il n'a jamais pu constater de signes d'hystérie, ou de syphilis, ou de maladie nerveuse. Seulement, M. L... présente aujourd'hui des symptômes de néphrite interstitielle : albuminurie légère, bruit de galop, hypertrophie légère du cœur, accès de dyspnée avec œdème pulmonaire, cédant au régime lacté et aux purgatifs. Ces signes sont tout nouveaux ; mais peut-être en 1891 la néphrite déjà à son début se traduisait-elle par un peu de tension veineuse, et que cette tension veineuse prédisposait M. L... à la congestion cérébrale nocturne. C'est du moins à cette cause que le Dr Borde attribue l'attaque d'hémiplégie transitoire.

La seconde observation ressemblant fort à la première, nous n'en dirons que quelques mots. M. T..., 46 ans, passe la soirée au théâtre, la nuit chez une femme et la journée du lendemain en chemin de fer ; rentré chez lui, il se couche, dort d'un sommeil de plomb et, à son réveil, ne peut ni parler, ni remuer le côté gauche. Les symptômes qu'il présente, à part la localisation différente de l'hémiplégie, sont en tous points semblables à ceux du cas précédent. Pas d'antécédents diathésiques. Administration d'un purgatif drastique. Disparition des symptômes le lendemain. Et depuis trois ans la guérison s'est maintenue complète. Le Dr Borde est d'avis qu'il a eu affaire, cette fois encore, à la congestion cérébrale nocturne, congestion qui a bien pu, dans ce cas-ci, déterminer deux légers foyers d'hémorragie capillaire localisés dans le même hémisphère et résorbés dans les vingt-quatre heures.

Conclusion : en présence d'une hémiplégie survenue pendant le

sommeil, nous devons nous abstenir de porter un pronostic sévère, penser à la simple congestion et agir dans ce sens.—*Journ. de Méd. de Bordeaux.*

DE L'EMPLOI DES SÉDATIFS CARDIAQUES DANS LES MALADIES DU CŒUR, par le Prof. HARE, de Philadelphie.—Nous sommes portés à croire qu'un cœur malade a plutôt besoin d'un stimulant que d'un sédatif. Cependant j'ai toujours pensé que ceux qui emploient la nitro-glycerine à cause de son pouvoir stimulant sur le cœur n'obtiennent en réalité de si bons résultats que grâce à l'action sédatif de ce médicament.

L'on abuse certainement de la digitale dans les maladies du cœur. Nous voyons la digitale prescrite à un patient dont la poitrine offre des bruits cardiaques sans que le médecin ait cherché à savoir si le médicament était indiqué ou non. Autrement dit, on prescrit la digitale comme si elle devait faire pousser une nouvelle valvule et enlever le murmure en corrigeant l'insuffisance, alors que l'on devrait savoir que le bruit persistera toujours. Le but que l'on doit songer à atteindre est d'amener le cœur à compenser l'insuffisance par une action plus vigoureuse et mieux adaptée aux circonstances. Très souvent le muscle cardiaque, sous la provocation d'une valvule insuffisante, semble saisi d'une espèce d'émotion nerveuse. On peut diviser ces cas en deux classes : 1° ceux où l'appel de l'organisme est plus fort que l'action du cœur, et où celui-ci succombe faute de pouvoir soutenir l'effort ; 2° ceux où le cœur est capable de remplir la tâche que l'économie exige de lui dans les circonstances ordinaires, mais où il devient nerveusement déséquilibré. C'est ainsi que dans un cas une maison de commerce fait banqueroute parce qu'elle ne peut faire honneur à ses obligations, tandis que dans un autre la maison se laisse amener à déposer son bilan parce que les associés, au moment critique, ont perdu toute confiance. Les cœurs de la première catégorie ont besoin de repos et de digitale ; ceux de la seconde ont besoin de repos et d'aconit. En d'autres termes, les premiers doivent être soutenus si l'on ne veut pas qu'ils périssent ; tandis qu'il ne faut aux seconds qu'une assurance tranquille pour résister à l'effort.

Les deux cas suivants font bien voir ces diverses variétés du trouble cardiaque.

J. A..., marchand, âgé de 48 ans et marié, a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois ans, époque où il eut la grippe. Question-

né de près, il se rappelle avoir eu, à 21 ans, une fièvre rhumatismale, après laquelle son médecin lui dit que le cœur avait été touché. Depuis ce temps, quand il fait un effort, sa respiration est courte, et il ressent des palpitations cardiaques et de l'oppression. Il a remarqué il y a trois mois que ses pieds étaient légèrement enflés et qu'il avait de la peine à mettre ses chaussures. La quantité de l'urine a diminué. Il souffre maintenant de dyspepsie, et cela augmente le trouble cardiaque.

L'auscultation révèle un souffle mitrale systolique très accentué, ainsi qu'une pulsation de la pointe faible, éloignée et peu distincte. Les autres bruits du cœur sont aussi faibles et éloignés; le pouls est irrégulier, mou, facilement compressible. L'étendue de la matité cardiaque est augmentée d'une manière évidente. L'urine contient des traces d'albumine, mais pas de tubes (*casts*). Ces signes, ainsi que les symptômes mentionnés plus haut et la faiblesse apparente du patient, semblent indiquer l'emploi de la digitale, que nous donnons trois fois par jour avec un peu de noix vomique. Les résultats sont très bons; l'enflure, la dyspepsie, l'oppression et les palpitations, tout disparaît.

Le second cas est celui d'un individu chez qui se montra, il y a trois ans, un souffle d'insuffisance mitrale à la suite d'une attaque de rhumatisme. Il n'avait pas d'œdème, mais un peu de cyanose augmentant d'une manière très marquée au moindre effort. Il y avait aussi un peu de brièveté de la respiration; mais le symptôme dominant, ou le plus sérieux, c'était une sensation accompagnée de pulsations, de gonflement ou de rupture du cœur qui survenait après chaque effort, ou après un bon repas. Les extrémités étaient souvent froides et moites, et le patient était fort troublé par la crainte que son cœur cessât soudain de battre. L'examen fit voir un battement de la pointe très accentué, peu diffus, un murmure assez bien marqué avec second temps sonore (*clear second sound*), un pouls légèrement irritable, une artère pleine et peu compressible. L'étendue de la matité cardiaque était un peu augmentée, mais pas autant que dans le premier cas: l'impression donnée était celle d'un cœur puissant ayant une insuffisance valvulaire dont la compensation, en ce qui regarde la force musculaire, était complète; mais dont la compensation nerveuse du viscère ou l'adaptation était insuffisante. L'aconit à la dose d'une goutte de l'extrait fluide trois fois par jour et le repos au lit amenèrent une amélioration rapide.

Dans le premier cas, le cœur était faible et exigeait de l'aide.

Il était fort dans le second, mais employait sa force d'une manière inefficace, et demandait à être rassuré ou raffermi. Avoir donné l'aconit dans le premier cas eût été une erreur; et bien que la digitale eût pu raffermir pour quelque temps le cœur du second patient, cet organe aurait certainement par la suite manqué à sa tâche en donnant une compensation exagérée.

Voilà pour ces deux variétés de malades.

Il y en a une troisième, dans laquelle le cœur reçoit souvent la digitale sans aucun bon effet, et au contraire prend rapidement le dessus avec l'aconit. Ce sont les cas où il existe une hypertrophie compensatrice excessive survenue toute seule ou à la suite d'un travail opiniâtre auquel a succédé une manière de vivre plus facile. L'exemple suivant fera bien comprendre la chose.

Un individu âgé de dix-neuf ans est amené au *Jefferson Medical College Hospital* souffrant d'un rétrécissement aortique et, comme résultat, de dyspnée au moindre effort, d'arythmie cardiaque prononcée avec palpitations, d'un peu de vertige et d'une tendance à l'épistaxis. Il raconte que depuis plusieurs années, et jusqu'au commencement de celle-ci, il a servi comme manoeuvre sur un cabotier, accomplissant tous les jours un travail très dur malgré sa maladie de cœur qu'il ignorait complètement. Il n'a jamais souffert durant cette période de symptômes cardiaques. En un mot, l'hypertrophie compensatrice était complète. Toutefois, à cause du péril inhérent au métier, il l'a quitté sur l'avis d'un médecin, et a tâché de gagner sa vie à terre. Il n'a pu réussir à trouver un emploi, et s'est vu condamné à une longue inactivité musculaire. Il en est résulté ceci: l'hypertrophie cardiaque, qui jusqu'alors avait été compensatrice, est devenue excessive, et le patient souffre de palpitations marquées du cœur, de désordre dans la circulation des extrémités et d'une toux considérable. Dès le début de l'observation du malade, on reconnut que ces désordres étaient dus à un excès de l'hypertrophie cardiaque, non à un défaut de compensation, et que, par conséquent, un sédatif cardiaque était plutôt indiqué qu'un stimulant tel que la digitale.

On lui donna une à deux gouttes de l'extrait fluide d'aconit trois fois par jour, et on lui fit garder le lit pendant le traitement. A la fin de la semaine, l'amélioration était si prononcée qu'on lui permit de se lever et de circuler dans la salle suivant son bon plaisir. Cependant la médication fut continuée; mais après quatre semaines, l'état du patient était si satisfaisant qu'on lui

donna son congé. Il ne restait pour révéler la maladie de cœur que les signes fournis par l'auscultation.

Un point important dans le traitement de ces cas par l'aconit est le repos au lit, dans la position horizontale autant que possible. C'est une des exigences d'un traitement sédatif, sans compter que cela permet de donner le médicament à doses plus actives.

Comme remède de réelle valeur dans ces cas, après l'aconit, vient, je crois, le gelsémium, puis le veratrum viride.

Il me reste encore à mentionner deux variétés de cas chez ceux qui ont, comme résultat d'exercices athlétiques ou d'un labeur pénible, une ou deux formes de ce que l'on est convenu d'appeler troubles fonctionnels du cœur. Chez les uns, le cœur offre tous les signes d'une dilatation accompagnée de faiblesse et de défaut de compensation. Chez les autres, on trouve un organe très hypertrophié battant lourdement dans une poitrine trop étroite pour lui. Dans les deux cas, l'effort musculaire produit des palpitations, de la dyspnée, quelquefois une douleur précordiale. Chez les premiers, la digitale est utile; les seconds se trouvent bien de l'aconit ou du gelsémium.

Dans les cas qui offrent constamment, ou par intervalle, un pouls rapide, le veratrum viride est le meilleur remède, et le gelsémium surpasse l'aconit.

*Dominion Medical Monthly.*

---

**Brûlements d'estomac :**

Bismuthi subnitrat.....	2 drachmes.
Acid. carbol.....	2 grains—4 grains.
Mucil. acaciæ.....	1 once.
Aquæ menthæ.....	3 onces.

Dose—1 c. à soupe (pour adultes) 3 ou 4 fois par jour.

BARTHOLOW.

---



## CHIRURGIE

TRAITEMENT ACTUEL DE L'URÉTHRITE À NEW-YORK.—Le Dr Ramon Guiteras a lu à l'Académie de Médecine de New-York, un travail fort intéressant et pratique sur ce sujet. En voici le début : "L'engouement pour la recherche du gonocoque dans l'écoulement semble avoir cessé; on en est venu à la conclusion que le germe est présent dans tous les cas d'écoulement aigu, et dans la grande majorité des cas sous-aigus et des gouttes militaires. Tous ces cas devraient donc s'appeler uréthrites, et non pas gonorrhées spécifiques ou non spécifiques." Après avoir ainsi défini la maladie, le Dr Guiteras aborde la question du traitement.

