

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

THERAPEUTIQUE GENERALE

UNIVERSITÉ LAVAL (Montréal.)—M. H. E. DESROSIERS

Les progrès de la thérapeutique, de 1884 à 1887.

Il est d'usage, Messieurs, que la leçon d'ouverture de chaque cours soit consacrée à l'étude d'une question générale se rapportant à ce cours. Pour ne pas déroger à un usage qui mérite à tous les points de vue, d'être conservé, j'ai cru ne pouvoir mieux inaugurer les leçons de cette année qu'en passant en revue, dans une rapide étude d'ensemble, les progrès qu'à faits, dans le cours des trois années qui viennent de s'écouler, cette partie des sciences médicales qui fait le sujet de nos recherches. Je dis étude rapide; en effet, nous ne ferons qu'effleurer, pour ainsi dire les nombreux sujets qui vont passer sous nos yeux, mais cela suffira à vous convaincre que rien ne progresse autant que la thérapeutique, si ce n'est peut-être la pathologie, et que pour qui veut se tenir au courant des nouveautés de cette importante partie de l'art de guérir, il ne faut pas perdre un seul instant de vue le champ immense et fertile où germent tant de nouvelles semences, naissent tant de nouvelles fleurs et mûrissent tant de nouveaux fruits.

Dans cette revue d'ensemble, rapide autant que succincte, nous considérerons les progrès de la thérapeutique sous un double aspect. Nous verrons d'abord dans une première partie plusieurs de nos vieux amis, les anciens médicaments, mais mieux étudiés ou étudiés sous des aspects nouveaux, et appliqués à des usages également nouveaux; nous considérerons aussi les remèdes de découverte relativement récente, et suivrons les progrès de ce que j'appellerai leur évolution sous l'œil de l'expérimentation physiologique et de l'épreuve clinique.

Une seconde partie sera ensuite consacrée aux médicaments découverts dans le cours des trois dernières années seulement, et qui attendent encore du temps et de l'expérience la sanction de leur emploi.

Cette revue ne saurait être absolument complète. Le temps ne nous permet de toucher qu'aux sujets, je veux dire aux remèdes, les

plus importants, à ceux dont l'emploi et l'action ont été confirmés par des observations rigoureusement conduites entre les mains d'expérimentateurs ou de cliniciens sérieux et dignes de foi.

Il est intéressant plus encore qu'étrange de suivre les mouvements, je dirai volontiers les *variations*, de la thérapeutique à travers les années. Les médicaments subissent plus ou moins, forcément, les fluctuations de la mode, et tel agent qui était très employé il y a cinquante ou soixante ans, est tombé depuis en désuétude, pour nous revenir aujourd'hui comme un ami perdu et qu'on n'espérait plus revoir. Cela tient à ce que les études thérapeutiques sont aujourd'hui mieux conduites qu'autrefois, que les expériences et les observations sont mieux contrôlées, et que le thérapeute sérieux, ne se contentant pas d'étudier les médicaments tout à fait nouveaux, cherche aussi à tirer le meilleur parti possible des remèdes consacrés par l'usage et l'expérience, soit en les appliquant de nouveaux usages, soit en étudiant leur action dans des conditions nouvelles et jusque-là ignorées.

L'essence de térébenthine et le *goudron de gaz* sont deux produits connus depuis longtemps. La térébenthine, en particulier, se retrouve dans plusieurs médications, comme vermifuge, révulsif, hémostatique, et surtout comme anti-catarrhal. Or, dans les premiers mois de 1884, un médecin français, M. le Dr Delthil, a préconisé contre la diphthérie, l'emploi des fumigations au moyen de la combustion d'un mélange de goudron, de gaz et d'essence de térébenthine.

Le traitement de M. Delthil a été, depuis, mis à l'épreuve dans la plupart des hôpitaux de Paris et ailleurs. Ici nous l'avons également expérimenté. Les résultats ont été satisfaisants dans nombre de cas, mais non pas dans tous, et il est évident que la médication ne saurait être spécifique. Cependant, M. Delthil n'a jamais abandonné son mode de traitement, et dans une note communiquée au Congrès de Nancy (août 1886), il a présenté une statistique de 134 cas, dont 126 guérisons. En outre, sur 670 personnes qui ont assisté les malades, trois seulement ont été atteintes par la contagion.

Un remède aussi ancien que vulgaire, *l'eau chaude*, a fait le sujet de recherches de M. Pinard, accoucheur des hôpitaux de Paris, qui en a étudié l'action sur l'utérus pendant la gestation et le travail de l'accouchement. Or voici ses conclusions.

1o Pendant la grossesse, quand il n'y a aucune menace de travail, des injections vaginales chaudes (48.0 C) faites avec douceur, ne provoquent en aucune façon la contraction utérine, et peuvent être données sans aucun danger.

2o Pendant le travail, les injections chaudes activent d'une façon notable la dilatation de l'orifice utérin, abrègent non seule-

ment la première période de l'accouchement, la plus longue et la plus pénible pour la femme, mais aussi la période d'expulsion et celle de la délivrance.

Après l'eau chaude, l'eau froide.

M. le Dr Caulot, a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* un travail bien intéressant dans lequel il préconise l'emploi de la douche froide sur les pieds dans les maladies suivantes : froid aux pieds, congestion cérébrale, congestion utérine, congestion pulmonaire, l'hystérie à forme vaporeuse, le nervosisme (état spasmodique, éréthisme, irritabilité), que les manifestations de l'état nerveux consistent en hyperesthésie, névralgies, spasmes, congestions, ou ischémies, dans la céphalalgie, migraine, insomnie. Contre ce dernier accident, la douche froide sur les pieds serait un remède très sûr. " Elle procure le sommeil, alors que les antispasmodiques, les calmants et les hypnotiques n'agissent plus."

Vous connaissez tous les propriétés physico-chimiques du sulfure de carbone. Son odeur repoussante, en particulier, ne vous est pas étrangère, et il ne vous était peut-être pas venu à la pensée que cet agent nauséabond pût être utilisé dans un but thérapeutique. Cependant, M. Dujardin-Beaumetz a, depuis quelque temps, entrepris de démontrer l'utilité du sulfure comme antiseptique et antiputride. Déjà dans ses *Nouvelles médications* (publiées en 1834 et 1835,) il en conseillait fortement l'emploi comme antiseptique intestinal, dans les cas de fièvre typhoïde, de diarrhée infectieuse etc. Dans une communication à l'Académie de Médecine, le 28 juillet 1835, cet infatigable thérapeutiste a exposé d'une manière magistrale les résultats des recherches entreprises par lui (depuis plus d'un an alors) sur le sulfure de carbone.

Localement appliqué, le sulfure de carbone est d'abord réfrigérant puis bientôt rubéfiant. Dujardin-Beaumetz l'appelle le plus rapide et le plus puissant des rubéfiants.

Administré pur par l'estomac, le médicament, à haute dose, devient toxique ; à petites doses il l'est aussi, mais les symptômes mettent plus de temps à se montrer et ne sont pas d'un caractère très alarmant.

L'absorption s'en fait aussi par les voies respiratoires, et des phénomènes toxiques ont pu ainsi se manifester chez les animaux.

Pur, le sulfure de carbone est donc toxique. De plus, c'est un antiseptique puissant. Dilué, sous forme d'eau sulfo-carbonée, il perd ses propriétés toxiques pour rester simplement un de nos meilleurs antiseptiques. Le sulfure de carbone et l'eau sulfo-carbonée, dit M. Dujardin-Beaumetz, stérilisent les bouillons de culture et empêchent toute fermentation, et cela à dose relativement minime.

Localement, il s'emploie à titre de rubéfiant, l'effet se produisant au bout de 30 secondes. À l'intérieur, ses usages sont des plus importants. Le principal consiste dans l'emploi de l'eau sulfo-carbonée dans tous les cas où il s'agit de combattre des symptômes de putridité dûs à l'absorption, à la surface du tube digestif, de micro-organismes, alcalis de la putréfaction, (ptomaines et leucomaines) et autres produits, *vg.* indol, skatol, etc. De là l'emploi de l'eau sulfo-carbonée dans les maladies au cours desquelles se développe de la putridité dans le tube digestif: fièvre typhoïde, dilatation de l'estomac avec diarrhée, diarrhée infectieuses, etc.

Je me plais à attirer votre attention d'une manière spéciale sur ces usages importants de l'eau sulfo-carbonée. En fait d'antiseptiques, nous n'en possédons qu'un certain nombre qui puissent être, sans aucun danger, administrés à l'intérieur. Celui-ci est du nombre et se range parmi les plus puissants.

