

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

TRAVAUX ORIGINAUX

EXTINCTION DE VOIX GUÉRIE À LA SUITE D'UNE HYSTÉROPEXIE

Par le Dr A. CHARBONNEAU, d'Ogdensburg, N. Y.

Le 5 mai dernier, Madame G. L. se présentait à mon bureau dans un état de santé très précaire. Elle avait dû marcher environ deux arpents du débarcadere des chars urbains à mon bureau et cette courte marche l'avait épuisée. La figure était émaciée, la respiration accélérée et puérile, le pouls rapide; elle dut se reposer avant de pouvoir parler. Sa voix était très faible et presque entièrement éteinte; il fallait être très près d'elle pour la comprendre. Elle m'apprit donc qu'elle souffrait depuis quatre ans de cette extinction de voix. Elle avait été traitée par un spécialiste de renom qui lui laissa à entendre qu'elle était prise de tuberculose pulmonaire et laryngée. J'examinai donc les poumons, mais ne put découvrir aucun symptôme de tuberculose. Je n'examinai pas la gorge pensant qu'elle était atteinte de laryngite chronique qui ne pouvait être la cause unique de l'état général fortement altéré dans lequel elle se trouvait. Je poussai donc plus loin mes investigations, et bientôt les douleurs sacrées, les besoins fréquents d'uriner, les douleurs après la miction, la constipation, les gonflements douloureux, le manque d'appétit, la dépression physique, la menstruation irrégulière et la dysménorrhée m'apprirent que l'utérus était en faute. En effet à l'examen bimanuel je découvris une rétroflexion de l'utérus. J'appris alors qu'elle souffrait depuis seize ans et qu'elle avait été traitée pour déplacement de la matrice par l'usage des pessaires; mais sans succès. Son état était toujours allé s'aggravant de plus en plus. Jugeant alors qu'elle ne pourrait être soulagée de nouveau par l'usage des pessaires, je lui proposai donc de l'opérer lui faisant comprendre que c'était l'unique moyen pour elle de recouvrer la santé. Elle le comprit et consentit avec empressement. Je l'y préparai donc, et le 29 du même mois je pratiquai l'hystéropexie abdominale. Elle fit une convalescence non interrompue; mais à ma grande surprise le second jour après l'opération elle pouvait parler plus facilement et plus distinctement. Sa voix continua à s'améliorer et aujourd'hui elle est contente d'avoir recouvré complètement l'usage de la voix en même temps que la santé.

Lorsque je l'opérai, j'espérais bien faire disparaître tous les symptômes nerveux réflexes qui dans ces cas de déplacements utérins, produisent souvent

l'image typique de l'hystérie ; mais je n'aurais jamais espéré faire aussi disparaître l'extinction de la voix. Je me reproche maintenant de n'avoir pas alors examiné sa gorge au laryngoscope ; car j'aurais pu découvrir alors par le manque de symptômes objectifs que cette extinction de voix n'était causée que par un état nerveux réflexe ; mais j'avais été induit en erreur par l'opinion d'un confrère spécialiste. Je comprends bien maintenant combien Van Buren dans ses "Lectures on the principles of Surgery," a eu raison d'écrire : "The student who entertains the ultimate purpose of becoming a specialist must grasp the whole curriculum fairly and honestly, or he will become inevitably a fractional member of the profession, and can never practice a specialty on a legitimate basis."

Puissent ces quelques notes être utiles à mes confrères aussi jeunes et plus jeunes que moi dans la pratique difficile de la médecine et de la chirurgie.

TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE PUERPERALE

Par E. A. RENÉ DE COTRET, M. D., professeur adjoint à
l'Université Laval.

" Les exemples persuadent mieux que
les simples raisonnements.

MAURICEAU.—Tome II, Preface.

(Suite)

OBSERVATION XXVIII.—Virginie, fille de 19 ans, primipare, enceinte de huit mois et demi, entre à l'Hospice le 1er février 1892. Elle est d'une bonne taille, et d'un embonpoint assez marqué auquel vient s'ajouter de l'œdème généralisé. Sa figure bouffie est forte en couleur et comme marbrée de taches bleuâtres. Ses mains et ses bras sont souvent le siège d'engourdissements et de fourmillements ; la marche est très difficile vu l'œdème des parties génitales. L'analyse des urines ne donne cependant que trois grammes d'albumine au litre. L'appétit est bien conservé. Il y a constipation.

Le lendemain de son entrée, Virginie est prise d'une forte et longue attaque d'éclampsie, pendant laquelle elle est effrayante à voir tant sa figure est congestionnée. Nous pratiquons, mais difficilement, vu l'embonpoint de la patiente, une saignée de trente cinq onces. Quatre heures plus tard, nous défaisons le bandage qui oblitère la veine, pour laisser de nouveau couler le sang jusqu'à vingt onces, car les accès s'étaient répétés jusqu'à neuf fois, toujours suivis d'un état comateux. Nous administrons le chloroforme pendant les accès, et donnons le chloral (grains xv) et le bromure (grains 30) en lavement toutes les heures. Après la seconde saignée, la malade se calme et le coma se dissipe peu à peu ;

pendant. Virginie reste dans un état de stupeur voisin du coma, pendant quelques heures. Elle accoucha le lendemain d'un enfant mort.

Cette observation nous rappelle un cas que Monsieur le Docteur Marsil nous cite dans une lettre personnelle. Il avait affaire à une femme éclampsique pesant au-delà de trois cents livres. Il fut obligé de lui disséquer le pli du coude pour la saigner. Soit dit en passant que l'honorable docteur Marsil est en faveur des saignées faites *largà manu*.

OBSERVATION XXIX.—Le 16 février 1894, nous sommes appelé en consultation, par un confrère, auprès d'une dame B., enceinte de cinq mois. Cette jeune femme de vingt-trois ans a une assez bonne apparence. Elle n'est pas maigre. Les pieds sont un peu œdématisés. Elle a souffert de céphalalgie depuis quelques jours.

Quand nous arrivons, elle est dans son deuxième accès d'éclampsie. Le pouls, pendant la convulsion, bat 120 pulsations à la minute; il est petit.

Notre confrère et nous nous décidons de pratiquer une saignée. Nous élevons vingt-cinq onces de sang. Le jet est fort et le sang noir. Sous l'effet de la saignée le pouls devient moins rapide et on le sent mieux; les muscles se détendent, la congestion à la figure disparaît, et notre malade n'a plus d'accès. Elle recouvre peu à peu connaissance et, quelques jours plus tard, elle est debout et vaque à ses occupations. Elle accouche quinze jours après son attaque d'éclampsie. L'enfant est mort et macéré. Madame B. mourut trois ou quatre jours après son accouchement d'une métrite-péritonite. Remarquons que la malade avait quitté la ville peu de temps avant d'accoucher. Elle était retournée dans sa paroisse se mettre sous les soins de son ancien médecin qui malheureusement avait plusieurs cas de fièvre puerpérale dans sa pratique. L'antisepsie a-t-elle été assez rigoureusement faite, ou faut-il accuser l'éclampsie et son traitement? Nous croyons que, trop souvent, le médecin qui connaît parfaitement les règles de la propreté chirurgicale ou obstétricale, ne les explique pas assez aux personnes chargées du soin des malades. Ces personnes donnent les injections vaginales sans même se laver les mains; et bien souvent, la seringue qui sert aux injections, est exposée à toutes les poussières dans un endroit malpropre. C'est ainsi que l'instrument qui devait procurer le bien-être et la santé donne la mort.

OBSERVATION XXX.—Zéphérina, 20 ans, primipare, est traitée depuis deux mois pour la syphilis. Elle est à la deuxième période de cette maladie.

Elle n'a pas d'œdème aux jambes ni aux pieds. L'analyse des urines ne révèle pas d'albumine. Le travail de l'accouchement commence vers 6 heures, le matin du 27 février 1894. La dilatation est lente et extrêmement douloureuse. Le 28, vers deux heures du matin, la malade a un léger accès d'éclampsie qui se renouvelle quelques instants plus tard. Nous anesthésions complètement la parturiente et nous achevons, avec les doigts, la dilatation au trois quarts terminée, et avec le forceps nous extrayons un enfant vivant à terme. L'accouchement terminé, la malade se réveille.

Quelques instants après, les convulsions reparaissent plus fortes et plus longues. Nous pratiquons une saignée de vingt onces et tout rentre dans l'ordre. Les suites de couches sont physiologiques, et la malade se rétablit rapidement.

OBSERVATION XXXI.—Vendredi, le 2 mars 1894, nous voyons Sèvre, fille, 29 ans, primipare. Elle a un œdème généralisé et considérable. L'urine contient douze grammes d'albumine au litre. Elle ressent les premières douleurs de l'enfantement. Samedi, à cinq heures du matin, les douleurs sont très fortes; le col se dilate lentement. Le travail marche avec la même lenteur jusqu'au mardi, le 6 mars. A 10 heures a. m. ce jour, nous anesthésions la parturiente et appliquons le forceps. L'extraction est excessivement difficile et dure une heure au moins.

Quelques instants après son réveil de l'anesthésie, la malade est prise d'une violente attaque d'éclampsie. Malgré la durée excessive du travail et l'épuisement un peu marqué, nous faisons une saignée de dix onces. Pendant la saignée la malade revient à elle et les accès ne se renouvellent plus. Comme notre patiente avait un peu d'étroitesse du bassin, le forceps a déchiré le vagin depuis le col jusqu'au périnée. Après examen de cette déchirure, nous préférons faire de l'antisepsie, nous étant impossible de faire convenablement des points de suture vu la mortification des parties. Nous soumettons la malade au régime lacté absolu.

La température se maintient à 100° F. pendant les sept premiers jours, le pouls de 100 à 108. Le huitième jour la température revient à la normale et le pouls à 80. La patiente continue à prendre du mieux et sort de la Maternité un mois après complètement rétablie.

OBSERVATION XXXII.—Théodore, fille, 21 ans, primipare, est d'une constitution moyenne. Elle accouche le 2 avril 1895, après sept heures de travail, avec une première position. Avant la délivrance arrive une attaque d'éclampsie. Nous administrons le chloroforme pour calmer l'accès. La délivrance se fait, suivie d'un peu d'hémorrhagie. Deux heures après la délivrance, il y a une nouvelle convulsion d'une violence extrême. Quoique la malade ait perdu, à la délivrance, plus de sang qu'elle n'aurait dû, nous la saignons, et enlevons encore vingt huit onces de sang. Les convulsions ne se répètent plus. La malade soumise à un régime tonique, répare vite ses pertes.

OBSERVATION XXXIII.—2 Janvier 1896.—Théophile, fille, 17 ans, est primipare; taille 5 pieds et 4 pouces; le teint est pâle. Elle est en travail depuis douze heures. Le sommet en O. I. G. A. est arrivé à la vulve. Les contractions sont assez fortes, mais le périnée résistant s'oppose à l'expulsion depuis une heure. Le pouls est à 100 et mou.

A cinq heures moins vingt minutes p. m., il y a un premier accès d'éclampsie assez léger. A cinq heures, nouvel accès. Le pouls est à 120, très faible. Nous chloroformisons la parturiente, appliquons le forceps et extrayons un enfant dont le cœur bat très faiblement, et qui meurt bientôt.

Le cathéter introduit dans la vessie ne ramène qu'une once et demie d'urine contenant trois grammes d'albumine au litre.

Nous faisons boire à la malade dix onces de lait.

A 6 heures p. m. 3ième accès ; à 6.20 4ième accès. Ces deux derniers sont forts et longs. Le pouls est à 120, petit faible.

Nous pratiquons la saignée en ouvrant largement la médiane céphalique, d'où s'échappe facilement un sang noir (trente onces). Les convulsions cessent. Nous introduisons le cathéter dans la vessie et en tirons six onces d'urine. La malade boit encore dix onces de lait ; quinze minutes après, même quantité de lait.

Après la saignée le pouls est difficile à compter, irrégulier, petit, très faible, marquant entre 170 à 180 pulsations à la minute. Quinze minutes plus tard, on compte plus facilement 160 pulsations ; le pouls s'est un peu relevé.

Nous ordonnons dix onces de lait toutes les 2 heures. La malade est tranquille jusqu'à une heure et demie le lendemain matin, heure où elle a un léger accès qui se renouvelle aussi léger à deux heures vingt. On ne fait aucune médication contre ces derniers accès.

A dix heures le 3 janvier on administre une bonne dose de sel et séné ; à 4 heures p. m., comme il n'y a pas eu encore de selles on répète le sel et le séné qui produisent un bon effet.

Le 5 janvier, urine $\frac{1}{2}$ de gramme d'albumine au litre.

“ 11 “ “ 1 gramme “ “

“ 16 “ “ 0 “ “ “

La patiente, aussitôt après l'accouchement, est soumise au régime lacté absolu. Vers la dixième journée, elle est en pleine convalescence et commence à se lever et à aller ça et là dans les salles. Nous ajoutons la teinture de fer au régime lacté. Un mois plus tard, Théophile, complètement rétablie, et même beaucoup mieux que lors de son entrée, laissait l'Hospice.

OBSERVATION XXXIV.—Donatille, fille, 16 ans, primipare, accoucha le 3 juillet à 10 $\frac{1}{2}$ heures p. m. Le travail a duré huit heures ; l'enfant était en O. I. D. P.

A trois heures le lendemain matin Donatille est prise d'éclampsie. De trois à neuf heures elle a six accès qui vont en augmentant d'énergie malgré le chloral et le bromure de potassium, donnés en lavement. Le chloroforme est administré au moment des accès. A neuf heures nous pratiquâmes une saignée de vingt-quatre onces. Nouvelles convulsions à 10 heures, 3 heures et 3 $\frac{1}{2}$ heures ; nouvelle saignée de vingt-quatre onces à 3 $\frac{1}{2}$ heures. La malade a une dernière convulsion à 4 heures. Mais celle-ci est beaucoup moins forte.

La malade se remet peu à peu. Quand elle laisse l'Hospice, un mois après, elle est en assez bonne santé.

Comme on ne veut plus de la saignée aujourd'hui, on cherche à la remplacer par des agents qui auraient à peu près les mêmes effets. Dans cet ordre d'idée deux médicaments ont paru pendant quelque temps se partager les faveurs des

médecins américains : nous voulons parler du *Veratrum Viride* et de la *Pilocarpine*. L'un d'eux présentant comme action principale une abondante diaphorèse; l'autre jouissant des propriétés de la saignée, sans en offrir, dit on les inconvénients. Le *Veratrum* serait plus sûr, plus prompt dans son action et pour ainsi dire plus malléable dans son emploi, tandis que son antagoniste, la *Pilocarpine*, est plus dangereux, et présente plus de contre-indications. Dans cette lutte, le *Veratrum* s'est enfin gagné plus de partisans, et il semble jeter une ombre d'oubli sur la *Pilocarpine* qui n'est plus que rarement employée.

L'action du *Veratrum Viride* se porte surtout sur le cœur dont elle relentit notablement le nombre des pulsations, le pouls descendant jusqu'à 50, 40 et même 26 pulsations à la minute.

“ La valeur du *Veratrum*, dit Chs Jewett, (1) dans l'éclampsie paraît dépendre de son effet sur le système vaso-moteur. Selon Percy, cité par Peugnet (N. Y. M. R., 1872, p. 121), le *veratrum* est porté par le sang dans les *vaso-vasorum*, et par ceux-ci paralyse les nerfs vaso-moteurs, les vaisseaux sanguins perdant ainsi leur pouvoir contractile. Il diminue ainsi le spasme des vaso-moteurs des vaisseaux cérébraux et l'anémie cérébrale consécutive à l'influence de laquelle les convulsions paraissent être dues. Le *Veratrum* est aussi un déprimant de la moëlle épinière, quoique probablement, comme le croit Peugnet, cet effet soit secondaire à son action sur le sympathique au moyen des nerfs vaso-moteurs.”

Voici ce que dit le Docteur Thad. A. Reamy, de Cincinnati: “ Rien de (2) plus frappant que cette promptitude avec laquelle les convulsions cessent aussitôt que l'effet déprimant du *Veratrum* se fait sentir sur le cœur.....

“ Le pouvoir du *Veratrum* de contrôler immédiatement les convulsions peut être compris, quand on se rappelle que cet agent est un des déprimants les plus puissants du système artériel et de la moëlle épinière. Le Professeur H. C. Wood, après examen approfondi, nous dit que le *Veratrum* diminue les pulsations et par son action dirigée sur le muscle et en stimulant les nerfs afférents. Il diminue la force des battements du cœur par une action directe sur le muscle cardiaque, et il produit une paralysie générale des vaso-moteurs.

“ Si le pouvoir de cet agent était limité à l'arrêt des convulsions, il serait d'une grande valeur. Mais il s'étend au-delà. Il produit une transpiration abondante, quoique son action ici ne soit pas directe, mais due à la dépression artérielle profonde (Wood). Un effet encore plus important, c'est la diurèse prononcée qui suit le relâchement musculaire. Je ne sais pas ce qui produit cette diurèse. Très probablement, comme le croit le Professeur McCorkle, cet effet est obtenu par le médicament qui combat le spasme vaso-moteur des vaisseaux du rein. Quoi qu'il en soit, on ne peut trop apprécier ce résultat; car quelles que soient les opinions sur l'étiologie de l'éclampsie puerpérale, peu de

(1) *Note on the treatment of puerperal Eclampsia, by Charles Jewett A. M., M. D.*

(2) *The treatment of puerperal eclampsia, by Thad. A. Reamy, M. D., L.L.D., Cincinnati, Ohio.*

médecins mettront en doute que la toxémie ne joue un rôle important et que les reins sont les principaux organes éliminateurs."

Il va sans dire que la malade sous l'influence de fortes doses de veratrum devra conserver une position horizontale, car la station debout changerait complètement les caractères du pouls. A dose massive, il peut y avoir des symptômes de collapsus : le pouls devient très faible, à peine perceptible ; il y a des vomissements, des sueurs froides, de l'abaissement de la température ; les extrémités deviennent froides : on remarque du vertige, obscurcissement de la vue, dilatation des pupilles, faiblesse musculaire extrême, respiration superficielle et lente, quelquefois somnolence, coma, et insensibilité avec respiration stertoreuse. Nonobstant ces symptômes alarmants, Bartholow dit qu'on remarque rarement des résultats fatals. "Une once de teinture, dit-il, a été prise sans causer la mort."

Chez les éclamptiques, il est préférable de donner le médicament en injection hypodermique, parce qu'on est plus certain de son absorption, et l'effet en est aussi plus rapide. L'extrait fluide de Squibb est meilleur et a plus de force que celui de Norwood. L'extrait de Squibb est employé à dose de dix à vingt minimes. D'après Jewett, deux doses (de 10 minimes) espacées de trente minutes suffiront dans la majorité des cas ; mais il préfère mettre la patiente d'emblée sous l'influence du Veratrum. On se guide sur le pouls pour l'administration du remède. Jewett prétend qu'on n'aura jamais de convulsions tant qu'on maintiendra les pulsations cardiaques en dessous de soixante à la minute.

"L'injection hypodermique de Veratrum, dit le Docteur Jewett, demande à peu près trente minutes pour arriver au maximum de l'effet voulu. Si l'on n'a pas atteint ce résultat dans cet intervalle de temps, on répètera l'injection à la même dose ou à dose plus petite, suivant la nécessité. Pour maintenir l'effet obtenu on n'a qu'à continuer le médicament à dose de cinq minimes à intervalle plus éloigné. Dans un cas désespéré, le professeur E. S. Bunker M. D. a donné jusqu'à quatre cents minimes d'extrait fluide de Veratrum Viride de Squibb, en injections hypodermiques pendant les six premières heures du traitement, et la patiente a guéri."

Le Docteur Mann, de Buffalo, conseille le Veratrum Viride quand le pouls est plein, bondissant et la tension artérielle comparativement élevée. "Il n'est pas utile, dit-il, quand on a traité une femme faible, malade, mal nourrie, avec un pouls rapide et petit, sans tension artérielle élevée."

Comme conclusion, on emploie le Veratrum Viride, parce qu'il est prompt dans ses effets ; parce qu'il abaisse la tension artérielle et ralentit le pouls ; parce qu'il fait transpirer abondamment et uriner beaucoup, et parce que, dit-on, il est sans danger.

Voici les conclusions du Docteur Jewett ;

1° Le Veratrum est un moyen inoffensif et extrêmement puissant :

2° C'est un agent éminemment maniable, le pouls étant un guide prompt et précis pour le dosage ;

3° Il est prompt dans son action, et facile dans son administration.

“ Conclusion, on doit noter que le Veratrum n'est pas indiqué comme moyen unique de traitement des convulsions.

“ Le chloroforme, en inhalation, comme méthode la plus prompte de traitement de l'attaque d'éclampsie, sera administré jusqu'à ce que la circulation soit complètement sous l'influence du veratrum.”

Après des doses fortes ou répétées, si l'on observait du collapsus ou le moindre symptôme inquiétant de dépression, on n'aurait qu'à cesser le médicament et à donner des stimulants : injections hypodermiques de morphine ou d'opium.

Permettez nous de rapporter une observation que nous tirons d'un travail fait par le Docteur Thad A. Reamy, par laquelle il prouve que le Veratrum est sans danger, même quand il agit puissamment sur le cœur

“ La patiente est âgée de trente ans, enceinte, et sous les soins du Professeur W. E. Kiely pour la troisième fois. Ses urines sont albumineuses depuis un an. Le travail de la parturition arrive vers le sixième mois de la grossesse. Pendant trois jours, les urines ont présenté, en volume, à peu près quatre-vingt-quinze pour cent d'albumine. Œdème aux pieds, aux jambes et à la face. Céphalalgie.

“ Une première convulsion apparaît à onze heures a. m., le 25 octobre 1894. La délivrance se fait le 26 à 7 heures a. m. La patiente a eu six convulsions. A son arrivée à 5.45 p. m., octobre le 25, le médecin donna par la bouche 40 grains de bromure de sodium, 20 grains d'hydrate de chloral, et une demi-heure après, une injection hypodermique d'un sixième de grain de chlorhydrate de pilocarpine. Comme l'enfant était mort, on commença sous l'influence du chloroforme, la dilatation du col à 3 heures p. m., mais le travail ne se termina pas de suite. La parturiente a eu deux accès pendant cette manœuvre. A 4.45 elle reçut hypodermiquement quinze gouttes de Veratrum Viride. A 5.30 autre accès des plus violents; nouvelle injection de 15 gouttes de Veratrum. On appelle le Professeur W. H. Taylor en consultation; à 6.15 nouvelle injection de 20 gouttes de Veratrum. A 7 heures p. m. le pouls est descendu à 26, il est plein. A 8 heures p. m. pouls 32, et plein. A 10 heures p. m., pouls 40. A 5 heures a. m., le 26, les douleurs sont fortes. On anesthésie la malade et on la délivre rapidement par le forceps. Suites de couches naturelles; mais elle a encore de l'albumine dans les urines.

“ Le trait remarquable et instructif de ce cas est le rétablissement certain d'un effet aussi marqué du Veratrum; de même, nonobstant des pulsations de 26 à la minute, le volume du pouls a été bon.”



Nous l'avons dit plus haut, on a employé la *Pilocarpine* dans l'éclampsie; mais il est très difficile de prouver l'efficacité de son emploi puisqu'on l'a toujours associée à d'autres méthodes de traitement. saignée, chloroforme, chloral, etc.

On a vanté son action ecbolique; mais on s'accorde généralement à dire qu'elle n'a une action quelconque sur l'utérus que lorsque le travail est déjà commencé. Dans ce cas elle régulariserait les contractions et les renforcerait.

Elle abrègerait les différentes périodes de l'accouchement. Outre ces avantages elle produit une transpiration abondante. Elle diminue la tension sanguine et contrecarre les effets de la congestion des centres nerveux.

La Pilocarpine se donne en injection hypodermique à dose de $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$ de grain, répétée au besoin. Le docteur Strizover a donné jusqu'à un tiers de grain, répété jusqu'à trois fois. Le docteur Fourrier a fait dans l'espace de trente six heures cinq injections de un tiers de grain.

Il ne faut pas l'employer chez les personnes qui souffrent des poumons, parce qu'elle peut causer de l'œdème à cet organe. Le Docteur Strizover ne voit pas de contre-indication à son emploi répété quand le pouls est filiforme, et l'action du cœur faible.

Quand ses effets se font trop sentir on peut administrer l'atropine, son antidote.

La Pilocarpine se remplace avantageusement par la sudation obtenue par les bains chauds, les bouteilles d'eau chaude. et les bains de vapeurs ainsi donnés : la malade étant couchée dans son lit, on fait au-dessus d'elle, avec ses couvertures, au moyen de cerceaux ou d'une corde, une espèce de tente d'où la tête sort seule. On introduit dans cette tente le bout d'un tuyau qui y conduit la chaleur d'une lampe à alcool ou d'un réchaud quelconque.

Dernièrement le docteur A. de Goubarew a obtenu d'excellents résultats par l'application, sur la région lombaire, de sacs en caoutchouc remplis d'eau chaude. Avec ce traitement, en même temps que la diurèse augmenterait, l'albumine diminuerait et l'état général s'améliorerait rapidement.

Comme adjuvants des différentes méthodes déjà décrites, on emploie avantageusement les purgatifs. Si la malade peut avaler, une solution concentrée de bitartrate de potasse lui sera utile ; si elle est dans le coma, une goutte d'huile de croton ou $\frac{1}{2}$ de grain d'élatérium placés sur la langue produiront un bon effet. Nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit des purgatifs.

Les lavements purgatifs sont utiles quelquefois.

Quant aux révulsifs nous nous en sommes servi au début de notre pratique, mais nous les avons vite abandonnés, parce qu'ils sont non seulement inutiles, mais, comme nous l'avons remarqué une fois entre autres, ils causent souvent des douleurs, et une irritation capable de provoquer les convulsions. De plus, ils laissent des plaies longues à guérir.