Traiter les cas aigus par les diluents et les injections antérieures astringentes. Le diluent que le docteur emploie se compose de cinq grains de bicarbonate de potasse, de cinq grains de citrate de potasse, et d'une quantité d'acide citrique suffisante pour produire l'effervescence.

Voici l'injection astringente :

Sulfate de zinc.....	}    ïïï 5 grains
Sulfate d'alun.....	
Acide carbolique.....	
Glycerine.....	1 drachme
Eau distillée.....	1 once

Employer trois fois par jour après avoir uriné et lavé l'urèthre antérieur avec de l'eau chaude. On ne donne pas d'injections dans les cas très rares où l'inflammation du gland et du prépuce est très forte et s'accompagne probablement d'hypertrophie glandulaire. Dans ces cas-là, l'usage du diluent et des bains de siège est recommandé, ainsi qu'une purgation le matin suivie d'une dose de sel LaRoche. Il faut régulariser la diète et porter avec précaution un suspensoire. On peut employer, pour recevoir l'écoulement, le bandage en papillon.

Si l'injection précédente n'a pas d'effet, on en prescrit une plus forte :

Sulfate de zinc.....	10 grains
Extrait incolore d'hydrastis (Lloyd's).....	½ once
Eau.....	¼ onces

Si par hasard c'était insuffisant, employer une injection plus forte encore :

Sulfate de zinc.....	10 grains
Acétate de plomb.....	15 grains
Teinture de catéchu.....	} iii 1 drachme
Teinture d'opium.....	
Eau.....	4 onces

Ce traitement par les injections et le diluent suffit généralement à guérir une uréthrite antérieure ordinaire.

Dans le cas où il surviendrait une *uréthrite postérieure*, il faut cesser l'injection et continuer le diluent, en ajoutant 10 gouttes de teinture de belladone pour prévenir le ténésme.

Dans le cas où le processus serait très aïgu, il faudrait tenir le malade au lit, lui donner deux bains de siège par jour, et le mettre à la diète lactée et à l'eau de Vichy.

Si les 10 gouttes de teinture de belladone ne soulagent pas le ténésme, il faut les remplacer par un suppositoire de  $\frac{1}{4}$  gr. d'extrait de belladone et  $\frac{1}{4}$  gr. morphine. Tenir les intestins libres. Quand les symptômes diminuent, on pratique, tous les deux jours d'abord, des instillations au nitrate d'argent : 1 goutte pour 1 once d'eau. On prescrit en outre 10 gouttes d'huile de bois de santal, et l'on augmente de 5 gouttes chaque jour. Si cela ne suffit pas, l'on aura recours au cubeb, au copahu ou à la mixture de Lafayette.

Lorsque l'écoulement persiste sous une forme sous-aiguë, le Dr Guiteras emploie alors les irrigations quotidiennes au permanganate de potasse (solution 1 : 3000) faites à l'aide d'une fontaine seringue élevée de deux pieds et d'un cathéter passé dans la partie bulbeuse de l'urètre. S'il existe, comme complication, une uréthrite postérieure sous-aiguë, on laisse l'irrigation pénétrer jusque dans la vessie en élevant la fontaine à cinq pieds de hauteur et comprimant le méat, ou en passant le cathéter jusque derrière le sphincter membraneux. Lorsque ce traitement ne réussit pas, on remplace le permanganate par une solution faible de nitrate d'argent ; on commence au 1 : 8000 pour s'élever jusqu'à 1 : 1000 s'il est nécessaire. Les rétrécissements doivent être dilatés avec le dilatateur d'Oberleander ou l'uréthrotome d'Otis. Si, malgré tout, il restait une *gleet*, il faudrait faire l'examen endoscopique et en profiter pour appliquer le nitrate d'argent.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° Il est impossible à l'heure présente de traiter l'urétrite à l'aide d'une méthode fixe. Cette méthode heureuse n'a pas encore été découverte.

2° Cette maladie se traite mieux par un médecin spécialiste que par un praticien général.

3° Les injections arrêtant tout écoulement ou le réduisant à une simple humidité au méat, tels que le bichlorure, le permanganate de potasse et le nitrate d'argent, sont les moyens les plus satisfaisants de traiter une attaque récente, et de tous ces remèdes, le nitrate d'argent est encore celui sur lequel on peut le plus compter.

4° Dans tous les cas, on doit suivre envers le malade la méthode expectante, et modifier le traitement suivant les symptômes.—*Virginia Medical Monthly*.

**ENTÉRECTOMIE DANS UN CAS DE HERNIE FÉMORALE ÉTRANGLÉE.**—A une séance de la Société Médico-Chirurgicale de Montréal, le Dr James Bell a rapporté, sous le titre "Anastomose des intestins à l'aide du bouton de Murphy," trois cas très intéressants d'entérectomie. Nous croyons utile de reproduire l'observation du 3e cas et les remarques faites par le savant chirurgien de l'Hôpital Victoria.

Mad. M..., 49 ans : hernie fémorale étranglée. Opérée au Royal Victorial Hospital, le 20 octobre 1894, à 11 hrs a. m., trente-neuf heures après le début des symptômes. La patiente, une grosse femme bien bâtie, a toujours joui d'une bonne santé. Il y a quinze ans, une hernie apparut dans la région fémorale droite. Elle resta toujours réductible, et ne donna jamais grand trouble. La malade ne portait pas de bande. Les symptômes de strangulation surviennent vers les 8 hrs du soir (18 octobre) : douleur très forte, enflure de la tumeur, qui n'est plus réductible, grande sensibilité (ce symptôme est très marqué) et vomissement fréquent qui devient bientôt fécal. Ces symptômes existent encore au moment de l'admission, mais modifiés. Le pouls est à 96 et la température 100 F.; l'abdomen modérément distendu. On ne fait aucun essai de réduction. Pendant que l'on incise la peau et le fascia, le tissu cellulaire laisse échapper un sérum brunâtre ayant une forte odeur de putréfaction. Le sac est énormément épaissi, noir, œdématisé et friable, et contient une couple de drachmes de sérum noir ensanglanté donnant aussi une forte

odeur de putréfaction. La hernie est formée par environ trois pouces de l'iléon très serrés et passablement gangréneux. Lorsqu'on eut élargi l'ouverture en incisant le ligament de Gimbernat et que l'intestin sain eut été attiré en bas, la partie gangrénée resta affaissée et vide; elle était presque séparée du tissu sain, à chaque bout, là où la constriction avait porté. L'intestin fut vidé et comprimé par les doigts d'un assistant, et l'on en enleva six pouces et demi; puis les extrémités furent unies à l'aide du bouton de Murphy. Le mésentère correspondant à la portion enlevée avait été ligaturé à travers le tissu sain à quelque distance de l'intestin. Toutefois, en dépit des plus grandes précautions, le mésentère se détacha de l'intestin aux deux extrémités. Il n'y eut pas grande hémorrhagie, mais je sentis que je ne pouvais pas laisser le patient dans cet état, d'abord par crainte d'une hémorrhagie, et ensuite par crainte de gangrène de l'intestin, qui se trouvait ainsi privé de son apport vasculaire. En conséquence, je continuai mon incision en haut et en dehors à travers le ligament de Poupert, et j'ouvris la cavité abdominale. Je réséquai cette fois cinq pouces, allant bien jusque dans le bord du mésentère correspondant; j'unis les extrémités avec le bouton de Murphy, je ligaturai les vaisseaux mésentériques et j'unis les bords du mésentère jusque tout près de l'intestin par des sutures au catgut. Cela faisait onze pouces d'intestin d'enlevé. Le sac herniaire incisé, on ferma la plaie péritonéale par des sutures à la soie. Les muscles furent ensuite réunis par des sutures perdues à la soie (*silk-worm gut*), et le fascia pectiné fut réuni au ligament de Poupert déjà suturé par trois sutures au catgut. Enfin la peau fut fermée par une couche séparée de sutures à la soie (*silk-worm gut*), et une petite tente de gaze iodoformée laissée dans l'angle inférieur de la plaie. L'opération dura deux heures et fut bien supportée. La patiente n'eut pas de mauvais symptômes et fit une convalescence sans accidents. Une selle liquide (avec gaz) fut évacuée au bout de vingt-quatre heures (après l'administration d'un suppositoire). Selle régulière le jour suivant, puis le cinquième jour, le sixième, le neuvième et le dixième. Le bouton fut trouvé enchâssé dans une selle normale passée à 1.30 heure p. m., 30 octobre, juste dix jours entiers après l'opération. La plaie était parfaitement guérie, et la malade put se lever le 22e jour. Guérison par première intention.

L'expérience de ces trois cas m'amène à la conclusion que le bouton de Murphy est un aide précieux dans la suture bout à bout de l'intestin (*end to end anastomosis*). On a inventé dans

ce but tant d'aides artificiels qui ont eu leur jour et ont été abandonnés, que la plupart des chirurgiens sont maintenant très sceptiques sur toutes les choses de ce genre. L'on ne doit pas évidemment conclure de ceci que la réunion de l'intestin ne saurait s'obtenir sans ces aides, car il est évident que l'on peut l'obtenir sans cela; mais les deux grands desiderata, rapidité opératoire et coaptation exacte et sûre, sont tous les deux admirablement atteints par cet instrument. Je ne puis partager l'opinion récemment émise que le bouton de Murphy est utile entre les mains d'un tyran, mais inutile au chirurgien expérimenté. La réunion des deux bouts intestinaux, quand bien même serait-elle le point important, n'est qu'une partie de l'opération, et le chirurgien qui ne possède pas l'habileté nécessaire pour suturer les deux bouts de l'intestin n'est certainement pas apte à entreprendre cette opération par quelque méthode que ce soit. D'après mon expérience personnelle, la partie la plus difficile de semblables opérations, celle qui demande le plus d'habileté chirurgicale, est la partie qui précède immédiatement la coaptation intestinale. De plus le bouton peut être employé dans une partie profonde de la cavité pelvienne, où une réunion par sutures serait à peu près impossible.