Le chirurgien-major Cotter a rapporté dans l'*Indian Medical Gazette* le cas d'un malade souffrant de fièvre typhoïde et chez lequel la sécheresse de la langue était assez prononcée pour empêcher le sommeil. La langue fut alors badigeonnée de *glycérine* et le malade, immédiatement soulagé, put dormir assez facilement. Dans six autres cas analogues, le médicament fut mis à l'essai, et réussit.

Plusieurs d'entre vous ont pu voir cette médication employée dans notre service à l'hôpital Notre-Dame, dans le cours de l'été dernier, et constater les heureux résultats que nous en avons obtenus dans plusieurs cas de fièvre typhoïde. Cela vaut beaucoup mieux, dans ces cas, que l'administration de la térébenthine à l'intérieur, outre que la glycérine ne produit aucun effet désagréable sur le tube digestif.

Le *sublimé* a continué d'être tenu en honneur par les accoucheurs, les gynécologistes et les chirurgiens en général. Cependant, on a signalé quelques accidents, entre autres des symptômes d'empoisonnement résultant de la résorption du sel mercuriel.

G. Braun, (1) entre autres, a présenté les propositions suivantes, basées sur un grand nombre d'observations:

a. Les irrigations vaginales ou intra-utérines, pratiquées avec une solution de sublimé, sont facilement suivies d'une résorption du liquide injecté.

b. S'il existe un obstacle à la sortie du liquide injecté, la résorption peut survenir avec une rapidité extrême.

c. La solution de sublimé à 1 p. 1000 ne doit être employée que dans les cas graves: tympanite de l'utérus, putréfaction du fœtus dans la cavité utérine, fièvre puerpérale septique. Dans tous ces

(1) *Bulletin de thérapeutique*, Vol. 111, p. 129.

cas, l'irrigation ne doit pas dépasser la durée d'une minute, et il importe de la faire suivre d'une injection abondante d'eau distillée.

d. La solution de 4 p. 1000 ne doit servir que dans les cas d'expulsion du fœtus en état de macération, dans l'endométrite sub-partu à la suite de l'expulsion du fœtus, dans les accouchements prématurés, et l'endométrite puerpérale accompagnée d'un écoulement vaginal fétide.

e. L'irrigateur doit être soumis à une faible pression, et la durée de l'irrigation aussi courte que possible.

f. Les irrigations au sublimé sont proscrites dans les cas de plaies étendues au niveau de la vulve, d'atonie de l'utérus, ainsi que chez les anémiques et celles souffrant d'affections rénales.

La *quinine* est certainement un des médicaments au sujet desquels on continue à faire le plus d'expériences, et que l'on soumet aux recherches thérapeutiques les plus minutieuses. Ses propriétés antizymotiques, antipyrétiques et antipériodiques attirent pour ainsi dire les observateurs, et partout l'on tente de les utiliser.

Dans le traitement de la fièvre typhoïde, la quinine a longtemps régné en maîtresse presque absolue, donnée à doses toniques ou à doses sédatives. M. Pécholier, de Montpellier, a, vers la fin de 1884, publié dans *Montpellier médical* un important mémoire dans lequel, attribuant les heureux effets de la quinine contre cette maladie à une action antizymotique et non pas à des propriétés antipériodiques et hypothermiques, il préconise l'emploi du médicament à dose quotidienne de 9 à 18 grains, dès le premier soupçon de la maladie, la continue durant la période d'augment, et la diminue graduellement jusqu'à défervescence complète. Si le processus morbide n'est pas enrayé, et que les températures de 39° 5 ou même 40° C. persistent, M. Pécholier emploie les bains tièdes " qui, en diminuant la température du malade, donnent probablement une action antizymotique collatérale à celle de la quinine." L'auteur proscrit l'usage de la quinine à dose élevée de 3 grammes par jour.

L'an dernier, on a essayé de traiter la coqueluche par des insufflations de quinine dans les fosses nasales. Déjà on avait tenté de combattre cette maladie au moyen d'insufflations de quinine dans le larynx, attendu qu'il était soutenu par quelques-uns que le microbe de la coqueluche habitait les replis de la muqueuse laryngée. Mais l'idée ayant été émise que le microbe en question siège de préférence dans les fosses nasales, on a cru plus opportun de le combattre en ce dernier endroit, en y introduisant un antizymotique. On a dit que la quinine ainsi administrée produisait, dans ces cas, des résultats merveilleux. Je dirai

à ce sujet que certains observateurs proclament aussi les vertus de la poudre de benjoin appliquée de la même façon.

L'opinion qui veut faire de la quinine un stimulant de la contractilité utérine, un ocytocique, n'est pas nouvelle, tant s'en faut. On a déjà, vous le savez, utilisé l'action tonique de la quinine sur la fibre musculaire lisse en prescrivant ce médicament contre certaines formes de métrorrhagies. Plusieurs praticiens l'ont conseillé dans les cas d'inertie utérine durant l'accouchement. Le Dr. Mullan revient encore à cette dernière idée, et conclut (1) que la quinine, à dose de 4 grains ou plus, réveille les douleurs du travail au bout de 20 à 30 minutes, et les maintient fortes et prolongées si on répète la dose au bout de une demi-heure ou une heure. Il n'y a ni céphalalgie ni nausée. Les douleurs ne sont pas à caractère continu, comme cela a lieu pour l'ergot, mais intermittentes comme celles du travail naturel.

Le bon vieux *calomel*, si cher à nos aïeux, de même qu'à beaucoup d'entre nous, vient de recevoir une nouvelle application de la part du Dr Jendrassick, assistant du professeur Wagner, de Budapest. Ayant remarqué, chez un cardiaque soumis à un cours de calomel, la disparition rapide de l'œdème, conjointement avec une augmentation considérable de la diurèse, il a appliqué le calomel comme diurétique au traitement de l'hydropisie chez les sujets affectés de maladie organique du cœur.

Les cas publiés par Jendrassick sont fort concluants. On prévient la diarrhée et la salivation par l'emploi simultané de l'opium à l'intérieur et du chlorate de potasse en gargarisme. La dose du calomel, comme diurétique, est de 2 à 3 grains, de trois à cinq fois par jour. Plus l'œdème est prononcé, plus manifeste est l'effet diurétique.

Puisque nous en sommes à parler du calomel, mentionnons le fait que le professeur Neisser, de Breslau, a recommandé (2) l'emploi de ce remède en injection hypodermique dans le traitement de la syphilis.

M. le Dr Huchard, médecin de l'hôpital Tenon, à Paris, soutient, depuis plusieurs années, que l'administration des iodures constitue le meilleur mode de traitement des cardiopathies artérielles, affections survenant brusquement sous forme d'asystolie, d'angine de poitrine, chez les artério-scléreux, les diabétiques et les goutteux. Cette médication lui a, dit-il, donné nombre de succès.

Lors du congrès de Nancy, en août dernier, M. Huchard, a insisté de nouveau sur ce sujet, et les cas qu'il a cités à l'appui

(1) *British Medical Journal*, 28 février 1885.

(2) *Deutsche Medicinal Zeitung*, 30 novembre 1885,—*Therapeutic Gazette*.

de sa thèse la confirment pleinement. Le traitement de ces cardiopathies par la médication iodurée doit être prolongé, ce qui est une des conditions du succès, pendant un à trois ans, à la dose de 18 à 54 grains par jour. Il faut de plus substituer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, le premier étant beaucoup moins toxique que le second.

Je ne puis manquer de signaler, parmi les nouveautés thérapeutiques de l'année 1886, le traitement des maladies des voies respiratoires, et en particulier de la phthisie, par les injections gazeuses intra rectales.

De tout temps, vous le savez, l'idéal que l'on a cherché à atteindre dans la thérapeutique des maladies des organes respiratoires a été de combattre ces maladies sur place, localement. Cet idéal, légitime à tous les points de vue, mais qui n'est malheureusement pas toujours à notre portée, a souvent été le point de mire de ceux qui se sont occupés du traitement de la phthisie pulmonaire. Même avant la découverte du bacille, mais principalement depuis les travaux de Koch, tous les agents microbicides ont été mis en réquisition, à la faveur d'une foule de méthodes; inhalations, vaporisations, injections, etc., dans le but de détruire sur place le micro organisme, ou d'en empêcher la reproduction ultérieure. Mais les tentatives instituées pour guérir ainsi la phthisie par la pénétration de substances parasitocides ont abouti, jusqu'à présent, à un résultat à peu près négatif, et de tous les agents destinés à détruire le bacille sur place ou à le stériliser, il n'en existe pas encore un seul qui ait fait ses preuves.