Les inhalations d'oxygène ont été recommandées pendant les convulsions, ainsi que les inhalations de nitrite d'amyle.

On a essayé le citrate de Caféine, et l'antipyrine.

Pour remplacer la saignée on a fait la compression des carotides.

Les docteurs Porak et Bernheim emploient avec succès les injections sous-cutanées d'eau salée dans les cas où l'urine manque complètement ou lorsqu'elle est rare et noire. L'injection (à 7 pour 1000) est pratiquée dans la fesse, en assez grande quantité (de 500 grammes à 1500 grammes en 24 heures.)

* * *

La morphine et l'opium sont beaucoup employés surtout en injection hypodermique par les Américains. Ces médicaments agissent promptement. Selon eux, il faut donner d'emblée de hautes doses (1 grain de morphine) et n'avoir pas peur de répéter au besoin. Playfair ne donne pas d'aussi fortes doses; il prescrit $\frac{1}{3}$ grain qu'il répète assez souvent pour tenir la malade sous l'influence du narcotique de manière à contrôler tout effort musculaire. Beaucoup de médecins s'opposent à l'emploi des opiacés dans l'éclampsie parce que ces médicaments arrêtent ou diminuent toutes les sécrétions.

* * *

En terminant ce chapitre sur le traitement médical de l'éclampsie, disons un mot de ce que les auteurs modernes appellent la méthode anesthésique, méthode à l'ordre du jour. Comme il n'entre pas dans le cadre de cet ouvrage de faire de longues dissertations sur les diverses théories émises pour expliquer l'action des différents modes de traitement, nous nous contenterons d'indiquer le mode d'administration des deux agents qui composent cette méthode anesthésique. Le chloral et le chloroforme sont employés depuis quelques vingt ans en obstétrique dans le but de combattre les convulsions de l'éclampsie. Le chloroforme a été plus en vogue au début, puis on l'a laissé peu à peu pour son congénère qui occupe aujourd'hui le haut du pavé.

Le chloral peut être administré par la bouche, par la voie rectale, ou en injection hypodermique. Cette dernière manière a été complètement abandonnée.

Le docteur Blanc administrait le chloral par la bouche toutes les fois que la femme pouvait avaler. Le docteur Rivière a recours quelquefois à la voie nasale. " Dans un coma profond, dit-il, (1) ou dans l'anesthésie, les réflexes persistent au moins dans les organes qui échappent à la volonté. Aussi dès que le liquide injecté—par la voie nasale—arrive en contact avec le pharynx, le mouvement de déglutition se fait instinctivement, et le liquide descend dans l'estomac."

Mais ceux qui préfèrent la voie stomacale, comme étant plus propre à l'absorption, se servent de la sonde œsophagienne quand la femme ne peut pas avaler. Ils lui ouvrent la bouche au moyen d'un corps dur et ils y introduisent la sonde, ou bien ils passent cette dernière à travers les fosses nasales.

La plupart des accoucheurs aiment mieux donner le chloral en injections rectales. Quant à nous nous avons eu beaucoup plus de succès quand nous donnions le chloral par la bouche, parce que ses effets en étaient plus prompts, et la

(1) *Archives de Tocologie*, 1889.

malade conservait le médicament. Quand on se sert de la voie stomacale, il faut bien diluer le chloral au 1/40 ou 1/30 afin d'éviter les vomissements.

Souvent les lavements de chloral irritent la muqueuse intestinale qui les rejette de suite ; on est obligé très souvent de répéter trois ou quatre fois le lavement avant qu'il ne soit retenu.

:

Playfair conseille de donner vingt grains de chloral par la bouche et de renouveler la dose toutes les 4 à 6 heures. Nous l'avons souvent administré et à cette dose, ou par le rectum à dose de trente grains, sans jamais en obtenir aucun bon résultat.

Charpentier donne en lavement quatre grammes de mucilage de coings. Il répète la dose toutes les cinq ou six heures ; rarement il donne à intervalle plus rapproché ; il en éloigne l'administration si les convulsions diminuent ou cessent. " En procédant ainsi dit-il. (1) par doses massives et relativement assez éloignées les unes des autres, j'obtiens un repos plus rapide, plus complet, et je tourmente moins les patientes."

D'après Charpentier il serait bon de tenir la malade sous l'influence du chloral pendant vingt-quatre heures après la cessation des accès ; pour ce faire, il administre dix grains de chloral toutes les deux ou trois heures.

Le docteur Blanc en administrait en moyenne par la bouche neuf ou dix grammes en vingt-quatre heures ; il élevait au besoin les doses jusqu'à dix-huit grammes.

F. W. Robbins donne quatre grammes en lavement toutes les deux ou quatre heures. Bourdon donne d'abord quatre grammes en lavement puis un à deux grammes toutes les quinze minutes jusqu'à concurrence de dix grammes.

Nous n'avons pas eu de bons résultats avec le chloral, était-ce parce que nous employions de trop petites doses ? Une seule fois nous avons réussi et il nous a fallu donner, comme on le verra par l'observation XXXV, trente grains de chloral et soixante grains de bromure de potassium par la bouche toutes les deux heures et tenir ainsi notre malade pendant au-delà de trente-six heures.

Le docteur Eggleston donne le chloral conjointement avec la morphine. Charpentier préfère l'associer à la saignée modérée. Monsieur le docteur Lamarche, le sympathique et laborieux professeur d'accouchement à l'Université Laval, emploie le chloral à haute dose en injection rectale.

:

Le chloroforme est beaucoup employé, mais, généralement, on lui préfère le chloral, ou on associe les deux, le chloroforme calmant les convulsions jusqu'à ce que le chloral ait produit son effet. Le chloroforme est plus dangereux et plus difficile à manier que le chloral, surtout quand la malade est dans le coma. Le chloroforme n'a pas l'avantage d'agir sur le rein comme le fait le chloral.

Pour être efficace, le chloroforme doit être continué pendant des heures,

(1) *Archives de Tocologie*, 1893.

huit, dix, douze, et même quinze heures; Schœder a anesthésié profondément une éclampsique pendant soixante quatre heures.

Les inhalations doivent être poussées jusqu'à la narcose complète. Si les accès paraissent s'éloigner on peut diminuer un peu les inhalations tout en tenant la femme sous l'influence de l'anesthésique, et reprendre le chloroforme à haute dose au retour des accès.

Quant à nous, nous employons le chloroforme aux premiers signes manifestes de l'attaque ou quand cette dernière est déclarée, pour en calmer la violence et nous donner le temps de nous préparer à la phlébotomie.

Le chloral et le chloroforme ont eu beaucoup de détracteurs tant sur le terrain de la théorie que de la pratique.

OBSERVATION XXXV.—Le 4 septembre 1895, nous voyons Autrude. C'est une fille de 25 ans, primipare, bien prise, bonne taille, belle apparence, santé excellente. Elle se dit enceinte de huit mois.

Elle a de l'œdème considérable aux pieds et aux jambes, mais ne se plaint d'aucun autre malaise. L'analyse des urines donne neuf grammes d'albumine au litre. Nous prescrivons le régime lacté avec la limonade de crème de tartre, et une bonne dose de sel et séné à prendre de suite.

Le 7 septembre, vers deux heures du matin, elle accouche, après un travail de quatorze heures, d'un enfant bien portant à terme. Dix minutes après la délivrance, elle est prise d'éclampsie. La convulsion est forte.

La garde-malade donne le chloral (grs. xv) et le bromure de potassium (grs. xxx), par la bouche, aussitôt après l'accès. Elle répète la dose une heure plus tard, et renouvelle ensuite toutes les deux heures.

A huit heures, nouvel accès plus violent. Nous prescrivons alors Chloral (30 grains) et Bromure de potassium (60 grains) toutes les deux heures par la bouche. A onze heures accès plus fort. Nous continuons le chloral et le bromure à haute dose. La malade finit par s'endormir et nous la tenons ainsi dans un sommeil chloralique pendant trente-six heures. Aussitôt que la patiente faisait mine de s'éveiller la garde-malade administrait le chloral et le bromure auxquels elle ajoutait un grand verre de lait.

L'urine, tirée de la vessie après l'accouchement, contenait dix-huit grammes d'albumine au litre.

Le soir de l'accouchement la température s'élevait à $100\frac{1}{2}^{\circ}$ F., pour tomber le lendemain matin à 99° et le soir à 101° . Enfin quarante-huit heures après l'accouchement la température était normale. Le pouls s'est maintenu entre 90 et 100.

Pourquoi la température s'est-elle élevée ici à 101° ? Il n'avait pas de lésion des parties génitales et puis on a fait deux fois par jour—et cela aussitôt après l'accouchement—une injection à l'acide carbolique $2\frac{1}{2}$ 0/0. Cette élévation est-elle due à l'éclampsie? Le chloral aurait dû faire baisser la température.

La malade a été soumise au régime lacté. Le 16 septembre les urines ne contenaient plus que quatre grains d'albumine au litre.

Autrude laissait l'Hospice, quelques jours plus tard, complètement rétabli.

Faisons remarquer que nous avons été obligé de donner ici le chloral à haute dose (trente grains par la bouche) souvent répétée pour obtenir un bon résultat. Nous croyons qu'à dose plus petite, comme nous l'avons ordinairement employé, l'effet est nul, et nous nous expliquons ainsi l'échec que nous avons si souvent éprouvé.

OBSERVATION XXXVI.—Le 27 décembre 1895, nous sommes appelés en consultation par un confrère auprès de Madame E., âgée de 17 ans, primare, enceinte de sept mois et demi.

Madame E., depuis quatre jours, a cinq ou six accès d'éclampsie quotidiennement. Quelques-uns de ces accès sont forts et d'une durée assez longue.

La patiente est soumise au régime lacté depuis la première attaque. Le travail de l'accouchement s'est aussi déclaré à ce moment. Mais, lors de notre visite le col, quoique n'étant pas effacé, laisse pénétrer deux doigts dans son orifice. Les accès d'éclampsie coïncidaient avec les fortes douleurs utérines.

Le régime lacté fut continué avec la limonade de crème de tarte. Sous ce traitement, l'urine, qui était rare, et ne contenait cependant que quatre grammes d'albumine au litre, devint beaucoup plus abondante.

Nous prescrivons en outre du calomel et du jalap.

Le lendemain, le col était dans le même état, et la malade avait eu deux accès d'éclampsie moins forts que les précédents. Nous donnons le chloral (grs. xv) toutes les quatre heures. Le jour suivant un seul accès beaucoup plus fort et plus long, puis tout rentre dans l'ordre, excepté le travail qui recommence. Dans l'après-midi, notre confrère met la parturiente sous l'influence du chloroforme, achève la dilatation artificiellement avec les doigts, et applique le forceps.

L'enfant a vécu deux jours, et la mère est bien portante.

(À suivre.)

Le Dr Catrin, du Val de Grâce, publie dans la *Gazette des Hôpitaux* un cas de contagion de la syphilis par le rasoir. Un homme de 60 ans, s'étant coupé à la joue en se rasant avec le rasoir de son fils, qui était alors à la seconde période, contracta une syphilis grave qui mit ses jours en danger. Le fils, très vigoureux, eut une maladie bénigne.

Lancereaux vient de signaler à l'Académie de Médecine les paralysies arsenicales qui peuvent survenir pendant le traitement par l'arsenic. Il signale le cas d'une fillette qui prit pendant trois ans de la liqueur de Fowler pour du psoriasis, et qui fut atteinte de fièvre avec courbature, anorexi, etc. On pensa pendant un mois à la fièvre typhoïde, et ce n'est que lorsque parut la paralysie des extenseurs du pied que le diagnostic fut établi.

Le Dr Hasse, de Nordhansen, emploie les injections d'alcool dans le traitement des cancers. Dans le cas de cancer du sein, par exemple, il enlève la tumeur, puis il traite les récidives en pratiquant tout autour du point malade des injections d'alcool qui produisent une barrière de tissu cicatriciel et s'opposent à l'extension du mal. Il se sert depuis vingt ans de ces injections dans les cancers inopérables, et il prétend avoir ainsi guéri quatre de ses malades.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES

Du Globe oculaire

PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE

CYANURE D'HYDRARGYRE

JÉHIN-PRUME

Ex-chef de clinique du Dr Abadie

De toutes les affections qui viennent troubler notre pauvre humanité, une des plus universellement répandue est la syphilis.

En somme qu'est ce que c'est que la syphilis. Une maladie infectieuse? Evidemment, puisque toutes les observations cliniques semblent vouloir le démontrer. Une affection se manifestant par une série de phénomènes, connus, démontrés et parfaitement typiques, envahissant notre économie par degrés tout d'abord, pour en frapper tôt ou tard, indistinctement, les moindres éléments. C'est tout d'abord une affection purement locale, caractéristique, qui disparaît pour donner plus tard des phénomènes disparates, et cependant presque toujours constants. En effet quoi de plus singulier et de plus éloigné que les différentes périodes de cette maladie. Vous soignez aujourd'hui un individu qui a un chancre des parties génitales, ce même malade vous revient quelques semaines ou quelques mois plus tard avec une éruption des téguments, des affections de la bouche, de la chute des cheveux, et cependant tout cela se tient. Quelques années plus tard le patient peut avoir soit une maladie, du nez, du foie, des yeux, que sais je et c'est toujours la syphilis. C'est pourquoi le maître Lancelotti, ne cessait de nous répéter dans ses magistrales cliniques :

“ Un médecin doit être toujours sur ses gardes : chez un malade quel qu'il soit, il faut soupçonner : La syphilis, l'hystérie, l'alcoolisme. Ces affections pouvant revêtir les formes les plus étranges, peuvent, si l'on ne se tient sur nos gardes nous mettre de tout au tout à côté du diagnostic véritable.”

Combien de médecins après avoir traité les premières manifestations syphilitiques, chancres, plaques muqueuses, etc..... croient leurs patients à jamais débarrassés des germes de la maladie. Et cependant dix ans, quinze ans, vingt ans s'écouleront lorsqu'un beau jour le syphilitique ressentira des phénomènes qui l'obligeront à aller consulter son médecin.

Donnez à ce malade du mercure, de l'iodure de potassium et vous le verrez si non se guérir du moins s'améliorer. Chez ce malade la syphilis n'était pas morte, elle s'était endormie, et voilà que soudain, au moment où l'on s'y attend le moins, elle s'éveille plus terrible que jamais.

Au bout de vingt ans ?

Oui, même au bout de vingt ans.

Comme nous l'avons précédemment énoncé, la syphilis peut indistinctement frapper tous les organes de l'économie ; c'est donc une maladie qui tout en rentrant dans le domaine de la pathologie générale est du ressort de toutes les spécialités. C'est donc comme spécialiste que nous allons traiter de cette question.

Il y a un peu plus d'un an, que sous les yeux de notre maître, M. le Dr Abadie, nous pratiquions devant les membres de la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie de Paris*, des injections intra-veineuses de cyanure d'hydrargyre. Nous accompagnions le Dr Abadie qui présentait (19 avril 1895) à cette société, un travail ou communication ayant pour sujet : "*Modification à apporter au traitement général de la syphilis.*"

C'est dans cette communication que le célèbre oculiste présentait les injections intra-veineuses (Méthode Bacelli) de cyanure d'hydrargyre, comme étant la thérapeutique à suivre dans les cas graves ou anciens de syphilis, dans lesquels on désire avoir un effet rapide ; ou encore, lorsque le mercure n'est pas facilement accepté par les autres méthodes.

Les injections intra-veineuses de substances médicamenteuses sont connues depuis assez longtemps et ces dernières années ont été spécialement étudiées par les Drs Abadie, Bacelli, Darier, Desguin, Gori, Dinkler, Kezmarszky, et d'autres. Nous avons été à même de pratiquer des injections intra-veineuses de bleu de méthyle et de salicylate de soude. Le Dr Bacelli, de Milan injecte depuis longtemps par cette méthode des solutions de sublimé, ses théories ont été discutées et expérimentées par le Dr Dinkler de Berlin. D'autres médecins ont même expérimenté cette méthode pour le traitement de diverses maladies, citons le Dr Desguine, d'Anvers, qui a pratiqué des injections intra-veineuses de sublimé dans des cas de septicopyohémie, le Dr Kezmarszky dans des cas de septicémie puerpérale.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici un nouveau traitement pour les affections syphilitiques, mais simplement un mode d'administration du mercure, devant rendre de grands services à la thérapeutique générale.

Le mercure a été administré un peu sous toutes les formes, sirop de Gibert, protoïdure, injections sous-cutanées, frictions, injections sous-conjonctivales, etc., etc. Mais il existe des cas dans lesquels les voies digestives semblent se fatiguer, où les injections sous-cutanées sont refusées par les malades, où les injections sous-conjonctivales aussi bien faites que possible sont tellement douloureuses que les patients ne peuvent les endurer. Les frictions bien suivies n'amènent chez quelques personnes que des résultats peu certains.

Dans d'autres circonstances il est urgent d'obtenir un résultat rapide, une action immédiate. Comment pourra-t-on suppléer aux inconvénients des différentes méthodes d'absorption du mercure, c'est en ayant recours à de nouveaux procédés. En médecine on arrive à quelque chose que par l'expérimentation, la méthode intra-veineuse a été étudiée, maintes fois expérimentée et malgré les quelques désavantages qu'elle semble présenter, on est arrivé à un résultat pratique et utile.

Chez combien de malades toutes les méthodes possibles avaient été employées sans donner aucun résultat, et quelques injections intra-veineuses

suffirent pour donner une amélioration quasi-merveilleuse. Les observations sont là pour le prouver, nous en donnerons quelques-unes cueillies au hasard parmi les nombreuses que nous possédons.

Nous avons assistés au début des injections intra-veineuses, à Paris, nous en avons pratiqué *plus de deux mille* et nous croyons être à même de présenter ces moyens thérapeutiques avec tous les avantages ou désavantages qu'ils peuvent avoir et de donner les moindres détails de sa technique opératoire.

* * *

Quel est le réel avantage des injections intra-veineuses, sur les autres modes d'administration du mercure ?

C'est en analysant les désavantages que peuvent produire les autres méthodes que nous arrivons à répondre à cette question.

Si l'on donne le mercure par les voies digestives : pilules de protoiodure, sirop de Gibert, etc., il arrive qu'au bout d'un certain temps on est quelquefois obligé de cesser le traitement à cause du mauvais état dans lequel se trouvent les organes de la digestion, dyspepsie, diarrhée, gastralgie, on rencontre même dit *Fournier* des sujets dont *l'estomac et les intestins se montrent absolument réfractaires au mercure, et qui, littéralement, ne les tolèrent pas.*

Les frictions n'ont pas le désavantage de fatiguer les organes digestifs, elles ont une action rapide, mais d'un autre côté, tous les praticiens savent combien il est difficile de faire accepter ce traitement en clientèle particulière. Beaucoup de personnes refusant d'oindre leurs téguments avec une pommade à l'aspect sale et repoussant. Cela n'est qu'un détail, il est vrai, mais qui doit être considéré. En plus de cela les frictions peuvent causer des affections mercurielles de la peau. Enfin la stomatite.

Il est curieux de constater qu'avec les injections intra-veineuses, la stomatite n'existe pas ou à peu près. Nous le répétons, nous avons pratiqué près de deux mille injections intra-veineuses et nous n'avons eu que deux cas de stomatites et encore très légères.

Les injections sous-cutanées sont très employées, nous en avons fait jusqu'à cent dans une journée. Elles sont quelquefois très douloureuses ; si elles sont pratiquées dans la région lombaire, les moindres mouvements sont cause de douleurs, dans la région fessière, autre série d'inconvénients qu'il n'est pas difficile de comprendre, dans les bras elles produisent un engourdissement du bras et de la main. Ces phénomènes ne sont heureusement pas toujours constants, mais ceux qui ont traité spécialement les affections syphilitiques savent combien elles causent d'ennuis au médecin et de souffrances au malade.

En plus il se produit des nodosités, qui ne disparaissent souvent qu'à la longue et qui sont une source d'ennui, de désagréments pour les malades. Nous avons été à même de constater bon nombre de fois des abcès, et cela malgré les soins les plus excessifs. Lavages au sublimé et à l'alcool, flambage de l'aiguille

à la flamme d'une lampe à l'alcool, pansement au collodion. Ces abcès sont généralement très longs à guérir, il se produit comme une mortification des tissus; ils sont surtout fréquents chez les sujets lymphatiques. Nous avons eu surtout deux malades, une jeune fille de 18 ans et un enfant de 9 ans, qui présentaient tous deux les symptômes d'un lymphatisme absolu.

Les injections sous-conjonctivales peuvent être employées dans certaines affections syphilitiques du globe oculaire. On emploie pour les faire une solution de sublimé (Bi-chlorure d'Hydrargyre) à la dose de 1 pour 1000. Que ces injections soient faites à doses massives ou simplement de quelques gouttes, elles sont très douloureuses. Voici du reste comment on procède: On anesthésie l'œil avant l'injection avec quelques gouttes de cocaïne (Sol 1 p 20), mais aussitôt que l'effet de ce médicament est passé le malade commence à éprouver des douleurs excessives pouvant durer de deux à trois heures. Notre ami le Dr Moissonnier, de Paris, et moi, avons légèrement modifié cette méthode en ajoutant au liquide à injecter quelques gouttes de cocaïne. Nous avons obtenu d'assez beaux résultats mais en tenant compte cependant des malades ayant pour la cocaïne une véritable idiosyncrasie. Nous sommes grand partisan des injections sous-conjonctivales qui rendent chaque jour de grands services en thérapeutique oculaire, et qui depuis quelques années semblent vouloir prendre un très grand développement. Mais nous les croyons plus aptes à rendre service dans les affections infectieuses locales de l'œil, que dans une affection dépendant d'un état général de l'économie.

Les injections intra-veineuses ont pour elles une action rapide, pas ou peu de symptômes généraux si les doses sont convenablement réglées. Il est aisé de comprendre que le médicament étant envoyé directement dans le courant circulatoire, l'action est plus directe et les doses pouvant se donner moins fortes seront plus facilement contrôlées. Pas de phénomènes locaux, sauf dans les cas où les injections seraient faites par mégarde dans le tissu cellulaire péri-vasculaire, ce qui arrive lorsque le sujet a un système veineux peu développé. C'est pourquoi il est préférable de s'abstenir lorsque l'on a affaire à un malade n'ayant pas des veines superficielles très apparentes; car chez lui on produirait les mêmes inconvénients que l'on rencontre dans les injections sous-cutanées.

Le sel mercuriel que nous employons dans les injections intra-veineuses est le *cyanure d'hydrargyre*. C'est un sel très toxique, soluble dans l'eau, l'éther et l'alcool. C'est en 1874 que Cullingworth employa pour la première fois ce sel de mercure en injections, depuis, un grand nombre de médecins en font usage, citons au hasard, Abadie, Boer, De Wecker, Darier, De Speville, Güntz, Galezowski, Mandelbanun, Signumd, Panas, etc., etc.

La préparation du Cyanure d'Hydrargyre pour les injections intra-veineuses, demande un soin spécial. Aussi nous allons nous permettre d'entrer dans certains détails de pharmacologie que nous croyons indispensables

Nous employons le cyanure d'hydrargyre à la dose de un pour cent. c'est-à-dire.

Cyanure d'Hydrarg.....	1 gramme.
Eau distil. et filtrée.....	100 grammes.

Voici comment M. GIRARD, pharmacien de Paris, ancien interne des Hôpitaux de Paris, préparait la solution pour la clinique du Dr Abadie.

Prenez un gramme de cyanure d'hydrargyre que vous faites fondre dans cent grammes d'eau distillée et filtrée. Vous filtrez le tout que vous placez ensuite dans une bouteille bien propre ayant passé par le four Pasteur. Vous mettez le tout à l'étuve et vous bouchez ensuite à l'émeri.

Vous vous trouvez alors en possession d'un liquide parfaitement limpide et stérilisé ne possédant ni grumeaux ou poussières pouvant jouer le rôle de corps étrangers.

Les médecins devront donc être excessivement sévère au point de vue de la limpidité de la solution préparée.

:

Comme INSTRUMENTATION.

Une seringue.

Une aiguille en platine iridiée.

Une lampe à alcool.

Une bande de flanelle.

De l'ouate hydrophile.

Une solution d'alcool au tiers, ou un peu d'éther.

Du collodion.

Puisque c'est à l'aide de la seringue que nous allons projeter le liquide dans la veine, il nous faut un instrument des plus complets possédant des qualités spéciales.

Les seringues dont nous nous servons ordinairement pour les injections sous-cutanées possèdent un corps de pompe en verre, garni d'une monture en acier nikelé, elles sont munies d'un piston en acier terminé par un bouchon de composition différente. Ce sont, soit de l'amiante, du caoutchouc ou du liège. Ces pistons, qui rendent dans les injections sous-cutanées de réels services, deviennent dans la médication intra-veineuse fort dangereux. En effet, ils ont le désavantage de se stériliser difficilement, les différentes pièces formant leur ensemble ne se séparant pas avec facilité. En plus que faut-il éviter dans une injection intra-veineuse; *tout corps étranger pouvant jouer le rôle d'embolie*; or les pistons en amiante ont la faculté de s'effiloche, ces brindilles d'amiante transportés dans le courant circulatoire présentent un danger constant qu'il faut éviter; les pistons en liège se brisent par petites parcelles et présentent par ce fait les mêmes inconvénients. Quant aux seringues à pistons en caoutchouc elles présentent deux désavantages, premièrement, le caoutchouc se séchant, met souvent la seringue hors d'usage pour quelques heures; il faut pour éviter ce

désagrément lubrifier le piston à l'aide d'une huile quelconque, inutile d'insister sur l'asepsie de ce système.