Le grand besoin de la chirurgie intestinale à l'heure actuelle est celui d'un clamp bien fait, un clamp qui fermerait la lumière de l'intestin sans exercer trop de pression sur les parois délicates de l'intestin ou les vaisseaux artériels du rebord mésentérique. L'ingénieuse invention du Dr Murphy pour exercer une pression élastique uniforme nous donne, je crois, un enseignement qui pourrait être utilisé pour arriver à ce but : produire un clamp qui se fermerait comme un forceps artériel ordinaire (Péan), dont les lames adoucies pourraient être revêtues de tubes de caoutchouc et joueraient sur un ressort central qui rendrait la pression plutôt indirecte que directe, mais uniforme et capable d'être réglée. Je ne connais pas de clamp employé aujourd'hui qui ne soit susceptible de graves reproches. L'emploi de tubes de caoutchouc expose certainement moins qu'une autre méthode aux inconvénients cités plus haut, mais il est loin de donner satisfaction. Lorsqu'on entoure l'intestin, il faut plisser considérablement la paroi afin de fermer le canal, surtout quand il s'agit de gros intestin; il faut alors mettre plus de pression que s'il s'agissait simplement d'opposer les parois l'une à l'autre. Pour un certain temps, ce procédé arrête aussi complètement la circulation, et la réglementation exacte du degré de pression est extrêmement

difficile. S'il était toujours possible d'avoir un assistant idéal, je crois que le meilleur clamp serait le pouce et l'index ; mais une objection sérieuse se présente, c'est que les mains de l'assistant, quoiqu'il fasse, seront toujours dans le chemin du chirurgien, et ce qui est bien pire, c'est le danger constant que l'assistant relâche ou remue ses doigts et laisse s'échapper le contenu de l'intestin, ce qui deviendrait désastreux pour l'opération.—*The Medical Record.*

LE TRAITEMENT DES FRACTURES PAR LA MÉTHODE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Nous avons déjà publié (page 242) une appréciation de cette méthode. Mais afin de mieux renseigner nos lecteurs sur le mode opératoire, nous reproduisons les passages suivants d'un travail du Dr Paul Huguenin, un élève de Championnière. D'après ce médecin, plus une fracture est près d'une articulation, plus elle bénéficie du massage. Prenons la fracture la plus commune, celle du tiers inférieur du radius. Il y a chevauchement et difformité en dos de fourchette. Ne pas trop s'inquiéter de ces symptômes : la difformité est toujours exagérée par l'enflure, et quand le chevauchement est considérable, il y a généralement un engrenement des fragments suffisant pour empêcher toute tentative sérieuse de réduction et de coaptation. Ce qu'il faut avant tout, c'est le rétablissement des mouvements du poignet : c'est là l'essentiel. Un appareil de contention peut donner une coaptation plus parfaite, mais il expose le membre à la gangrène par compression, et laisse souvent de la raideur et de l'ankylose même. Tandis que le massage rétablit toujours les mouvements dans leur intégrité parfaite ; il nous met aussi à l'abri des pseudarthroses, car il hâte la consolidation du cal et n'en empêche pas la solidité.

On pratiquera le massage, dit le Dr Huguenin, dès le début de l'accident et le plus tôt possible. On place le membre fracturé sur un coussin de sable, couché sur la face palmaire, et on relève légèrement le bord cubital. De la main gauche, le masseur immobilise le poignet malade dans cette position, puis, enduisant la surface à masser d'huile d'olive bien fraîche, ainsi que la face palmaire de sa propre main droite, il commence très doucement, très légèrement, des mouvements de glissement de bas en haut sur le trajet des muscles et des tendons, en cotoyant le foyer de fracture, et ne passant jamais immédiatement dessus. L'endroit le plus douloureux est la pointe de l'apophyse styloïde du cubitus. Au poignet, on masse avec le pouce ; plus haut, avec l'ex-

trémité des doigts réunis. Passer attentivement sur les gaines tendineuses. Chez les personnes âgées, masser jusqu'au coude et à l'épaule. "La séance de massage durera vingt à trente minutes et pour la terminer, on fera avec avantage des pressions avec la main, entourant en bracelet tout le membre, et remontant toujours de l'extrémité vers la racine du membre." On peut, si l'on préfère, appuyer le bras sur ses genoux ou sur une alèze.

"Après le massage, on devra faire exécuter au poignet des mouvements d'extension, de flexion, de supination et de pronation, mais progressivement, sans violence aucune. Le seul mouvement provoqué à éviter, c'est le mouvement de la main en arrière. Quant aux mouvements à permettre au malade, ils sont naturellement limités et modérés, et consistent surtout dans des mouvements des doigts."

Après chaque séance de massage, on enveloppe le poignet et l'avant-bras avec une bande de flanelle, sans attelle, et on soutient tout le bras, pendant les premiers jours, par une écharpe.

*Résultats* : Disparition de la douleur après la 3<sup>e</sup> ou la 4<sup>e</sup> séance de massage. Au bout de dix jours, consolidation du cal. Au 15<sup>e</sup> jour, la guérison est obtenue, et après la 3<sup>e</sup> semaine, le blessé se sert de son poignet comme s'il n'avait pas été fracturé. Quant à la déformation, elle n'est pas plus considérable qu'avec les appareils; elle est même généralement moindre; de plus, il ne reste ni œdèmes, ni atrophies musculaires.

Ce court exposé fait voir les avantages que l'on réclame pour la méthode, ainsi que le mode opératoire. Ce dernier est le même pour toutes les fractures, avec des variations de détails, naturellement. On ne fait d'exception que pour la rotule, qui exige une coaptation bien maintenue. Si quelque chirurgien de nos amis voulait de plus amples détails, le Dr Lucas-Championnière a publié sa méthode, illustrée de nombreuses photogravures, chez Rueff, à Paris.—*Le Concours Médical*.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE. (*Centralblatt für Gynæcol.*, 1895.)— Le Dr Goubaroff indique le traitement suivant de l'éclampsie.

La morphine à doses moyennes mais fréquemment répétées (15 milligrammes en injections sous-cutanées six fois en vingt-quatre heures suivant la quantité des urines), des lavements au chloral et une légère chloroformisation. Ce dernier moyen ne doit être employé que dans le cas d'interventions chirurgicales. En même temps, tous les moyens externes capables de stimuler les fonctions cutanées doivent être mis en pratique tels que : des enveloppements avec des linges trempés dans de l'eau chaude, des frictions quotidiennes répétées avec une solution alcoolique et de l'air chauffé, etc. Dans tous les cas il faut avoir soin d'évacuer les intestins en administrant le plus tôt possible un purgatif salin (soude, magnésie, etc.) ; il faut aussi tenir grand compte des fonctions rénales. On fera prendre du lait et les différentes eaux minérales diurétiques, on appliquera d'autres part sur la région lombaire un gros sac de caoutchouc rempli d'eau chaude. Ce traitement local exerce une influence très favorable sur la diurèse. Dans trois cas des plus graves avec pertes complète de connaissance, un état comateux et une température très élevée (39°-40°), ce traitement local a eu pour résultat l'augmentation de la quantité des urines et la notable diminution de l'albumine ; on constate en même temps une amélioration générale qui se transforme après quelques jours en guérison définitive. L'auteur croit donc nécessaire de recommander tout particulièrement les applications chaudes dans la région lombaire, surtout dans les cas où il y a diminution de la quantité des urines accompagnée d'une albuminurie très grande.—*Rev. de thérapeutique.*

DE LA PREMIÈRE RESPIRATION DU NOUVEAU-NÉ ET DES MOYENS DE RAPPEL À LA VIE DES ASPHYXIÉS, M. RUNTZ. — D'après M. Olshausen, la cause principale de la première respiration du nouveau-né serait l'état d'asphyxie du sang ; quant aux causes secondaires de cette respiration, ce seraient l'hyperémie du crâne et la compression du thorax par l'anneau vulvaire.



Je reconnais le bien-fondé de la première de ces causes accessoires, mais je conteste l'exactitude de la seconde. L'entrée de l'air par la trachée-artère n'est, en effet, possible que si la compression vulvaire a chassé quelque chose du thorax; or, ce n'est pas le cas quand on comprime le thorax d'un fœtus. Cette compression déplace tout au plus un peu de sang et modifie la position des intestins; dès qu'elle cesse, ces organes reprennent leur place et il n'y a pas d'inspiration à proprement parler. J'ai fait à ce sujet, avec M. Strassman, une série d'expériences qui démontrent toutes que la compression du thorax est incapable de faire pénétrer de l'air dans un poumon qui n'en contenait pas préalablement.

Nous avons profité de cette occasion pour étudier la valeur des différents moyens de rappel à la vie des nouveau-nés en état d'asphyxie et nous avons constaté l'inutilité de la plupart de ces moyens.

Les meilleurs paraissent être : la respiration artificielle pratiquée d'après la méthode de Sylvester, le procédé de Schultze et l'insufflation.

M. STRASSMANN. — On sait que l'on distingue deux formes d'asphyxie : dans l'une, les téguments sont congestionnés et de coloration bleuâtre ; dans l'autre, ils sont anémiés et complètement décolorés. Dans l'asphyxie apoplectique ou bleue, l'excitabilité réflexe du centre de la respiration existe encore et l'on peut souvent provoquer le retour de la respiration par de simples excitations cutanées. Au contraire, dans l'asphyxie anémique, l'excitabilité réflexe du centre respiratoire a cessé, les excitations cutanées ne servent plus à rien ; il faut pratiquer la respiration artificielle.

D'après mes observations, le procédé dit *de balancement* de Schultze (*Schultze'sche Schwingungen*) répond à toutes les indications. Lorsqu'il échoue, il faut faire l'insufflation. Le procédé de Schultze consiste, comme on le sait, à saisir l'enfant avec les deux mains au niveau des épaules, de manière que les pouces s'appuient des deux côtés du cou au-devant du thorax et que les autres doigts, passant sous les aisselles, s'appliquent sur le thorax en arrière. L'accoucheur enlève alors l'enfant d'un mouvement rapide et le porte jusqu'au-dessus de son épaule gauche, puis il le replace en bas et recommence le même mouvement cinq ou six fois de suite.

M. OLSHAUSEN. — Je ne puis admettre avec M. Zuntz que la compression du thorax ne puisse faire entrer de l'air dans le pou-

mon quand celui-ci n'en a pas déjà contenu, car tout le monde a vu cette compression suffire à ramener la respiration chez un grand nombre d'enfants asphyxiés.

Je ferai remarquer, en outre, que l'asphyxie hyperémique est accompagnée souvent d'une stase dans le cœur droit, et que dans ces cas une saignée peut être utile.

M. ZUNTZ. — La première respiration est due à la rétraction de l'utérus et au décollement du placenta ; peut-être la compression du fœtus par les voies maternelles joue-t-elle aussi un rôle en produisant une espèce de massage du cœur.

*Soc. de Méd. de Berlin.*

DES SOINS A DONNER AUX FEMMES EN COUCHES, par M. le Prof. PINARD (*Clinique Baudelocque*).—On peut le dire sans être taxé d'exagération, le médecin est presque toujours tout-puissant pour *prévenir*, il l'est beaucoup moins pour *guérir*. Aussi, en médecine, chirurgie ou obstétrique, faisons-nous tous nos efforts pour *prévenir* ; c'est pour cette raison que j'ai pensé que ma première leçon devait être consacrée à vous exposer les précautions, les mesures que nous prenons à la clinique, pendant la puerpéralité ; puis, cela fait, je vous exposerai les résultats obtenus par notre manière de faire, du 1er janvier 1894 à l'heure actuelle. Ces résultats, d'ailleurs, ne diffèrent pas de ceux obtenus les années précédentes.

L'étude que je veux faire sera aussi simple, aussi succincte et aussi précise que je le pourrai, et ce faisant, j'estime que je vous rendrai un service important, car, à l'heure actuelle, étant donné les nombreux moyens qui ont été proposés contre l'infection, vous pouvez être fort hésitants dans la pratique. C'est ainsi que dans le dernier travail de Tarnier sur l'antisepsie obstétricale, vous trouverez énormément de bonnes choses ; il faut que vous lisiez ce livre. Il n'a pu être écrit que par l'homme qui, le premier, s'est occupé, d'une façon constante, de supprimer l'effroyable mortalité de nos parturientes et qui, depuis trente ans, n'a cessé de penser à ce sujet.

Seulement, même après avoir lu ce livre complet, il peut vous rester quelque doute sur le moyen à choisir, et c'est pour supprimer ce doute que je désire vous exposer, avec la plus grande simplicité, ce qui me suffit dans ma pratique.

Cela dit, je prends une femme qui nous arrive pour accoucher. Cette femme peut se trouver au début du travail ou dans une période d'expulsion.