Dans une communication à l'*Académie des sciences*, le 12 juillet dernier, M. le Dr. L. Bergeon, agrégé libre de la Faculté de médecine de Lyon, a exposé les résultats obtenus par lui dans le traitement de la phthisie pulmonaire par les injections intra-rectales d'hydrogène sulfuré. M. Bergeon a pris pour point de départ le fait, démontré naguère par Claude Bernard, que lorsqu'on injecte par le rectum, chez les animaux, de l'hydrogène sulfuré, ce gaz est éliminé par le poumon, après avoir passé successivement par les veines intestinales, le cœur droit et l'artère pulmonaire. Ainsi le gaz sulfhydrique s'absorbe sans accident, tandis qu'une même dose, respirée, détermine la mort. Le gaz hydrogène sulfuré a été choisi de préférence aux autres médicaments antiseptiques vu sa très grande facilité d'absorption et ses propriétés microbicides, propriétés qu'il possède en commun avec l'acide sulfureux et les sulfures en général. Mais le gaz sulfhydrique ne peut être introduit seul dans l'intestin qu'il irriterait; aussi M. Bergeon le mêle-t-il au gaz acide carbonique qui, on le sait, est très facilement toléré par le rectum et dont l'action sédative locale contrecarre vraisemblablement l'irritation produite par l'hydrogène sulfuré.

Les deux gaz sont introduits dans le rectum au moyen d'un petit appareil fort simplement construit et qui atteint un double but : fabriquer du gaz acide carbonique très pur, et reprendre ce gaz pour le faire passer à travers un agent médicamenteux et l'injecter dans le rectum.

Quant aux résultats thérapeutiques de la méthode nouvelle, voici ceux qu'ont obtenu MM. Bergeon et Morol chez le plus grand nombre des tuberculeux soumis à ces injections : disparition très rapide des phénomènes de suppuration pulmonaire et marche progressive vers un état de santé offrant toutes les apparences de la guérison ; la toux a diminué, l'expectoration tend à disparaître et le sommeil revient.

MM. Chantemesse, Cornil, Dujardin-Beaumetz, etc., ont à leur tour expérimenté ces injections, non seulement dans les cas de phthisie, mais ainsi dans plusieurs autres affections pulmonaires. Chez un tuberculeux observé par M. Chantemesse, l'amélioration a été très sensible, la toux a diminué et le malade a présenté une augmentation de poids de neuf livres en un mois et demi. Il a aussi obtenu des résultats dans un cas d'asthme caractérisé par des accès très intenses. Par voie d'analogie, on est en droit d'attendre de bons effets de la méthode de M. Bergeon dans la bronchite fétide, la bronchiectasie, la gangrène pulmonaire, et en général dans les maladies pulmonaires caractérisées par l'abondance ou la fétidité des sécrétions.

M. Bergeon a, jusqu'à ce jour, employé, soit des solutions titrées d'acide sulfhydrique, soit les eaux minérales sulfurées. M. Bardot, l'éminent chef de laboratoire de l'hôpital Cochin, conseille d'avoir recours à deux solutions titrées, l'une de sulfure de sodium, et l'autre d'acide tartrique ; par le mélange des deux on obtient un dégagement d'acide sulfhydrique titré.

Voilà en résumé, la méthode que M. Bergeon expérimente depuis deux ans, et dont les bons effets annoncés à l'*Académie des sciences* en juillet 1886, ont été, depuis, confirmés et généralisés.

« Dès à présent, a dit à ce sujet M. le professeur Cornil, on peut dire que les injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfureux constituent une méthode thérapeutique excellente dans la phthisie et dans l'asthme. On doit l'accueillir avec d'autant plus de faveur que la thérapeutique est plus désarmée en face de la phthisie. Dans cette maladie, en effet, les seuls agents utiles que nous ayons jusqu'ici en notre pouvoir sont les aliments ou les remèdes qui favorisent la nutrition. »

Les phosphates de chaux sont-ils aussi toniques qu'en le croit ? Il résulterait des recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Bouchard que ces phosphates, solubles ou non, sont absolument inertes, et n'exercent aucune action thérapeutique, et voici pourquoi.

Dissous d'abord dans le suc gastrique, ils sont précipités, à leur passage dans le duodénum, par la sécrétion alcaline de la bile et du suc pancréatique, et deviennent incapables d'absorption ultérieure. Au contraire, ils sont charriés à travers les dernières portions de l'intestin grêle, puis traversent le gros intestin et finalement sont rejetés comme matières excrémentitielles.

Voilà ce que j'appellerai une désillusion thérapeutique. En voici une autre. Elle a trait au rôle des amers dans la digestion.

D'expériences faites récemment à St-Petersbourg, sous les indications du prof. Botkin, il suit que :

a. Les amers diminuent le pouvoir digestif et entravent la digestion. Ils diminuent la quantité de peptones.

b. Les amers diminuent la sécrétion du suc gastrique. S'ils augmentent la sensation de la faim, c'est en irritant la muqueuse gastrique.

c. Les amers n'ont aucune action sur la sécrétion du suc pancréatique, non plus que sur celle de la bile.

d. Les amers non-seulement ne diminuent pas, mais au contraire, activent la fermentation du contenu de l'estomac.

Conclusion.—Les amers ne sont d'aucune utilité dans le traitement des troubles digestifs.

Parmi les anciens médicaments que de récentes recherches ont affectés à des usages nouveaux, je vous signalerai encore: la lobélie enflée, dans le traitement de l'asthme infantile (Moncorvo); l'acide fluorhydrique, comme antiseptique puissant (Chevy); l'acide lactique comme caustique dans le lupus et l'épithélioma (Mosetig-Moorhof); le sucre, comme antiseptique, dans le pansement des plaies et des blessures opératoires (Lucke); l'iodure de potassium contre la diphthérie et la pneumonie; l'éther iodoformé en injections dans les abcès froids; le chloral comme vésicant; le salicylate de soude dans la variole, les cathartiques salins en solutions concentrées, dans les hydropisies; le traitement de la furonculose par les microbicides: teinture d'iode et alcool camphré à l'extérieur, et sulfure de calcium à l'intérieur, (Gingeot); l'acide phénique, en pulvérisation dans l'érysipèle et les brûlures (Verneuil); l'huile de gaulthérie dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu; le sulfure de cuivre vanté comme antiseptique; le benzoate de soude dans la diphthérie, (Brondel, d'Alger), et dans la diarrhée d'été des enfants; enfin, le permanganate de potasse dans l'aménorrhée, (Murrell). Je n'en finirais pas si je voulais ne rien oublier du tout. Mais il me tarde de vous dire quelques mots des études auxquelles ont été soumis depuis trois ans des médicaments de découverte plus récente, avant que fera le sujet d'aborder l'étude des remèdes vraiment nouveaux. C'est ce qui de notre conférence de demain.

Notes sur une petite épidémie de méningite cérébro-spinale (1).

Par A. G. A. RICARD, M. D., MONTREAL.

Les quelques observations que j'ai à présenter ce soir devant la *Société médicale* ont trait à cinq cas de méningite cérébro-spinale observés par moi dans le cours de l'été dernier.

Dans notre pays, la méningite cérébro-spinale présente comme caractère particulier de frapper presque exclusivement les enfants, tandis qu'à l'étranger, en France, en Irlande, etc., elle s'attaque de préférence aux adultes et en particulier aux jeunes recrues surmonnés.

Plusieurs de nos traités classiques de pathologie ne donnent pas sur cette question de la méningite cérébro-spinale tous les détails désirables, aussi ai-je cru devoir, en face de cas si intéressants, prendre quelques notes succinctes que je suis heureux de publier aujourd'hui, espérant que plus d'un jeune saura en faire son profit.

Obs. I.—Le 10 avril dernier, Victor C... âgé de 6 ans, d'un bon tempérament, s'étant fatigué au jeu, sous les rayons d'un soleil ardent, est pris tout à coup d'une fièvre prononcée, avec vomissements et céphalalgie occipitale intense, les douleurs se prolongeant aussi le long de la colonne vertébrale. Il rend un lombric par la bouche. La tête du petit malade est déjetée en arrière, comme dans l'opisthotonos, et l'enfant est pris, de temps à autre, de convulsions toniques avec inversion des pieds et des mains. Cet état dure quelques jours durant lesquels survient une éruption de taches purpurines sur la partie inférieure du tronc, et quelques bulles de pemphigus à la face et aux oreilles.

Il y a hyperesthésie de la peau, principalement aux membres supérieurs qui deviennent aussi le siège de fortes douleurs. Parfois les membres inférieurs se refroidissent et deviennent rigides. L'enfant, devenu complètement sourd, est très irritable. Les selles, rares au début, sont rendues plus faciles sous l'action d'un laxatif; après trois semaines de maladie, la défécation devient involontaire. Cependant, la vessie est paresseuse; l'enfant n'urine qu'une fois dans les 24 heures, et encore ne le fait-il que sous l'influence du buchu.