Or il convient d'avoir un instrument, dont toutes les parties soient parfaitement démontables ; par ce fait, stérilisables. Possédant ni piston en amiante, liège ou caoutchouc. C'est donc un instrument *idéal*, qu'il faut posséder.

Cet instrument a été réalisé par une maison de Paris, M. Wulfing-Lüer, qui a lancé sur le marché une seringue *construite totalement en verre*. Cette seringue fut présentée à la *Société de Biologie de Paris* par le Dr Malassez de l'Académie de Médecine, et à la *Société d'Ophthalmologie* et à la *Société de Syphiligraphie*, par le Dr Charles Abadie.

Cette seringue venons-nous de dire, est toute en verre, corps de pompe et piston. Elle ne se compose que de deux pièces, le corps de pompe et le piston, pouvant à toute volonté se séparer l'un de l'autre. Le piston est construit de telle façon, que le glissement est doux, facile, ne laissant pas échapper de liquide et ne permettant pas à l'air de pénétrer à l'intérieur de la seringue. Quant à la stérilisation, on peut faire monter l'instrument à une température de 125 degrés à l'autoclave, et cela sans risque de le casser. (*Expériences du Dr Malassez*).

Nous voici donc en possession d'un instrument parfait, et qui par sa transparence permet de constater si le liquide que l'on va injecter, contient des corps étrangers ou des bulles d'air.

Les aiguilles présentent aussi leur petit point d'étude : elles sont généralement fabriquées, soit en acier trempé ou en platine irridiée, nous recommandons particulièrement ces dernières. Quoique plus dispendieuses, les aiguilles de platine présentent des avantages considérables. Avant de faire une injection (quelle qu'elle soit) il est important de bien stériliser l'aiguille. On arrive à ce en faisant flamber l'aiguille à la flamme d'une lampe à alcool. Or la chaleur détrempe les aiguilles en acier qui se brisent alors avec facilité (autre danger) ce qui n'arrive pas aux aiguilles en platine. Chez le Dr Abadie, nous faisons une moyenne d'injections de quatre-vingts à cent par jour. Or nous n'employions qu'une aiguille par semaine. Nous recommandons toutefois qu'après avoir fait usage d'une aiguille, il est prudent d'en enfoncer la pointe dans un morceau de moëlle de sureau, ce qui évite de l'émousser.

* * *

Quant au *manual opératoire*, rien n'est plus simple.

Vous prenez une bande de flanelle (longue d'un mètre et large de quatre doigts), que vous attachez solidement autour du bras de votre malade, tout comme si vous vouliez procéder à une saignée. Vous recommandez à votre patient de laisser pendre son bras, d'agiter les doigts pour que les veines se gorgent bien de sang.

La question du système veineux, pour ce traitement, est d'une importance capitale. Il faut que le malade possède des veines bien saillantes, pas filiformes, car il serait contraire d'essayer d'injecter chez une personne ne possédant pas des veines bien distinctes. La raison de cette abstention est le danger dans lequel on

se trouve d'injecter du liquide dans le tissu peri-vasculaire et produire des nodosités ou des abcès très douloureux. Il est préférable dans ce cas d'avoir recours aux frictions ou aux injections sous-cutanées dans la région fessière.

Quant au choix de la veine, rien n'est déterminé, on prend la plus saillante, la plus superficielle. Si le vaisseau est mobile on peut le fixer avec le pouce et l'index de la main gauche, pendant que l'on injecte de la droite.

Ayant placé la bande et fait le choix du vaisseau dans lequel vous désirez injecter, vous lavez soigneusement la partie avec du sublimé (Bi-chlorure d'Hydrargyre à 1 p. 2000) et vous passez ensuite un tampon imbibé d'alcool ou d'éther.

Vous prenez votre seringue et faites flamber l'aiguille à la flamme d'une lampe à alcool, vous puisez de la solution à injecter, vous refflambez l'aiguille et faites jaillir quelques gouttes de la solution pour chasser l'air pouvant être contenu dans la seringue ou dans l'aiguille. Ceci fait, vous regardez par transparence pour voir si la seringue ne contient pas d'air ou des poussières.

Vous recommandez au malade de tenir le bras horizontalement et vous piquez le vaisseau dans le sens de la veine (ceci pour éviter de le percer de part en part). Lorsque l'aiguille arrive dans le vaisseau on éprouve une sensation de vide qui est due à ce qu'ayant traversé les différents tissus on entre soudain dans l'air du vaisseau. Avant d'injecter il est nécessaire d'enlever la bande, vous poussez le piston enlevez votre aiguille et bouchez votre petite plaie avec de l'ouate hydrophile imbibée de collodion.

Notre opération est terminée, si toutefois ceci mérite le nom d'opération : le tout prend à peine de deux à trois minutes.

Le malade n'éprouve *aucune douleur*. Et comme plusieurs me l'ont dit, le temps le plus désagréable, est celui où l'on pose la bande ; celle-ci amenant par compression, un engourdissement assez pénible du bras et de la main.

DOSES.—L'injection se fait avec une seringue d'une capacité d'un centimètre cube. Chaque centimètre cube d'une solution au centième, contient un centigramme du sel mercuriel.

Le titre de la solution dont nous nous servons est de :

Cyanure d'Hydrargyre.....	1 gramme.
Eau.....	100 grammes.

La dose pour un adulte est de, maximum, un centigramme.

Il est utile de ne pas arriver tout de suite à la dose maximum, car on peut produire des symptômes gastro intestinaux des plus désagréables. Il arrive même des cas, où l'on a vu des malades se croire empoisonnés. Voici une observation que nous croyons intéressante.

Observation.

Madame G. C... femme d'un journaliste bien connu du *Tout Paris*, vient nous consulter (clinique du Dr Abadie) pour une affection de l'œil droit, que nous reconnaissons être une irido-choroïdite d'origine spécifique. Nous la persuadons de suivre un traitement consistant en une série d'injections mercurielles sous-cutanées.

La première injection étant faite, la malade s'en retourne chez elle, très bien, ne ressentant aucun malaise. Dans le courant de la nuit on vient nous chercher à la hâte. Nous trouvons la malade très pâle, et se plaignant de vomissements et de fortes crampes d'estomac avec coliques épouvantables et diarrhée.

Chez cette personne, qui est très bien aujourd'hui, nous n'avons pu dépasser une demi-seringue, (un demi-centigramme) soit, la moitié de la dose maximum.

Il est donc prudent de commencer par injecter un quart de la seringue et monter progressivement jusqu'au niveau de tolérance du sujet. Pour *les enfants* on commencera par un huitième de la seringue et on ira jusqu'à un demi-centimètre de la solution c'est-à-dire jusqu'à une demi seringue. Nous avons eu un jeune malade âgé de 14 ans, atteint d'otite scléreuse et de kératite parenchymateuse; chez lui nous avons élevé la dose jusqu'à un centigramme, mais c'est assez rare; et même chez ces petits malades il faut agir avec une extrême prudence.

Le traitement mercuriel, comme tout espèce de traitement, n'agit que lorsqu'il est continué pendant un certain temps.

Voici comment nous procédions chez le Dr Abadie, pour nos injections intra-veineuses.

Première Série.

Vingt injections, une tous les deux jours. Un repos de vingt jours.

Deuxième Série.

Vingt injections, une tous les trois jours. Un repos de vingt jours.

Troisième Série.

Vingt injections, une tous les quatre jours. Un repos de vingt jours.

Dernière Série.

Une injection par semaine tant que le médecin le jugera nécessaire.

Nous avons eu des patients qui, quoiqu'ayant cessé leur traitement revenaient à des époques plus ou moins éloignées, pour une série de quatre à six injections.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

LA PLEURÉSIE PULMONAIRE SÈCHE, clinique du Professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—*L'Indépendance Médicale*, Vol. I, No 3.

Le professeur donne sa clinique à propos d'une fillette de quinze ans atteinte de pleurésie sèche compliquée de pleurésie diaphragmatique. La petite fille avait toussé pendant une semaine, puis la maladie s'était déclarée subitement un soir. Après avoir fait remarquer l'intensité de la dyspnée chez l'enfant, le professeur ajoute que ce symptôme se fait sentir non seulement au début de la pleurésie, mais aussi au début des fièvres éruptives, surtout la variole, et, chez la femme, lorsqu'il y a des troubles de la menstruation. Lorsque l'écoulement sanguin se rétablit, ou que l'éruption apparaît à la peau, la dyspnée cesse. Chez la fillette en question, le stéthoscope a révélé l'existence d'une pleurésie.

Les frottements pleuraux s'entendaient très bien en avant, en arrière, sur les côtés, et ils s'entendaient *jusqu'en bas*. Le professeur insiste sur ce point car, dit-il, quand la pleurésie, sèche ou mouillée, s'étend jusqu'à la base du poumon, il y a toujours en même temps une pleurésie diaphragmatique. C'est un fait qui n'a pas d'exception. Aussi la dyspnée, chez la fillette, était-elle intense.

Il s'agissait d'éviter à tout prix la formation d'un épanchement. Le professeur prescrit une potion de Todd, un vésicatoire, des ventouses sèches sur les membres inférieurs et la base du thorax, le régime lacté. La fièvre disparaît le surlendemain et la dyspnée diminue de jour en jour. Au moment où le professeur donne sa clinique, la petite malade est guérie.

Seulement le pronostic n'est pas aussi favorable qu'on pourrait l'espérer, car la maladie ne s'est pas terminée par résolution, mais par adhérence. Dans la région qui était occupée par les frottements, la sonorité normale n'est pas revenue : cette submatité est due à la présence de fausses membranes qui vont s'organiser définitivement et former une véritable soudure entre le poumon, les côtes et le diaphragme. Aussi l'hypocondre est déjà contracté sur une étendue de trois à quatre travers de doigt. Quand les fausses membranes seront solidement organisées, elles augmenteront les vibrations vocales.

On reconnaît la présence d'adhérences anciennes lorsque les mouvements respiratoires normaux se trouvent renversés : pendant l'inspiration, on constate que le thorax, au lieu de s'amplifier, se rétracte. Jaccoud ajoute que le signe pathognomonique, c'est la rétraction concentrique des côtes elles-mêmes.

Les adhérences pleurétiques sont un grand danger pour le patient, dont l'hématose se fait mal, et qui peut contracter plus tard une nouvelle pleurésie. Il faut être extrêmement prudent si l'on veut pratiquer la thoracentèse chez un ancien pleurétique.

L'EXPECTATION DANS LA PNEUMONIE, extrait d'un article de M. BARTH.—*Semaine Médicale*, juillet 1896.

L'auteur proteste avec énergie contre les théoriciens qui, sous le prétexte que la pneumonie est une maladie cyclique, voudraient remettre en honneur le système de l'expectation. Sans doute les pneumonies simples, celles des enfants,

des jeunes gens vigoureux, peuvent, dans la majorité des cas, se passer de traitement actif; sans doute aussi tous les traitements du monde n'empêcheront pas l'issue fatale dans les pneumonies infectantes d'emblée, dans celles des diabétiques, des urémiques, des cachectisés, de tous ceux pour qui la pneumonie n'est en somme qu'une manière de mourir; mais, entre ces deux extrêmes, nombreux sont les cas où le pronostic reste incertain, où la lutte se poursuit longtemps indécise, et où un secours opportun peut décider l'issue favorable. Ce sont des cas où le médecin doit aider la nature. Ce serait une grave erreur de s'abstenir parceque la pneumonie est une maladie cyclique, et laisser mourir le malade le 6e jour sous le prétexte que la défervescence se produit généralement le 4e. La rougeole et la scarlatine sont des maladies cycliques, et cependant la fièvre peut emporter le malade en quelques heures, si l'on ne réussit pas à la combattre.

L'auteur conseille d'intervenir dans les cas graves, et de baser son intervention sur les symptômes et la constitution du malade. Toutes les fois que, chez un pneumonique, l'intensité de la fièvre et de la dyspnée, la fréquence et la mollesse du pouls feront redouter l'adynamie cardiaque, il ne faut pas hésiter un instant à intervenir. Si le malade est vigoureux, s'il n'a pas dépassé la quarantaine, si l'on ne constate aucune tare organique sérieuse, on donnera de préférence les bains, avec les précautions habituelles. Si, au contraire, on a affaire à un malade débile, ou déjà âgé, si l'état organique du cœur ou des vaisseaux laisse à désirer, on administrera la digitale. On prescrira 20 à 45 grains de poudre de feuilles, en infusion dans 4 onces d'eau, avec 1 once de rhum et une égale quantité de sirop d'écorce d'oranges, à prendre en doses fractionnées, par cuillerées à bouche toutes les deux heures. On surveillera attentivement les effets du remède, mais on ne se laissera pas effrayer par quelques vomissements ou quelques vertiges; on joindra s'il y a lieu, à la digitale, les injections sous-cutanées de caféine, l'alcool et les autres ressources de la thérapeutique symptomatique. On suspendra la médication seulement s'il y a ralentissement exagéré ou irrégularité du pouls. Dans les cas contraires, on la continuera 4 à 5 jours au besoin jusqu'à la défervescence. En agissant ainsi en aura le bonheur de voir guérir sans complications des malades qui, abandonnés à eux-mêmes, auraient certainement succombé.

TRAITEMENT DES CALCULS RÉNAUX, communication du Dr KLEMPERER à la Société Médicale de Berlin.—*Bulletin Médical*, vol. X, No 54.

Les calculs rénaux d'un certain volume relèvent de la chirurgie; la médecine ne s'occupe que des calculs de petites dimensions et cherche surtout à prévenir la formation de ces calculs.

Les urates se précipitent quand ils sont en solution trop concentrée. Mais il ne suffit pas d'une boisson abondante pour empêcher cette précipitation. En effet, il faudrait être sûr que cette boisson ne s'élimine que par le rein, et non par les intestins ou la peau. Il vaut mieux diminuer la formation de l'acide urique dans l'économie. Cet acide provient directement d'albumines phosphorées, telles que la nucléine des noyaux cellulaires. Il faut donc éviter l'alimentation par la viande ou les tissus organiques et recommander le lait, les œufs, l'albumine végétale. Il faut se rappeler aussi que l'exercice corporel exagère la fabrication de l'acide urique. Enfin, et c'est là un point important, plus l'urine est alcaline, mieux elle dissout l'acide urique.

Dans le traitement des calculs, le médecin allemand conclut que les médicaments coûteux, tels que la piperazine, la lysidine, l'urotropine ne valent pas le bicarbonate de soude et les eaux minérales à bon marché. Il y a aussi un médicament chimique, l'urée, qui dissout l'acide urique, augmente la diurèse et ne coûte pas cher. On fait prendre par jour jusqu'à six drachmes dans huit onces d'eau.

TRAITEMENT DU TIC DOULOUREUX DE LA FACE, extrait d'un article du Dr DANA.—*Post Graduate*. Vol. XI, No 7.

L'auteur, après avoir décrit les symptômes du tic douloureux et constaté l'inefficacité de la plupart des traitements suivis d'ordinaire, rapporte plusieurs guérisons obtenues dans son service au *Post Graduate* par la méthode suivante: 1° injections hypodermiques de strychnine à doses massives; 2° administration de l'iodure de potassium et de la teinture de fer à hautes doses; 3° repos au lit, diète légère et diurétiques.

Voici comment le Dr Dana procède :

1° *Emploi de la strychnine*.—On donne une seule dose de strychnine par jour, en injection hypodermique. On commence habituellement par 1/30 de grain, et l'on augmente lentement pour arriver à donner le quinzième ou le vingtième jour 1/6 à 1/4 de grain. La plupart des patients ne peuvent prendre plus que 1/5 de grain sans avoir de la raideur dans les mâchoires et les jambes, du tremblement et de la nervosité.

Quelquefois les doses très fortes sont mal tolérées, mais c'est assez rare. Il arrive souvent que des doses de 1/15 à 1/5 de grain ont un effet anodin et calme le malade comme une dose de morphine. Quand cet effet calmant se fait sentir, le pronostic est très favorable. Non seulement la douleur est apaisée et le malade s'endort, mais le pouls se ralentit et devient plus fort. Les doses massives de strychnine agissent aussi sur le spasme musculaire, quand il existe, et le font bientôt cesser.

Quand le malade a atteint la dose maximum on continue ainsi pendant une semaine ou dix jours, puis l'on diminue graduellement, de manière à atteindre vers la cinquième ou la sixième semaine la dose initiale. On cesse alors la strychnine.

2° *Emploi des iodures et des toniques*.—On met alors le patient à l'iodure de potassium, 5 grains ter die, augmentant jusqu'à 20 grains, et à la teinture de fer, 5 minimes augmentées si possible jusqu'à 30 minimes et bien diluées. Dans certains cas on remplace l'iodure par le salicylate de potassium, et dans d'autres on ajoute à l'iodure et au fer la nitro-glycerine.

Il faut surveiller aussi les urines, qui contiennent souvent de l'albumine due à une néphrite intersticielle causée par de l'artério-sclérose. Le Dr Dana incrimine cette dernière maladie comme cause du tic douloureux.

3° *Repos au lit*.—Il est très important de tenir le malade au lit afin de lui donner du repos, de maintenir sa température égale et lui permettre de supporter la strychnine sans symptômes désagréables. On maintient la température de la chambre à 68° F., et l'air doit être légèrement humide. Il est utile que le malade n'ait aucune anxiété. Après quatre semaines, le malade sort deux heures par jour, et il reprend ses occupations après six semaines.

À la moindre indication de spasme ou de douleur, il vaut mieux reprendre le traitement, qui sera alors probablement définitif.

LA PALPATION DU CŒUR, analyse d'un article du professeur BARD.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 55.

Pour le professeur Bard, la palpation du cœur ne sert pas seulement à déterminer le siège de la pointe, à apprécier les qualités du choc, le rythme, etc., mais il aide encore à diagnostiquer les différentes lésions valvulaires. La palpation permet d'apprécier: 1° le caractère des contractions du cœur; 2° l'état des parois, des cavités et des valvules.

Les contractions normales sont calmes et régulières. Le cœur nerveux a des contractions vives et sans énergie. Le cœur rénal a des contractions énergiques et soutenues.

Le choc musculaire, le choc du cœur sur la paroi thoracique se fait sentir comme un contact, une pression en un point déterminé, nettement localisé, surtout à la pointe. Lorsque le cœur droit s'hypertrophie à la suite d'une maladie

pulmonaire chronique, le choc du cœur change de place et se rapproche du creux épigastrique, et cela bien avant que les battements épigastriques se fassent sentir. Quand il y a hypertrophie à la suite d'insuffisance aortique, on a sous la paume de la main la sensation d'une boule dure plus ou moins large.

Le claquement des valves détermine une vibration de la paroi thoracique qui n'est pas nettement localisable, mais au contraire diffuse; elle s'atténue à mesure qu'on s'éloigne du centre de production. Quand il y a rétrécissement de la valve mitrale, les vibrations prennent à la pointe une grande intensité.

On doit palper le cœur à pleine main, la paume sur la région de la pointe, les doigts embrassant la plus grande partie possible de la région précordiale, faisant corps aussi exactement que possible avec la paroi thoracique, mais sans pression exagérée, avec une inertie musculaire suffisante pour laisser aux sensations tactiles toute leur puissance. On varie ensuite la position de la main pour explorer la région de la base ou celle du ventricule droit.

L'ÉPOQUE DE LA MORT ET LA DIGESTION, extrait d'une leçon du professeur BROUARDEL, sur la pendaison.—*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1896.

On est persuadé dans le monde, et parmi les avocats, que les matières retrouvées dans l'estomac doivent indiquer l'époque de la mort. C'est une erreur. Tout le monde ne digère pas de la même façon; chez les uns la digestion se fait très vite, chez d'autres elle est au contraire très lente. De plus, selon leur espèce, les aliments sont digérés plus ou moins vite. Le riz reste dix à douze heures dans l'estomac; l'alcool et le café disparaissent avec une rapidité extraordinaire. Supposez qu'une personne ait pris un repas ordinaire: deux œufs, un beefsteak, des pommes de terre frites; elle meurt deux ou trois heures après le repas; on ne retrouve plus de beefsteak dans son estomac; on constatera la présence des œufs et de quelques pommes de terre; si la mort était survenue huit heures après le repas, on ne trouverait plus d'aliment reconnaissable.

Il faut mettre aussi en ligne de compte les dispositions individuelles. Quand on vous demandera à quelle heure remonte la mort, d'après la digestion, vous direz: "L'individu avait l'estomac vide, il n'avait pas mangé depuis plusieurs heures." Ou bien: "Nous avons trouvé dans l'estomac un verre à peu près de matière liquide provenant de la fin de la digestion d'un repas pris six à huit heures avant la mort." Si, dans le contenu de l'estomac, vous trouvez des aliments que vous puissiez reconnaître, des feuilles de salade, des haricots, par exemple, vous noterez le fait.

En général, on peut admettre qu'un estomac est débarrassé de la viande deux à trois heures après son ingestion. C'est là tout ce que vous pouvez dire; ne posez pas de conclusions fermes et surtout n'affirmez pas que le dernier repas pris remonte à telle heure précise; vous pouvez seulement indiquer que le dernier repas semble avoir été pris vers telle ou telle heure; vous répondrez ainsi jusqu'à un certain point à la question qui vous est posée.

LE PRONOSTIC DANS LES MALADIES, extrait d'un discours de Sir Dyce DUCKWORTH à la British Medical Association.—*British Medical Journal*, août 1896

La *British Medical Association* s'est réunie à Carlisle au mois de juillet dernier et Sir Dyce Duckworth a fait un discours sur la médecine dans lequel il s'est plaint du peu d'importance que l'on attache, à l'heure actuelle, au pronostic dans les maladies. "Si nous voulons être grands en médecine, a-t-il dit, nous devons parfois lever les yeux du microscope et des recherches grossissantes du laboratoire et porter nos regards sur un champ plus vaste et plus général; nous pouvons ainsi pénétrer davantage dans l'intimité de la vie humaine et mieux diriger nos actions." En s'attachant trop aux minuties de détail, on perd de vue les lois générales qui gouvernent les faits. Le meilleur témoignage de la vérité d'une science, c'est la capacité de prévoir.

Sir Duckworth passe ensuite en revue les diverses classes de maladies et énumère les principaux symptômes qui indiquent le danger. Dans la fièvre typhoïde, le météorisme, le délire, les soubresauts des tendons et le tremblement annoncent la défaite du symptôme nerveux. Le pouls dicrote précède souvent l'hémorrhagie tardive et est un signe d'épuisement et d'ulcérations intestinales profondes. L'hémorrhagie précoce n'est pas grave. La pneumonie grippale est extrêmement dangereuse. L'érysipèle qui s'établit par le vomissement et un trouble constitutionnel sévère se termine fatalement chez les personnes âgées ou intempérantes. La syphilis bien traitée guérit d'ordinaire, mais l'on ne peut jamais dire s'il ne surviendra pas des manifestations tardives, qui heureusement se laissent influencer par un traitement vigoureux. La péritonite tuberculeuse guérit souvent, la métragite de même nature est mortelle. La diathèse gouteuse empêche la guérison de la phtisie. Le purpura survenant pendant une maladie chronique est du plus mauvais augure. Le cancer de l'estomac est généralement fatal dans l'année qui suit l'établissement du diagnostic. Les cas les plus longs et les moins souffrants sont ceux où aucun des orifices n'est atteint. Quand il survient des symptômes d'intoxication chez un malade souffrant de cirrhose du foie, la mort est proche. Le cancer du foie, dans sa forme la plus lente, amène la mort dans douze ou quinze mois. Le pronostic est devenu meilleur dans les calculs du foie depuis les progrès récents de la chirurgie.

L'herpès des lèvres est le plus souvent un bon signe dans la pneumonie. La maladie est dangereuse chez les ivrognes, ou quand elle occupe les deux poulmons. Les crachats rouille abondants et de couleur claire sont un bon signe, il n'en est pas de même des crachats verdâtres ou bistrés. Quand le nombre des globules blancs du sang augmente avec la fièvre et diminue avec elle, le pronostic est bon.

Dans les maladies valvulaires du cœur, le pronostic repose entièrement sur la nutrition du sujet. Quand le cœur est dilaté, que le muscle est dégénéré, qu'il y a hydrophisie, la respiration de Cheyne-Stokes est un mauvais signe. L'artériosclérose peut ne pas se faire sentir à la radiale ou à la temporale, et cependant exister à l'aorte ou dans les vaisseaux cérébraux. L'anémie guérit pourvu qu'on la soigne par intervalles pendant trois ans.

Le pronostic de l'albuminurie varie pour chaque cas et repose entièrement sur l'état du sujet. De même pour la néphrite chronique. Il y a des cas où l'on a constaté la présence d'albumine et de tubes dans l'urine, pendant plusieurs années, et cependant les malades ont guéri.

Le pronostic des névrites localisées, en général, est bon malgré la longueur du traitement. La guérison du torticolis est rare. L'avenir de la paralysie infantile est assez bon avec le traitement électrique. L'ataxie locomotrice ne se guérit pas. Dans l'apoplexie cérébrale, si la fièvre diminue après le troisième jour et la conscience revient, on peut espérer la guérison. L'albuminurie, le pouls persistant, les plaies de lit sont de mauvais signes. Le pronostic de la chorée est bénin avant la puberté. L'épilepsie qui survient vers les 25 ans est dangereuse; quand elle se déclare sur le tard, vers les 30 à 40 ans, elle est généralement due à la syphilis, et le pronostic en est plus favorable; il est bon chez les enfants. Quand une maladie mentale ne s'améliore pas douze mois après son début, on est en droit de désespérer.

Sir Duckworth termine son discours, que nous avons fort abrégé, en disant que le médecin qui a une longue expérience, qui pose correctement un diagnostic, qui établit un traitement raisonné et intelligent est celui-là qui fera le meilleur pronostic. Il est évident que toute la médecine est là.