Lorsqu'elle arrive au début du travail, un premier soin, que nous ne négligeons jamais, c'est de la mettre au bain simple, additionné de carbonate de soude aromatisé. Sortie du bain, elle est conduite dans son lit, recouverte d'une chemise sortie de l'étuve (ses vêtements ne lui sont rendus qu'après avoir passé également à l'étuve). Puis on fait la toilette des organes génitaux et l'on pratique une injection vaginale antiseptique. Cette injection est faite aussi bien pour la femme que pour l'enfant, l'asepsie du vagin avant l'accouchement pouvant supprimer, pour ce dernier, de nombreuses causes d'infection, sur lesquelles il est inutile d'insister.

La substance antiseptique dont je me sers depuis longtemps est le biiodure de mercure à 1/4000.

Cet antiseptique n'est pas apprécié très favorablement dans le livre dont je parle; mais, dans ma pratique, il m'a toujours donné d'excellents résultats. Je n'en adopterai un autre que lorsque j'aurai trouvé qu'il surpasse le biiodure.

Ces injections, pratiquées pendant la grossesse, ont été considérées comme susceptibles de provoquer une expulsion anticipée du fœtus. Jacquemin, en particulier, a accusé ces injections d'être convulsivantes, et, à ce titre, de prédisposer à l'accouchement prématuré. Il n'en est rien.

A l'époque où je voulais faire quelques accouchements prématurés pour des bassins rétrécis, j'ai pratiqué ces injections avec une grande persistance, et jamais je n'ai pu faire naître une contraction utérine. S'ensuit-il que toutes les femmes doivent prendre des injections pendant la grossesse? Je ne le dis pas, mais elles peuvent le faire, et, en tout cas, ces injections antiseptiques doivent être faites avant l'accouchement.

Sans distinction, nous touchons, de temps à autre, toutes les femmes en travail. On a prétendu que cette manœuvre était dangereuse; l'on a même cité des statistiques semblant montrer que les femmes touchées pendant l'accouchement donnaient une proportion plus grande de morbidité et de mortalité. Ce n'est pas mon avis; et cela aussi bien pour l'hôpital que pour ma clientèle privée, car ma conduite est la même dans les deux cas.

La raison en est simple. Le toucher, cela est vrai, peut infecter les femmes si les précautions que je vais vous indiquer ne sont pas prises, mais ce danger disparaît totalement lorsque les précautions sont prises; par contre, l'accoucheur qui suit le travail avec le doigt est tranquille au sujet de certaines complications possibles, que l'on ne peut diagnostiquer lorsqu'on ne les sent pas. Dans ce nombre, je range les procidences du cordon, par exemple.

Toutefois, vous ai-je dit, il faut rendre ce toucher inoffensif. Lavage des mains, cela va sans dire, aussi complet que possible, et, en particulier, soins du côté des ongles, qui doivent être extrêmement courts. Nous sommes bien loin de l'époque où l'on considérait la saillie exagérée de l'ongle chez l'accoucheur comme une condition indispensable pour rompre les membranes à l'occasion. Lorsque cette indication se présente, nous avons d'autres moyens d'action bien préférables.

Le doigt doit être enduit d'un corps gras, la vaseline mêlée à une substance antiseptique, par exemple. Mais pour que cette vaseline ne soit jamais infectée, il faut que le petit vase qui la contient soit placé dans une bassine remplie d'un liquide antiseptique. Le doigt bien lavé et non essuyé (car les linges employés pour cet ouvrage peuvent être une cause d'infection nouvelle) pour se graisser, est obligé de traverser, à l'aller et au retour, une couche antiseptique destinée à éviter l'infection. Le doigt préparé doit éviter de toucher les parties génitales — d'ailleurs maintenues très propres — lavées au savon et au biiodure. On ne peut, il est vrai, éviter complètement les poils, car il ne faut pas, bien entendu, songer à raser nos parturientes, mais on peut réduire au minimum le contact de ces poils. Il faut bien le savoir, on ne peut atteindre à la perfection, il suffit de s'en rapprocher le plus possible.

Si le travail traîne, nous ne craignons pas de prescrire des injections vaginales pour favoriser l'expulsion. Il va sans dire que les manœuvres qui se font pendant le temps du travail doivent l'être avec des mains maintenues complètement aseptiques par des lavages fréquents dans des liquides antiseptiques.

L'enfant expulsé, vous avez appliqué, sur les organes génitaux, de la ouate, de l'étope antiseptique et, dès que l'enfant est séparé de la mère, nouvelle injection vaginale.

Ces injections, après l'accouchement, ne sont pas plus dangereuses que celles que l'on fait pendant la grossesse, mais il faut, pour qu'il en soit ainsi, des précautions particulières :

La canule vaginale, guidée par le doigt, ne doit pas pénétrer à plus de trois à quatre centimètres, et le réservoir qui contient l'eau ne doit pas être élevé de plus de 20 à 25 centim. Vous verrez très souvent les gardes-malades lever le réservoir à bout de bras; c'est une faute : la pression liquide énorme qui résulte de cette manœuvre suffit pour provoquer un traumatisme dans les parties génitales de la nouvelle accouchée. Il ne s'agit pas, pour cette femme, d'une injection véritable, mais d'un simple

rinçage du vagin, destiné à le débarrasser des caillots et des quelques microbes qui ont pu s'introduire, malgré les précautions prises.

Je ne fais rien de plus que ce que je viens de dire. M. Tarnier conseille une injection intra-utérine. Les statistiques de son service montrent qu'il obtient de la sorte d'excellents résultats; je suis loin de nier l'excellence de ces statistiques, mais mes parturientes, en général, ne reçoivent pas d'injection intra-utérine et elles guérissent tout aussi bien. Or, je ne vois pas qu'il soit nécessaire de faire une opération, si minime fût-elle, lorsqu'elle est inutile. Si j'avais de moins bons résultats que ceux qui font ces injections, je les pratiquerais; comme il n'en est rien, je m'abtiens. D'autant plus que, sans danger lorsqu'elles sont faites dans la perfection, ces injections sont fort dangereuses lorsqu'elles sont faites sans précautions suffisantes. La femme peut être exposée à un contact suspect par la sonde, et, en voulant faire mieux, je crains qu'on ne fasse souvent mal.

Cependant, il ne faut pas être absolu: les injections intra-utérines, inutiles dans les cas ordinaires, sont bonnes dans le cas suivant: quand la femme a été confiée à vos soins au moment de l'expulsion; chez elle, en effet, il est probable que le vagin n'a pas été aseptisé avant l'accouchement. Je ne puis pas être sûr de ce vagin, et son infection possible est susceptible de devenir une cause d'infection intra-utérine.

L'injection doit être faite jusqu'à ce que le liquide ressorte clair; le vagin doit être transformé en une véritable fontaine Wallace. Les organes génitaux sont ensuite protégés avec de la ouate antiseptique et la malade est renvoyée dans son lit. À partir de ce moment, les injections sont supprimées et on ne fait plus que des lavages des organes génitaux externes matin et soir; à moins que les lochies deviennent fétides, car dans ce cas nous revenons aux injections vaginales et s'il en est besoin, aux injections intra-utérines.

Les inconvénients des injections vaginales répétées, je ne saurais trop insister à ce sujet, ne résultent pas de l'injection elle-même. Si nous étions comme les chirurgiens qui renouvellent leurs pansements tous les huit jours, il nous serait pratiquement facile de faire ces injections nous-mêmes, et nous pourrions être tranquilles sur les suites, mais renouveler nous-mêmes ces injections deux fois par jour n'est possible à aucun de nous; or, il peut être dangereux, à un moment donné, de confier la petite manœuvre à une personne qui n'a pas toujours l'expérience et l'habileté voulues.

La nourriture de l'accouchée est une grosse chose, très difficile à obtenir dans certains milieux : donner à une accouchée récente son chocolat, sa côtelette, ses œufs, paraîtra bien souvent étonnant aux gens du monde, et cela n'a rien d'extraordinaire. J'étais encore chef de clinique d'obstétrique que j'entendais tous les jours mon chef prescrire aux nouvelles accouchées : bouillon, potage et deux litres de tisane de tilleul. Était-il bien utile de prescrire cette diète relative ? Je ne le crois pas. Pour vous convaincre, voyez la physionomie de nos nouvelles accouchées qui mangent comme tout le monde !

Il est une autre mesure sur laquelle je crois devoir appeler tout particulièrement votre attention ; c'est que nous ne gardons pas assez longtemps nos nouvelles accouchées.

Une femme qui nous quitte au bout de cinq ou six jours n'est pas une femme valide ; elle n'est pas malade, c'est vrai, mais, plus qu'une autre, elle est exposée à toutes sortes d'infection. On vous dira qu'à la campagne elles ne restent alitées que trois à quatre jours. C'est possible ; toutefois, interrogez les médecins exerçant dans les pays où les accouchées reprennent leurs occupations le quatrième ou le cinquième jour, et vous apprendrez bien vite que, chez ces femmes, les prolapsus, les hémorragies, les salpingites, les ovarites sont d'une grande fréquence.

Il est vrai que malheureusement nous sommes désarmés contre l'inconvénient qui résulte du départ précipité de nos femmes. Remédier aux nécessités, aux obligations sociales qui obligent ces malheureuses à nous quitter, n'est pas notre fait, mais chacun de nous, dans la mesure de ses moyens, doit faire tous ses efforts auprès des pouvoirs publics et de l'Assistance publique pour que l'on prenne le plus rapidement possible des mesures. Nous ne pouvons rien dire à la femme qui nous quitte, parce que son ménage, ses autres enfants l'appellent. Et, cependant, nous savons bien la fatigue, les infections diverses auxquelles cette malheureuse va être exposée, au grand détriment de sa santé et quelquefois de sa vie : — *Rev. des mul. des femmes.*

---

## FORMULAIRE

## Tuberculose pulmonaire.

R.—Acide carbolique.....	2 drachmes
Ether sulfurique et iode.....	2 "
Créosote.....	1 drachme
Alcool ad.....	1 once

Dose.—Quelques gouttes en inhalation 2 ou 3 fois par jour.—*Mixture de Coghill.*

## Constipation

R.—Carbonate de magnésie.....	3 onces
Sulfate de magnésie.....	12 —
Sirop de gingembre.....	6 —
Eau de menthe poivrée.....	6½ —

Dose.—Une demi à deux onces au besoin.—*Mixture blanche* (Hôpital Notre-Dame).

## Grippe

R.—Antikamnia.....	1 drachme
Vin ipéca.....	3 drachmes
Sénéga.....	1 once
Sirop de tolu ad.....	4 onces

Dose.—1 c. à thé toutes les 3 à 4 heures.—*LARAMÉE.*

## Cystite chronique

R.—Biborate de soude.....	1 once
Glycérine.....	} à à 2 onces
Eau.....	

Dose.—Une, deux, trois cuillerées à thé dans quatre onces d'eau en injection dans la vessie.—*Injection de Thompson.*

## Fissures du sein

R.—Baume du Pérou.....	30 gouttes
Teinture d'arnica.....	½ drachme
Huile d'amandes douces.....	1 once
Liqueur de chaux.....	4 onces

M.—Dose : en application après allaitement.—*BROSSEAU.*

## Diarrhée

R.—Tinct. opii.....	} à à 4 drachmes
— rhei.....	
— camphor.....	

Dose.—20 gouttes toutes les 2 heures.—*Mixture de Dwyth.*

**Pharyngite sèche**

R.—Tr. de myrrhe..... 2 drachmes  
 Chlorate de potasse..... 2 —  
 Eau ad..... 8 onces

Dose.—En gargarisme 3 fois par jour.—FOUCHER.