La température est de 40° à 41° C. en moyenne, le pouls est à 132. L'enfant prend un peu de bouillon, de potage, etc, mais il est presque constamment plongé dans un état somnolent interrompu par des crises douloureuses se manifestant par des cris aigus, à caractère hydrocéphalique. La pupille est inégalement dilatée, et ce dernier signe, uni aux cris aigus, à l'hyperesthésie cutanée, à la paralysie du sphincter anal et du corps de la vessie,

(1) Lu devant la *Société médicale de Montréal*.

ainsi qu'à une somnolence et une surdité prononcées indique bien sûrement, en même temps qu'un état inflammatoire, un épanchement dans les membranes du cerveau et de la moelle épinière. épanchement abondant et qui comprime les centres nerveux.

Obs. II.—Le 1er mai, trois semaines après que Victor fut tombé malade, Soter, son frère, âgé de 8 ans, présente tout-à coup les mêmes symptômes du début : céphalalgie, vomissements, rejet d'un lombric par la bouche, douleurs le long de la colonne vertébrale, taches de purpura, température élevée, surdité complète, paresse de la vessie, crises douloureuses aiguës, pouls irrégulier, mais à 80 seulement. De plus, douleurs musculaires dans les bras et douleur prononcée aux jointures métacarpo-phalangiennes de la main droite avec rougeur et gonflement.

Le traitement a été institué comme suit : Au début, un laxatif au calomel, puis la préparation suivante, administrée toutes les trois heures :

Bromure de potassium.....	12 grains
Iodure de potassium.....	4 grains

le bromure étant donné comme sédatif, et l'iode, comme altérant, pour combattre l'épanchement. En outre, des frictions furent faites le long de la colonne vertébrale, avec de l'huile de croton, et pour calmer les crises, le mélange anesthésique suivant fut donné par cuillerée à thé, en inhalation :

Alcool.....	1 partie
Chloroforme.....	2 parties
Ether sulfurique.....	3 parties

Le buchu a été prescrit avec succès sous forme de tisane, pour combattre la torpeur de la vessie. Après 3 ou 4 jours d'emploi, le mélange anesthésique devenant impuissant à vaincre les crises, nous augmentons graduellement la proportion du chloroforme et nous remplaçons la préparation bromo-iodurée simple par celle de Brown-Séguard :

Iodure de potassium.....	3 drachmes
Bromure de potassium.....	3 onces
Bromure d'ammonium.....	1 once
Bicarbonate de potasse.....	2 drachmes
Eau.....	6 onces
Tointure de gentiane, q. s. pour faire	20 onces

Les malades, après une journée de ce traitement, sont plus calmes ; encore deux ou trois jours et Victor, le premier malade, est un peu mieux. Ses crises ont disparu, le pouls est à 116 ; mais le patient est d'une maigreur excessive et la surdité est complète, la pupille dilatée, la parole embarrassée ; l'intelligence est revenue.

Cependant, le deuxième malade, Soter, semble parcourir à son tour toutes les phases de la maladie par laquelle son frère est passé ; de plus, il est dans un délire permanent.

Obs. III.—Environ cinq semaines après le début de la maladie chez Victor, le 13 mai, Raoul, un jeune bébé âgée de 10 mois, est frappé aussi lui par la méningite. La face est pâle, le pouls très vite, la fièvre élevée ; il y a constipation, qui disparaît bientôt sous l'influence d'une dose d'huile de ricin. L'enfant dort presque continuellement, mais parfois il agite ses petites mains et les frotte l'une contre l'autre comme pour en chasser la douleur, en même temps qu'il pousse des cris aigus ; il y a raideur tétanique des membres et des muscles du cou, décubitus dorsal habituel. Des taches de purpura se montrent à la poitrine et aux membres.

Au début, des pédiluves et des sinapismes à la plante des pieds furent ordonnés, en même temps que deux poudres de mercure à la craie ; puis 12 gouttes, toutes les trois heures, de la préparation bromurée.

Le 23 mai, deux nouveaux cas se déclarent dans la même famille, portant à cinq le nombre de nos petits malades.

Obs. IV.—Archimède, âgé de 4 ans, enfant robuste, est pris de céphalalgie, de fièvre et de vomissements. Je dois dire ici que, dès le début de la maladie de ses frères, cet enfant avait été envoyé à la campagne, mais bientôt, il nous revint avec la diphthérie, et dès lors ses parents ne voulurent plus se séparer de lui. Il n'échappa donc à la diphthérie que pour tomber sous les coups de la méningite cérébro-spinale qui épuisa toutes ses rigueurs sur ce pauvre petit être ; cependant, il résista aux premières étreintes de la maladie et bien que ses douleurs parussent terribles, il se levait parfois et courait d'un appartement à l'autre, ne faisant entendre qu'un cri perçant, mais souvent répété : "maman !" Mais bientôt ses crises augmentent d'intensité, les genoux deviennent douloureux, une éruption vésiculeuse se fait au pourtour des lèvres et sur le menton, et l'enfant est obligé de garder le lit. Du strabisme, des cris déchirants et de l'opisthotonos achèvent le tableau.

Le même traitement était suivi pour lui que pour les deux premiers malades ; nous y ajoutâmes l'onguent d'iodoforme en frictions à la nuque, comme calmant et altérant, et nous prescrivîmes les bains généraux, pour combattre la fièvre. Il prit, le 27 mai, un peu de santoline et de calomel, et le lendemain, un grand lombric était trouvé dans ses selles.

Obs. V.—Hortense, enfant délicate et âgée de 6 ans, était tombée malade le même jour qu'Archimède, le 22 mai, mais ici la méningite présentait un tout autre caractère, le caractère typhoïde.—En effet, à la fièvre, à la céphalalgie et aux vomissements, se joignaient de la pâleur, une faiblesse prononcée, du stra-

bisme, de l'abatement; les crises étaient rares; puis la défécation et la miction devinrent involontaires, le strabisme permanent et la débilité plus grande; le 27 mai, elle passa dans ses selles un lombric en décomposition. Cet état typhoïde se prononçant de plus en plus, elle tomba bientôt dans le coma et un dernier symptôme fâcheux vint nous annoncer sa fin prochaine, je veux parler d'une stomatite aptheuse très-intense qui ne céda pas plus au colutoire de miel boraté qu'au chlorate de potasse et au kino. Enfin, l'enfant mourut le 10 juin.

Au début, nous avons administré quelques légères dose de bromure, mais nous les avons remplacées bientôt par les toniques: gentiane, quinquina, quinine.

Vers cette époque, le petit Raoul prenait du mieux, et après quelques alternatives de mieux et de pis, il recouvrait la santé.

De son côté, le premier malade, Victor, entra en convalescence vers la fin de mai, et il était mis aux toniques; mais des symptômes d'anémie cérébrale se manifestaient par des terreurs, la vue des serpents, etc.; les toniques névrosthéniques: la valériane, le quinquina en eurent bientôt raison. Enfin, une suite bien fâcheuse de la maladie subsistait encore, la surdité complète, et tous les moyens employés, les toniques, les altérants (iodure de potassium pour dissiper l'épanchement), les douches d'air par la trompe d'Eustache l'électricité, etc. rien ne put atténuer cette triste infirmité.

A l'époque où Victor entra en convalescence, le second malade, Soter était dans un état de grande prostration; ses crises étaient disparues, mais ses membres conservaient encore de la roideur; d'une maigreur excessive, d'une pâleur terne, cadavérique, les téguments froids, les yeux enfoncés dans leurs orbites, les paupières demi-closes et restant entre-ouvertes lorsqu'on les relevait, les pupilles alternativement très-contractées ou très-dilatées, dans cet état si voisin de la mort, dis-je, il causait frayeur à tous ceux qui le voyaient, et plusieurs fois je crus avoir devant moi un cadavre. Enfin, si de temps en temps, il sortait de sa torpeur, c'était pour faire entendre quelques pleurs, quelques paroles incohérentes, espèce de délire marmottant.

Depuis le début de cet état de prostration, les toniques étaient généreusement administrés; la quinine, l'élixir de coca, un peu de vin de bordeaux et de vin de champagne, etc. La limonade au citrate de magnésie était donnée pour combattre la constipation, qui était habituelle. Enfin, vers le 20 juin, nous avons le bonheur de voir notre petit malade sortir peu à peu de son insensibilité, après avoir répandu des sueurs très-fétides; l'appétit renaissait; il entra en convalescence. Mais toujours la surdité persistait.