LE TRAITEMENT HYDROTHÉRAPIQUE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, extrait du rapport médical pour l'année 1896.—*Rapport annuel de l'Hôpital Victoria à Montréal.*

Durant l'année 1895, on a traité à l'hôpital Victoria 76 cas de fièvre typhoïde, dont 4 sont morts ; 8 de perforation intestinale et 1 de septicémie.

Le traitement employé a été l'hydrothérapie. On a donné les bains gradués, la température étant abaissée rapidement de 85° à 70°. Les patients étaient maintenus dans la baignoire de 10 à 15 minutes, suivant les résultats, toutes les trois heures quand la température se maintenait au-dessus de 102.4°. Avec le temps les patients s'accoutument, et on les immerge à 75° et même à des températures plus basses.

On a traité ainsi 60 patients, dont 4 sont morts. Deux fois on a discontinué les bains à cause d'une hémorrhagie intestinale, une fois à cause d'une douleur névralgique sévère des extrémités inférieures que le traitement semblait aggraver, et deux fois chez des enfants trop réfractaires. Le nombre moyen des bains donnés à chaque patient a été de 22.

Sur les 16 cas où les bains ne furent pas employés, 6 étaient de nature tellement bénigne que le traitement n'était pas indiqué. Dans trois cas, le diagnostic demeura douteux, et l'on retarda le traitement par les bains jusqu'à ce qu'il fut devenu inutile. Deux patients étaient âgés et très affaiblis. Chez une patiente, la grossesse fut regardée comme une contre-indication ; chez une autre, il en fut de même de l'éclampsie puerpérale. Deux malades entrèrent sur le tard à l'hôpital, et l'un des deux fut simplement épongé.

À part une dose préliminaire de calomel et des potions acides de temps en temps, on employa rarement d'autres remèdes. On maintient strictement la diète lactée dans la plupart des cas. Chez quelques uns, cependant, le régime fut adouci à l'aide de thé faible, de café et de bouillon.

La durée moyenne des cas a été de 32.2 jours. La fièvre la plus longue dura 68 jours.

La fièvre et les symptômes ont été bien marqués dans la plupart des cas. Il y a eu une éruption distincte dans 44 cas. Dans 52 cas, la rate était hypertrophiée. La diarrhée n'existait que dans 31 cas, et, règle générale, les malades étaient constipés. Il y a eu 38 fois une recrudescence de la fièvre, et 15 rechutes. La durée moyenne de la rechute était de 13 jours ; la période la plus longue où elle se soit produite a été quinze jours après le retour à la température normale. Dans un seul cas il y eut deux rechutes distinctes. Le retour de la fièvre, dans les cas de rechute, s'accompagnait de nouvelles taches et d'hypertrophie de la rate.

CHIRURGIE

TUBERCULOSE DE LA PAROTIDE, extrait d'un article de MM. LEGUEU, chirurgien des hôpitaux de Paris, et MARIEN, de Montréal.—*La Presse Médicale*, juillet 1896.

MM. Legueu et Marien publient dans cet article un cas très bien étudié de tuberculose isolée de la glande parotide chez une fillette de treize ans. La tumeur, qui datait de trois ans, était grosse comme un noisette et siégeait au niveau du bord antérieur du muscle masséter, sur la joue gauche ; elle était indépendante du muscle, mais adhérait aux parties profondes et à la peau. Molle comme un kyste dermoïde, la tumeur est indolente. Le diagnostic hésite entre un kyste et une adénite, mais la tumeur est enlevée, ce qui produit une fistule salivaire qui se ferme après quelques jours.

L'examen histologique fait constater dans le tissu parotidien inflammé l'existence d'une caverne tuberculeuse et de bacilles de Koch. Il s'agit d'une lésion tuberculeuse ayant pris naissance dans le parenchyme même de la glande : c'est

une gomme de la parotide. L'infection ne s'est faite ni par la peau, ni par les lymphatiques, ni par les vaisseaux, mais par les canaux excréteurs. L'observation est nouvelle et mérite d'être signalée.

LES FAUSSES TUMEURS DE L'ABDOMEN, clinique du professeur POTAIN à la Charité.—*L'Abeille Médicale*, juillet 1896.

Le professeur Potain divise les fausses tumeurs de l'abdomen en deux classes: 1^o les tumeurs dues à un viscère déplacé ou déformé; 2^o les tumeurs apparentes.

La vessie considérablement augmentée de volume, devenue dure et tendue peut former une tumeur sur les côtés de l'hypogastre. La vésicule biliaire considérablement augmentée peut être prise pour un cancer de l'estomac, ou, quand elle est anormalement mobile, pour le rein déplacé. L'S iliaque en état de valvulus peut, par l'accumulation des matières fécales qui en résulte, simuler une volumineuse tumeur.

Le déplacement du rein en avant peut faire croire à une petite tumeur du foie et être ainsi confondu avec un kyste hydatique ou une vésicule distendue; la palpation bimanuelle soigneusement faite permet seule, dans ces conditions, de reconnaître le rein. Une rate volumineuse, dépassant le rebord costal, lorsqu'elle est déplacée dans un sens inaccoutumé, lorsqu'elle siège à l'épigastre ou dans la fausse iliaque, peut être la cause de nombreuses erreurs. La pression déterminée par le corset sur le foie peut étrangler cet organe au niveau du rebord costal au point d'en détacher une partie qui forme alors une tumeur mobile.

Les tumeurs apparentes sont formées par le ventre lui-même.

Chez les femmes très obèses dont la paroi abdominale a conservé toute sa tonicité alors que la peau tombante a perdu, ainsi que le pannicule adipeux, toute élasticité, on peut trouver sous la masse ainsi formée une saillie dure, parfois volumineuse, qui n'est autre que l'abdomen ferme et rétracté.

D'autre fois, la paroi abdominale forme une saillie anormale, circonscrite, qui en impose pour une tumeur à la malade elle-même; il s'agit tout simplement d'une contraction irrégulière des muscles abdominaux déterminant des saillies inégales que l'on peut, chez les hystériques, faire naître ou disparaître avec la plus grande facilité.

Parfois aussi, on a affaire à un malade^o présentant une sensibilité spéciale de l'épigastre, ou un endolorissement de cette région; sous l'influence de la palpation, le ventre supérieur^o des muscles droits antérieurs de l'abdomen se contracte plus énergiquement et offre une résistance plus grande, ce qui lui donne l'aspect d'une tumeur. La tumeur est alors le résultat de la palpation même, et il ne faut pas croire que l'on obtiendra le relâchement des muscles abdominaux en faisant fléchir les cuisses sur le bassin. *

Da Costa a dit que les tumeurs apparentes sont sonores alors que les vraies tumeurs donnent de la matité; les premières seraient en outre très mobiles et de consistance des plus variables. Cependant la dureté, la fixité peuvent appartenir aussi aux fausses tumeurs.

Les muscles droits antérieurs de l'abdomen, dit Potain, sont les fléchisseurs de la colonne vertébrale lombaire; ils sont en rapport fonctionnel, physiologique, avec les mouvements du rachis, et susceptibles de subir la parésie et même l'atrophie chaque fois que les articulations des vertèbres lombaires sont le siège d'une altération quelconque. Il cite le cas d'une jeune fille qui souffrait d'arthrite vertébrale de nature rhumatismale: la perte de tonicité et le relâchement des muscles droits antérieurs de l'abdomen, la contracture des muscles obliques et transverses produisaient un soulèvement avec projection en avant de la partie supérieure de la paroi abdominale, et le foie, chassé par le diaphragme, venait s'y loger. Potain avait diagnostiqué d'abord un kyste hydatique du foie.

Il est important, conclut le professeur, de se rappeler ces faits de fausses tumeurs: il faut y songer pour pouvoir les déceler à l'occasion.

LA GREFFE CUTANÉE ; MÉTHODE ITALIENNE ET MÉTHODE DE THIERSCH, communication de MM. BERGER et RECLUS à la Société de Chirurgie.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 54.

Le Dr Reclus, qui fait la communication, rapporte l'observation de quatre patients qui souffraient de brûlures de la peau très étendues ; ces brûlures furent comblées sur une grande étendue par des lambeaux cutanés (méthode italienne) et le reste de la plaie fut guéri à l'aide de greffes (méthode de Thiersch).

Dans les cas présents, dit Reclus, ni l'une ni l'autre méthode n'aurait suffi à elle seule. En effet, nous n'aurions pu, pour recouvrir ces vastes pertes de substances, trouver assez de peau dans les tissus voisins pour faire la seule greffe italienne qui, d'ailleurs, laisse au point d'emprunt du lambeau des cicatrices qu'il vaut mieux ne pas multiplier. D'autre part, la greffe de Thiersch, excellente pour couvrir de petites pertes de substance, donne, lorsque la surface à recouvrir est trop considérable, des cicatrices précaires, sans résistance, facilement ulcérées. Lorsqu'on veut recouvrir une surface étendue, il faut créer des contreforts solides, et c'est la greffe italienne qui les procure. Les lambeaux italiens épais, peau totale et bien irriguée, forment comme un massif central nutritif sur lesquels s'appuient les greffes fragiles de Thiersch.

Dans la discussion qui a suivi, Michaux, Monod, Kirmisson, Reclus, Schwartz ont insisté sur les précautions préliminaires à prendre pour que la greffe réussisse bien ; il faut abraser les bourgeons charnus à l'aide d'un bistouri ou d'une curette, et il est bon de niveler les bords saillants de la plaie de façon à les transformer en une berge qui reçoive bien le lambeau.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE DU TESTICULE, leçon du professeur TILLAUX, à la Charité.—*La Revue Médicale*, Vol. V, No 107.

La tuberculose testiculaire atteint le plus souvent l'épididyme en respectant le testicule pendant assez longtemps ; ce siège de prédilection la différencie de la syphilis, qui est limitée au testicule, et du cancer, qui envahit le testicule tout entier et forme avec l'épididyme une masse unique.

Le traitement de cette affection sera général et local ; le traitement général est purement médical, le traitement local varie selon les cas ; 1° s'il s'agit d'une lésion suppurative, fistuleuse, avec propagation du côté de la prostate, il faut se borner à combattre l'extension des lésions par des cautérisations profondes, des drainages des fistules et des mèches de gaze iodoformée ; on doit éviter autant que possible la castration, qui entraîne des résultats fâcheux et dont l'hypochondrie est un des moindres. C'est pourquoi les anciens chirurgiens conseillaient la conservation d'un testicule même inutile et qu'ils appelaient un "testicule moral." 2° la lésion n'est pas arrivée à la période de suppuration ; dans ce cas, il faut agir différemment suivant l'âge du malade : si c'est un adulte, expectation, attendre la deuxième période qui peut faire défaut : si au contraire le malade n'a pas plus de 18 à 25 ans, il faut opérer mais en respectant le plus possible les organes sécréteurs ; on obtient de bons résultats par la résection de l'épididyme en conservant ainsi le testicule, qui, bien que sans utilité fonctionnelle, contribuera à la santé générale par la résorption de sa sécrétion.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ PAR LE PERCHLORURE DE FER, article de M. REGHI, reproduit dans le *Bulletin Médical*, Vol. X, No 58.

On sait combien répandue, combien tenace et douloureuse est cette affection vulgaire : l'ongle incarné. Le seul traitement radical a jusqu'ici paru être l'intervention sanglante par un quelconque des nombreux procédés en usage. Il est toutefois des malades qui ne veulent pas s'y soumettre ; voici pour eux un traitement médical qui a donné à M. REGHI trente succès dans trente cas.

Ce traitement consiste simplement en applications journalières d'une solution à 50/100 de perchlorure de fer. On fait tous les jours prendre un bain de pied

au malade et, quand celui-ci a ramolli les croûtes et nettoyé le pus qui infiltre le bord externe de l'ongle, on bourre le fond de l'ulcération ainsi que le sillon ungué-phalangien d'un petit fragment de ouate trempé dans la solution de perchlorure. La même opération se répète deux fois par jour, en prenant bien soin d'enlever la croûte noirâtre qui se forme et d'envelopper l'orteil dans un pansement léger. Les premiers jours, le malade reste au lit; vers le dixième jour, la masse granuleuse disparaît, le fond de l'ulcère se déterge et présente une surface unie et rosée, le bord de l'ongle se sépare nettement de la peau; en une vingtaine de jours la maladie est absolument guérie. Pour éviter une récurrence toutefois, il faut encore pendant quelque temps séparer l'ongle de la peau avec un petit bourrelet de ouate trempé dans le perchlorure.

TRAITEMENT PALLIATIF DES CANCERS DE L'UTÉRUS INOPÉRABLES, clinique du professeur DUPLAY à l'Hôtel-Dieu.—*La Revue Médicale*, vol. V, No 107.

Le traitement palliatif des cancers utérins inopérables vise spécialement les symptômes: douleur, hémorrhagie, écoulements fétides et du même coup les accidents qui en sont les conséquences: l'infection septique et l'hecticité.

La marche de l'infection cancéreuse sera retardée par le relèvement de l'état général au moyen des toniques, des injections de liquides organiques et de sérum artificiel, d'une nourriture substantielle, etc.

En plus la destruction partielle, mais aussi complète que possible, de la masse néoplasique, peut suffisamment combattre la douleur, l'hémorrhagie, les écoulements sanieus et en général l'infection consécutive. Cette destruction doit se faire, soit par l'anse galvanique, les ciseaux, le bistouri, soit (ce qui vaut mieux) par la curette tranchante. Ce curettage doit être aussi complet que possible et il peut se poursuivre dans toutes les anfractuosités et sur tous les points envahis.

Concurremment aux opérations palliatives, on pratiquera la désinfection soignée de la cavité utéro-vaginale par des injections et des pansements antiseptiques.

Ce traitement bien dirigé procure toujours une amélioration et donne parfois des résultats inespérés.

DIAGNOSTIC DE LA COXALGIE AU DÉBUT, par le Dr PUOCAS, de Lille.—*L'Abeille Médicale*, 1896.

Le début de la coxalgie n'est pas toujours facile à dépister. Mais on tombera moins souvent dans l'erreur si, quand un enfant se plaint du genou, on songe à examiner la hanche. La chose est si vraie que la coxalgie au début peut parfois s'accompagner d'un léger épanchement au genou et même d'une sensibilité au niveau de cette région, signes trompeurs qui peuvent faire croire à l'existence d'une arthrite du genou, quand il s'agit en réalité d'une douleur irradiée due à la coxalgie.

Les signes les plus fréquents du début d'une coxalgie sont: la *douleur, irradiée au niveau du genou*, spontanée ou provoquée, la *boiterie* et la *fixation musculaire*.

C'est en somme la douleur qui domine tous les autres symptômes à cette période initiale de la maladie. C'est à cause de la douleur que les muscles, par une sorte de contracture de vigilance, immobilisent le bassin et ne permettent plus le mouvement de flexion de la cuisse, indépendamment du bassin. C'est aussi la douleur qui, directement ou indirectement, par son exacerbation pendant le mouvement et par la contracture musculaire qu'elle entraîne, provoque la *claudication*.

Cette *claudication* peut être imperceptible ou très prononcée. C'est à elle que se rattache le *signe du maquignon*, qui n'est en somme qu'une perception au-

ditive. Le malade, appuyant plus longtemps sur le membre sain et déchargeant d'autant le membre atteint, il en résulte une irrégularité de bruit des deux pas.

Pour constater la *fixation musculaire de la hanche* M. Phocas recommande le procédé suivant : avec le doigt posé au niveau de l'épine iliaque, et l'autre main passée sous la cuisse, il cherche à provoquer un mouvement de flexion de la hanche. Le bassin suit la cuisse dans son mouvement de flexion, s'il existe un certain degré de fixation.

Ces signes sont-ils suffisants pour imposer le diagnostic de coxo-tuberculose ? Parmi les affections articulaires, qui peuvent se cantonner au niveau de la hanche, quelques-unes ont une physionomie bien spéciale : le rhumatisme, l'arthrite sèche, l'ostéomyélite. D'autres se présentent sous un aspect plus effacé et sont bien moins connues, surtout à leur début. Il en est ainsi, par exemple, de la coxalgie dite hystérique, où les douleurs de croissance peuvent imposer au début pour une véritable coxo-tuberculose.

A l'appui de cette proposition M. Phocas a rapporté un certain nombre d'observations, empruntées à sa pratique personnelle, où les malades présentaient au début les signes classiques d'une coxalgie, alors que la marche de la maladie démontra que le diagnostic était autre.

Chez deux fillettes, il s'agissait tout simplement de *douleurs de croissance*, analogues à celles que Bouilly a décrites sous le nom de fièvre de croissance. Il s'agissait d'enfant qui grandissaient beaucoup et sur lesquelles il n'est pas déraisonnable de supposer une certaine suractivité morbide des cartilages de conjugaison.

Chez une grande fille la maladie était caractérisée par l'absence complète de contractures musculaires et par la présence d'une douleur localisée au niveau de la hanche. Mais la douleur a revêtu des caractères très spéciaux. D'abord profonde, elle est devenue peu à peu superficielle, elle s'est extériorisée tout en se diffusant. Et chose très curieuse à remarquer, cette douleur, si vive à la pression, était spontanément nulle. La jeune fille ne se plaignait que d'une certaine fatigue et d'une douleur spontanée localisée aux genoux,

Les caractères de cette douleur rapprochent l'affection de la coxalgie hystérique, mais ils ne sont pas suffisants pour imposer le diagnostic. M. Phocas croit plus volontiers que cette enfant, issue de souche rhumatisante, a eu une légère arthrite de la hanche, qui s'est améliorée par le repos, et a revêtu quelques caractères hystérimorphes.

Comment éviter de pareilles erreurs. Dans tous les cas il y avait une *discordance* dans les symptômes. C'est ainsi, par exemple, qu'il existe dans un cas une douleur ressemblant à celle de la coxalgie et qu'il n'y a pas trace de contracture. La boiterie est disproportionnée à la douleur dans un autre cas. En un mot, quand la *douleur* provoquée ou spontanée, la *boiterie* et les *contractures*, ces trois signes de la coxalgie au début, sont entre eux en désaccord manifeste, ou l'un de ces trois signes prime les deux autres, il y a lieu de penser que peut-être l'affection devant laquelle on se trouve en présence, n'est pas une vraie coxo-tuberculose et le mieux est de réserver le diagnostic, tout en conseillant le repos au lit, sans formuler immédiatement devant la famille le diagnostic désolant de *coxalgie*.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE, leçon du professeur DUPLAY, à l'Hotel-Dieu.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 59.

Après avoir raconté l'histoire de la malade, âgée de dix-huit ans, le professeur ajoute :

Lorsque nous la faisons mettre debout, les talons joints, et que nous l'examinons de dos (car c'est ainsi qu'il convient de procéder tout d'abord à l'examen), nous sommes surtout frappés de la saillie d'une épaule et c'est, en effet, le signe qui attire ordinairement pour la première fois l'attention des parents. L'omoplate droite est repoussée en arrière, et son angle inférieur,

écarté de la ligne médiane, se trouve refoulé en haut et en dehors, ce qui tient à une déformation du côté droit du thorax, qui est bombée à ce niveau et soulève ainsi l'angle inférieur de l'os.

Dans certains cas la saillie des apophyses épineuses est assez prononcée pour permettre de constater immédiatement que la déformation de l'épaule coïncide avec une déviation correspondante de la colonne vertébrale. Lorsque les apophyses épineuses ne sont pas assez saillantes, on fera toujours apparaître nettement la déviation en passant le doigt sur elles avec une certaine force et à diverses reprises, de façon à faire rougir la peau à leur niveau. La ligne des apophyses épineuses devient alors manifeste.

Chez notre malade nous trouvons que la colonne vertébrale présente, dans la partie supérieure de la région dorsale, une courbure latérale anormale, dont la convexité regarde du côté droit. Il existe, en outre, deux autres courbures, dites de compensation, peu accentuées d'ailleurs, et dont la concavité correspond au côté droit; l'une siège dans la région cervicale, et l'autre dans la région lombaire.

Après cet examen, le diagnostic ne saurait être hésitant. Il s'agit évidemment d'une déviation latérale du rachis, avec déformation correspondante du thorax.

Le traitement, dit Duplay, appliqué à bonne heure, est utile. Plus tard, il ne peut servir qu'à empêcher une aggravation de la maladie. Le traitement médical, consiste d'abord à fortifier : fer, arsenic, alimentation reconstituante, séjour à la campagne, au bord de la mer, exercices en plein air, douches froides et chaudes, etc. Il consiste ensuite à tonifier les muscles et à corriger les attitudes vicieuses : massage, électricité, pupitres élevés, lit plat et sans oreiller, exercices de gymnastique, trapèze, etc. Le traitement chirurgical emploie surtout les appareils orthopédiques. Duplay en préconise deux : le corset en cuir moulé et l'appareil plâtré de Sayre.

Le corset en cuir moulé prend un point d'appui solide sur le bassin à l'aide de deux tuteurs métalliques qui, s'appuyant d'une part sur les hanches, sont pourvus, d'autre part, de deux béquillons qui viennent embrasser les aisselles; les deux tuteurs sont mobiles à l'aide d'un appareil de glissement qui permet d'élever les béquillons autant que l'on veut, de sorte que l'on peut, comme si le sujet était en quelque sorte suspendu, obtenir le redressement de la colonne vertébrale; malheureusement les résultats pratiques ne répondent pas tout à fait à la théorie et le but cherché est loin d'être efficacement réalisé, car il suffit au malade d'élever légèrement une épaule pour se soustraire en partie à la pression exercée de bas en haut par les tuteurs métalliques.

L'appareil de Sayre est de beaucoup supérieur. Voici comment on l'applique. Le malade est suspendu par des courroies rembourrées qui passent sous les aisselles, le menton et la nuque. Il est revêtu d'un maillot en coton très bien ajusté, de manière à ne pas faire de plis, et maintenu en outre par des cordons qui passent sur les épaules et sous les cuisses. On a placé à l'avance debout dans un vase des bandes de tarlatane larges de 6 à 7 pouces et imprégnées de plâtre de Paris. On a aussi à sa disposition quatre attelles en zing perforé larges d'un pouce et quart qui serviront à renforcer l'appareil en plâtre.

Avant de commencer, il faut avoir bien soin de ménager certains vides au moyen de tampons de ouate ordinaire de dimensions convenables, qui devront être enlevées après la dissiccation complète du corset. C'est ainsi qu'on garnira d'abord la région mammaire chez les jeunes filles; puis, afin de permettre la distension de l'estomac, on placera un gros coussin dans la région épigastrique. Enfin, on n'oubliera pas de protéger les crêtes iliaques et les épines iliaques antérieures à l'aide d'une couche de ouate suffisante qui devra rester sous l'appareil.

Le malade étant suspendu et les bandes plâtrées recouvertes d'eau, on procède à l'enroulement de ces bandes. Il est bon de se faire aider par un aide pour

aller plus vite. On doit, en roulant les bandes, éviter une faute commune ; c'est de ne pas trop serrer les bandes à la partie inférieure du corset, qui doit être très évasé par le bas, au niveau du coussinet épigastrique, et s'appliquer au contraire très exactement sur les parties latérales, au niveau des épines et des crêtes iliaques. On aura donc le soin, pendant la dessiccation, d'exercer une pression assez vigoureuse sur les épines iliaques antéro-supérieures.

Une fois munis du corset plâtré, les malades ne respirent plus que par le diaphragme ; il faut leur conseiller de ne pas s'asseoir sur un siège trop résistant, ce qui gêne la respiration. Le corset est parfaitement supporté pendant plusieurs mois, et les malades, matin et soir, font des exercices de suspension.

LE CANCER DU RECTUM, discussion à la Société de Chirurgie, juillet 1896.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 59.

M. Chaput avait affirmé devant la Société que l'opération de Kraske pour le cancer du rectum est une opération peu grave et qui donne le plus souvent d'excellents résultats. Divers membres de la société n'ont pas été du même avis.

C'est en se guidant sur l'étendue du mal, a dit M. Quénu, et sur l'état général que l'on se décidera à faire cette intervention, et l'on doit être prévenu que, malgré les indications les plus légitimes, il pourra survenir des échecs, qu'il n'est pas toujours facile de prévoir.

M. Bazy met à profit l'ouverture cutanée iliaque pour explorer la cavité pelvienne ; quand il constate que les ganglions sont dégénérés, au lieu de tenter l'extirpation du cancer, il s'en tient à un simple anus iliaque.

M. Routier est du même avis. S'appuyant de l'autorité de Verneuil, il a pu constater que l'anus iliaque, loin d'augmenter la faiblesse des malades, leur permet de reprendre quelques forces et prolonge leur vie de quelques mois.

Si la tumeur est élevée et immobile, a dit Reclus, pas d'intervention médicale ; l'anus iliaque est seul indiqué. Dans les autres cas on est en droit de tenter quelque intervention.

MM. Berger et Quénu ont signalé le danger d'une intoxication par l'iodoforme, dans les opérations du rectum.

TRAITEMENT PRÉCOCE DU PIED-BOT CONGÉNITAL, résumé d'un article du Dr LEWIS A. SAYRE, de New-York.—*Medical Record*, avril 1896.

Le docteur Sayre s'élève fortement contre le préjugé que l'enfant ne doit pas être opéré "avant d'être assez vieux pour soutenir l'opération." C'est immédiatement après la naissance qu'il faut essayer de corriger les difformités du pied, et voici comment procède l'auteur.

Il saisit le pied entre ses deux mains et l'amène graduellement et très doucement vers la position normale. Durant cette manœuvre, les orteils et la partie antérieure du pied deviennent blancs comme de la neige et tout à fait exsangues. Si l'on maintenait la position trop longtemps, la gêne de la circulation amènerait nécessairement du sphacèle. Aussi, après avoir maintenu le pied pendant quelques secondes, on le laisse revenir à sa première position ; la circulation se rétablit aussitôt. On répète cette manœuvre plusieurs fois et l'on enseigne à la garde à la pratiquer d'une manière convenable chaque quelques heures, et cela jour et nuit.