**Pommade lubrifiante pour cathéters**

R.—Poudre de savon..... }  
 Glycérine..... } à à 33 grammes  
 Eau..... }  
 Résorcine..... 3 grammes

Usage : En enduire la sonde avant de s'en servir.—GUYON.

**Huile de foie de morue au café**

Huile de foie de morue..... 400 grammes  
 Café torréfié et moulu..... 20 —  
 Noir animal pulvérisé..... 10 —

On chauffe le tout au bain-marie à 60 degrés pendant un quart d'heure, dans un matras bouché. On retire le mélange du feu ; on l'abandonne à lui-même pendant deux ou trois jours, en agitant de temps à autre, puis on filtre au papier. L'huile ainsi obtenue est limpide et de couleur ambrée ; elle présente une odeur et une saveur de café très prononcées.—(Carlo Ravasi).

**Fièvre typhoïde**

Traitement par la méthode de Bouchard : hydrothérapie tiède avec antiseptie intestinale et générale.

- I.—Un purgatif renouvelé méthodiquement tous les trois jours : sulfate de magnésie, 4 drachmes.
  - II.—Calomel, 6 grains par jour en 20 prises de  $\frac{1}{3}$  de grain (une toutes les heures), pendant quatre jours.
  - III.—Tous les jours, faire prendre une drachme de naphтол et 30 grains de salicylate de bismuth à doses fragmentées (naphтол, 10 grains, salicylate de bismuth, 5 grains : toutes les quatre heures).  
 Matin et soir, lavement d'eau naphтолée (5/100).
  - IV.—Prendre huit bains tièdes par jour tant que la fièvre se maintient un peu forte.
  - V.—Si malgré tout la température se tient trop élevée, donner la quinine (Doses : 1er septennaire, 30 grains ; 2e, même dose ; 3e, 20 grains ; 4e et 5e, 15 grains). Usage renouvelé tous les trois jours.
  - VI.—Régime : bouillon cuit avec de l'orge ; limonade au citron avec  $12\frac{1}{2}$  drachmes de glycérine.
- Délire excessif et prolongé : opium.  
 Péritonite : glace et onguent napolitain.



# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - DR A. LAMARCHE.

Rédacteur en-chef : DR H. E. DESROSIERS

MONTREAL, JUILLET 1895.

## BULLETIN MEDICAL

### A propos de la jambe de lait

Tous les accoucheurs savent qu'il y a deux formes de *phlegmatia alba dolens* : celle qui survient deux ou trois jours après l'accouchement, à la suite de phénomènes inflammatoires assez vifs, et celle qui se montre beaucoup plus tard, après douze à quinze jours, sans symptômes généraux, sans forte réaction. En France, surtout depuis que Vidal a découvert des cocci dans un thrombus, on n'admet qu'une seule cause pour les deux variétés : une septicémie de l'utérus s'étendant à la jambe par la circulation veineuse ou lymphatique. Dans le premier cas, c'est une septicémie aiguë ; dans le second, une septicémie latente. On a discuté ce sujet, le mois dernier, à la Société Obstétricale de Londres. Les Drs Horrocks et Robinson prétendaient que la jambe de lait (*white leg*), qu'elle fût tardive ou précoce, dépendait toujours d'une septicémie. Mais les Drs Roberts, Herman, Jones et Griffith sont d'avis de faire une distinction. Quand l'utérus devient septique par une plaie ou une déchirure, la septicémie se propage à la jambe par les vaisseaux lymphatiques, qui sont durs, douloureux et hypertrophiés : c'est la *phlegmatia alba dolens*. D'autres causes, telle que l'hémorrhagie, provoquent la formation de thromboses qui vont obstruer la veine iliaque et déterminer l'œdème de la jambe en même temps que des symptômes généraux : c'est la phlébite du membre inférieur, mais une phlébite qui ne dépendrait pas d'une cause infectieuse. "Une septicémie, dit le Dr Roberts, n'attendrait pas quinze jours pour se manifester."

### Traitement antitoxique du cancer

Nos lecteurs se rappellent peut être que le prof. Wyeth disait, dans sa clinique sur l'épithélioma reproduite dans le numéro de juin, qu'il avait vu des sarcomes guérir après une attaque d'érysipèle. On n'a pas encore trouvé le microbe du cancer, mais on est persuadé qu'il y en a un, comme dit le savant médecin de New-York. Or, il paraît que la toxine du coccus de l'érysipèle empêche le cancer, surtout le sarcome et le carcinôme, de se développer. Deux médecins allemands, les Drs Emmerich et Scholl, ont entrepris depuis le commencement de l'année des expériences afin d'arriver à accomplir scientifiquement ce que la nature fait par hasard : traiter le cancer par le sérum érysipélateux. Déjà six cas ont été traités avec un résultat satisfaisant. La sérothérapie semble engagée dans une bonne voie. Attendons : nous verrons bien.

### Traitement de la tuberculose larvée des amygdales

Nous avons rapporté dans un précédent bulletin la communication du Dr Dieulafoy faite à l'Académie de Médecine sur une forme de tuberculose localisée à l'amygdale et qui serait l'indice d'une phtisie prochaine. Le Dr Dieulafoy est revenu sur ce sujet à la séance du 7 mai et s'est surtout occupé du traitement de la maladie. Comme moyens prophylactiques, l'huile de foie de morue et les fortifiants sont indiqués ; de plus il est bon d'éloigner les enfants lorsque les parents sont phtisiques, ou du moins faire prendre à ceux-ci certaines précautions antiseptiques, telle que la désinfection des crachoirs. Lorsqu'on est appelé pour un enfant qui a des amygdales énormes ou des tumeurs acinéoides, qui dort mal, la bouche ouverte, en ronflant, qui est pâle, maigre, ou bien dont le visage, le cou, sont bouffis, les ganglions cervicaux hypertrophiés, il faut d'abord essayer l'huile de foie de morue, le grand air et les fortifiants. On pourra employer ensuite l'ignipuncture ou l'électropuncture. Le Dr Dieulafoy déconseille l'ablation des amygdales parce qu'elle pourrait, au contraire, créer une porte d'entrée plus large en ouvrant le réseau lymphatique. Ce n'est pas l'avis du Dr Péan, qui n'hésite pas à y avoir recours quand le traitement médical fait défaut.

### Traitement des fractures compliquées

Le Dr Pershing est d'avis que les fractures compliquées peuvent guérir tout aussi bien que les autres si l'on prend des précautions dans ce but. La condition essentielle est de nettoyer complètement la plaie aussi rapidement que possible. Pour cela il faut désinfecter ses mains ; stériliser les instruments et objets de pansements ; mettre à découvert, par de larges incisions cutanées, toutes les poches ou anfractuosités de la plaie ; assurer un large drainage en laissant la plaie ouverte et l'enveloppant de gaze. L'immobilisation non seulement des os, mais encore des parties environnantes, à l'aide des attelles, aidera beaucoup à la guérison.

### Hémorragies des muqueuses viscérales dans la neurasthénie

On a beaucoup discuté ce sujet à une séance de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Le docteur Mesnard rappelle qu'il a été le premier à attirer l'attention de la profession sur ces phénomènes de la dépression nerveuse : hémorragies survenant dans un viscère sans qu'il y ait lésion. Il cite de nouveau le cas de Mme D., une neurasthénique, dont l'estomac était intact et qui cependant souffrait d'hématémèse. Le docteur Régis, qui a vu de ses patientes neurasthéniques avoir, avant leurs crises, de l'hémorragie intestinale ou de la métrorrhagie, se demande si ces hémorragies ne seraient pas causées par la cause même qui détermine la neurasthénie : un état général qu'on ne connaîtrait pas encore bien. A l'appui de cette hypothèse, le Dr Courtin a vu des hémorragies sans lésion survenir avant que l'état neurasthénique fut bien déterminé.

### La chirurgie de l'estomac

La Société allemande de chirurgie a tenu un congrès à Berlin (17-20 avril 1895). On y a parlé longuement de la chirurgie de l'estomac. Mikulicz, de Bresleau, qui a pratiqué un grand nombre de gastro-entérostomies, a fait une communication fort intéressante, dans laquelle il a beaucoup insisté sur l'importance d'opérer avant que l'état cachexique ne soit établi. Ce chirurgien a opéré 103 patients, dont 24 non cancéreux et 73 souffrant du cancer. Sur les 24 non cancéreux, 2 seulement sont morts, tandis que sur les 73 opérés du cancer, 16 ont succombé. Seulement, ce n'est pas l'opération, mais l'état cachexique qui les a tués. Il ne faudrait pas croire que l'opération est inutile. D'abord, les douleurs intolérables cessent : c'est déjà un grand point. Puis l'état général s'améliore. Dans les cancers de l'œsophage, la survie a été de huit à neuf mois, et de quinze mois dans les cancers du pylore. Mais encore une fois, si l'on veut soulager le patient, il faut l'opérer avant qu'il ne soit cachexique.

### Traitement de la luxation congénitale de la hanche

Au même congrès s'est engagée une discussion fort intéressante sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche. Les chirurgiens orthopédistes les plus en vue de l'Allemagne y ont pris part. Ils se divisent en deux camps : ceux qui opèrent, et ceux qui se servent simplement d'appareils. Les premiers, le Dr Lorenz en tête, pratiquent d'abord une réduction lente et graduelle au moyen d'un appareil à extension qui ramène doucement la tête fémorale en face de la cavité cotyloïde ; puis ils font une incision en avant du grand trochanter, entre le moyen fessier et le tenseur du fascia lata, et pénètrent par cette voie jusqu'à la capsule articulaire, ce qui leur permet de reconstituer facilement la cavité cotyloïde. Seulement,

comme le fait remarquer le Dr Hoffa, la réduction opératoire détermine une position vicieuse du membre qui se trouve placé en *coxa vara*, à cause de la brièveté du col du fémur et de l'incurvation de cet os. Le grand trochanter reste placé au dessus de la ligne de Nélaton, et l'atrophie des muscles fessiers empêche le bon fonctionnement du membre. L'acte opératoire n'est donc pas tout; il faut de toute nécessité, pour obtenir un bon résultat fonctionnel, imposer à l'opéré un traitement consécutif par le massage et la gymnastique. De plus, comme l'ont fait remarquer les non-interventionnistes, l'opération ne donne pas toujours de bons résultats. La claudication est due autant à la direction vicieuse de l'insertion des muscles fessiers produite par la position anormale de la tête du fémur, que par l'atrophie de ces mêmes muscles. Les mouvements obtenus sont donc très limités. La plupart ont été d'avis, avec le Dr Heusner, que dans tous les cas, on ne doit jamais opérer chez un enfant avant l'âge de sept ans.

#### Nouvel instrument devant aider à la symphyséotomie

La symphyséotomie est en train de devenir le procédé de choix dans les accouchements dystociques par rétrécissement du bassin. Après la section de la symphyse pubienne, si l'écartement est trop considérable, la vulve et le vagin peuvent se déchirer. Le Dr Audebert a présenté à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux un instrument de son invention destiné à remédier à cet inconvénient. C'est une espèce de pince ou de compas dont on fixe les branches dans les os pubiens. L'écartement des os s'enregistre à mesure qu'il se fait sur un cadran à aiguille dont le compas est muni. On se rappelle que le Dr Sylvester, de Toronto, s'est servi d'un moyen moins compliqué et aussi sûr: l'application autour du bassin d'un bandage qui ne permet l'écartement que sur une largeur déterminée d'avance. (Voir no. de mai).