La convalescence fut longue et retardée par un accident qui faillit nous enlever notre malade. Dans la nuit du 19 au 20 juil-

let, Soter fut pris de convulsions très fortes et qui se répétèrent durant une heure et demie. Rien ne put calmer ces convulsions que l'administration du chloroforme ainsi mitigé :

Chloroforme, 2 parties ; éther sulfurique, 1 partie ; alcool, 1 partie.

Les convulsions diminuèrent peu à peu d'intensité et, aubout de 15 minutes, elles cessèrent complètement. Alors, des gaz abondants s'échappèrent du rectum, suivis d'une selle copieuse et de vomissements liquides contenant deux ou trois morceaux de viande non digérés (que l'enfant avait dérobés et mangés froids). Le lendemain il était mieux, mais affaibli. Curieux incident : à la suite de ces convulsions, Soter, qui était complètement sourd, a paru entendre passablement bien durant quelques heures.

Cependant, Archimède, l'enfant de 4 ans, était toujours aux prises avec la maladie ; la douleur qu'il ressentait parfois à la nuque et à la région occipitale paraissait très intense, mais l'onguent d'iodoforme et le mélange anesthésique en avaient promptement raison. L'appétit était conservé et l'enfant mangeait bien dans l'intervalle des accès,

Le 20 juin, après avoir pris du lait, il eut une forte convulsion qui dura 20 minutes et céda aux sinapismes, aux pédiluves et à une double dose de bromure. Depuis cette époque il n'eut pas de crises douloureuses, sauf les 27 et 28 juin. Il était affaibli, très souvent assoupi, ne prenait presque plus rien et avait beaucoup de difficulté à avaler, les liquides refluant quelquefois par les narines, ce qui indiquait une paralysie du voile du palais. Alors il fallut changer de traitement : nous suspendîmes les calmants pour administrer les toniques : l'élixir de coca, le vin de quinium de Labarraque, le vin de champagne, et nous ordonnâmes les lavements de bouillon, 2 fois par jour ; vin de Bordeaux, etc.

En dépit de nos efforts et des soins assidus de sa mère, l'enfant ne prenait pas de mieux. Il n'était déjà plus qu'un squelette. La constipation était habituelle, le ventre creusé en bateau, le cou roide, arc-bouté. Il ne parlait plus, ne remuait plus, mais il paraissait conserver son intelligence.

Il demeura dans cet état durant environ six semaines, puis vint un jour où le champagne même ne fut plus supporté, où chaque cuillerée de gélatine, chaque petit lavement de bouillon lui donnaient des accès de fièvre. Le 4 août, il eut des convulsions suivies de vomissements et le 13, il mourut sans crises, sans convulsions, très paisiblement.

Sa maladie avait duré 82 jours.

Veillez me pardonner, messieurs, d'avoir été un peu prolix dans les détails de ces cas ; je l'ai fait pour être utile à mes confrères, afin qu'ils puissent tirer quelques conclusions pratiques des différents phénomènes pathologiques qui ont été observés durant cette maladie, et suppléer ainsi aux recherches anatomiques qui nous

ont fait défaut. Ainsi, comment expliquez-vous cette surdité complète survenue chez deux de nos malades : y a-t-il eu fonte purulente du nerf auditif, ou destruction de la caisse et des osselets ? ou bien, n'y a-t-il eu qu'une simple compression, suite d'un épanchement qui persiste ? Nous adoptons cette dernière hypothèse, car des cas semblables ont été rapportés par des hommes d'expérience, entre autres par le docteur Painchaud, de Varennes, qui a vu deux de ses malades frappés de surdité complète à la suite de la méningite cérébro-spinale, recouvrer l'ouïe après un an d'attente, et entendre, l'un passablement et l'autre parfaitement bien. Dans tous les cas, nous avons institué un traitement à l'iodure de potassium, afin de faire dissiper cet épanchement, et si j'ai la consolation de voir le succès couronner mes efforts, je vous le ferai connaître.

Dois-je dire un mot ici de l'étiologie de cette affection ? Est-elle le résultat d'une simple inflammation des méninges ou la suite d'un empoisonnement par des miasmes délétères ? Je ne vous rappellerai qu'une chose : c'est que cette épidémie est survenue après l'inondation du printemps dernier, après les ravages de la variole, et qu'elle a précédé la fièvre typhoïde ; je dois ajouter ici, pour les cas que je viens de rapporter, en particulier, que ces enfants avaient l'habitude, quelques jours avant de tomber malades, d'aller jouer autour d'une *mare*, non loin de leur demeure, et que plusieurs autres enfants des environs, qui allaient s'amuser aussi auprès de cet étang, furent frappés de la même maladie. Lors de l'épidémie de méningite cérébro-spinale que nous avons eue il y a quinze ans environ, épidémie qui s'étendit sur les villages environnants, un de ces villages, qui s'abreuve à notre fleuve, plus bas que Montréal, et qui d'autre part respire les effluves d'une eau croupissante, fut plus particulièrement éprouvé par le fleau.

De la paralysie nocturne.— Sous le nom de *night palsy*, Weir MITCHELL a désigné une forme de parésie des extrémités survenant pendant la nuit et particulière aux femmes dans la période de la ménopause. Ses symptômes consistent en faiblesse musculaire des mains et des avant-bras, en fourmillements et parfois en sensations douloureuses de ces organes. Ces phénomènes disparaissent spontanément ou après la rubéfaction de la peau.

M. Stevenson a eu l'occasion d'observer plusieurs cas de cette affection qui, rarement, mais quelquefois cependant, a été notée chez l'homme. Il l'attribue à l'anémie ; mais d'autres auteurs la considèrent comme le résultat de phénomènes réflexes consécutifs à des troubles gastro-intestinaux. Tous les malades ont, d'ailleurs, guéri.

Le traitement consistait dans le repos, la galvanisation et la médication bromurée.—*Practitioner.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Indications thérapeutiques générales de la fièvre typhoïde.

—Clinique de M. LANDOUZY à l'hôpital de la Charité.—Vous n'ignorez pas que, parmi les maladies aiguës avec lesquelles vous allez avoir à compter, vous n'en rencontrerez pas de plus commune que la fièvre typhoïde, la tuberculose, la pneumonie et la diphthérie. Vous ne pouvez ignorer la place vraiment lamentable que la fièvre typhoïde détient dans la léthalité des nations civilisées, des grandes villes notamment, et cependant je vous étonnerais peut-être si je vous disais que dans la léthalité parisienne elle occupe le quatrième rang (comme je le chiffrais l'an dernier au cours d'hygiène de la Faculté), et qu'en cinq ans, elle a tué à Paris plus de 8,000 personnes.

Vous presentez, d'après ce chiffre, quel tribut dans le milieu parisien nous payons à la fièvre typhoïde, tribut léonin quand on songe qu'elle porte sur les forces vives de la nation, sur les jeunes, quand on songe que parmi ceux qui sont frappés si le petit nombre succombe, le grand nombre demeure touché. Evoquez vos souvenirs, rappelez-vous que maints états morbides avec lesquels nous avons journellement à compter ont leur origine dans la fièvre typhoïde (myocardite, aortite, néphrite, périsplénite, hépatite, névrite, myélite, etc., etc.) et vous conviendrez que je n'exagérerais en rien quand je vous disais la fréquence et l'importance de la fièvre typhoïde. S'il y a là matière à réflexions et à préoccupations pour les hygiénistes et les édiles, il y a là matière aux efforts des médecins en quête de guérir ce que l'hygiène a été impuissante à empêcher.

Voilà pourquoi les jeunes médecins qui entrent dans la carrière avec le souci de leur responsabilité et le désir de bien faire, nous abordent, comme le faisait encore un tout jeune confrère d'une ville prochaine, en nous demandant : Dites-moi, je vous prie votre traitement de la fièvre typhoïde ?

A cette question, qui part d'un honnête sentiment, il n'y a qu'une réponse, qui vous étonnera autant qu'elle surprenait le jeune confrère à qui je la faisais : " mais de traitement de la fièvre typhoïde, je n'en ai pas, si par traitement de la fièvre thyphoïde vous entendez un traitement adiéquat, un traitement dont doivent être justiciables tous nos malades, un traitement spécifique semblable, par exemple, à celui du rhumatisme par le salicylate de soude, de la vérole par le mercure et l'iodure de potassium, du paludisme par le sulfate de quinine. Si vous l'entendez ainsi, de traitement de la fièvre thyphoïde je n'en ai pas, ni moi, ni vos maîtres, ni personne."