A part cette manipulation, on fera bien d'envelopper le pied et la jambe avec un bandeau de flanelle, laissant les orteils découvertes pour l'observation, et, quand le pied est rendu aussi près que possible de la position normale sans que la circulation soit gênée, on le fixe avec une bande d'emplâtre adhésif maintenu par un bandage. Le pied est ainsi maintenu graduellement jusqu'à ce qu'il puisse rester dans la position normale sans gêne de la circulation.

Lorsque le pied atteint avec facilité la position normale, on le fixe, ainsi que la jambe, dans un bandage au plâtre de Paris, ce qui vaut mieux que n'im-

porte quelle chaussure, car l'enfant ne peut pas l'enlever. Quand les pieds sont fortement déviés, on prolonge le bandage jusqu'au-dessus du genou.

Dans la plupart des cas traités par cette méthode, l'enfant, quand il sera assez âgé pour se tenir debout, aura un pied dont la plante est parallèle au plancher, et il achèvera lui-même sa guérison par l'exercice. Quelquefois, cependant, il aura besoin de l'aide léger d'une tige de caoutchouc pour lui permettre de tourner ses orteils d'un côté ou de l'autre, suivant les cas.

Il existe cependant des cas où les tissus sont contractés, raccourcis. Il faut alors les sectionner sous la peau, placer le pied dans sa position normale, clore hermétiquement la blessure et immobiliser complètement le membre dans le plâtre de Paris pour quatorze à seize jours. Au bout de ce temps, la plaie s'est cicatrisée et l'exsudat qui unit les deux bouts du tendon sectionné est suffisamment organisé pour permettre les mouvements du pied.

En terminant, le Dr Sayre rappelle avec insistance : 1° qu'il est nécessaire de commencer le traitement dès la naissance ; 2° que dans la correction de cette difformité, aucun instrument ne peut remplacer la main humaine, qu'aucun moyen ne vaut le plâtre de Paris pour maintenir les parties en position. Si la profession veut bien admettre ces faits, dit-il en concluant, nous ne verrons plus qu'un très petit nombre de ces cas hideux de pieds-bots difformes qui exigent la tarsectomie, l'ostéotomie du cunéiforme ou toute autre opération sérieuse maintenant en vogue.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

TRAITEMENT DES ÉROSIONS DU MAMELON PAR LE STÉRÉOSOL, (1) par le Dr ARDEBERT, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Médecine de Bordeaux.—*Archives de Gynécologie*, Vol. XXIII, No 5.

Depuis longtemps, les médecins sont d'accord pour préconiser, avant tout autre procédé, l'allaitement du nouveau-né par la mère, ou à son défaut par une nourrice mercenaire ; c'est là aujourd'hui un véritable axiome. Mais quand on se trouve aux prises avec les difficultés de la pratique, on voit que si le principe est vrai, l'application n'en est pas toujours facile. À ne considérer que le point de vue spécial que j'ai l'intention de traiter maintenant, tous les praticiens se souviennent d'avoir été consultés souvent, très souvent même, par des nourrices atteintes d'ulcérations du mamelon qui compromettent d'abord la régularité et les bons effets, quelquefois même la continuation de l'allaitement. Les enfants sont les premiers à pâtir de cet état de choses et, livrés aux dangers d'une alimentation trop substantielle que leur système digestif est aussi inhabile à assimiler, ils sont pris de vomissements, de diarrhée, d'amaigrissement, en un mot présentent tous les symptômes d'une gastro-entérite, dont le pronostic est parfois fort grave.

Il y a donc un intérêt majeur à combattre et à guérir ces ulcérations, ces gerçures du mamelon. C'est cette pensée qui m'a guidé dans ce travail.

Leurs causes sont multiples : finesse de la peau, malformation du mamelon, trop gros, ombiliqué ou framboisé, suctions répétées qui amènent la macération de l'épiderme, puis son excoriation, suctions brutales et trop avides. Voici les principales.

D'autres fois, ces lésions tiennent à l'inexpérience et à la maladresse des jeunes femmes ; mais le plus souvent elles sont dues au défaut de soins élémentaires de propreté et à la négligence de tout traitement préventif.

(1) Communication faite au Congrès de la Protection de l'Enfance. Bordeaux, août 1895.

A la clinique d'accouchements de l'hôpital Saint-André, j'ai vu très fréquemment se produire ces gerçures et cela bien que toutes les femmes qui y séjournent quelque temps avant leur accouchement soient régulièrement soumises à des lotions alcoolisées quotidiennes sur l'extrémité des seins. Je dois dire que chez ces femmes, hospitalisées depuis quelques jours, les gerçures sont plus rares ; mais il est beaucoup de nos accouchées qui n'entrent à l'hôpital qu'au début même du travail et dans ce cas la prophylaxie est insuffisante pour ne pas dire inutile.

Quoi qu'il en soit, ces gerçures sont très fréquentes ; à la clinique, sur plusieurs centaines de malades que j'ai pu suivre, j'ai noté que plus de la moitié des primipares et le tiers environ de la totalité des femmes qui nourrissent étaient atteintes d'ulcérations douloureuses du mamelon.

C'est, en effet, la douleur qui en est la première, pour ne pas dire la plus importante conséquence. La douleur est presque toujours très vive, au point de déterminer des crises de larmes qui durent tant que l'enfant prend le sein ; cette douleur si vive s'explique par la richesse des terminaisons nerveuses de la région qui sont vivement et péniblement impressionnées pendant la tétée par le contact des lèvres et de la langue du nourrisson. Aussi voit-on des mères, de bonnes mères, décidées cependant à nourrir leur enfant, ajourner d'abord l'heure de la tétée, en écourter la durée, et finalement, devant l'intensité des souffrances, renoncer à l'allaitement ; j'en ai observé des exemples nombreux.

Mais cette complication n'est pas la seule ; que les précautions antiseptiques ne soient pas rigoureuses, que des micro-organismes de nature différente : gonocoques (Bumm), streptocoques, staphylocoques blancs et dorés (Escherich et Plaute) ; d'origine variable : mains de la nourrice ou de la garde, yeux de l'enfant, etc., soient déposés sur la plaie mamelonnaire, ils s'y multiplient, pénètrent dans le réseau lymphatique sous-cutané, puis dans les canaux galactophores, et se trouvent ainsi constituées les lymphangites, galactophorites, mastites, etc., qui obligent de sevrer le nourrisson et réclament trop souvent l'intervention brutale du bistouri.

Sans vouloir décrire tout au long les symptômes de ces gerçures, je dois établir une distinction entre les aspects différents qu'elles présentent suivant leur siège :

1° *A la base du mamelon*, elles sont allongées, linéaires, demi-circulaires ; elles se réunissent quelquefois deux ou trois pour former un cercle complet séparant le tubercule mamelonnaire de l'aréole ;

2° *Au sommet*, elles sont moins longues, mais plus larges, irrégulières et déchiquetées.

Je montrerai plus loin l'importance de cette division. Quel que soit leur siège, elles sont souvent petites, presque insignifiantes et on se laisserait aller à croire que la guérison doit en être très rapide. Il n'en est rien. Dans bien des cas, malgré des traitements sérieux et bien suivis, on les voit persister des semaines entières ; cette persistance tient à ce que chaque succion du nourrisson vient de rouvrir des petites plaies en voie de cicatrisation, à tel point que la suspension de l'allaitement peut seule quelquefois en venir à bout.

Aussi, pour éviter de telles complications, il faut de toute nécessité prescrire à toute femme enceinte un traitement préventif, qui sera exécuté tous les jours pendant les trois derniers mois de la grossesse. On devra aider la formation du mamelon par les excitations, les titillations, voire même les suctions ; si le mamelon est bien constitué, facilement érectile, on pourra se passer de cette manœuvre, mais en tout cas, la femme sera tenue de laver tous les jours ses seins et surtout leur extrémité, soit avec une solution faiblement antiseptique (acide borique, citrique, acétique, phénique), etc. etc., soit simplement avec une solution d'alcool au titre suivant :

Eau stérilisée.....	900 grammes
Alcool à 90°.....	100 —

Les seins seront lavés avec soin, une toile fine ou mieux une mèche de coton hydrophile, trempée dans cette solution, sera promenée à plusieurs reprises sur le mamelon, de façon à pénétrer dans les interstices des papilles, et une autre mèche sera maintenue humide pendant quinze minutes sur la région.

Par ce moyen on pourra éviter le plus souvent les gerçures des premiers jours de l'allaitement.

Mais en présence d'érosions existantes, que doit-on faire ?

Il y a cent traitements pour un ; je ne veux pas essayer de les passer en revue. Voici celui qui est employé à la Clinique et qui a donné de bons résultats :

Lavage minutieux du mamelon après chaque tétée, avec une solution boriquée à 40/0 ; puis sur le mamelon et le sein en entier est appliquée une couche de coton imbibé de la même solution boriquée. Pour que cette couche se maintienne constamment à l'humidité, on la recouvre d'une feuille de gutta-percha. Cette feuille doit dépasser de deux ou trois travers de doigt le pansement sous-jacent.

Le tout est soutenu par la serviette qui passe en sautoir sous la mamelle et vient s'attacher sur l'épaule du côté opposé ; quand on craint qu'un ou plusieurs lobules ne s'engorgent, on a soin de les relever au moyen de petits coussins de coton placés sur le bord axillaire et le bord inférieur de la glande mammaire.

Ce pansement doit être renouvelé fréquemment. Il réussit très souvent, mais nous avons noté cependant quelques échecs ; aussi avons-nous cherché à le modifier. D'autant plus que les tétérelles ordinaires ou même les tétérelles perfectionnées d'Auvard ou de Budin dont l'emploi est surtout indiqué dans les malformations du mamelon ne m'ont pas donné de résultats appréciables pour diminuer la douleur pendant les tétées. L'aspiration nécessaire pour maintenir l'appareil en place fait bâiller les lèvres de la petite plaie et produit ainsi des tiraillements fort douloureux.

J'ai été d'abord frappé de ce fait que les érosions du mamelon guérissent très rapidement quand on suspendait l'allaitement, c'est là une constatation banale ; si, à l'aide d'un procédé quelconque, on pouvait les soustraire à l'action des suctions de l'enfant, la guérison serait rapidement obtenue ; le *desideratum* serait comblé par des produits chimiques analogues au collodion. En partie, le *stérésol*, dont la découverte a été faite par le docteur Barlioz, de Grenoble, à qui nous devons déjà la microcidine. Voici sa composition : c'est une dissolution alcoolique de gomme laque et de benjoin à laquelle on ajoute 10 0/0 de phénol, de la saccharine et de l'essence de cannelle de Chine.

En un mot, c'est un *vernis antiseptique*. Ses propriétés antiseptiques ont été démontrées par MM. Goubeau et Hulot (*Archives de médecine*, septembre 1894). Grâce à sa composition, son emploi présente les avantages suivants :

1° Par ses propriétés antiseptiques, il *hâte la cicatrisation* de la gerçure ;
2° Étendu en mince couche sur la plaie, il l'isole, le met à l'abri des germes extérieurs, et par suite, *prévient les complications septiques*.

3° Il empêche le contact des lèvres de l'enfant avec la surface à vif, par conséquent, *supprime la douleur* et permet à la mère de continuer l'allaitement ;

4° Appliqué seulement sur le point malade il laisse à nu l'ouverture des canaux galactophores et ne s'oppose nullement à l'excrétion du lait.

J'ajouterais qu'il est absolument *inoffensif* pour les nouveau-nés ; la dose d'acide phénique qu'il contient (10 0/0) est insignifiante sur la très minime quantité de stérésol nécessaire pour obturer une gerçure. M. Rousseau Saint-Philippe a cité un cas où un pansement de sein à l'aristol avait provoqué, par irritation, du muguet chez le nourrisson. Avec le stérésol, je n'ai jamais rien observé de semblable,

Je ne crois pas davantage qu'il soit passible du reproche fait à la cocaïne : de diminuer d'abord, puis tarir la sécrétion du lait. Je n'ai pas vu un seul fait me permettant de supposer que le stérésol puisse influencer l'abondance ou la diminution du lait sécrété chaque jour.

Son emploi est surtout indiqué quand les gerçures siègent dans le sillon circulaire qui entoure le mamelon. Dans cette région, qui comme on le sait est le lieu d'élection, aucun canal galactophore ne vient s'ouvrir et on peut sans inconvénient cerner toute la base du mamelon d'une collerette de stérésol. Mais il ne faudrait pas croire que son application doive être limitée à ce niveau. On peut s'en servir aussi avec succès quand le sommet du tubercule mamelonnaire est atteint d'érosion ; il faut seulement dans ce cas veiller à ce que le liquide ne soit déposé que sur le point malade entre les papilles et n'empiète pas sur l'orifice des canaux voisins. En se servant d'un petit pinceau à extrémité déliée, analogue à ceux qu'on emploie dans la peinture sur porcelaine, ou mieux encore d'un morceau de bois taillé en pointe, on arrive facilement à éviter cet inconvénient.

Du reste, l'usage du stérésol est des plus simples ; il doit toujours être précédé d'un nettoyage minutieux du sein, du mamelon et de la gerçure en particulier, avec une solution boricuée. On sèche avec du coton aseptique et après avoir rapproché les lèvres de l'érosion on les réunit à l'aide d'une mince couche de stérésol ; dix minutes après, seconde couche, que l'on laisse sécher quelques instants encore, et un quart d'heure après la nourrice est parfaitement apte à donner le sein.

Aucun pansement contentif n'est nécessaire. Les serviettes et bandages de corps employés pour maintenir les pansements sur le sein sont inutiles et on n'y aura recours que s'il y a menace d'engorgement.

La seule contre-indication que je lui reconnaisse est la multiplicité des érosions mamelonnaires ; dans ce cas, on serait obligé de couvrir toute la surface du mamelon et partant d'oblitérer tous les orifices galactophoriques, et on supprimerait *ipso facto* l'écoulement du lait.

Ce traitement m'a réussi si souvent, d'une façon si complète, ses avantages en sont si frappants, son innocuité si absolue, que je n'hésite pas à le soumettre à l'appréciation de vous tous, Messieurs, qui avez fait de la protection des nouveau-nés l'objet de vos travaux et de votre sollicitude, et à qui rien de ce qui touche l'hygiène de l'enfance ne saurait rester étranger.

RUPTURE DES SYMPHYSES PENDANT L'ACCOUCHEMENT.—

M. CHAVANE attire l'attention de la Société sur un accident rare aujourd'hui, la rupture des symphyse pendant l'accouchement. Il s'agit d'une primipare âgée de 28 ans dont la grossesse normale ne fut troublée que par quelques douleurs dans le bas-ventre. Le 11 juin dernier les douleurs apparaissent ; le ventre est très volumineux ; il y a de l'œdème sous-pubien. Le fœtus, dont la tête n'est pas encore engagée, se présente en D T ; liquide amniotique peu abondant.

Le bassin est symétrique, régulier ; le diamètre promonto-sous pubien égale 10.9. Le travail marche très lentement ; la femme très agitée souffre énormément, et, le 14 juin, la poche des eaux étant rompue depuis le matin et le fœtus étant en souffrance, nous donnons le chloroforme et faisons une application oblique du petit forceps Tarnier. Les tractions sont faites directement en bas et seulement pendant les contractions. La tête descend un peu et se fléchit légèrement. A la troisième traction, un craquement très net est entendu ; quelques secondes après un nouveau craquement. La tête descend et l'accouchement se termine rapidement ; l'enfant du sexe féminin pèse 4,500 grammes et vit. La délivrance se fait normalement.

L'examen de l'enfant nous montre que les craquements entendus n'ont pas été produits par un enfoncement du crâne. D'autre part, il n'existe pas de déchirure du vagin ni de la fourchette ; la vessie ne renferme pas de sang ; mais il est facile de constater entre les pubis un écartement de 3 cent. environ. Le diagnostic de rupture de la symphyse pubienne s'imposait. Les suites de couches nous ont donné la certitude que les craquements avaient porté, l'un sur la symphyse sacro-iliaque droite, l'autre sur la symphyse pubienne. L'écartement

de la symphyse était, le lendemain, de 2 cent. La symphyse sacro-iliaque droite était très douloureuse. Le membre droit était immobilisé, en abduction légère et rotation en dehors. Nous plaçons autour du bassin une ceinture large qui fait six fois le tour du corps.

Les suites de couches ont été simples, les rapprochements des symphyses a été facile, les symptômes douloureux du côté de l'articulation sacro-iliaque droite sont allés en diminuant et le 21^e jour la malade pouvait se lever et marcher un peu. Aujourd'hui la malade se fatigue encore assez vite, mais elle a repris sa vie ordinaire. La fesse droite est seulement un peu plus volumineuse que la gauche et l'interligne articulaire sacro-iliaque est encore un peu douloureux.

Cette observation nous a paru intéressante parce qu'elle montre qu'on peut rencontrer des bassins rétrécis là où on les soupçonne le moins. De plus, j'ai calculé que les tractions exercées sur le forceps n'ont pas dépassé 30 kilogr., chiffre relativement faible.

M. CHARPENTIER.—On trouve dans la thèse de Bailly un certain nombre d'observations de rupture des symphyses. Dans ses observations la moyenne des tractions exercées sur les forceps a varié entre 50 et 60 kilogr. Or, dans l'observation de M. Chavane, celles-ci n'ont pas dépassé 30 kilogr. Il y avait probablement chez cette femme une prédisposition toute particulière liée peut-être à un état des os.—*Revue des maladies des femmes.*

SUR LES PESSAIRES, (MENDES DE LÉON.—*The American Journal of Obstetrics*, février 1896).

Dans le traitement des déviations utérines, le pessaire est un peu trop délaissé à cause des progrès considérables de la gynécologie opératoire. En France surtout les jeunes chirurgiens, éblouis par les succès de Péan, Segond, Richelot et autres, ont une confiance aveugle dans l'hystérectomie vaginale et vont si loin dans leur enthousiasme débordant qu'ils ont recourus à ce traitement violent non seulement dans les tumeurs utérines et les suppurations pelviennes, mais encore dans les cas de simple prolapsus ou de rétrodéviations de l'utérus.

Pour l'auteur, le pessaire devrait toujours demeurer la base du traitement; du reste, les meilleures opérations ne sont pas toujours couronnées de succès, et toutes les malades ne sont pas disposées à se laisser opérer; dans ces conditions, le traitement palliatif est le seul possible; le pessaire est absolument inoffensif; les méfaits dont on l'accuse proviennent uniquement de la négligence ou de l'inexpérience de ceux qui l'emploient; comme Mundé le fait remarquer avec beaucoup de raison, le pessaire bien choisi et bien appliqué est non seulement utile, mais encore indispensable.

Quelles sont les conditions que doit remplir un pessaire ?

1^o Il doit replacer l'utérus en position normale ;

2^o Il doit procurer un soulagement complet, et cela sans que la malade s'aperçoive de sa présence ;

3^o Il ne doit pas irriter la muqueuse vaginale.

Il est reconnu que les femmes qui portent un pessaire ont souvent de la leucorrhée, cause d'eczéma et de prurit; quelquefois les sécrétions deviennent sanguinolentes et même fétides; enfin il arrive que l'on observe des ulcérations vaginales. Ces complications reconnaissent pour cause un vice de forme ou de volume du pessaire, la substance qui le compose, et la négligence. Un bon pessaire doit être parfaitement lisse, poli et très léger; le pessaire en caoutchouc renfermant un ressort métallique est sujet à s'altérer sous l'influence de la chaleur du corps ou des sécrétions génitales: le ressort peut perforer son enveloppe et blesser les parois vaginales. La meilleure matière pour un pessaire est le caoutchouc durci préparé d'après la formule de Prochownik, se ramollissant dans l'eau bouillante et durcissant de nouveau dans l'eau froide, ce qui permet de corriger sur place le moindre vice de forme; quant aux pessaires métalliques,

seuls ceux en or et en aluminium sont recommandables, tous les autres étant trop lourds.

L'auteur préconise surtout le pessaire de Schultze pour le prolapsus de l'utérus, ceux de Hodge et de Thomas pour la rétroversion ; le pessaire de Graily Hewitt en usage pour l'antéflexion augmenterait la dysurie, loin d'y porter remède.

Quelle que soit sa forme, le pessaire ne doit jamais s'appuyer sur le bassin osseux, le périoste ne supportant pas la pression d'un corps dur. Les muscles du plancher pelvien dont le plus important est le releveur de l'anus, le vagin et le rectum, représentent le véritable point d'appui et suffisent pour empêcher le déplacement du pessaire pendant la miction ou la défécation.

Quelles sont les indications du pessaire ? Il faut éliminer ici tous les processus inflammatoires, comme la périmétrite chronique, qui immobilisent les déplacements ; l'antéflexion pathologique reconnaît presque toujours pour principal facteur la paramétrite postérieure, de sorte que le pessaire ne servirait à rien. Dans les prolapsus de l'utérus et les colpocèles, surtout s'il existe en même temps une hypertrophie du col, il peut amener un grand soulagement, mais ne procure jamais la guérison complète ; dans les cas, d'insuffisance du périnée ou de trop grandes dimensions du vagin, il arrive que le pessaire se déplace à la moindre augmentation de pression intra-abdominale, comme le rire ou l'éternuement ; d'autre part un pessaire trop volumineux devient une cause de douleur, en sorte que l'opération est inévitable. Mais le pessaire est très utile dans les rétrodéviations mobiles : on voit à chaque instant des malades souffrant de douleurs, lassitude, désordres pelviens et dépression nerveuse guéris comme par enchantement ; il est vrai qu'après le traitement, l'utérus retourne souvent à sa position anormale, mais on ne doit pas oublier que l'emploi du pessaire constitue un moyen palliatif et que les symptômes ne sont ordinairement pas assez graves pour justifier une opération plus radicale en même temps que plus grave.

(*La Semaine gynécolog.*)

Le *sanoforme* est un succédané de l'iodoforme, moins efficace il est vrai, mais sans odeur et sans danger.

Glénard prétend que la mobilité respiratoire du rein se rencontre 22 fois sur 100 femmes et que le rein mobile est indolent à la pression, quand il n'est pas malade.

Le Dr H. A. Wickers, de Londres, emploie l'hyposulfite de soude dans le traitement local de la diphtérie avec d'excellents résultats. Trois ou quatre applications suffisent généralement pour faire disparaître les membranes. On prépare la solution en mêlant ensemble parties égales de glycérine pure et d'une solution saturée d'hyposulfite de soude dans de l'eau, et l'on applique cette préparation avec un pinceau sur les membranes et les amygdales inflammées. On renouvelle les applications aussi souvent qu'il est nécessaire. Non seulement la glycérine rend la solution plus adhérente, mais encore elle diminue cette tumescence de la membrane muqueuse qui semble si favorable à l'accroissement de l'exsudat. Il est probable que l'action germicide de l'hyposulfite s'exerce de la manière suivante : les sécrétions acides de la bouche et de la gorge provoquent une décomposition chimique qui met en liberté du soufre et de l'acide sulfureux, ce dernier corps se convertit graduellement par oxydation en acide sulfurique, et se décompose ainsi une nouvelle quantité d'hyposulfite ; et ainsi de suite jusqu'à ce que l'hyposulfite soit épuisé. Naturellement, ce traitement local n'empêche aucunement le traitement général.

REVUE D'HYGIÈNE

LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET LES HOSPICES D'ENFANTS TROUVÉS — La loi française définit les enfants trouvés : "Ceux qui, nés de pères et mères inconnus, ont été trouvés exposés dans un lieu quelconque ou portés dans les hospices destinés à les recevoir." Que de choses dans ces quelques lignes ! L'enfant trouvé est une épave de la société qui n'a pas même de nom. Il entre à la dérive dans la vie humaine et va s'échouer naturellement à l'hospice. Personne pour s'intéresser à lui et lui préparer un avenir. Pas de famille, pas de coin du feu, rien de ce qui fait la joie des enfants. Sa vie est misérable, car elle s'écoule sans affection.

Cependant l'enfant trouvé ne peut pas rester abandonné. Il faut que quelqu'un le prenne sous sa protection. En France, le gouvernement s'est chargé de la chose. Tout mineur de l'un ou l'autre sexe qui se trouve abandonné, délaissé ou maltraité est, de plein droit, sous la protection de l'autorité publique, qui se charge de le faire élever, de lui faire donner son éducation et de le placer ensuite définitivement. Aux États-Unis, les enfants trouvés sont sous la surveillance du "State Board of Charities," qui n'est au fond que le représentant du gouvernement. Au Canada, le gouvernement s'occupe à peine de la question ; il ne subventionne même pas (ou à peine) les hospices et ne s'intéresse, dans ses lois, qu'aux écoles de correction. Nous croyons que c'est une erreur. Le gouvernement devrait non seulement payer pour la correction des enfants criminels, mais encore, et avec beaucoup plus de raison, subventionner les hospices où l'on élève les enfants trouvés.

Sans doute l'enfant criminel mérite l'intérêt et la pitié, car bien souvent sa corruption est due à la négligence de ses parents. Mais l'enfant abandonné mérite de plus la sympathie, car il est innocent de tout ce qui a pu arriver. Comment fera-t-il pour vivre et grandir s'il n'a pas tous les soins attentifs et éclairés qu'un enfant doit recevoir ?