#### Moyen pour l'opérateur de reconnaître, dans certaines occasions, l'asphyxie par le chloroforme

Le Dr Guermontez, dans une communication faite à la Société Anatomo Clinique de Lille, signale un symptôme peu connu, ou du moins peu remarqué, de l'asphyxie par le chloroforme. C'est la décoloration du sarg qui devient noir. Voici l'un des exemples cités par le Dr Guermontez. Il s'agit de l'opération d'une fistule tuberculeuse de l'anus. "J'avais excisé les portions décollées de la peau, dit-il, et j'achevais cette excision du côté de la muqueuse, lorsque mon jeune confrère, qui maintenait écartée la fesse opposée, fut, comme moi, stupéfait de constater qu'il ne s'écoulait plus de sang rouge, mais seulement du sang noir. Le sphincter était en même temps paralysé. D'un regard, rapide comme l'éclair, nous échan-

geons nos impressions anxieuses. Ensemble nous constatons que la malade ne respire plus et qu'elle est d'une pâleur mortelle." Heureusement que la respiration artificielle eut raison de l'asphyxie. Dans un cas d'amputation de jambe, le même symptôme révéla le danger au Dr Guermontprez ; malheureusement on ne put ranimer le malade, qui mourut malgré tous les soins donnés.

### Physiologie de l'estomac

Le Dr Frémont a réussi dernièrement chez le chien à isoler complètement l'estomac du tube digestif en réunissant l'œsophage au duodénum. L'estomac, fermé à ses deux extrémités, a pu être étudié à travers une incision faite dans la paroi abdominale. Les chiens continuent à avoir faim, à avoir soif, et les aliments trop gros pour franchir l'orifice qui unit l'œsophage au duodénum sont rejetés au dehors. La faim, la soif et le vomissement sont donc indépendants de l'estomac. L'organe isolé continue à vivre, sentir et sécréter. Il digère les aliments qu'on y introduit, secrète un suc gastrique normal qui devient rare, épais, gluant, riche en mucus sous l'influence de la fatigue, d'un refroidissement, d'une alimentation insuffisante et surtout de la fièvre ; il perd alors son acidité et son pouvoir digestif. Voilà qui peut aider à faire comprendre le rôle de l'estomac dans les maladies fébriles. Lorsque l'on tient ainsi expérimentalement l'estomac en communication avec l'air extérieur, le suc gastrique reste pur et ne renferme aucun germe.

### Le surmenage ne donne pas la fièvre typhoïde.

C'est la conclusion d'un intéressant travail du Dr Renard publié dans les *Annales d'Hygiène*. Le Dr Renard étant médecin dans l'armée française, est plus à même qu'aucun autre de juger la question. Les soldats, quelque surmenés qu'ils soient, n'ont jamais la fièvre typhoïde lorsqu'ils boivent de l'eau pure ; s'ils boivent de l'eau contenant les germes, ils prennent facilement la maladie, parce que leur résistance organique est diminuée. La fièvre typhoïde n'existe pas en Algérie, et cependant les soldats y sont très surmenés. Il n'y a que dans les hôpitaux des ports de mer que l'on en trouve des cas : ce sont de jeunes soldats arrivant de France.

---

## COURRIER DE L'HOPITAL

Notes du Dr A. Ethier, interne en chef

En mai dernier, 162 patients nouveaux ont été admis, comme patients internes, dans les différents services, et 85 de ceux reçus dans le mois précédent étaient encore sous traitement le 1er juin; ce qui fait un total de 247 soignés durant le mois de mai. Légère augmentation sur le mois précédent. De ce nombre 163 nous ont laissés guéris, améliorés ou non améliorés; 13 sont morts, dont 8 en dedans de 3 jours après leur admission dans les salles, et 5 au cours d'un traitement plus ou moins long.

Nos deux ambulances ont répondu à 43 appels pour accidents, et nous avons eu en outre quelques cas privés.

La Chirurgie et la Gynécologie nous ont fourni 80 opérations et l'Ophthalmologie en a donné 31.

1380 consultations et prescriptions ont été données et remplies dans les différents dispensaires.

Pour le mois de juin, qui vient de terminer l'année, que nous comptons du 1er juillet au 30 juin, nous avons reçu 125 patients nouveaux; ajoutés aux 68 restant le 1er juillet, cela donne 193 traités en juin. 138 ont laissé l'Hôpital; 10 sont morts, 4 en dedans de 3 jours, 1 transporté mort et 5 sous traitement. L'ambulance a fait 53 sorties. Il y a eu 72 opérations en Chirurgie et Gynécologie, et 25 en Ophthalmologie.

1411 patients se sont présentés aux dispensaires pour consultations.

Dans un des prochains numéros nous pourrons donner un résumé plus détaillé du rapport de l'année entière.

Notre salle d'opération pour la Chirurgie et la Gynécologie a revêtu une toilette toute neuve.

\*  
\* \*

Nous avons actuellement dans une des salles de Chirurgie un cas assez exceptionnel. C'est une jeune fille qui a la manie d'avaler des aiguilles. Voici en quelques mots l'histoire qu'elle nous a racontée. Vers l'âge de 13 ans elle a remarqué une de ses compagnes qui avalait des boutons et quelques jours après elle l'imitait. Ceci s'est répété 4 ou 5 fois. Ces objets passaient avec les matières fécales sans lui causer d'ennui. Quelques années plus tard, elle fit la rencontre d'une autre compagne qui avalait des aiguilles. Cette fois encore elle imita cette dernière. Quelque temps après elle se plaignait de douleurs dans les parois de l'abdomen. Un premier

médecin consulté fit un examen et constata par le palper, la présence de ces aiguilles dans les tissus. Ayant mis la patiente sous le chloroforme, il a pu lui en extraire 4 dans une première séance. Environ un mois après, elle se présentait ici et nous racontait une histoire invraisemblable. Ce n'est qu'à force de sollicitations qu'elle en est venue à tout nous avouer. Jusqu'à présent nous avons réussi à lui en enlever 16, 3 ou 4 d'entre elles étaient brisées en deux. La patiente nous dit que c'est une véritable rage ; lorsqu'elle voit une aiguille, il faut qu'elle l'avale. Même depuis qu'elle est ici, elle en a avalé 4 qu'elle a pu dérober à ses voisines. Le sujet n'a que 20 ans et jouit d'une bonne santé à part cela.

\*  
\* \*

Au commencement du mois dernier, M. Henri B...., 52 ans, entrant dans nos salles souffrait du côté des voies respiratoires. Impossible de nous donner une histoire de sa maladie. Se sentant malade depuis février dernier, il n'avait consulté aucun médecin jusqu'à ce jour. A peine était-il entré depuis quelques jours qu'il meurt presque subitement. A l'autopsie nous avons trouvé une tumeur dans la trachée qui s'était développée surtout à droite. Il y avait compression du pneumogastrique, ce qui expliquait les symptômes d'asthme qu'avait donnés le patient avant sa mort. Dans l'œsophage on remarque une ulcération cancéreuse, ovoïde, d'environ deux pouces de longueur et comprenant la moitié antérieure de la circonférence de l'œsophage ; s'étendant en haut vers le 6e anneau de la trachée et en bas à  $\frac{1}{2}$  pouce au dessus de la bifurcation. Dans la trachée la lésion se remarque du 5e au 16e anneau. A droite on trouve une masse ganglionnaire toute infiltrée, assez volumineuse. Ici et là on aperçoit de petites ulcérations de même nature. Nous reconnaissons qu'ici nous avons affaire à une véritable tumeur cancéreuse, variété épithéliôme.

\*  
\* \*

Il y a trois semaines le Dr Brennan opérait une jeune fille de 22 ans pour un fibrome utérin. Après avoir tenté l'hystérectomie vaginale seule, sans succès, il se décida de passer par la voie abdominale et l'opération se termina heureusement. La 3e journée les pinces à ligaments sont enlevées et aujourd'hui la patiente est prête à laisser l'hôpital sans qu'il soit survenu la moindre complication. C'est le 3e cas que notre chef de clinique opère par ce procédé et tous trois ont parfaitement bien réussi.

Quelques jours auparavant il avait fait une hystérectomie vaginale chez une femme de 41 ans pour un épithéliôme du col utérin. Succès parfait.

Montréal, 2 juillet 1895.

## BIBLIOGRAPHIE

Le **Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale** des Drs Bouchut et Després, publié chez l'éditeur Félix Alcan, est bien connu et apprécié du public médical. Cinq éditions successives, épuisées en peu d'années, ont montré que cet ouvrage répondait aux nécessités de la pratique médicale journalière.

Aujourd'hui paraît une *sixième édition*, révisée d'après les changements, les innovations et les découvertes thérapeutiques les plus récentes.

La matière médicale s'encombre et s'enrichit tous les jours de médicaments nouveaux, souvent livrés à la publicité d'une façon hâtive et prématurée, entre lesquels il y a un jugement à porter et un choix à faire. C'est ce que les auteurs ont fait avec soin et d'après leur expérience. Ils ont inséré, dans cette édition, toute la matière médicale et les observations thérapeutiques nouvelles, indiquant partout ce qu'il y a en elles de problématique ou ce qu'on y trouve d'utile, afin de faire connaître aux praticiens les substances dont ils peuvent faire usage avec profit et sans danger. De cette façon, ce *Dictionnaire* est mis au courant de la science thérapeutique actuelle, et tous les praticiens peuvent, comme par le passé, y chercher ce qu'il leur est nécessaire de savoir pour l'exercice de leur art. *Toute la chirurgie et ses progrès récents, toute la pratique des accouchements, de l'oculistique, de l'odontotechnie, de l'électrisation*, s'y trouvent indiquées; *la médecine enfin résumée en aphorismes*, à l'occasion de chaque maladie, est suivie d'un exposé des indications thérapeutiques, des médicaments anciens et nouveaux avec leurs doses et leurs formules d'emploi, ce qui met dans cet ouvrage tout l'ensemble des connaissances nécessaires au médecin et utiles au pharmacien.

Les illustrations choisies avec le plus grand soin sont toutes démonstratives; elles représentent des cas pathologiques curieux, les dispositifs des opérations obstétricales et chirurgicales usuelles, l'anatomie du corps humain, les microbes, les plantes médicinales; toutes contribuent à l'intelligence et à l'ornement du texte. — (1 beau volume in-4° de 1630 pages, avec 1001 gravures dans le texte; broché, 25 fr.; relié, 30 fr. Envoi franco par colis postal, contre mandat-poste. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

**Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin**, par le Dr J. Péan, Membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Tome III. — 1 fort vol. gr. in-8° avec 228 figures intercalées dans le texte, 15 fr.



Ce tome III du *Traité des Tumeurs de l'abdomen et du bassin* contient tout ce qui a trait aux tumeurs de l'utérus, des ligaments larges, des ligaments ronds, des ovaires, des trompes et du péritoine pelvien.

Un très grand nombre de figures, pour la plupart originales, ajoutent à la clarté du texte.

Un 4e volume, publié sous forme d'*Addendum* est sous presse. Il comprendra, outre les tumeurs de l'anüs et du rectum, la description de toutes les nouvelles méthodes opératoires, soit du côté de l'abdomen, rein, pancréas, péritoine, vésicule biliaire, intestin, soit du côté du bassin, vessie, prostate, uretères, utérus.

*Volumes parus précédemment :*

Tome I.—1 fort vol. gr. in 8° avec 141 figures intercalées dans le texte, 15 fr.