Tout ceci doit vous faire comprendre que, des résultats scientifiques acquis, ne peut découler le *traitement* de la fièvre typhoïde, comme il y a un traitement de la syphilis et de la fièvre intermittente. Un traitement, nous n'en possédons pas d'empirique; nous n'en possédons pas d'étiologique; nous n'en possédons pas de pathogénique. Ce que nous possédons c'est une doctrine générale, c'est une manière de voir vis-à-vis de nos typhiques, qui s'inspire de ce que nous venons de dire et qui est l'écho des principes pathogéniques que je vous ai énoncés. Appréciant, en clinique, l'intoxication par les ptomaïnes, produit des fermentations bactériennes, au taux des troubles fonctionnels, voyant dans la fièvre un de ces troubles fonctionnels adéquats à la formation des ptomaïnes, nous nous préoccupons de celle-ci autant parce qu'elle est effet que parce qu'elle est cause; nous nous préoccupons de la fièvre parce qu'elle marque le taux de l'infection et de l'intoxication, et c'est pourquoi nous lui opposons de préférence le sulfate de quinine que nous donnons, vous le savez, à hautes doses, prétendant (avec quelques-uns de nos maîtres les plus autorisés et avec notre expérience propre en la matière) que jamais il n'a fait chez les typhoïdiques le mal qu'on lui impute.

Nous préférons le sulfate de quinine qui n'est, comme le dit mon maître M. Bouchard, antithermique que parce qu'il est un antiseptique spécial à action élective. C'est l'antithermique de la fièvre typhoïde et de la fièvre puerpérale, parce que c'est l'antiseptique par excellence de la fièvre typhoïde et de la fièvre puerpérale, et la meilleure preuve qu'invoque M. Bouchard pour montrer que le sulfate de quinine n'est antithermique que parce qu'il est antiseptique, c'est que le sulfate de quinine, donné à l'homme sain, n'abaisse pas la température.

C'est dans le même ordre d'idées (réfrigération pour diminuer l'activité des éléments pathogéniques et par suite leurs conséquences) que scientifiquement on recourt à l'eau froide intus et extra sous toutes formes: lavements (Hardy), lotions (Jaccoud), bains par la méthode de Lyon que vous trouverez magistralement exposée dans le beau travail de Tripier et de Bouveret.

La quinine, le froid qui, *théoriquement*, diminuent l'activité bactérienne donnent, *empiriquement*, d'énormes résultats comme en témoignent tous ceux qui, de propos délibéré, ont donné du sulfate de quinine et ont fait de la réfrigération.

A l'antisepsie par la quinine et la réfrigération ne doivent pas se borner les efforts du médecin: étant donné que le bacille a déterminé la *fermentation toxique*, qui est au maximum dans l'intestin (Bouchard), il faut deux choses:

1^o Entraver la production et l'absorption des ptomaïnes; 2^o faciliter leur élimination.

1^o Pour entraver les ptomaines il est nécessaire de faire l'*antisepsie intestinale* : celle-ci étant bien faite, M. Bouchard a constaté qu'il fallait une quantité quatre fois plus grande d'urines pour tuer un animal. Cette antisepsie sera obtenue, soit avec le charbon, 100 grammes (Bouchard); l'iodoforme, 50 centigrammes (Bouchard, Renaut); le salicylate de bismuth (Vulpian, Desplats); ou bien encore avec l'iodoforme et la naphthaline (Bouchard).

Commandée par les raisons que je vous disais tout à l'heure, réclamée par la théorie, l'antisepsie intestinale donne empiriquement, pratiquement, des résultats qui sont faits pour plaire à mon jeune interlocuteur qui voudrait un traitement de la fièvre typhoïde. Certes, les antiseptiques intestinaux ne sont pas le traitement de la fièvre typhoïde, mais ils doivent *faire partie du* traitement de la fièvre typhoïde. Avec l'antisepsie par le charbon, mon maître Bouchard avait, en dépit de la gravité de certaines épidémies, maintenu sa mortalité à 15 p. 100 [pareils résultats ont été obtenus, à Lyon, par mon ami le professeur Renaut, qui combine les bains froids avec l'iodoforme]; avec l'iodoforme et la naphthaline, Bouchard obtient un taux de mortalité encore inférieur. Ce sont là des résultats qui, pour déduits qu'ils soient de vues doctrinales, n'en emportent pas moins, en fait, toute leur valeur. z

Nous ne disons rien de l'acide salicylique ni de l'acide phénique qui, à faibles doses, sont de beaucoup inférieurs aux antiseptiques que nous venons de citer, et qui, à doses fortes, cessent de pouvoir être employés sous peine d'accident.

Votre préoccupation d'entraver la production et l'absorption des ptomaines ne doit pas être la seule, elle doit être doublée du souci de faciliter leur élimination, de veiller sur le fonctionnement de chacun des émonctoires. Votre attention de chaque jour doit être éveillée du côté du rein. On peut, sans paradoxe, dire qu'à moindre urination correspond une plus grande toxicité des urines d'un typhique. Pour qu'un rein dépure bien un typhique, il faut que celui-ci garde non seulement l'intégrité organique, mais encore l'intégrité fonctionnelle : la première est assurée par la combinaison de l'antisepsie antithermique (bains froids) et de l'antisepsie par l'iodoforme, comme l'a prouvé mon maître et ami, le professeur Renaut, qui ne voit plus de fièvre typhoïde à forme rénale. Quant à l'intégrité fonctionnelle du rein, elle dépend de la tension artérielle, laquelle dépend à son tour de deux facteurs : 1^o de la quantité d'eau en circulation, c'est pourquoi nous recommandons tant qu'on fasse boire les typhiques; 2^o du fonctionnement du cœur dont la qualité vous sera connue autant par les caractères du pouls que par l'examen du cœur.

Voilà pourquoi le pouls est si important à consulter; si important même qu'on pourrait dire que si on était dans la nécessité de

choisir entre le pouls et la température, il vaudrait mieux sacrifier la seconde au premier. Liebermeister a dit, avec raison, que la clé de la fièvre typhoïde était dans le pouls, c'est que le pouls ne donne pas seulement la notion de l'altération cérébro-spinale, de l'intoxication du malade, il ne donne pas seulement la notion du plus ou moins d'éréthisme cardiaque, il donne la notion d'une résultante, la *tension artérielle*, d'où dépend la pression rénale, d'où dépend l'excrétion excrémentitielle qui détient l'élimination des principes toxiques (produits des fermentations albuminoïdes par les microbes).

D'où vous déduisez la gravité des formes typhoïdes, rénales ou cardiaques, d'où vous déduisez aussi la gravité de toutes les fièvres infectueuses chez les rénaux. C'est ainsi que nous annonçons, l'an dernier, à cette même place, la gravité d'une fièvre éruptive chez un de nos malades qui avait une albuminurie (suite de cystite calculeuse) avant sa variole. Celle-ci fut tellement rapide et grave, tellement purpurique que nous la primes pour une fièvre scarlatine maligne : il s'agissait d'une variole chez un homme jeune, vacciné, variole qui le tuait en quelques jours, avant la vésico-pustulation, et cela parce qu'il était néphrétique avant d'être variolisé !

Si vous avez bien suivi les considérations étiologiques et pathogéniques ; si vous avez compris le pourquoi et le comment de la fièvre typhoïde ; si vous avez compris que des *symptômes* nous concluons, suivant leur intensité, à l'intensité de production des alcaloïdes toxiques, vous comprenez comment nous sommes incités à faire appel :

- 1° Au sulfate de quinine et au froid ;
- 2° A l'antisepsie intestinale.

Vous comprenez aussi combien nous redoublerons d'efforts chez un malade (expériences instructives de Bouchard, Chassin, Roger) qui aura une affection hépatique ou une affection rénale ou une affection cardiaque, puisque chacun de ces malades aura chance d'être plus intoxiqué que son voisin. Vous comprenez qu'en remplissant chacune de ces indications, nous approcherons d'un traitement rationnel de la fièvre typhoïde.

Voilà pourquoi les notions étiologiques et pathogéniques sont d'accord avec la sagesse des nations médicales qui avaient bien enregistré (sans chercher à comprendre) la coïncidence de certaines formes mauvaises de la fièvre typhoïde coïncidant avec l'altération de certains organes.

Voilà comment vous comprenez qu'il puisse y avoir des *indications* doctrinales aidant à traiter les typhiques.