À Montréal, les enfants trouvés sont recueillis dans des hospices spéciaux tenus par les sœurs de la charité. Ils y reçoivent des soins dévoués et assidus, mais ils manquent des soins scientifiques et spéciaux que nécessite souvent leur état. Si le gouvernement voulait subventionner ces hospices, et les mettre en état de faire les dépenses voulues, il leur serait très facile d'avoir toutes les améliorations modernes et de recourir aux renseignements des spécialistes. La santé de ces enfants n'en serait que meilleure. Nous avons souvent entendu dire que les enfants trouvés ont une santé fort débile parce que les parents sont porteurs de maladies graves et héréditaires. C'est une hypothèse que certains cas justifient sans doute, mais qu'il serait dangereux de généraliser. Un enfant, qu'il soit trouvé ou non, placé dans de bonnes conditions hygiéniques, grandira avec vigueur et développera une bonne constitution. S'il survient chez lui quelques traces d'hérédité, c'est précisément pendant qu'il est jeune qu'on pourra y porter remède. Mais naturellement, tout cela demande des connaissances spéciales que l'on n'acquiert que par l'étude et la pratique.

La question de capacité une fois établie, il en reste une autre aussi importante à considérer dans la protection de l'enfance : c'est la sécurité des enfants. C'est une question qui se pose naturellement à tous ceux qui ont la charge d'être vivants. Il faut non seulement les soigner quand ils sont malades et les mettre dans les meilleures conditions possibles pour qu'ils grandissent et se fortifient, mais il faut encore protéger leur personne. C'est un devoir pour celui qui a charge d'âmes, et cette protection ne peut s'exercer qu'à l'aide de la

surveillance la plus rigoureuse. Bien entendu, parmi les dangers qui menacent les enfants, surtout lorsqu'ils sont réunis en grand nombre dans un hospice, nous plaçons au premier rang la contagion des maladies.

Donc, si l'on veut donner à l'enfant trouvé toutes les chances possibles de vivre, il lui faut des soins éclairés et la protection d'une autorité responsable.

La question qui prime toutes les autres, lorsqu'on parle des enfants, c'est celle de l'allaitement. Il faut, pour qu'un enfant vive, que l'allaitement soit bien fait. Les progrès récents de la science médicale et l'expérience nous ont appris que la nourriture idéale, c'est le lait maternel (voir notre livraison de juin), qu'on ne peut remplacer avantageusement que par du lait stérilisé. Lait de femme ou lait stérilisé, voilà les deux conditions essentielles à la bonne digestion du bébé. Or, peut-il être question, dans les hospices, du lait de femme. Certainement que oui, dans une certaine mesure. Il est évident que le sevrage s'impose à bonne heure ; mais l'on pourrait obliger les mères (filles ou femmes) à allaiter leur enfant pendant un temps déterminé, et à leur défaut se servir de nourrices, comme cela se pratique dans la plupart des grandes villes : la mère qui accouche à la maternité allaite son enfant pendant les quelques semaines qu'elle demeure dans l'établissement, tandis que les bébés déposés à l'hospice sont allaités par des femmes pauvres qui, pour une somme modique, vont chaque jour donner le soin au poupon qu'on leur confie. Il est évident que ceci demande toute une organisation, mais quels bienfaits n'en résulte-t-il pas pour la santé des nouveau-nés !

Si la stérilisation du lait est assez simple dans les familles, elle demande, pour être faite d'une manière efficace dans les établissements un peu considérables, une installation particulière placée sous le contrôle d'une personne compétente. Car il s'agit non seulement de surveiller le fonctionnement des appareils, mais il faut encore que cette personne puisse fixer le nombre des repas, la quantité de lait à donner, les modifications qu'il peut être nécessaire de faire subir au lait dans un cas donné, etc. Tout cela demande du savoir et de l'expérience.

La question de l'hygiène des enfants est aussi passablement compliquée. Il y a la propreté de l'enfant, qui demande des soins assidus et une surveillance de tous les instants. Il y a la question du bain, dont il faut fixer la durée, la fréquence, le degré de chaleur, et qu'il est souvent à propos de modifier en y ajoutant certaines substances ou certains médicaments. Il y a la question de la promenade quotidienne, la question de la température de la chambre et de sa ventilation, la question des vêtements, qui est toujours importante chez les jeunes enfants.

Lorsque ceux-ci deviennent malades, les choses se compliquent davantage. Car les enfants ne sont pas malades de la même manière que les grandes personnes, et ils ont besoin d'un traitement assidu et spécial. Il est donc, dans les crèches, nécessaire d'organiser des infirmeries. De plus, dans ces agglomérations d'enfants, survient la question de l'isolement : on ne saurait songer à laisser les maladies épidémiques se propager dans un milieu aussi facile, où elles font des ravages énormes.

Enfin il y a la grande question de l'affermage des enfants, où les responsabilités se trouvent partagées par une tierce personne. C'est une pratique assez fréquente dans les hospices d'enfants trouvés de confier un ou plusieurs bébés à des familles qui demeurent le plus souvent à la campagne, et qui se chargent de ces enfants pour une somme fixée à l'avance. C'est alors que se présentent dans toute leur rigueur les questions de capacité et de sécurité. Il est évident qu'avant d'enlever l'enfant du milieu bien organisé de la crèche, il faudrait s'assurer que ces familles ont bien le savoir nécessaire et même une bonne volonté suffisante pour donner des soins assidus au bébé. Il faudrait s'assurer aussi que ces familles ne sont pas d'une pauvreté telle qu'il leur soit impossible de donner à l'enfant tout ce dont il a besoin. Il s'agit enfin d'être sûr que la

maison où on va porter le bébé sera dans un milieu hygiénique aussi salubre que l'asile qu'il vient de quitter.

Cette question de la protection des enfants trouvés est tellement importante que nous voudrions que le gouvernement aidât nos hospices à la résoudre d'une manière satisfaisante en permettant à ces établissements, par des subventions suffisantes, de s'organiser d'une manière complète, et de se munir de tous les appareils qui nécessitent une hygiène infantile minutieuse. Nous voudrions aussi que tous ces établissements fussent sous le contrôle médical pour ce qui s'agit de partie scientifique, et c'est là encore qu'une allocation soit du gouvernement, soit de la ville, aurait son utilité en permettant aux directeurs des hospices de confier la direction scientifique de leurs établissements à des hommes qui sont au courant de cette partie de l'hygiène particulière. On pourrait même, si l'on voulait, tout en laissant les hospices entre les mains dévouées qui les dirigent, confier l'administration scientifique au bureau médical de nos différents hôpitaux, qui pourraient ainsi faire connaître dans leurs rapports annuels les résultats bons ou mauvais de l'hospitalisation des enfants trouvés. Lorsqu'il s'agirait de placer les enfants à la campagne, on demanderait aux bureaux d'hygiène les renseignements voulus sur la sécurité de tel ou tel placement.

Ce ne sont là, naturellement, que des suggestions faites au courant de la plume, mais le sujet mériterait certainement d'être étudié d'une manière complète. La protection de l'enfance est une question sociale de premier ordre, et le soin avec lequel on s'efforce de la mettre en pratique chez les différents peuples est une preuve de civilisation et de philanthropie. Nous serions heureux de voir les autorités provinciales et civiles aider nos communautés religieuses à perfectionner l'œuvre humanitaire qu'elles accomplissent depuis si longtemps avec un dévouement incontestable.

LE FILTRAGE DE L'APPROVISIONNEMENT D'EAU.—Le Dr George H. Rohé, de Baltimore, dans un discours sur la médecine sanitaire fait à l'Association Médicale Américaine, disait dernièrement que le problème le plus important qui se pose à l'heure actuelle dans les villes américaines, c'est incontestablement l'approvisionnement d'eau pure. Après avoir parlé de la propagation de la fièvre typhoïde par l'eau de boisson, et avoir dit que la mortalité par cette maladie, dans vingt-cinq des principales villes des États-Unis, est de 39.6 par 100,000 habitants, l'auteur fait ressortir la difficulté d'amener dans une ville, surtout d'une certaine distance, une eau absolument pure. Il ne voit que deux moyens prophylactiques: prévenir autant que possible la contamination de l'eau par les matières excrémentielles et les égoûts, purifier l'eau après qu'elle a été contaminée.

Le premier de ces moyens a été mis en pratique par la ville de New-York, qui a acheté, le long des courants d'eau qui approvisionnent la ville, de grandes étendues de terrain afin d'empêcher qu'on y dépose des saletés, et par Chicago qui, à l'aide de tuyaux, va chercher son eau de boisson dans le lac Michigan, à quatre milles du rivage. C'est après l'épidémie de fièvre typhoïde de 1839-93, qui fit tant de ravages, que la ville de l'ouest prit cette résolution, et depuis, la mortalité par cette maladie est tombée de 159.7 par 100,000 en 1891 à 31.4 par 100,000 en 1894.

En Europe, la purification de l'eau s'obtient dans nombre de places par la filtration. A Londres, on filtre l'eau depuis plus de quarante ans. Les filtres de Berlin s'étendent sur une longueur de trente acres. Cette question de la filtration de l'eau a été étudiée avec soin à Providence, Rhode Island, et surtout à Lawrence, dans le Massachusetts. L'opinion qui en est résulté parmi les ingénieurs sanitaires, c'est que la filtration par le sable, là où elle peut être adoptée, est celle qui donne les meilleurs résultats et qui coûte le moins cher.

REVUE DE PÉDIATRIE

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

TRAITEMENT DU RACHITISME

Par le Dr A.-B. MARFAN.

L'expérience apprend que, dans le traitement du rachitisme, l'hygiène doit jouer le rôle principal, que les médicaments n'ont qu'une influence secondaire.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE.—Il importe avant tout de régler l'alimentation. Presque tous les sujets qui sont devenus rachitiques ont été allaités d'une manière défectueuse. Après avoir fait une enquête, on formulera des conseils aussi précis que possible.

L'enfant est-il allaité au sein ou par une nourrice? On prescrira de l'allaiter exclusivement au sein s'il est âgé de moins d'une année, et on réglera les tétées avec un soin minutieux au point de vue de leur nombre et de leurs intervalles. Le sevrage devra être retardé jusqu'au quinzième et dix-huitième mois.

L'enfant est-il allaité au biberon? S'il est âgé de moins de six mois, on lui donnera, si on le peut, une bonne nourrice. Dans le cas contraire, on l'allaitera avec du lait stérilisé de bonne qualité, coupé avec discernement, donné dans un biberon propre, en quantité voulue, ni trop grande ni trop faible, à des intervalles de trois heures pendant le jour et une seule fois la nuit. On ne prescrira d'aliments autres que le lait qu'après le douzième ou le quinzième mois; encore faudra-t-il que l'état des fonctions digestives le permette.

On surveillera aussi avec soin le régime de vie.

L'enfant doit être tenu au repos, étendu sur un matelas un peu dur (erin ou varech); ce serait l'exposer à des déformations graves que de le stimuler à marcher et de le tenir longtemps sur les bras. Afin que le séjour au lit ne soit pas trop pénible, il faut changer l'enfant de position et le mettre tantôt sur le dos et tantôt sur le côté. S'il existe des cranio tabès, on fera reposer la tête sur un petit coussin, percé d'un trou à son centre, pour éviter la pression sur l'occipital ou le pariétal. La chambre doit être propre, aérée, ensoleillée, car l'étiologie nous a appris que l'habitation dans des logements étroits, mal éclairés et mal ventilés, favorise le développement du rachitisme. C'est pourquoi il faut aussi faire sortir l'enfant, non pas porté dans les bras, mais couché avec précaution dans une petite voiture. Le séjour à la campagne, dans une logement salubre, dans une région chaude, sèche, élevée, ou le séjour au bord de la mer conviennent à merveille aux enfants rachitiques; l'atmosphère marine possède en particulier la plus bienfaisante influence surtout lorsque son action est longtemps prolongée.

La cure par les eaux salées chaudes, on le sait depuis longtemps, produit d'excellents effets dans le rachitisme; à Salies-de-Béarn, les petits noués s'améliorent rapidement: en deux ou trois mois leurs membres se redressent, les sutures crâniennes se forment et les fontanelles s'oblitérent. Les bains de mer ont des effets analogues, mais on ne peut les prescrire qu'aux enfants âgés de plus de deux ans.

Il n'est pas toujours possible d'envoyer les rachitiques à la mer ou dans une station thermale. Dans ce cas, on obtiendra cependant une partie des profits de la balnéation, si on leur fait prendre, deux ou trois fois par semaine, des bains salés à domicile (une poignée, puis un kilo de gros sel de cuisine pour 5⁰ à 60 litres d'eau. Si le sel irrite la peau délicate des nourrissons, on se contentera de bains avec 150 grammes de carbonate de soude et 5 grammes d'alcool de lavande (Bouchat). Lorsque la peau est intacte et qu'il n'y a pas d'hyperesthésie générale, des frictions stimulantes seront faites au sortir du bain avec un morceau de flanelle imbibé d'eau de Cologne, ou de baume de Fioraventi, ou d'alcool de lavande, ou simplement d'eau vinaigrée.

MÉDICAMENTS ANTIRACHITIQUES.—Comme médicaments antirachitiques, on a vanté l'huile de foie de morue, le phosphate de chaux, le phosphate. L'huile de foie de morue est universellement employée depuis que Bretonneau et Trousseau en ont conseillé l'usage. On doit employer de préférence l'huile fauve; on la donne d'abord à la dose de deux cuillerées à café par jour; puis on augmente progressivement et l'on peut arriver à deux cuillerées à soupe par jour. L'huile de foie de morue n'est pas facilement prise par les enfants et l'on est obligé d'user de beaucoup d'artifices pour la leur faire accepter. Trousseau pensait que l'huile de foie de morue agissait surtout comme corps gras; c'est pourquoi il ordonnait souvent le beurre, auquel il attribuait une influence analogue. Mais, à son efficacité de corps gras, l'huile de foie de morue joint la propriété d'être un stimulant de la nutrition, ainsi que cela résulte des recherches de MM. Armand Gautier et Mourgues.

Les préparations phosphatées calciques sont très usitées. Malgré son insolubilité, le phosphate de chaux est prescrit journellement. M. J. Simon l'administre en poudre, à la dose d'une pincée déposée directement sur les aliments ou délayée dans de l'eau et pense qu'il devient soluble dans l'estomac, grâce à l'acidité du suc gastrique, en se transformant en chlorhydrophosphate. On emploie également les préparations solubles, le sirop de lactophosphate ou de chlorhydrophosphate de chaux de Codex, que l'on donne à la dose de une à trois cuillerées à café par jour. Je me suis servi aussi d'une préparation où l'huile de foie de morue est associée au sirop de lactophosphate de chaux au moyen d'une émulsion. Cette préparation est d'un goût moins désagréable que l'huile de foie de morue pure et elle est bien supportée. En voici la formule :

Gomme adragante.....*	10	grammes
Solution de lactophosphate de chaux à 50 p. 100....	150	—
Sirop de lactophosphate de chaux à 50 p. 100.....	350	—
Huile de foie de morue.....	500	—
Alcolature de zeste de citron.....*	20	—

Quatre cuillerées par jour, avant les têtes ou les repas.

On a proposé de faire absorber le phosphate de chaux en alimentant l'enfant avec ce qu'on appelle le *lait phosphaté naturel* (lait d'une vache qui absorbe tous les jours 80 grammes de phosphate de chaux ou d'une chèvre qui en absorbe tous les jours 30 grammes); mais, d'après M. Duclaux, il serait douteux qu'on puisse rendre le lait plus riche en faisant absorber à l'animal plus de phosphates.

Dans ces derniers temps, on s'est préoccupé de la forme sous laquelle les phosphates étaient les mieux assimilables. Les uns ont avancé que c'est le *glycérophosphate de chaux*; nous avons administré ce remède à quelques rachitiques; les résultats nous ont paru assez favorables; mais nous recommandons de l'employer à doses faibles (10 à 15 centigrammes au plus) sous peine de provoquer des phénomènes d'excitation nerveuse.

M. Vaudin a montré que, dans le fait normal, le phosphate tribasique de chaux est maintenu en solution par les citrates alcalins en présence du lactose; on a donc proposé d'administrer aux rachitiques une solution de phosphate

tribasique, de citrates alcalins et de sucre de lait. Nous n'avons aucune expérience de ce traitement.

Kassowitz s'est fait le promoteur du traitement du rachitisme par le phosphore en solution dans l'huile. Wegner et Kassowitz ont montré, par des expériences sur les animaux, que le phosphore donné à petites doses amène une ischémie osseuse; qu'à doses élevées, il engendre de l'hyperhémie osseuse et crée des lésions comparables à celles du rachitisme. Kassowitz en conclut que le phosphore, à petites doses, devait amener l'amélioration ou la guérison des manifestations rachitiques. Il prescrit donc l'huile phosphorée et obtint des résultats qui lui permirent d'affirmer que le traitement du rachitisme par cette préparation a la valeur d'un traitement spécifique. Voici comment il le prescrit.

La formule la plus simple et la moins coûteuse est l'huile de foie de morue phosphorée au dix-millième :

Phosphore.....	1 centigramme
Huile de foie de morue.....	100 grammes

Une cuillerée à café par jour.

Comme le pharmacien ne saurait peser une aussi petite quantité de phosphore, il aura une solution mère concentrée de phosphore (0.20) dans l'huile d'amandes douces (100 grammes); 5 grammes de cette solution contiennent 1 centigr. de Ph. et donnent avec 95 grammes d'huile de foie de morue la solution au dix millième.

Quand l'enfant ne veut pas prendre la solution formulée plus haut, on peut en varier la formule comme il suit :

Phosphore.....	1 centigramme
Huile de foie de morue.....	100 grammes
Saccharine.....	5 —
Essence de citron.....	11 gouttes

ou bien :

Phosphore.....	1 centigramme
Lipanine ..	30 grammes
Sucre blanc.....	} aa 15 —
Gomme arabique.....	
Eau distillée.....	40 —

Une cuillerée à café par jour de l'une ou de l'autre solution.

Avec ce traitement on obtiendrait, d'après Kassowitz, des résultats merveilleux; au bout de deux ou trois semaines, l'état général deviendrait excellent et les déformations osseuses commenceraient à s'effacer. D'autres médecins n'ont pas eu le même succès. M. Comby, après avoir essayé la médication phosphorée, s'en est déclaré l'adversaire. M. L. Guinon a constaté qu'elle améliore rapidement l'état général, mais qu'elle n'agit pas d'une manière évidente sur les déformations osseuses; il a remarqué qu'au début du traitement, il survient parfois une aggravation des troubles digestifs, qui d'ailleurs est passagère et ne doit pas faire suspendre l'usage du remède. Les conclusions de M. L. Guinon me semblent exactes; l'huile phosphorée n'est pas un spécifique du rachitisme; mais elle paraît être un des meilleurs remèdes à prescrire pour combattre cette maladie.

Enfin, on a recommandé d'adjoindre le fer aux remèdes précédents quand les rachitiques sont pâles et anémiques.

Voici deux formules :

Phosphate de chaux.....	6 grammes
Hémoglobine.....	60 centigr.

Mélez et divisez en vingt paquets, deux à quatre par jours dans les bouillies ou le lait (MARAGLIANO).

Carbonate de chaux précipité.....	32 grammes
Phosphate de chaux.....	15 —
Lactate de fer.....	3 —
Sucre de lait.....	50 —

Une pincée deux ou trois fois par jour dans le lait ou les bouillies.

En Italie, quelques médecins ont appliqué l'électricité au traitement du rachitisme. Tedeschi et Bonadei se sont servis de l'électrisation galvanique de la moelle. Sagretti a adopté le bain hydro-électrique en localisant son action sur la moelle. Nous ne possédons aucun fait nous permettant de juger de l'efficacité de ce traitement.

En cas de complication du rachitisme par l'affection scorbutiforme des nourrissons, M. Barlow se loue beaucoup d'avoir ajouté au lait des aliments réputés anti-scorbutiques, il conseille de donner dans la journée, à doses fractionnées, une cuillerée à soupe de jus d'orange ou de raisin; M. Heubner conseille de faire prendre le jus de viande dans du vin de Malaga, et au régime de M. Barlow, il joint les purées de légumes. D'après M. Barlow, les résultats de cette thérapeutique sont tellement nets qu'on peut s'en servir comme moyen de diagnostic dans les cas douteux où, chez les enfants rachitiques, la sensibilité des membres est hors de proportion avec les lésions osseuses, l'amélioration rapide sous l'influence du régime antiscorbutique montrerait qu'il s'agit d'un rachitisme hémorrhagique.

Quelle est la conduite à tenir eu égard aux déformations osseuses? Deux cas se présentent: ou la maladie est encore en évolution, ou elle est guérie.

Dans le premier cas, on n'oubliera pas que des déformations, même assez prononcées, peuvent disparaître avec les traitements hygiéniques et pharmaceutiques bien dirigés et longtemps poursuivis et que le redressement spontané peut être espéré tant que l'enfant n'a pas passé la cinquième année. On ne doit donc pas faire appel à la chirurgie avant cet âge; tout au plus peut-on intervenir avec des moyens orthopédiques pour favoriser le redressement de certaines incurvations trop accusées des membres (attelles matelassées, fixées avec des lacs modérément serrés).

Après la cinquième année, les déformations qui persistent encore sont d'ordinaire définitives. Cependant, d'après Hanke, les bains d'air comprimé peuvent modifier heureusement la déformation thoracique. Pour les déformations des membres, il est rare qu'on réussisse à les redresser avec l'orthopédie ou la gymnastique. Lorsqu'elles siègent au membre inférieur et qu'elles sont une cause de gêne pour la marche, le chirurgien a le droit d'intervenir: c'est à lui de décider s'il faut faire l'ostéoclasie ou l'ostéotomie.—(Rev. des Mal. de l'Enfance.)

ÉTUDE DE 284 CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ENFANTS, par J. LOVETT MARSH. *Boston med. and surgic. Journ.*, 27 février 1896.—L'étude purement clinique de l'auteur porte sur 284 cas de fièvre typhoïde chez des enfants soignés à Boston City Hospital du 1er janvier 1882 au 1er janvier 1885. Trois d'entre eux étaient âgés de moins de 5 ans (2 ans et demi, 3 ans et 3 ans et demi); les autres étaient âgés de 5 à 15 ans.

D'après l'auteur, la fièvre typhoïde est plus fréquente entre 5 et 10 ans, qu'entre 10 et 15 ans et fournit une mortalité moyenne de 6 p. 100, c'est à-dire deux fois moins élevée que celle des typhiques adultes. Cette mortalité augmente avec l'âge, et dans les cas observés par l'auteur elle a été de 0 p. 100 au-dessous de 5 ans, de 1, 3 p. 100 de 5 à 10 ans, de 7, 8 p. 100 de 10 à 15 ans.

La marche de la fièvre typhoïde est plus bénigne chez les enfants que chez

les adultes ce qui dépend probablement de la gravité moindre des lésions intestinales. Le début est aigu chez un tiers des enfants âgés de 5 à 10 ans et chez un cinquième des enfants âgés de 10 à 14 ans. L'épistaxis s'observe dans la moitié des cas et est souvent grave.

La durée de la fièvre typhoïde chez les enfants est d'autant moins longue que l'enfant est plus jeune. Le nombre des cas où la fièvre typhoïde ne dure pas plus de dix jours est deux fois plus grand chez les enfants de 5 à 10 ans que chez les enfants de 10 à 15 ans.

La courbe thermique est moins typique que chez les adultes et la seconde période caractérisée par les grandes oscillations de la température, fait défaut dans 50 p. 100 des cas chez les enfants de 5 à 10 ans, dans 40 p. 100 des cas chez les enfants de 10 à 15 ans. La rechute est moins fréquente chez les enfants que chez les adultes et présente la même marche que ces derniers.

Les vomissements au début sont fréquents chez les enfants et ne disparaissent pas toujours au cours de la fièvre typhoïde. Ils n'ont pas de signification fâcheuse. La constipation, surtout chez les jeunes enfants est plus fréquente que la diarrhée. Le ballonnement du ventre existe dans 50 à 70 p. 100 des cas et est particulièrement fréquent chez les jeunes enfants. La sensibilité, les douleurs de l'abdomen sont rarement bien accusées et existent dans la moitié des cas environ. L'hémorragie intestinale a été observée 9 fois, chez les enfants au-dessus de 10 ans, et s'est terminée 6 fois par la mort. La perforation de l'intestin n'a pas été observée une seule fois.

La roséole a existé dans 60 à 70 p. 100 des cas, l'hypertrophie de la rate dans 80 à 90 p. 100 des cas. Cette hypertrophie le plus souvent modérée peut atteindre des dimensions considérables, elle est particulièrement fréquente chez les jeunes enfants.

La bronchite a été observée dans 40 p. 100 des cas, dans certains cas ses symptômes étaient accusés au point de masquer la fièvre typhoïde. Parmi les autres complications pulmonaires, on a noté la bronchopneumonie (4 cas), la pleurésie sèche (2 cas), l'abcès du poumon (2 cas). Du côté du cœur on a constaté la présence des souffles systoliques, 8 fois (soit 10 p. 100) chez les enfants de 5 à 10 ans; 35 fois (soit 12 p. 100) chez les enfants de 10 à 15 ans. Dans 15 cas le souffle était localisé à la base, dans 18 cas à la pointe; dans 10 cas il s'entendait dans toute la région précordiale. La faiblesse du cœur a été notée 3 fois pendant la période fébrile et 5 fois pendant la convalescence. Sur trois enfants cardiaques, un a présenté au cours de la fièvre typhoïde une hémiplegie.

La céphalalgie a existé dans 75 p. 100 des cas, mais était intense seulement dans quelques cas, les symptômes nerveux dans 25 p. 100 des cas. Les symptômes d'excitation méningée étaient assez fréquents, principalement chez les jeunes enfants, 2 fois on a noté de l'aphasie, 8 fois la névrite qui quatre fois était localisée à la face postérieure des membres inférieurs.

L'albuminurie a été constatée dans 31 p. 100 chez les enfants de 5 à 10 ans et dans 37 p. 100 des cas chez les enfants de 10 à 15 ans, la présence des cylindres urinaires dans 21 p. 100 des cas chez les albuminuriques du premier groupe et dans 32 p. 100 des cas chez les albuminuriques du second groupe.