Tome II.—1 fort vol. gr. in 8° avec 261 figures intercalées dans le texte, 15 fr.—G. MASSON, éditeur.

FOUCHER —A few modifications in the operating process of adenoid tumors, by A. A. Foucher. — Reprinted from *Annals of Ophthalmology and Otology*.

Ne soyez pas surpris de voir un travail du Dr Foucher publié en anglais. Le savant professeur est fort connu de l'autre côté de la ligne, où Sajous a déjà reproduit quelques uns de ses travaux. Dans celui-ci, le Dr Foucher, mettant à profit l'expérience acquise à l'Hôpital Notre-Dame dans l'opération des tumeurs adénoïdes, si communes dans notre population, présente au public médical une curette de son invention qu'il a fait fabriquer à New-York. Ce petit opuscule sera d'un intérêt majeur pour les spécialistes.

NOBLE.—The diagnosis of pregnancy during the first three months, by Charles P. Noble, M.D.—Reprinted from the *Transactions of the Philadelphia County Medical Society*.

Remarks on the treatment of inevitable abortion, by Charles P. Noble, M.D., surgeon in chief of the Kensington Hospital for women, Philadelphia.—Reprinted from *Codex Medicus Philadelphia*.

Gæliotomy for Puerperal Septicæmia and Peritonitis, by Charles P. Noble, M.D.—Reprint from the *American Gynaecological and Obstetrical Journal*.

Tous ceux qui s'occupent d'Obstétrique et de Gynécologie liront avec intérêt ces trois articles du savant spécialiste de New-York. Il décrit dans le premier un signe peu connu de la grossesse datant de six ou huit semaines. L'utérus a la forme d'une poire aplatie en arrière. Quand l'œuf commence à se développer, le corps de l'utérus s'arrondit, mais le col reste le même. En cherchant bien, on trouve alors par le toucher vaginal une sphère posée sur un cylindre. Cette constatation aide énormément au diagnostic. Les deux autres sont d'un intérêt moins général, mais on les lira avec profit.

**Le phénol sulfuriciné dans la Tuberculose laryngée**, par le Dr Albert Ruault, médecin à la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris. Brochure in-8°, 2 fr. 50.

L'auteur, qui avait signalé, dès 1889, l'efficacité des applications locales de ce médicament dans la phthisie laryngée, en fait aujourd'hui l'étude complète et détaillée, aux points de vue pharmacologique, technique et thérapeutique. Les résultats de la médication sur 400 malades traités ainsi, depuis près de six ans, de tuberculose du larynx, du pharynx et des premières voies, établissent nettement que le phénol sulfuriciné est très supérieur à l'acide lactique et à tous les autres topiques employée en pareil cas.—G. MASSON, éditeur.

RECLUS (Dr Paul), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié, Secrétaire général de la Société de Chirurgie. — **La Cocaïne en Chirurgie**. Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*.) Broché, 2 fr. 50 c. Cartonné, 3 fr.

L'auteur n'a pas fait un livre d'érudition. Il a simplement voulu exposer, nous dit-il dans sa Préface, les règles qui président aux injections analgésiantes de cocaïne. Encore n'a-t-il parlé que de sa propre pratique et c'est le résultat de ses huit années d'expériences qui fait l'unique fond de ce petit volume. Il a pratiqué avec la cocaïne, sur des individus de tout âge et de toute constitution, plus de 3500 opérations dont il nous expose minutieusement la technique. On voit qu'il eût été difficile de trouver quelqu'un de plus compétent pour traiter un pareil sujet.

LAMY (Dr Henri), Ancien interne des Hôpitaux de Paris. — **Syphilis des centres nerveux**. Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*.) Broché, 2 fr. 50 c. Cartonné, 3 fr.

Il n'a pas été publié en France, depuis plus de dix ans, de travail d'ensemble sur la syphilis des centres nerveux. Ce sujet s'est considérablement enrichi dans ces dernières années, et l'auteur a mis à profit les travaux récents. Il s'est attaché à mettre au point les données de l'anatomie pathologique, et à montrer les particularités cliniques en rapport avec l'évolution et les localisations des productions syphilitiques dans les centres nerveux.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES A L'HOPITAL BICHAT (1894), par Félix Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat. Bureaux du *Progrès Médical*.

STATISTIQUE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES AU MANS (1894), par le Dr Henry Delagénère (du Mans).—*Archives provinciales de Chirurgie*.

DR DELAGÉNIÈRE (du Mans).—DE LA CASTRATION ABDOMINALE TOTALE DANS LES AFFECTIONS SEPTIQUES DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES.—*Extrait du 5e congrès français de Chirurgie (1894)*.—Félix Alcan, éditeur.

DR HENRY DELAGÉNIÈRE (Le Mans).—INDICATIONS ET TECHNIQUE DE LA CASTRATION ABDOMINALE TOTALE POUR LÉSIONS SEPTIQUES DE L'UTÉRUS ET DES ANNEXES.—*Archives provinciales de Chirurgie*.

DR MARCEL BEAUDOIN, rédacteur en chef des Archives de Chirurgie.—NOUVEAU PROJET D'ORGANISATION POUR LA VILLE DE PARIS DU SERVICE DES PROMPTS SECOURS EN CAS D'ACCIDENTS.—*Institut Intern. de Bibliog. Méd.*

## CHRONIQUE

A L'HOTEL DIEU.—M. Théophile Bruneau, M.B., désirant consacrer tout son travail à la préparation de ses examens, a laissé pour quelque temps l'Hôtel Dieu. M. Georges Bourgeois, M.B., de Trois Rivières, le remplace.

LES CONCOURS A L'UNIVERSITÉ LAVAL. — Comme on sait, un second concours est annoncé pour le mois de septembre prochain, il aura lieu sur la médecine légale. On dit qu'il y a déjà douze applications pour le concours de thérapeutique.

MORT DU DR MARTIN, DE BRUXELLES.—M. le Dr Martin, de Bruxelles, président d'honneur de la Fédération Médicale Belge, est mort le 27 avril dernier. Le Dr Martin était un des médecins les plus connus de Belgique et l'un des collaborateurs de notre distingué confrère, le *Scalpel*.

L'ANESTHÉSIE EN MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — On n'entend pas parler souvent de l'emploi du chloroforme en médecine vétérinaire. Il se fait actuellement un mouvement en faveur de l'anesthésie chez les animaux, en Angleterre. On se base sur le principe qu'il n'est pas plus permis de faire souffrir un cheval qu'un homme. M. Hoare, V. S., l'inventeur d'un appareil à chloroformisation pour les animaux, s'emploie beaucoup à cette propagande.

UN COURS SUR LES EXAMENS D'ASSURANCE.—Durant l'hiver dernier, on a donné à la Polyclinique de New-York quelques leçons sur la médecine au point de vue de l'examen pour les compagnies d'assurances. Ces leçons ont été accueillies si favora-

blement par la profession médicale, que la direction de l'école a cru avantageux d'établir un cours annuel sur cette branche importante de la médecine du jour. Ce cours durera six semaines et sera donné deux fois par année, le printemps et l'automne.

L'ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.—L'assemblée de cette Association a eu lieu à Baltimore, tel qu'annoncée dans notre dernier numéro, du 7 au 10 mai. Le Dr Donald Maclean, de Détroit, a ouvert la séance, ayant devant lui une immense corbeille de roses envoyée par Parke, Davis & Co. Le discours sur la chirurgie a été fait par le Dr Wheaton, du Minnesota. Il y eut passablement de bisbille à propos des élections, mais en somme l'assemblée a été un succès. Le Dr Cole, de San Francisco, est le nouveau président élu.

FLEURS ODORANTES ET VOIX DE ROSSIGNOL.—Il paraît que les deux ne s'accordent pas bien. Si vous avez une belle voix, déliez-vous des fleurs. C'est l'avis que donnent des spécialistes comme Fauvel et Gouguenheim, de Paris, et des artistes comme Faure, madame Krause et Christine Nilsson. Il paraît que les particules odorantes irritent la membrane muqueuse, ce qui amène un trouble vaso-moteur réflexe du larynx et des cordes vocales. Il pourrait même survenir du spasme de la glotte et des bronches. Avis aux artistes.

HOPITAL NOTRE DAME.—M. le Dr Mercier a inauguré à l'hôpital Notre-Dame le service d'été dans la section de chirurgie. La salle d'opération, remise à neuf, a pris un aspect tout nouveau. Tout a été calculé pour en faire une salle antiseptique de premier ordre. Dorénavant, les pansements se feront dans une salle à part, et il y aura une chambre pour la chloroformisation. Les nouveaux internes sont remplis d'ardeur, et l'on peut s'attendre, cet été, grâce aux ambulances, à une vie active et bien employée. Espérons que la grande kermesse que l'on organise pour le 14 octobre prochain aidera à payer les dépenses nombreuses occasionnées par les nouveaux changements.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.—Le 9e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 21 octobre 1895, sous la présidence de M. le Dr Eugène Bœckel.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 hrs.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée) M. Reclus, rapporteur.

II. De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés) M. Heydenreich, rapporteur.

UNE FAMILLE DE GÉANTS.—Il est arrivé l'autre jour à New-York une famille fort intéressante à un certain point de vue. Elle se compose du père, de la mère, de sept garçons et d'une fille. Le père est d'une bonne taille sans être trop grand, la mère est plutôt petite. La taille de la fille n'a rien d'extraordinaire non plus. Mais des sept garçons, le plus petit et le dernier, qui n'est pas encore majeur, mesure six pieds et sept pouces. Toute la famille bout à bout mesurerait cinquante-quatre pieds. Et ils sont bien décidés à perpétuer la race, car il s'en vont chez les mormons.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE.—Le Troisième Congrès international de Dermatologie aura lieu à Londres, l'année prochaine, au commencement d'août, sous la présidence du Dr Jonathan Hutchinson. Les Drs F. Shepherd, de Montréal, et Graham, de Toronto, sont vice-présidents pour le Canada. Tous les plus grands spécialistes d'Europe y prendront part. Citons en autres : Besnier, Hallopeau et Leloir, de France ; Kobner, Unna et Neisser, d'Allemagne ; Neumann, Kaposi et Hébra, d'Autriche ; Duhring, White et Fox, des Etats Unis. Les délibérations de ce Congrès seront très intéressantes à suivre pour ceux qui s'intéressent spécialement aux maladies de la peau, car non seulement on y lira des travaux, mais encore on y donnera des cliniques sur les patients mêmes.

LES REMÈDES EXPLOSIFS.—Il est arrivé l'autre jour à St Louis un accident qui mérite d'être noté. Un individu souffrant d'un mal de gorge avait acheté dans une pharmacie une once de chlorate de potasse en pastilles. Il mit les pastilles enveloppées d'un morceau de papier dans la poche de son pantalon, où se trouvait déjà une boîte d'allumettes chimiques. Or, pendant qu'il allait et venait dans sa chambre, une explosion se produisit, et son pantalon prit feu. Un des lozanges s'était probablement échappé du papier et avait déterminé cette explosion en frottant sur la composition chimique qui garnissait le côté de la boîte. On trouva dans la chambre plusieurs morceaux de lozanges. La brûlure à la cuisse fut assez sévère pour exiger la venue d'un médecin et mit plus d'une semaine à se cicatriser.