C'est au médecin savant de les chercher et de les poser, c'est au médecin artiste de les saisir, de les appliquer et de s'en servir avec tact pour le plus grand bien de ses malades, en se souvenant que, soit la méthode de Brandt, soit la méthode de l'antisepsie in-

festinale donnent, par leurs résultats (abaissement considérable de la mortalité), pleinement raison aux prémisses posées par la doctrine du parasitisme envisagée dans son ensemble et dans toutes ses conséquences, étudiée dans sa pathogénie, étudiée dans les procédés instrumentaux mis en œuvre par les bacilles pour perturber l'économie. Je fais encore, et toujours allusion aux leucomaines, ces alcaloïdes toxiques animaux dont la découverte est bien française puisqu'elle appartient à deux de nos maîtres, aux professeurs Gantier et Bouchard, après lesquels sont venus les magnifiques travaux du chimiste Brieger [de Berlin]. Je n'ai pas, bien entendu, la prétention d'avoir traité ni même essayé de traiter devant vous la question complète et complexe du traitement général de la fièvre typhoïde. J'ai voulu vous montrer la question sous un de ses aspects nouveaux et scientifiques, et je m'estimerais heureux si j'avais pu seulement éveiller dans vos esprits le désir d'étudier deux des plus grandes parmi les questions à l'ordre du jour, la question de l'antiseptie médicale et la question des ptomaines bactériennes intestinales, questions auxquelles restera légitimement attaché le nom de mon maître, le professeur Bouchard.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement de la diphtérie. — M. le docteur O. BRONDEL, d'Alger, a obtenu depuis cinq ans des résultats vraiment extraordinaires. Il n'a jamais perdu un malade sur plus de deux cents cas, *sauf quelques enfants atteints de group confirmé*, et encore à ce moment n'employait-il pas encore rigoureusement le mode actuel de traitement.

Voici en quoi il consiste : d'abord administrer toutes les heures une cuillerée à soupe d'une potion de 150 grammes contenant 4 à 5 grammes de benzoate de soude, suivant l'âge de l'enfant; donner en même temps du sulfure de calcium en granules d'un centigramme ou sous forme de sirop; enfin, pratiquer toutes les demi-heures, régulièrement, nuit et jour, dans les cas graves, des pulvérisations avec une solution de benzoate de soude à dix pour cent. Nourrir les malades avec du jus de viande, des œufs, viandes tendres, administrer des toniques et combattre la fièvre par la quinine, l'aconitine et l'antipyrine.—*Bulletin de thérapeutique.*

Les traitements de l'obésité. — S'il n'était pas surabondamment démontré que la méthode électrique peut avoir de singuliers résultats en médecine, ce qui se passe actuellement au sujet de l'obésité pourrait le prouver facilement. Un obèse électrique qui voudrait prendre dans chaque méthode de traitement les éléments lui paraissant les plus favorables, pourrait par exemple, se fondant sur les expériences très précises de M. Debove, boire trois ou quatre litres de liqueur par jour; puis, en se basant sur

le système de Banting et les régimes carnivores, prendre 5 à 600 grammes de viande, et enfin, en suivant la thérapeutique d'Ebstein, absorber quotidiennement une grande quantité de graisse; il pourrait même user des féculents, en petite quantité il est vrai, car c'est le seul aliment dont l'usage se trouve très restreint dans tous les systèmes; or il arriverait cependant ainsi bien certainement à se constituer un régime essentiellement engraisant. Toutefois cette conclusion paradoxale ne montre guère qu'une chose, c'est que puisque toutes les méthodes comptent des succès, on a attribué beaucoup trop d'importance à un élément du traitement; elles agissent en réalité, non par un seul de ces éléments, mais par un ensemble qui amène un certain degré d'émaciation; celle-ci est due, soit à la réduction totale de l'administration, soit aux troubles digestifs qui sont la conséquence de l'absorption, en trop grande quantité, de certaines viandes, ou de la diminution du liquide comme dans la diète sèche.

Il est à remarquer, en effet, que tous les auteurs qui ont imaginé des méthodes de traitement de l'obésité, qu'il s'agisse d'Harvey à propos du système Banting, d'Ebstein qui préconise la graisse, d'Ortel qui combine le régime de Banting avec la diminution des liquides, tous ces auteurs, disons-nous, ne se sont pas contentés d'indiquer à leurs malades un certain mode d'alimentation, mais leur ont prescrit surtout la quantité d'aliments qu'ils devaient prendre chaque jour. De plus ils prescrivent tous des exercices plus ou moins violents. Ortel, même dont le système est celui qui a réussi entre les mains du fameux docteur Schwenninger pour le prince de Bismark, fait courir ses malades ou leur fait monter des hauteurs jusqu'à ce qu'ils ressentent des battements de cœur; il oblige même les individus atteints de cœur gras à marcher plusieurs heures chaque jour et à monter des escaliers jusqu'à essoufflement. Dans ces conditions, outre qu'il y a une dépense organique plus forte, l'alimentation se trouve forcément restreinte, car la ration d'entretien n'est ainsi jamais dépassée puisqu'elle est exactement précisée par le médecin, ce qui arrivait au contraire presque toujours auparavant, l'obèse étant le plus habituellement un gros mangeur qui absorbe plus qu'il ne lui est nécessaire. Le rationnement est ici en somme beaucoup plus indispensable au point de vue de la quantité que de la qualité. Tous ont montré surtout qu'il ne fallait pas se contenter de recommander aux malades de prendre certains aliments, mais de ne pas dépasser une certaine dose.

Les innombrables recherches qui ont été faites sur le dédoublement des albuminoïdes, sur l'assimilation des corps gras et sur beaucoup d'autres points de la physiologie de la digestion, recherches qui avaient pour but de venir à l'appui de certaines méthodes thérapeutiques, ne présente donc en réalité qu'un intérêt très secondaire au point de vue pratique, d'autant plus qu'elles sont presque toutes contradictoires.

Il y avait pourtant un point fort important à éclaircir, c'est le rôle joué par les boissons dans la nutrition, car la privation des liquides est le côté le plus pénible du traitement. C'est ce qui fait l'intérêt de la récente communication de M. Debove, qui après avoir fait ses premières recherches sur des sujets hystériques, en a fait de nouvelles sur des sujets bien portants; or il en résulte qu'après avoir soumis un sujet à un régime fixe pendant un certain nombre de jours et avoir obtenu ainsi un poids du corps invariable, on peut doubler la quantité du liquide ingéré, le porter par exemple de 1,250 à 3,250 grammes par jour sans modifier en rien ce poids pendant la série des jours qui suivent. On peut donc laisser boire les obèses et c'est d'ailleurs ce que fait M. Germain Sée, dans le système qu'il préconise, avec cette restriction qu'il recommande de supprimer totalement les boissons alcoolisées et la bière, en les remplaçant par du thé ou du café; d'après le savant professeur de l'Hôtel-Dieu, d'ailleurs, loin d'engraisser, les liquides faciliteraient l'amaigrissement.

Si nous insistons aujourd'hui sur ces faits, c'est qu'il s'est fait tant de bruits depuis un certain temps sur cette question de l'obésité qu'il semblerait qu'il s'agisse ici d'une thérapeutique absolument spéciale, pour laquelle des moyens spéciaux sont nécessaires et même, comme en Allemagne, où ils existent en très grand nombre, des médecins spéciaux. Cependant, en examinant d'un peu près les méthodes employées, on voit que toutes sans exception amènent une diminution considérable du régime alimentaire; que les malades mangent de la graisse ou de la viande, qu'ils boivent ou non, ils mangent moins. C'est ce qui fait que la difficulté ne consiste pas à trouver la méthode mais à l'appliquer; et cependant, n'est-elle pas appliquée en grand dans notre armée où les statisticiens trouveraient difficilement quelque obèse parmi les simples soldats réduits à la gamelle réglementaire. C'est là un exemple facile à suivre, un régime (en diminuant la quantité de pain) moins complexe que tous ceux qui ont été imaginés. Néanmoins, lorsque l'on aura obtenu d'un obèse qu'il s'y soumette rigoureusement, y compris la fatigue et les exercices physiques il pourra être considéré comme ayant fait un grand pas vers la guérison.