Parmi les complications observées l'auteur cite l'otite muqueuse suppurée (12 cas), la furonculose (15 cas), le décubitus (4 cas), les abcès (5 cas), la parotidite (6 cas), la coxalgie (1 cas), la conjonctive (1 cas), l'hémorragie nasale violente (1 cas).—(*Rev. des Mal. de l'Enfance.*)

L'ÉCOUVILLONNAGE DU LARYNX DANS LE CROUP MEMBRANEUX A L'AIDE DU TUBE DE O'DWYER MODIFIÉ, par VARIOT, et BAYEUX. *Soc. méd. des hôp.*, 3 juillet 1896.—Les deux communications tendent à montrer que l'on peut s'abstenir du tubage permanent dans le croup et le remplacer par le tubage rapide et temporaire, soit pour dilater, soit pour écouvillonner le larynx. L'introduction du tube dans le croup très membraneux

est fréquemment suivi du bourrage des membranes, refoulées dans la trachée; la lumière du tube est immédiatement obstruée, l'asphyxie est imminente; les enfants, pris d'efforts de toux, rejettent le tube spontanément, et, tout de suite après, des moules membraneux. Après cette expulsion du tube et des membranes, les enfants sont soulagés, la respiration est régularisée, et il devient inutile de laisser le tube à demeure.

Partant de ces données, on peut appliquer systématiquement l'écouvillonnage du larynx dans les diphtéries très membraneuses, à l'aide du tube de O'Dwyer modifié.

Pour reconnaître les diphtéries avec moules membraneux laryngo-trachéaux épais, le meilleur signe est la sensation de bourrage des membranes et la suffocation par obstruction immédiate du tube. Ceci constitue, du reste, l'écouvillonnage. Puis, sous l'influence des efforts de toux ou des mouvements de respiration artificielle, le moule membraneux, décollé par le cathétérisme du larynx, est expulsé, la respiration se régularise.

On peut donc envisager l'écouvillonnage du larynx comme un moyen d'étendre l'emploi du tube à des cas où le tubage proprement dit est inapplicable: lorsque les membranes sont bourrées dans la trachée; lorsqu'elles se reproduisent immédiatement, il faut faire plusieurs écouvillonnages successifs. Cependant il ne faut pas multiplier les tentatives au delà de trois ou quatre.

SUR LA CODÉINE COMME ADJUVANT DE LA DILATATION DE LA GLOTTE DANS LE CROUP, par VARIOT. *Société médicale des hôpitaux*, 3 juillet 1896.—L'auteur a proposé, avec M. Glover, d'employer le tube de O'Dwyer comme cathéter dilateur, pour vaincre le spasme de la glotte dans certaines formes de laryngite diphtérique.

Fréquemment, on constate qu'en laissant le tube trois ou quatre minutes dans le larynx d'enfants qui ont un spasme violent de la glotte avec suffocation, et, en retirant le tube immédiatement, on obtient une cessation du spasme phréno-glottique, avec une régularisation relative des mouvements respiratoires.

Quelquefois le spasme a cédé, et la régularisation des mouvements respiratoires est définitive. Cette dilatation active et extemporanée de la glotte est plus efficace chez les enfants au-dessus de deux ans, et chez ceux qui ont des laryngites diphtériques peu membraneuses, avec toux rauque et voix claire. Le spasme glottique est alors l'élément prédominant et menaçant dans le croup: si, par le cathétérisme, on dilate les cordes vocales, on produit un soulagement immédiat et plus ou moins persistant après le retrait du tube.

Mais le retour du spasme est à craindre après la dilatation avec le tube de O'Dwyer. Au-dessus de deux ans cependant, les enfants sont moins sujets au laryngisme, et on peut alors substituer au cathétérisme permanent, le cathétérisme extemporané, du moins dans certains cas.

On évite ainsi les inconvénients graves du tube laissé en place dans le larynx: obstruction du tube par les mucosités, troubles de la déglutition, ulcérations cricoïdiennes.

Il serait fort utile d'employer des agents calmants pour empêcher le retour du spasme. Il semble que l'administration bien réglée de la codéine a pour effet de calmer les crises spasmodiques, et, probablement aussi, de prévenir le retour des grands accès de suffocation, après la dilatation extemporanée de la glotte.

Revue des mal. de l'enf.

Les Docteurs Ausset et Rouzé publient dans la *Revue de Médecine*, juillet 1896, un cas de septicémie puerpérale très grave guéri avec quatre injections de sérum de Marmorek, soit 50 c.c. en tout.

FORMULAIRE

RÉGIME ALIMENTAIRE DES BRIGTIQUES.

Les repas du brightique se calculent d'après son poids. Il faut que les aliments qu'on lui donne chaque jour représentent pour chaque 2½ livres (kilogramme) de son poids, 5 grains d'azote et 75 grains de carbone. Trois pintes et demie de lait, quatre œufs et un quart de livre de jambon par jour constituent un bon régime mixte.

Voici des formules de repas de brightiques. On peut les modifier suivant les cas.

Repas du matin.

Lait.....	1 pinte.
Viande.....	5 onces.
Pain blanc.....	8 onces.
Œuf.....	1.
Légume frais.....	4 onces.

Repas du soir.

Lait.....	1 pinte.
Pain blanc.....	8 onces.
Riz	3½ onces.
Jambon.....	2 onces.
Œufs.....	2.

Au milieu du jour, 3½ onces de châtaignes dans un peu de lait et 2½ onces de chocolat compléteront la ration alimentaire de la journée.

On constate que le régime du malade est efficace quand la quantité des urines reste normale, l'albumine est au minimum, le cœur régulier, avec un rythme de galop peu accentué, quand les forces restent suffisantes, les œdèmes peu prononcés, l'anémie modérée, quand les signes d'intoxication font défaut (céphalée, troubles respiratoires).

J. TEISSIER.

Rhume des foins :

Trois causes : tempérament neuro-arthritique, hyperesthésie de la pituitaire (essentielle ou due à des lésions nasales), irritation de la membrane par le contact de poussières ou l'impression d'odeurs déterminées.

1o Soustraire le malade à la cause qui détermine l'accès.

Le meilleur moyen est encore de rester chez soi. Lorgnon à verres fumés, tampons de ouate dans les narines, pulvérisation intra-nasale d'huile de vaseline.

2o Médication générale.

Alcalins : bicarbonate de soude, sulfate de quinine à petites doses.

Moderateurs du système nerveux : valériane, belladone et surtout antipyrine.

3o Supprimer l'hyperesthésie nasale.

En plein accès, pulvérisations intra-nasales d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/100.

Dans l'intervalle des accès, traitement chirurgical : enlever les polypes

réduire les cornets, aplanir les cloisons déviées, cautérisation des zones hyperesthésiques (galvan-cautère, acide acétique cristallisable, électrolyse).

MARCEL LERMOYEZ.

Asthme :

Au moment de la crise, on débarrasse le malade de tout vêtement qui pourrait gêner le thorax (col, cravate, corset), on recouvre les épaules et les jambes d'un châle ou d'une couverture, on aère largement la chambre et l'on pratique une injection sous-cutanée de morphine. On fait ensuite fumer au malade une à deux cigarettes anti-asthmatiques, et l'on entretiendra dans la chambre des fumées venant de la combustion de ces papiers médicamenteux.

Cigarettes anti-asthmatiques.

Feuilles de belladone.....	} ââ 75 grs.
“ de sauge.....	
“ de stramonium.....	
“ de digitale.....	
Teinture de benjoin.....	1 $\frac{1}{3}$ once.
Sel de nitre.....	2 $\frac{1}{2}$ onces.
Eau.....	2 $\frac{1}{5}$ livres.

On fait une décoction de ces plantes, on ajoute le sel de nitre et le benjoin, pour immerger ensuite, feuille à feuille, une main de papier brouillard, on fait sécher et on coupe en rectangle format cigarette.

Cigarettes de belladone

Introduire dans une cigarette 15 $\frac{1}{2}$ grains de poudre de feuilles de belladone.

Le lendemain de la crise, on prescrira le bromure de sodium, à la dose d'une demi à un drachme, à prendre en trois fois dans les douze heures. On fera bien de prolonger le remède plusieurs jours.

En dehors des accès, il faut faire prendre au malade, et cela d'une manière périodique, l'arsenic et l'iodure de sodium.

Eau distillée.....	10 onces
Arséniate de soude.....	1 $\frac{2}{3}$ grain

F. S. A.—Solution.

Sig.—Une cuillerée à soupe une fois par jour avant le principal repas.

Elixir anti-asthmatique de Green

Décoction de polygala (3 drachmes pour 1 livre d'eau).....	3 $\frac{1}{2}$ onces
Teinture de lobélie.....	} ââ.....
Teinture d'opium camphré... }	
Iodure de potasse.....	2 drachmes

M. S. A.—Deux ou trois cuillerées à soupe par jour. A prendre vingt jours par mois, pendant plusieurs mois.

ERNEST BARIÉ.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef : - *Dr E. P. BENOIT*

MONTREAL, SEPTEMBRE 1896

BULLETIN MÉDICAL

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.

Le 26 juin dernier, le Dr Fernand Widal annonçait à la Société des Hôpitaux de Paris que les découvertes récentes de Pfeiffer et Koll, deux médecins allemands, lui avaient permis d'établir une méthode nouvelle de diagnostic de la fièvre typhoïde. Le principe de cette méthode était de rechercher si le sang du malade exerce une action destructive sur le germe de la maladie. La mise en pratique consistait en ceci : ajouter à une culture en bouillon de bacilles d'Eberth, dans la proportion de 1 pour 10, du sérum sanguin pris au malade, et constater, quelques minutes après, sous le microscope, que les microbes, perdant tout signe de vie, sont agglutinés en amas inertes dans la préparation. C'était tout simplement répéter, par une expérience hardie, la lutte qui se passait alors dans l'organisme du malade, c'était saisir l'immunisation sur le vif. L'on comprend l'importance de la découverte, qui jette un jour nouveau sur ce qui se passe dans l'organisme humain durant les maladies infectieuses, ou plutôt qui ne fait que confirmer des théories déjà émises. Ainsi donc, la réaction de l'organisme est non seulement cellulaire, elle est non seulement phagocytaire, mais encore elle est humorale. C'est-à-dire : l'organisme se défend non seulement en multipliant les globules blancs du sang, non seulement en modifiant la fonction intime de ses cellules, mais encore en altérant ses humeurs de manière à les rendre microbicides. Le fait est d'autant plus intéressant à constater que, dans la fièvre typhoïde, il n'y a pas de leucocytose.

La nouvelle découverte est le plus grand témoignage apporté, depuis la sérothérapie de la diphtérie, à l'exactitude des données médicales modernes. C'est de plus un exemple frappant de l'utilité de la médecine expérimentale, ou, si vous aimez mieux, de la médecine de laboratoire. Voyez ce microbe qui, au contact du sérum, perd sa vitalité et devient inerte ; regardez ce malade brûlant de fièvre lutter pendant vingt-un jours. Saisissez-vous le rapport intime qui unit les deux phénomènes ? Vous assistez d'un côté à la lutte, à la maladie, vous

voyez de l'autre le résultat final, et c'est la médecine expérimentale qui vous démontre comment s'établit la victoire de l'organisme. C'est avec des faits comme celui-là que l'on est en train de révolutionner la médecine moderne. Nous leur devons déjà la sérothérapie.

Le séro-diagnostic ne guérira pas un malade de plus, c'est certain. Mais combien de cas douteux où il permettra de faire un diagnostic positif : si ce n'est pas le remède, c'est la voie qui y conduit. Ecoutez Dieulafoy à l'Académie de Médecine (7 juillet) : "Voici par exemple un jeune garçon de 20 ans ; il a été pris il y a quelques jours de fièvre, de céphalalgies violentes, de vomissements ; il tousse, l'auscultation de la poitrine dénote des râles sibilants disséminés ; la température atteint le soir 40° ; il n'y a point d'épistaxis, point de diarrhée, l'insomnie est persistante, et on se demande, avec anxiété, si l'on se trouve en face d'une fièvre typhoïde, maladie le plus souvent curable, ou en face d'un granulé, maladie presque fatalement mortelle. Sur quoi baser le diagnostic ? Sur la courbe de la température ? Mais elle est loin de suivre dans l'un et l'autre cas le schéma classique que nous lui connaissons. Sur les taches rosées lenticulaires ? Mais elles n'ont point encore apparu et ne paraîtront peut-être pas. Et cependant les râles augmentent, la dyspnée apparaît, tout fait redouter la granulé, les jours se succèdent, et le diagnostic reste incertain. Qui de nous, je le répète, en pareille circonstance n'a pas souhaité avoir à son service un moyen sûr de diagnostic ? Eh bien, ce moyen, nous le possédons, M. Widal nous l'a donné."

Il est très simple ce moyen, et facile à appliquer, mais dans un laboratoire, bien entendu. Vous avez du bouillon dans lequel vous avez cultivé des microbes de la fièvre typhoïde (il est toujours facile de s'en procurer dans un hôpital). Vous recueillez dans une éprouvette, après avoir piqué le doigt du malade, 8 à 10 gouttes de sang que vous laissez reposer pour recueillir, au bout de quelques minutes, le sérum seulement. "Si (nous citons la communication du Dr Widal) à dix gouttes d'une culture en bouillon de bacille d'Eberth, on ajoute une goutte de sérum ainsi obtenu, on peut, au bout de quelques minutes, si le sérum provient d'un typhique, constater, sous le microscope, les agglomérats microbiens caractéristiques." Ces agglomérats, à l'œil nu, apparaissent comme une fine poussière formant un précipité d'autant plus abondant que la maladie est plus ancienne et la forme plus grave. "Une goutte examinée, après vingt-quatre heures, sans coloration ni fixation, déposée simplement sur une lamelle que l'on renverse ensuite sur une lame, offre un aspect caractéristique. Les bacilles, au lieu de s'agiter en tous les points de la préparation, animés en tous sens des mouvements les plus variés, sont groupés, agglutinés les uns aux autres, en amas, formant des îlots séparés par de larges espaces vides où l'on trouve, encore souvent, quelques éléments mobiles et isolés."

Pour marquer combien l'action du sérum sur les microbes est rapide et forte, Widal ajoute qu'il suffit de laisser tomber une goutte de sang dans une éprouvette contenant dix gouttes d'une culture en bouillon de bacille typhique pour avoir la réaction.

Formation d'un précipité visible à l'œil nu, immobilisation, agglomération

et déformation des microbes, telle est l'action du sérum immunisé sur le bouillon de culture.

Au Congrès français de Médecine qui s'est tenu à Nancy au commencement du mois d'août, le Dr Widal a pu donner des renseignements complémentaires. L'action du sérum sur le bouillon ne se fait sentir qu'après la première semaine de la maladie, plus souvent dès le cinquième jour. Il ajoute : "La date d'apparition semble varier d'un sujet à l'autre et ne paraît pas être toujours en rapport avec la gravité de la maladie. Les sérums des typhoïdiques ne réagissent pas tous avec la même intensité sur les bacilles d'Eberth. Nous ignorons les raisons sans doute fort complexes qui font varier l'activité de la propriété agglutinative. Le degré d'intoxication, l'impressinnabilité plus ou moins grande du sérum de chacun de nous vis à-vis les toxines microbiennes qui imprègnent l'économie au cours de la fièvre typhoïde sont sans doute en cause. C'est ici que la personnalité du malade reprend ses droits et, avec ce que nous savons de la clinique, on peut prévoir une sorte d'idiosyncrasie, ne laissant, par exception, apparaître le phénomène que très tardivement, ou même, à la rigueur, pouvant le faire manquer."

Jusqu'à présent, la réaction n'a jamais fait défaut. Rendu (Soc. des Hôp. 3 juillet), a pu, à l'aide de la nouvelle méthode, déceler une fausse fièvre typhoïde chez une femme de 22 ans qui guérit très vite. Achard (Soc. des Hôp. 24 juillet) a rapporté aussi six cas intéressants : chez trois des malades où l'on soupçonnait la fièvre typhoïde l'épreuve par le sérum fut négative ; deux malades guérirent en quelques jours, le troisième souffrait d'un embarras gastrique fébrile. Chez les trois autres malades, le diagnostic était incertain, on pensait même chez l'un à une fièvre muqueuse : chez tous les trois le sérum dénonça la fièvre typhoïde. Achard trouve la nouvelle méthode de diagnostic bien plus simple et plus facile que la recherche, assez longue et assez minutieuse, des microbes dans les selles ou, par ponction, dans la rate. Enfin Dieulafoy faisait remarquer à l'Académie de Médecine que ce procédé rapide permettrait de reconnaître un cas indécis de fièvre typhoïde des maladies suivantes : fièvre synoque, fièvre gastrique, fièvre saisonnière, fièvre muqueuse, typhoïdette, grippe infectieuse, pneumotypus, endocardite infectieuse, granulé, typhus ambulatorius, typhus levisimus, typhus abortif, méningite, typhus cérébro-spinal, infection paludéenne. Ce sont des cas où il est très important de préciser le diagnostic.

Au point de vue pratique, le séro-diagnostic est facile à faire, pourvu que l'on ait un microscope. Il suffit de se procurer dans un laboratoire quelconque, à l'hôpital, par exemple, une culture de microbe, et de prendre au malade quelques gouttes de sang ; on pourra ainsi constater chez soi le phénomène de l'agglutination. Puis il a y toujours la ressource, dans un cas important, d'avoir recours à un spécialiste. Aussi nous ne doutons pas que dans bien des cas difficiles l'on aura recours au séro-diagnostic, du moins dans les villes.

Mais, et nous revenons là-dessus, c'est surtout au point de vue scientifique que la nouvelle méthode a de l'importance ; elle confirme la résistance de l'organisme par l'immunisation des humeurs. C'est tellement vrai que Widal, dans sa dernière communication au Congrès de Médecine, a fait connaître les recherches

de MM. Sicard, Achard, Bensaude, ainsi que les sciences propres, recherches qui établissent d'une manière positive que l'urine, les larmes et le lait chez la femme ont la même action destructive sur le bacille d'Eberth que le sérum du sang. Qui sait si cette découverte récente n'ouvre pas le chemin à une plus grande encore? Après avoir forcé le sérum à révéler au monde savant l'action intime des toxines éberthiennes dans l'organisme, action qui, grâce à l'activité cellulaire, peut tourner vers l'immunisation et devenir défavorable au microbe, on obligera ce même sérum à agir sur le bacille d'Eberth à son point d'implantation sur la muqueuse intestinale, comme Roux l'a fait pour le bacille de Klebs-Loeffler dans la gorge, et alors, après avoir fait du séro-diagnostic, on fera de la sérothérapie.

La sérothérapie de la consommation.

Au Congrès de Médecine tenu à Nancy du 6 au 12 août dernier, la première question à l'ordre du jour était : Des applications des sérums sanguins au traitement des maladies. Le rapporteur, M. Roger, a passé en revue les différentes maladies où l'on a essayé le traitement sérothérapique, et il constate, pour ce qui regarde la tuberculose du poumon, que les résultats obtenus par Maragliano, de Gênes, sont fort encourageants. La communication du médecin italien, faite l'année dernière à Bordeaux, avait été accueillie en France avec froideur, parce que, durant le Congrès même, Maragliano faisait annoncer ses découvertes en Angleterre, à l'assemblée de l'Association Médicale Anglaise, et les faisait aussi publier dans certains journaux suisses ou italiens, nous avons oublié lesquels. On soupçonnait une réclame habilement faite en faveur du sanitarium que le savant dirige à Gênes. Or, si l'on en croit M. Roger, Maragliano a réellement fait faire un pas sérieux à la question. Il a découvert que les cultures tuberculeuses renferment deux sortes de substances toxiques : les unes, qu'on obtient en concentrant la culture à 100°. sont représentées par les protéines, provenant du corps des bacilles ; ce sont les substances qu'on trouve dans la lymphe de Koch ; les autres qu'on prépare en concentrant dans le vide à 30° la culture filtrée sur la bougie de porcelaine, se sont surtout des toxalbumines. Ce deuxième liquide a une action toute opposée à la tuberculine de Koch ; au lieu de provoquer la fièvre, il fait mourir les animaux dans le collapsus. On sait que les médecins vétérinaires emploient la tuberculine de Koch comme moyen de diagnostic : quand une vache inoculée a de la fièvre, c'est que ses poumons sont atteints.

Maragliano a constaté que 17 gouttes de sa culture empêche la lymphe de Koch de produire la fièvre. Il inocule donc à des animaux, chèvres, ânes, chevaux, un mélange des deux cultures dans la proportion de 3 pour 1, et à doses croissantes, et il réussit de cette manière en six mois à immuniser ces animaux, dont le sérum rend insensible à l'action de la tuberculine.

Le traitement consiste à injecter 17 minimes (1 c. c.) tous les deux jours ; dans les cas fébriles, où il ne se produit pas d'abaissement de la température, on arrive aux doses de une drachme et demi à trois drachmes ; si la fièvre disparaît, on revient à la dose de 17 minimes ; on y revient même quand les hautes doses n'ont pas enrayé le processus fébrile. On devra arrêter en cas d'hémoptysie.

Un grand nombre de médecins se sont servis du sérum de Maragliano et les

observations sont assez favorables à la méthode. Maragliano lui-même a soigné 422 malades qui lui ont donné 16 0/0 de guérison. Voici sa statistique :

Aggravation et mort.....	8.25 pour cent.
Etat stationnaire.....	25.21 “
Amélioration.....	48.05 “
Guérison.....	16.26 “

Roger termine son rapport en disant qu'il serait évidemment prématuré de conclure que le sérum de Maragliano est le vrai spécifique de la tuberculose, qu'il est capable d'enrayer le processus morbide. “De nombreux faits négatifs empêchent un pareil optimisme. Ce qu'il faut reconnaître, c'est que le médicament aux doses indiquées par l'auteur ne semble pas dangereux et est parfois efficace ; son usage n'est pas à dédaigner, s'il réussit dans quelques cas.”

COURRIER DES HOPITAUX

HOTEL-DIEU

Notes du Dr J. P. Roux, médecin interne.

Les beaux jours de l'été n'ont guère diminué le nombre des malades à l'hôpital, les salles ont toujours été presque continuellement remplies. Durant les deux derniers mois 746 patients internes ont été traités à l'Hôtel-Dieu, 203 des mois précédents et 543 nouveaux admis. De ce nombre il en reste 206, 517 ont été congédiés et 21 ont succombé aux affections suivantes ; 5 d'affections organiques du cœur, 4 de tuberculose pulmonaire, 3 de cancer de l'utérus, 3 de cancer des intestins, 2 de fièvre typhoïde, 1 de péritonite aiguë, 1 de gangrène sénile, 1 de néphrite épithéliale et 1 d'hémorrhagie cérébrale.

En médecine il n'y a rien eu de bien digne d'attirer l'attention. La fièvre typhoïde semble sévir moins fortement que l'an dernier. Cette année nous n'en avons eu que six, tandis que l'année précédente à pareille époque nous en avons déjà renvoyé 18 guéris et nous en avons 12 sous traitement. L'an dernier sur 43 typhoïdiques 2 ont succombé à des complications cérébrales et cette année sur 6 deux déjà ont succombé aux mêmes complications, deux jours après leur entrée à l'hôpital.

Les opérations en chirurgie n'ont pas été bien nombreuses, les chirurgiens se contentant d'opérer les cas urgents renvoyant les autres à une époque où les grandes chaleurs ne viendront pas compromettre le succès des opérations. Parmi les plus importantes il y a eu : 2 hystérectomies, une abdominale et une vaginale ; 3 amputations, une de la jambe au tiers inférieur et deux de la cuisse au tiers inférieur aussi, 4 ablations pour cancer du sein, dans les 4 cas les glandes du creux axillaire étaient prises ; 2 lithotrities ; 2 cystotomies et bon nombre d'opérations moins importantes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Monsieur le Rédacteur de la Clinique,

Monsieur,

Vous avez critiqué, dans votre journal, ma manière de voir sur les concours qui ont eu lieu à la Faculté de Médecine et sur leur résultat. Vos raisonnements et vos conclusions me font voir que vous n'avez pas saisi exactement ma pensée.

Je vous dirai d'abord que je ne suis pas opposé absolument aux concours. Je désire seulement qu'ils soient faits dans les conditions voulues pour satisfaire tout le monde.

Vous dites qu'en France les facultés de Montpellier, de Paris, de Lyon nomment des représentants qui se réunissent et forment un seul jury pour tous les concours. Que l'on forme ici un jury comme cela, ou dans le sens que vous recommandez, et je ne m'y objecterai pas. Vous comprenez, dites-vous, que la science de la médecine est si vaste qu'un seul homme ne peut en spécialiser toutes les branches. C'est justement pour cela que les concours devraient être jugés par des hommes possédant complètement les branches sur lesquelles le concours se fait. C'est une garantie de justice pour le public et les aspirants. Je suppose que l'on fasse un concours sur la chimie, j'avoue bien humblement que je ne serais pas un juge compétent. En disant que les professeurs sont meilleurs juges que leurs confrères sur les branches qu'ils enseignent, ce n'est donc pas taxer ceux-ci d'ignorance. De même, je ne pense pas faire injure à personne, en disant qu'on ne trouverait pas non plus, en dehors des facultés enseignantes, un seul médecin capable d'être juge sur toutes les branches de la médecine.

Vous trouvez étrange ma proposition d'accepter comme professeur, sans concours, un médecin qui se serait fait une position distinguée dans sa profession. Cependant on a vu des Universités se faire un honneur d'admettre ainsi de tels hommes dans leur sein. Est-ce que vous avez une si petite opinion de vos concitoyens pour croire qu'on ne pourrait pas en trouver parmi eux qui mériteraient cet honneur. Seulement, il ne faudrait pas les chercher parmi les charlatans. Vous les trouverez parmi ceux qui se sont livrés à l'étude et à la pratique de la médecine, qui se sont tenus constamment au courant des progrès de la science, tout en vieillissant, et dont les connaissances théoriques et pratiques seraient d'un avantage inestimable pour les élèves.