PASTEUR ET LE ROI DE PRUSSE.—Guillaume II, désirant décorer Pasteur en récompense des services énormes qu'il a rendus à l'humanité, le fit approcher par un ami afin de savoir s'il accepterait une décoration allemande. Pasteur laissa entendre avec non moins de tact qu'ayant renvoyé en 1870 celles qu'il avait alors, il ne voyait pas la nécessité d'en accepter une nouvelle. Tout cela s'était passé privément, et le grand français y avait mis la modestie habituelle qui le caractérise et le savoir faire d'un homme du monde. Voilà maintenant que certains journaux (nous parlons de la France) en profitent pour battre le tam-tam autour du savant vieillard et se

servent de sa gloire comme d'une réclame. C'est bien malheureux. Autant nous admirons ceux qui sont patriotes d'une manière toute sincère et unie, autant nous détestons ceux qui jouent de la grosse-caisse lorsque leurs voisins sont patriotes.

**NOUVEAUX INSTRUMENTS.**—Nous disons un mot, dans le Bulletin de ce mois, du mensurateur pubien du Dr Audebert. Pour ceux qui s'intéressent à la symphyséotomie, nous ajouterons que Farabeuf a fait construire par Collin, à Paris, un *tranche-pubis* à deux mains, un *disjoncteur des pubis*, ainsi qu'un *mensurateur-levier-préhenseur*, destiné à saisir la tête du fœtus et à la mesurer en même temps. Signalons aussi le nouveau drain antiseptique abdominal de Hyde (Brooklyn). L'intérieur de ce drain est double, ce qui permet d'y glisser une mèche de gaze antiseptique qui parcourt toute la longueur et revient sortir par le même bout. Quand on veut renouveler le pansement, on attire la partie salie au dehors, on la coupe, et le drain se trouve déjà garni par la partie suivante de la mèche qui s'est déroulée. Ce nouveau drain rend les pansements très faciles.

**ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE.**—La deuxième réunion statutaire pour l'année 1895 a eu lieu le 10 mai 1895 au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Cornil ; 23 membres assistaient au dîner.

Le secrétaire général a remis aux assistants un exemplaire du *Livre d'Or de la Souscription Lafitte*, (1) souscription dont le montant a dépassé le chiffre imposant de 19,500 francs. Un exemplaire de cette brochure va être expédié à tous les Syndicats et à toutes les Associations médicales, de même qu'à tous ceux qui ont directement souscrit aux bureaux de l'Association de la Presse médicale.

Sur la proposition de M. Beaudoïn, il a été décidé que la prochaine assemblée de l'Association aurait lieu, au début du mois d'août prochain, à Bordeaux, pendant la période des Congrès organisés dans cette ville à l'occasion de l'Exposition.

#### RECETTE POUR RENDRE LES ÉPONGES ASEPTIQUES.

—Les médecins qui font un peu de chirurgie aiment à garder quelques éponges chez eux, dans un bocal, afin de les avoir toutes prêtes sous la main à l'occasion. Voici un moyen de les rendre aseptiques. On les nettoie d'abord en enlevant les petites pierres ou le sable qui pourraient s'y trouver. On les place ensuite pendant quatre heures dans une solution d'acide hydrochlorique à 1 pour 100. On les lave, puis on les laisse tremper dans une solution froide de permanganate de potasse, après quoi on leur donne un second bain dans une solution d'acide sulfureux. Il faut faire attention, après ce dernier bain

(1) Le Dr Lafitte a été condamné injustement, paraît-il, par un cour de province pour pratique illégale.

de bien laver de nouveau les éponges afin de ne pas laisser de traces d'acide. On les conserve alors dans une solution d'acide carbolique à 5 pour 100, ou de bichlorure à 1 pour 100, ou encore de thymol à 1 pour 300. Une fois que les éponges ont servi, avant de leur faire subir le traitement prescrit plus haut, les laver avec du savon vert et les rincer à l'eau chaude. Il est bon ici de faire remarquer que beaucoup de chirurgiens ont abandonné l'emploi des éponges, trouvant plus sûr de se servir de coton hydrophile préparé.

M. GEORGES JANIN A L'ALLIANCE MÉDICALE. — M. Georges Janin, ingénieur sanitaire, a donné le 14 juin, dans les jolies salles de l'Alliance Médicale, une conférence fort intéressante sur "l'Assainissement des Villes par les champs d'épuration." Ce monsieur condamne fortement, et avec raison croyons-nous, notre système d'égoûts qui se déversent dans le port, rendant ainsi l'eau du fleuve impotable. Il propose comme remède le système des champs d'épuration, qui a si bien réussi à Paris. On amène tous les égoûts dans un vaste champs; et l'on y fait de la culture maraîchère.

Diverses objections présentées par quelques-uns des membres présents ont été heureusement réfutées par le conférencier, et sur la proposition du Dr A. L. de Martigny, une motion de félicitations et d'approbation du système préconisé par le conférencier a été votée à l'unanimité. La séance a été présidée par M. le Dr Beausoleil, puis par M. le Dr Roy, chirurgien major du 65e Bataillon. On remarquait la présence des Drs Daoust, secrétaire; Drs Gauthier, L. E. Larin, J. Jetté, Lacombe, De'isle, Lefils, Lyons Gauthier, E. Dagenais, Benoît, de l'*Union Médicale*, Dr Fortier, du *Journal d'Hygiène*, Dr de Martigny, F. X. de Martigny, rédacteur de la *Clinique*, MM. Doré, ingénieur-sanitaire de la cité, Décary et Brault, pharmaciens, etc., etc.

LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE. — Le Bureau a tenu son assemblée bi-annuelle le 3 de ce mois. Nous donnons plus loin la liste des candidats heureux. Nous reproduisons cette liste, que le Secrétaire nous dit être officielle, de la *Patrie* du 5 juillet. Il paraît que le Bureau a refusé la licence à des médecins des provinces voisines, parce que ces dernières ne reconnaissent pas celle de Québec. Ceci nous semble juste. Dans les provinces maritimes, on travaille beaucoup en ce moment à amener l'enregistrement interprovincial. Et il paraît que l'on est bien près de s'entendre. Pourquoi la chose ne s'étendrait-elle pas à toute la Puissance?

Voici la liste mentionnée plus haut :

Licenciés à la pratique de la médecine :

S. H. A. Côté, U. Jacques, E. Brunelle, E. B. Desmarteau, H. Valois, U. L. Lewis, A. Desgroseilles, A. Lortie, F. Pelletier, O. Poliquin, J. P. Martin, J. F. X. Bossé, L. Z. Renaud, H. Béland,

J. L. Hargrave, R. S. David, J. C. Poissant, J. J. Ross, Ben. Bonnier, Chs H. Godin, Thos Bannerman, Robt Wilson, D. S. L. D'Argy, Ed. A. Grafton, V. H. Jamieson, J. L. Day, J. B. W. Yvon, Joseph Labrèche, E. Labrecque, L. Désilets, F. M. Try, J. B. Archambault, H. Kinghorn, J. E. C. Tomkins, M. D. Gunn, J. B. Lamarche, W. Aylen, W. J. McNalley, C. A. Provost, W. J. A. Derome, O. Jacques, L. A. Gagnier,

Bacheliers admis à l'étude de la médecine :

F. W. Harvey, J. W. Beckett, John West, H. Guérin, N. Fournier, J. E. H. Garand, Ed. Derche, D. Caron, J. W. Lenoir, S. E. Garceau, O. Rochon, E. Colin, C. B. L. Fafard, J. P. Décarie, J. Dérôme, P. Houle, F. W. Fournery, H. Dupré, T. Fontaine, F. Leclerc, Z. Aumond, H. Choquette, N. Marion.

Elèves admis à l'étude de la médecine, après examens :

W. O. Wilkins, J. T. P. Bonnier, U. Geoffrion, Sanson, Jos. G. Dupont, J. A. Jacotel, Davidson Campbell, A. Mackenzie Forbes, Albert Charpentier.

Ont été admis sur partie de l'examen, (pour les lettres) :

D. Lachaine, W. P. Hall, A. Berthiaume, H. F. Lyster, V. Rheaume, P. Chauveau.

Pour les sciences : A. E. Gauthier.

---

## VARIÉTÉS

---

### Le professeur Verneuil

Le professeur Verneuil est mort, dans la nuit du 11 au 12 juin, à sa villa de Maisons-Laffite. Il était âgé de 72 ans, et avait pris de lui-même sa retraite en 1892. "Né en 1823, disent les *Annales de Médecine*, il était externe à 20 ans, interne à 21 ; puis lauréat des hôpitaux, prosecteur, médaillé après une épidémie ; enfin, docteur en médecine et agrégé ; le tout avant d'avoir franchi la trentième année. En 1856, il était chirurgien des hôpitaux ; en 1862, chef de service à Lourcine, puis au Midi, puis à Lariboisière, puis à la Pitié, où il devait, de 1879 à 1889, exercer glorieusement ses fonctions de professeur de clinique chirurgicale. Il enseignait du reste depuis 1868 et avait succédé au professeur Richet. L'Académie de Médecine l'avait choisi pour le siège laissé par Vulpian ; en 1887, il remplaçait Gosselin à l'Académie des Sciences. Deux ans après, il était commandeur de la Légion d'Honneur. Ajoutez qu'à trente ans il publiait trente six ouvrage : histoire de la chirurgie, études ou discours sur des questions générales. Les cinq volumes de ses *Mémoires de Chirurgie* sont son œuvre capitale."



Verneuil a occupé toutes les hautes positions qu'un chirurgien peut ambitionner à Paris : chirurgien des hôpitaux, professeur à la Faculté, membre de l'Académie, président de la Société de Chirurgie et décoré. C'est surtout à la Société de Chirurgie que le savant et éloquent chirurgien savait se faire apprécier de ses amis. " On s'y souvient encore, dit l'un d'eux, Jules Rochard, de ses communications sur l'extirpation des polypes naso-pharyngiens et les résections temporaires, sur les plaies d'artères, la forcipressure, la compression préventive et les ligatures préliminaires, sur les arthropathies, l'ostéopériostite des adolescents, sur la chirurgie réparatrice, les pansements antiseptiques, etc., etc."

A l'Académie de Médecine, Verneuil étudiait surtout les grandes questions d'étiologie générale et de diathèses. Ses communications et ses discours ont pour titre : *le parasitisme microbique latent, la phosphaturie, la gravité des opérations chez les alcooliques, les diabétiques, les paludo diabétiques et les cardiaques, l'ictère traumatique, les épistaxis liées aux maladies du foie, l'origine équine du tétanos, la tuberculose, etc., etc.*

Verneuil était éloquent. Il exprimait des idées originales, ingénieuses en un style très littéraire. Il opérait d'une façon sûre, brillante et toujours correcte. C'est dire qu'il était adoré de ses élèves. Il savait aussi se faire aimer de ses patients, car il était avec eux toujours souriant, toujours bon, s'intéressant *réellement* à leur sort ; il n'aurait pas voulu pour rien au monde sacrifier leur bien-être et leur avenir à l'ambition d'opérer quand même. C'était un homme de grand jugement et de grand cœur. Il y a trois ans, se sentant déjà malade, il trouva que l'occasion était bonne de laisser la place à de plus actifs ; mais il n'en continua pas moins, sa retraite prise, de s'intéresser à l'humanité souffrante par l'entremise de cette *Ligue contre la tuberculose* dont il était le président et pour laquelle il a tant travaillé. La mort est venu chercher cet homme de bien au milieu de sa famille et de ses roses, et l'on peut dire que la France a perdu un de ses grands hommes, l'humanité souffrante un de ceux qui l'ont le plus aimée.

---

## DECES

---

En cette ville, le 28 juin dernier, Annette, enfant de J. B. Deslauriers, M.D.

---