Vous reprochez à la faculté d'avoir nommé le Dr Gauthier sans concours. Je dois vous dire que cette question est encore à l'étude. De plus, si je ne me trompe pas, bien peu d'Universités ont accepté ce système, et on est loin d'admettre que ce soit le meilleur. De sorte qu'en agissant d'une manière ou d'une autre, je ne crois pas qu'on nuise aux intérêts de la science ou de qui que ce soit.

Vous m'accusez encore de reprocher aux jeunes leurs connaissances théoriques étendues. Vous devez avoir fait un violent effort d'imagination pour donner ce sens là à mes paroles. Bien loin de là, je dirai aux jeunes et aux vieux, —quelles qu'étendues que soient vos connaissances théoriques, ne craignez rien, elles ne le seront jamais trop. Bien plus, seules, elles ne suffisent pas au professeur; il lui faut de toute nécessité des connaissances pratiques toutes aussi étendues. C'est à cette condition là que la parole du maître fait autorité.

Vous avez, dites-vous, fait des sacrifices de temps, de travail et d'argent pour aller puiser aux sources du savoir les éléments de la science médicale. Je vous en félicite bien sincèrement pour notre nationalité et pour le bonheur de l'humanité.

Cependant, je crains que ces trésors de science n'aient produit sur vous un mauvais effet. En lisant votre correspondance, on s'aperçoit que l'idée dominante qui a présidé à sa rédaction, est une très haute appréciation de vos connaissances médicales, et une très petite opinion de la science de vos confrères. Vous prenez tout pour vous et vous ne donnez rien aux autres. Savez-vous que vous ne péchez pas par un excès de modestie. La modestie est pourtant la vertu des vrais savants. Vous avez, dites-vous, découvert des imperfections dans notre enseignement, et vous êtes décidé de les faire connaître et de les faire disparaître, s'il est possible. C'est votre droit et votre devoir. Dans l'enseignement, ici, comme ailleurs, il y a toujours des progrès à faire, et nos efforts tendent aussi constamment de ce côté-là.

Lorsque vous entreprendrez ce louable travail, serait-ce trop vous demander que de ne pas mépriser vos confrères et nos institutions. Laissez cette triste besogne à d'autres. De plus, que vos discussions soient donc faites d'une manière convenable. La politesse ne gêne jamais rien et elle sied si bien à la jeunesse.

Votre, etc.

J. P. ROTTOT.

LE REGISTRE MÉDICAL.

Voici ce que dit la loi à propos du registre médical de Québec.

3990. Sous la direction du Bureau des gouverneurs, le registrateur du collège fait imprimer, publier et distribuer aux membres du collège, de temps à autres, une copie du registre des noms des médecins et chirurgiens enregistrés, qu'il coordonne alphabétiquement, en y insérant leurs noms et prénoms, leur résidence respective, leurs titres médicaux, leurs diplômes et les qualités conférées par le collège ou autre corps médical, avec les dates d'iceux.

Ce registre est appelé : "Le registre médical de Québec."

Une copie imprimée d'icelui, certifié sous la signature officielle du registrateur, fait *prima-facie* preuve devant tous les tribunaux que les personnes y nommées et entrées ont été enregistrées selon les dispositions de la présente section.

L'absence du nom de toute personne dans cette copie fait *prima-facie* preuve que cette personne, n'a pas été enregistrée suivant les exigences de cette section; pourvu toujours que, dans le cas où le nom d'une personne n'apparaît pas dans une telle copie imprimée, une copie ou un extrait du registre certifié par le

régistrateur du collège, de l'entrée du nom de cette personne dans le registre fasse preuve que la personne a été dûment enregistré. 42-43 V., c. 37, s. 20.

La loi est très explicite, n'est-ce pas? C'est le devoir du bureau de publier un registre complet de ses membres, par ordre alphabétique, et ce registre prouve devant les tribunaux que vous êtes licencié de la province, que par conséquent vous avez le droit de pratiquer la médecine, poursuivre vos créanciers et d'agir comme témoins. L'impression de ce registre est donc une chose très importante pour les médecins, puisque c'est en quelque sorte la reconnaissance de leur état civil.

Maintenant, si les livres du bureau sont bien tenus, il est logique de s'attendre à ce que le nom de tout médecin qui paye sa licence soit entré, comme cela se fait en affaire, et par conséquent apparaisse sur le registre. On ne comprend pas que le bureau puisse recevoir de l'argent sans tenir compte des noms. Donc, il est facile au registrateur de tenir son registre complet: il n'a qu'à se faire donner par le trésorier les noms des médecins qui ont payé.

Or, voyez comme ces messieurs du bureau des gouverneurs sont habitués à compter sur nous pour faire leur ouvrage. La première édition du registre médical, paru l'année dernière, contient la lettre suivante.

Montréal, mai 1895.

Monsieur le docteur,

J'ai l'honneur de vous adresser cette première épreuve du *Registre Médical* de la Province de Québec.

Je n'ignore pas qu'elle renferme un très grand nombre d'erreurs.

Mon but est d'obtenir de vous les corrections destinées à une réédition parfaite de ce document.

Veuillez, je vous prie, me donner vos renseignements sous le plus court délai.

J'ai l'honneur d'être, etc.

Que le registrateur demande aux médecins de lui faire connaître leur nouvelle adresse, lorsqu'ils changent de place, ou quelqu'autre renseignement de même nature, à la bonne heure. Mais, ce qui est beaucoup plus grave, on remarque dans ce registre, parmi les nombreuses erreurs que le registrateur avoue, l'absence des noms de médecins qui ont payé leur licence. De sorte que, devant les tribunaux, le registre actuel ferait preuve *prima-facie* que ces médecins n'ont pas été enregistrés suivant les exigences de la loi. A moins comme le prévoit l'article 3990, de se procurer du registrateur un extrait certifié. Je connais des médecins qui, dans cette circonstance ont dû payer un dollar.

Maintenant, on comprend qu'un bureau qui reçoit de l'argent d'un de ses électeurs n'est pas justifiable de ne connaître ni son nom ni son adresse, surtout quand cet électeur a payé \$20 de brevet, \$10 de licence et \$2 de contribution annuelle. Mais tout ceci demande des preuves. Cherchez dans le registre médical à la lettre B. Vous trouverez :

Benoit, Léonard, Napierville; Benoit, Louis R., Montréal; Benoit Louis V., Marie-Ville. Et c'est tout. Alors, d'après le registre, Benoit, Emmanuel

P., n'a pas payé sa licence, Benoit, Emmanuel P., n'a pas payé son brevet, Benoit, Emmanuel P., n'a pas payé sa contribution annuelle, et, aux yeux de la loi, sa position de médecin pratiquant n'est pas légalisée. Alors, si les livres du bureau sont bien tenus, où a-t-on inscrit son nom quand il a payé son brevet, sa licence et sa cotisation annuelle ? Car il les a payés : les reçus sont dans son tiroir. D'ailleurs, le bureau connaît parfaitement le nom et l'adresse de ce médecin, car il a reçu, tout comme les autres, l'année dernière, un exemplaire du Registre Médical, dans la préface duquel registre le registrateur lui disait : " Je sais qu'il y a de nombreuses erreurs, mais je compte sur vous pour les rectifier sous le plus court délai." Naturellement. Comme pour les charlatans.

On voit que la tactique est toujours la même. faire faire l'ouvrage par les autres. Mais n'avions-nous pas raison de dire, dans un précédent article, que le bureau ne sait pas même tenir ses livres. Le registre médical de Québec, tel qu'il est aujourd'hui, ne vaut rien devant un tribunal, parce qu'il n'est pas exact. Il n'y a qu'à le parcourir pour s'en convaincre. Des médecins décédés sont inscrits comme vivants, d'autres sont marqués dans la province de Québec alors qu'ils sont rendus aux Etats-Unis, et, nous venons de le prouver, des noms de médecins licenciés n'y sont pas. Nous pourrions même citer un professeur d'Université dont le nom n'apparaît pas dans le registre.

Si la caisse est aussi bien tenue que le registre, ce n'est pas étonnant qu'on ait renvoyé le rapport financier au mois de septembre. Il faudra tout de même que nous finissions par savoir.

LES ÉTUDIANTS CANADIENS A PARIS.

La plupart des journaux de médecine de Paris ont publié, au mois de juillet dernier, la circulaire que le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes a adressée aux recteurs des Universités de France au sujet des étudiants en médecine étrangers. La voici :

" Paris, le 21 juillet 1896

" Monsieur le recteur,

" J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les mesures que j'ai décidées au sujet des étudiants en médecine étrangers.

" Les services et laboratoires de nos Facultés de médecine continueront à rester grands ouverts, et sans condition, aux médecins étrangers qui, leurs études terminées dans leurs pays respectifs, viennent en France pour se perfectionner dans telle ou telle branche de leur art.

" Quant aux jeunes gens, chaque année plus nombreux, qui viennent de l'étranger en France pour y poursuivre leurs études médicales, il y a lieu de distinguer entre ceux qui ont l'intention de s'établir en France pour y exercer la médecine, et ceux qui se proposent, leurs études terminées, de retourner dans leur pays d'origine.

" Pour les premiers, il est juste de les astreindre aux mêmes conditions que nos étudiants nationaux. Ils ne recevront donc le diplôme d'Etat, conférant le droit d'exercer la médecine en France, que si au moment de leur première ins-

cription, ils justifient du diplôme français de bachelier de l'enseignement classique (lettres-philosophie) et du certificat de sciences physiques, chimiques et naturelles.

“ Pour les *autres*, qui sont d'ailleurs de beaucoup les plus nombreux, *il continuera* de leur être accordé *comme par le passé*, et plus largement encore, dispense du baccalauréat français en vue de l'inscription dans les Universités; mais le diplôme qu'ils pourront recevoir à la fin du cours régulier des études ne leur *conférera pas* le droit d'exercer la médecine en France. Avis devra leur en être donné aux secrétariats des Facultés au moment de leur inscription.

“ Les demandes de dispenses formées par les étudiants de cette dernière catégorie devront m'être adressées *comme par le passé*.

“ Les présentes mesures n'ont pas d'effet rétroactif et ne s'appliquent pas aux étudiants étrangers inscrits dans les Universités en 1895-1896.

“ *Il continuera* d'être accordé, en vue des études médicales, des équivalences de baccalauréat aux étudiants originaires de pays auxquels nous lient, pour cet objet, des conventions internationales.”

Nous avons souligné certains passages afin que l'on remarque bien que le seul changement établi par la nouvelle loi, c'est que les étudiants étrangers qui ont l'intention de pratiquer en France, une fois reçus, devront avant d'être admis à l'étude de la médecine, passer par la Faculté des sciences et se faire recevoir bacheliers. C'est-à-dire qu'on les astreint aux mêmes mesures que les étudiants français. Les médecins étrangers et les étudiants étrangers qui n'ont pas l'intention, une fois reçus, de pratiquer en France, continueront à jouir, comme par le passé, de toutes les facilités voulues pour les études. Enfin, l'étudiant étranger qui désirera obtenir des dispenses devra, *comme par le passé*, s'adresser au ministre, à moins qu'il n'y ait à ce propos une convention entre son pays et la France. *Il n'est pas fait d'exceptions, dans la nouvelle loi, pour l'étudiant canadien*, qui sera sur le même pied que les autres

Il y avait plusieurs mois que les journaux de médecine français se plaignaient amèrement de ce que les étudiants étrangers profitaient des facilités qui leur étaient accordées pour, une fois reçus, s'établir en France et faire une concurrence déloyale aux médecins français. C'est pour rendre justice à leurs justes réclamations que le ministre de l'instruction publique a publié l'arrêté que nous reproduisons plus haut.

Nous en profitons pour attirer l'attention de nos lecteurs sur les correspondances-reclames qui ont été publiées, à ce sujet, dans la presse quotidienne de Montréal, et dans lesquelles on annonce que des faveurs spéciales ont été obtenues pour les étudiants canadiens-français. On peut voir, par la circulaire du ministre, qu'il n'en est rien : le seul point changé, c'est que les étudiants étrangers, canadiens-français comme les autres, qui iront se faire recevoir médecins à Paris recevront un diplôme qui ne leur donnera pas le droit de pratiquer en France.

CHRONIQUE

L'American Public Health Association qui, comme on se le rappelle s'est réunie à Montréal en 1894, tient cette année son Congrès à Buffalo, du 15 au 18 septembre.

La proximité à laquelle se trouve Buffalo fait espérer à l'exécutif de l'Association qu'un bon nombre de ceux qui ont pris part à la Convention de Montréal assisteront au Congrès de cette année.

L'Association sollicite de nouvelles adhésions; et vu l'importance de ces Congrès pour tous ceux qui suivent le mouvement hygiénique, il est à espérer que ceux qui dirigent les affaires sanitaires de nos principales municipalités répondront à cet appel et qu'ils délègueront leurs officiers de santé.

Pour formules d'adhésions, et informations concernant les taux réduits offerts par les chemins de fer, on peut s'adresser au Conseil d'Hygiène de la Province de Québec, 76 rue St. Gabriel, Montréal.

Le professeur Pajot vient de mourir.

Le choléra fait des ravages considérables en Egypte; plusieurs milliers de personnes sont mortes de cette maladie.

La 29^e réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne aura eu lieu lorsque nous paraîtrons (26, 27 et 28 août). Tout annonce que cette réunion aura un grand succès, et que les membres viendront à Montréal en grand nombre pour y assister. Le président de l'Association, qui s'étend sur tout le Dominion, est le Dr James Thorburn, de Toronto. Les séances, qui doivent avoir lieu à l'école St. George, rue Stanley, se tiendront l'avant-midi et le soir; l'après-midi sera consacrée à la visite des hôpitaux. Le Dr Geo. Wilkins, de Montréal, fera le discours sur la médecine, le Dr Adami, aussi de Montréal, le discours sur la bactériologie, le Dr John Stewart, de Halifax, celui sur la chirurgie, et le Dr J. F. W. Ross, de Toronto, celui sur l'obstétrique. Nous remarquons, parmi les travaux annoncés: 100 cas de retroversion de l'utérus (A. Laphom Smith) thyroïdectomie (D. Marsil), quelques applications de l'entomologie en médecine légale (Johnson et Villeneuve), bains électriques et dyspepsie (A. L. de Martigny), l'influence des lésions mitrales sur l'existence de la tuberculose pulmonaire (J. E. Graham), tétanos après la scarlatine (J. B. McConnell), le pied, son architecture et ses vêtements (B. E. McKenzie), etc., etc... Parmi les médecins inscrits dont le titre des travaux n'est pas donné, nous remarquons: Wm. Osler (Baltimore), Robinson et Curtis (New-York), Vinberg (New-York), Wesley Mills, Shepherd, Butler, Finley, Martin (Montréal). A part les travaux et les discours, le comité de législation interprovinciale doit faire son rapport.

P. S.—Nous venons d'assister aux séances du Congrès, qui a été très intéressant. La visite des hôpitaux était la partie la plus agréable du programme et les membres ont beaucoup apprécié le discours de Sir William Hingston à l'Hôtel-Dieu et les présentations de cas faites par les Drs Shepherd, Bell et Stewart au Montreal General et au Royal Victoria. Après chaque visite on a servi aux

membres, au nombre d'environ 150, un excellent lunch. Il y a eu aussi un banquet le 27 au Windsor dans lequel on a beaucoup parlé de la nécessité d'une licence interprovinciale. Nous aurons occasion de revenir sur la question, nous reproduisons aujourd'hui le rapport du comité spécial (v. page 575).

La 64e réunion de l'Association Médicale Anglaise a eu lieu à Carlisle les quatre derniers jours de juillet dernier. A l'assemblée du comité général, tenue dès la première journée, l'invitation faite au nom du Canada par les Drs Adami et Armstrong a été acceptée à l'unanimité et l'année prochaine, l'Association, qui compte plusieurs milliers de membres, traversera l'Atlantique et se réunira à Montréal. Cette décision de l'une des sociétés médicales d'Europe les plus puissantes nous fait grand honneur. Mais ce n'est pas tout. Désirant donner à la chose plus de signification encore, la société a élu pour président pour 1896-97 le Dr T. G. Roddick, de McGill. Nous applaudissons des deux mains à cette nomination, très flatteuse pour nos confrères anglais et la profession en général, et bien méritée sous tous les rapports. C'est la première fois, croyons-nous que l'Association, qui est une société passablement ancienne, choisit son président et son lieu de réunion dans une colonie éloignée.

Le Dr Henry Barnes, le président actuel, a fait son discours sur l'histoire médicale de Carlisle. Nous donnons dans ce numéro un résumé du discours de Sir Duckworth sur la médecine. Le Dr Maclaren a terminé ainsi un admirable discours sur la chirurgie préventive (1). Peut-être que le plus grand tort de la chirurgie est d'avoir des tendances étroites. Nous devons mettre dans notre travail toute notre pensée, toute notre science. Quelle que soit l'œuvre qui attende nos mains, nous devons l'accomplir avec tout notre pouvoir. Superficialité signifie insuccès. L'intérêt humain de tout ce que nous faisons nous absorbe d'une manière intense; de là découle le danger de regarder la chirurgie comme une chose par elle-même, de perdre le sens de sa vraie place et de ses proportions, de limiter nos pensées à un sillon étroit. La chirurgie préventive dirige nos efforts dans une direction opposée. Elle nous met en contact avec la pensée et l'œuvre du médecin et du praticien général, enrôle notre vie et notre travail dans la vaste organisation pour la prolongation de la vie, la diminution de la souffrance, la prévention de la maladie, toutes choses que nous sommes fiers de considérer comme notre raison d'être, elle nous associe de plus au grand mouvement du progrès scientifique et intellectuel, qui ne reconnaît aucune limite de profession, de nation ou de temps." Les développements récents de la chirurgie des femmes ont été exposés par le Dr Halliday Croom. Citons encore: de l'abaissement du taux général de la mortalité (Sir Joseph Ewart), de la place de la pathologie dans l'instruction médicale (Sheridan Delépine), traitement de certaines formes de cataractes (David Little).

A la section de dréontologie, lorsqu'est venue la question des annonces médicales, les membres ont eu, paraît-il, une discussion fort animée et très peu parlementaire qui s'est terminée, il va sans dire, sans conclusion pratique. La *Lancet* et le *Journal* en donnent une appréciation sévère. Il paraît qu'en Angleterre comme ici, le *humbog* joue un grand rôle dans la vie humaine.

MM. les Drs Lesage, Dubé et Pariseau nous sont revenus récemment de Paris, les deux premiers après deux ans de séjour, le dernier après un cours complet de six années.

(1) Le Dr Maclaren définit la chirurgie préventive: "celle où l'opération est pratiquée à cause des conséquences qui peuvent résulter de l'état actuel, et non pas précisément à cause de l'état actuel proprement dit."—Ex. la cure radicale des hernies.

Notre ami et collaborateur, M. le Dr Marien, a quitté Paris et doit nous revenir bientôt ; il est actuellement à New-York. Le Dr Marien, qui a travaillé au laboratoire de l'Institut Pasteur et a suivi les leçons de Farabeuf, se destine exclusivement à la chirurgie.

Nous publierons, dans notre prochain numéro, le travail sur le goître et la thyroïdectomie de notre distingué collaborateur, l'hon. Dr. Marsil. Le travail sera accompagné d'illustrations.

Nous avons dit que l'Association Médicale Canadienne voudrait que les différentes provinces du Dominion adoptent le même cours d'étude et le même mode d'examen de manière à pouvoir accorder aux élèves une licence qui soit reconnue dans toutes les provinces. Voici à ce sujet le rapport du comité spécial.

“Votre comité à l'honneur de faire rapport qu'ayant examiné les règlements des bureaux provinciaux actuels, au sujet des licences, dans le but d'obtenir par concession mutuelle une règle uniforme pour l'inscription, l'instruction et l'examen final, votre comité soumet les propositions suivantes :

I. “*Inscription.*—Le programme des matières devra comprendre ; (1) l'anglais écrit sur diction ; (2) l'arithmétique, comprenant l'arithmétique simple et décimale, les fractions simples et décimales et l'extraction des racines carrées ; (3) l'algèbre, jusqu'à la fin des équations simples, (4) la géométrie, livres 1, 2 et 3 d'Euclide ; (5) le latin, grammair, version d'après un auteur indiqué ou traduction de passages faciles ; (6) la mécanique élémentaire des solides et des liquides, comprenant les éléments de la physique statique, dynamique et hydrostatique ainsi que la chimie élémentaire ; (7) l'histoire, de l'Angleterre et du Canada, avec questions de géographie moderne ; (8) et l'une des trois matières suivantes : le français, le grec et l'allemand, suivant les mêmes dispositions que pour le latin.

“Cinquante pour cent des points sur chacun des sujets sont nécessaires pour être reçu, et 75 pour cent pour être reçu avec honneur.

“A la place de ce qui précède, on acceptera un degré de la faculté des arts de n'importe quelle université du Dominion, ou de n'importe quel collège ou université qui sera reconnu à l'avenir, mais aucune inscription universitaire dans les arts ne sera reconnue.

II. “*Instruction médicale.*—Le curriculum des études professionnelles devra commencer après qu'on aura subi l'examen d'inscription, et devra comprendre un cours gradué sur les matières régulières de quatre sessions annuelles de pas moins de huit mois d'assistance aux cours durant l'année, le sujet de ces cours étant : l'anatomie, la physiologie, la chimie, la matière médicale, la thérapeutique, l'anatomie pratique, l'histologie, la chimie pratique, la pharmacie, la chirurgie et la chirurgie clinique, la médecine et la médecine clinique, comprenant les maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, les maladies mentales, des femmes, des enfants, la jurisprudence médicale, la toxicologie, l'hygiène, la pathologie, y compris la bactériologie.

“Qu'au moins vingt quatre mois des quatre années scolaires, de huit mois chacune, soient consacrés à suivre la pratique d'hôpital, en commençant à la seconde année d'étude. Que les preuves de soins donnés à au moins six cas d'obstétrique soient requises.

III. “*Examens.*—(a) Tous les candidats pour la licence, dans les différentes provinces, après avoir rempli les formalités précédentes, devront subir un examen devant les examinateurs nommés dans chaque province par le bureau de médecine provincial, ou devant des assesseurs, comme dans la province de Québec, ou devant un comité central nommé par le conseil, comme cela se fait.

au Manitoba. Chaque examen devra comprendre tous les sujets du cours d'étude professionnelle, devra être écrit et oral, et 50 pour cent des points devront être conservés pour être admis. (b) Le comité présente ces résolutions à la considération des différents conseils provinciaux comme des suggestions devant servir de base à une entente mutuelle, avec demande à chaque bureau provincial de faire rapport sur le sujet à la prochaine réunion annuelle de l'Association, et de se faire représenter à cette réunion par un ou plusieurs délégués.

Afin de permettre aux conseils de considérer la question avec une pleine connaissance des faits, il est résolu que chaque régistrateur devra envoyer à chaque membre de chaque conseil au Canada une copie des statuts et des règlements du conseil qu'il représente."

Ce rapport a été lu par le Dr Roddick, de McGill, président du comité. Les autres membres sont : Drs R. A. Pyne, S. Thornton, Thomas Walker, J. M. Beausoleil et Edward Farrell.

Nous reviendrons sur le sujet.

L'Ecole de Médecine comparée et de Science Vétérinaire, incorporée l'année dernière, a fait dernièrement de nouvelles nominations. La liste des professeurs pour 1896-97 se lit comme suit :

E. PERSILLIER LACHAPPELLE, M. D., *président*, professeur de pathologie comparée.

V. T. DAUBIGNY, M. V., *secrétaire*, professeur de pathologie générale, de pathologie interne et de jurisprudence vétérinaire.

O. BRUNEAU, M. V., professeur de pathologie externe, de chirurgie opératoire et de clinique médicale.

F. T. DAUBIGNY, M. V., professeur d'anatomie et de clinique médicale.

E. P. BENOIT, M. D., professeur agrégé de matière médicale et de thérapeutique.

G. ALARIE, M. V., professeur agrégé d'obstétrique.

O. GUY, M. V., professeur agrégé.

La séance d'ouverture aura lieu mardi, le 6 octobre, à 3 heures de l'après-midi. M. F. T. Daubigny fera le discours de circonstance sur l'histoire de l'Ecole Vétérinaire.

Depuis quelque temps, les soi-disants médecins de la Compagnie Munyon et les soi-disants médecins de la Compagnie Médicale de l'Erie invite à sons de trompe les clients naïfs à venir les consulter gratuitement dans leurs spacieux quartiers de l'hôtel Balmoral ou de la rue Ste Catherine ouest. Ces médecins, payés par la compagnie, ne chargent rien au malade, mais lui prescrivent les remèdes de la dite compagnie, et aucun autre. C'est là tout le truc. Notre Bureau, qui cherche à échanger notre licence avec Ontario et le Nord-Ouest, et qui l'accorde sans broncher aux médecins et accoucheurs que l'Angleterre nous envoie, a-t-il mis sur son programme la réciprocité avec les Etats-Unis? Tout de même, messieurs les médecins, si cela vous fait du tort, veuillez ramasser des preuves et porter plainte à monsieur Déom. Le Bureau serait si heureux de vous rendre service.

Le Dr Walter F. Chappell, de New-York, conseille de donner la créosote à l'intérieur de la manière suivante : parties égales de créosote de hêtre et de teinture de gentiane composée bien mêlées dans du lait chaud. Pour les applications locales, dans la tuberculose laryngée il emploie la créosote mêlée à l'huile de ricin.