Les mêmes observations pourraient être faites au sujet du traitement de la maigreur: dans un livre dont on a beaucoup parlé, Weir Mitchell donne des détails minutieux sur sa méthode dont deux éléments principaux consistent dans le repos au lit, et l'alimentation progressive de manière à arriver à faire observer aux malades, à force de précautions et de patience, une nourriture très substantielle et très abondante tout en dépensant fort peu: il y ajoute les massages et l'électrisation des muscles pour suppléer à l'exercice musculaire; cette méthode qui, sauf le massage, semble calquée sur celle qu'emploient traditionnellement les éleveurs pour les animaux de toutes catégories destinés à l'alimen-

tation, donne, paraît-il, d'excellents résultats chez les névropathes: la chose est vraisemblable, et il serait même étonnant qu'un sujet qui mange beaucoup et reste au lit n'engraissât pas; mais là encore la difficulté réside dans l'application beaucoup plus que dans l'invention, car peu de malades et surtout de névropathes consentiront à se soumettre à un pareil traitement.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Inhalations antiasthmiques. — G. SÉE. — On verse 4 à 5 grammes de pyridine dans une assiette, que l'on place dans une chambre de la contenance de 25 mètres cubes d'air environ, et le malade, soit asthmatique, soit cardiaque, séjourne de 20 à 30 minutes dans cette chambre, trois fois par jour.—A la suite de deux ou trois séances, la sibilance de la poitrine diminue ou disparaît, l'expectoration devient plus facile, et les malades goûtent du repos pendant la nuit, avec ou sans sommeil. Dans certains cas, l'amélioration persiste; dans d'autres, l'effet des inhalations s'atténue au bout de six à dix jours, et on y adjoint alors le traitement ioduré. Cette dernière médication est véritablement efficace; mais, chez certaines personnes, elle provoque des plénomènes d'iodisme, qui forcent d'en suspendre l'usage.—*Union médicale.*

Ataxie locomotrice d'un seul côté.—M. BERTOYE a observé un cas d'ataxie locomotrice des deux membres droits chez un tisserand non syphilitique, non alcoolique. Le mal a débuté il y a cinq ans brusquement par l'anesthésie plantaire et l'incoordination musculaire du membre inférieur droit. Le membre supérieur fut pris ensuite. Les muscles des deux membres malades ne sont ni paralysés, ni atrophiés, ni contracturés. Le réflexe du tendon rotulien disparu contraste avec celui du côté opposé. La science, dit M. Bertoye, contient des exemples d'ataxie musculaire résultant d'excès de fatigue ou d'excès génitaux. L'altération des fonctions nerveuses a toujours débuté par le trouble d'innervation des organes surmenés. La perte du réflexe rotulien ne manque pas dans cette ataxie hémiplegique.—*Lancet.*

Dans la diphthérie, la scarlatine et l'amygdalite folliculaire, le chlorate de potasse, à dose de un grain toutes les demi-heures, soulage beaucoup et amène la guérison.

La migraine est fréquemment soulagée par l'administration de la teinture de noix vomique, à dose de une goutte, toutes les cinq minutes.

CHIRURGIE.

Des contusions de l'abdomen.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Je désire vous parler d'une affection intéressante, peu connue peut-être de plusieurs d'entre vous, et qui cependant offre une importance très grande au point de vue pratique.

Je viens de vous montrer, au n^o 22 de la salle Saint-Côme, un homme âgé de quarante-six ans, employé à la gare d'Orléans, qui a été tamponné, il y a trois jours, par une locomotive en manœuvre ; il est atteint d'une contusion de l'abdomen. L'occasion me paraît bonne pour vous présenter quelques considérations sur ce sujet.

En présence d'une contusion de l'abdomen, il faut résoudre successivement plusieurs questions : la première est celle-ci : *La contusion porte-elle seulement sur les parois abdominales, ou bien a-t-elle atteint les viscères contenus dans la cavité péritonéale ?*

Quels sont les éléments qui permettent de résoudre ce problème ?

L'état des parois abdominales peut-il servir de base ? Non ; l'aspect extérieur des parois ne fournit aucune notion exacte sur l'état des viscères profonds, et c'est souvent une cause d'erreur, car l'intégrité des parois abdominales peut dissimuler une lésion sérieuse des organes sous-jacents. Ainsi, il y a quelques années, un homme succomba dans mon service, à la suite d'une contusion abdominale. A l'autopsie, je trouvai le mésentère totalement détaché de la colonne vertébrale et une hémorrhagie très abondante dans la cavité péritonéale. Eh bien, cet énorme délabrement ne s'accompagnait d'aucune lésion des parois abdominales ; j'examinai, en effet, celles-ci avec la plus grande attention ; j'en disséquai successivement chacune des couches, sans rencontrer nulle part la trace du plus petit épanchement. La raison de ce fait est facile à comprendre : les parois abdominales, séparées du squelette par un espace assez considérable, peuvent fuir sous le coup ; il n'en est pas de même des viscères qui, appliqués presque immédiatement sur la charpente osseuse, sont projetés contre elle et viennent s'y comprimer.

Donc *l'état de la paroi abdominale n'indique en rien l'état des viscères.*

Il faut, au contraire, tenir grand compte de *l'attitude du blessé au moment de l'accident*, et l'interroger à ce point de vue. Avait-il à ce moment le corps appuyé contre un plan résistant, ou bien était-il libre, a-t-il pu fuir devant le choc par un mouvement instinctif de recul ? Ce fait est important à établir, car avec une force égale de l'agent vulnérant, il peut se produire dans le premier cas des lésions extrêmement graves et, dans le second cas, des lésions presque insignifiantes.

Si le malade vous répond qu'au moment de l'accident il avait

Je dos appuyé, défiez-vous et ne vous en rapportez pas aux symptômes apparents, car la contusion viscérale ne se traduit pas toujours par des signes bien manifestes. En voici un exemple: j'étais chirurgien de l'hôpital de Lariboisière et je faisais un matin la consultation externe, aidé de l'un de mes internes. Un homme se présente prétendant avoir reçu un coup de pied dans l'abdomen. L'interne l'examine et, ne découvrant aucune trace de lésion, s'apprête à le renvoyer. Je lui fais alors observer qu'il a tort, que le malade est peut-être plus sérieusement atteint qu'il ne le croit et je donne à cet homme un billet d'admission. Or, quatre jours après, sans que rien jusque-là ne fit soupçonner de complications, survint une péritonite suraiguë qui l'emporta rapidement.

Ne vous fiez donc pas aux *symptômes apparents*, et réservez toujours le pronostic, quand vous aurez affaire aux contusions de l'abdomen.

Il y a cependant un élément qui ne trompe pas souvent; *c'est le faciès du malade*; un visage abattu, exprimant une souffrance profonde, devra vous faire penser à l'existence d'une contusion viscérale.

Ce que je viens de vous dire vous permettra de résoudre une question qui peut vous être posée dans votre pratique et qui a trait à la médecine légale, à savoir: une contusion ne s'accompagnant point d'ecchymose des parois abdominales peut-elle déterminer une mort immédiate? Cette question fut posée, il y a quelques années, à un médecin légiste dans un procès resté célèbre: il s'agissait d'un accusé qui prétendait avoir tué une femme sans le vouloir, en lui donnant un coup de pied dans l'abdomen. Les juges demandèrent au médecin si ce coup de pied avait pu amener une mort immédiate; le médecin répondit par la négative. Eh bien, je crois que cette réponse était tout au moins imprudente. Une contusion de l'épigastre, de cette région si importante, contenant le plexus solaire auquel les anciens donnaient le nom de *cerveau abdominal*, peut en effet déterminer une syncope mortelle; en outre une contusion de l'abdomen peut produire des déchirures du foie et de la rate, qui s'accompagnent parfois d'hémorragies foudroyantes; elle peut aussi amener des ruptures des gros vaisseaux, et, par cela même, une mort subite. Je me rappelle avoir observé un cas très curieux de lésions des gros vaisseaux consécutive à une contusion de l'abdomen: il s'agissait d'un homme qui avait présenté tous les signes d'une gangrène du membre inférieur gauche. Cet homme mourut; à l'autopsie, je trouvai une déchirure des deux tuniques internes de l'artère iliaque primitive gauche; ces deux tuniques étaient rebroussées dans l'intérieur du vaisseau et avaient oblitéré son calibre, tandis que la tunique externe avait résisté à la pression. Que serait-il arrivé si cette tunique s'était rompue? Il

y aurait évidemment eu une hémorrhagie qui aurait emporté le malade en quelques instants. Je crois donc qu'une contusion violente de l'abdomen peut amener la mort subite, sans laisser de trace du côté des parois abdominales.

Quand vous avez interrogé le malade sur le mécanisme de l'accident, quand vous avez examiné son état général, vous devez vous poser cette seconde question : *Quel est le viscère atteint ?* Le plus souvent l'état local ne vous donnera pas beaucoup de renseignements ; toutefois une douleur à la pression, localisée au niveau de la *rate*, au niveau du *foie*, devra vous faire admettre la contusion de ces organes. Vous vous souvenez peut-être avoir vu cette année dans notre service, un homme chez qui une douleur, localisée au niveau de la région hépatique, nous fit porter le diagnostic de contusion du foie, l'apparition d'un ictère quelques jours plus tard vint confirmer ce diagnostic.

Si les *reins* sont atteints, outre la douleur au niveau de la région lombaire, il y aura de l'hématurie ; c'est précisément le cas de notre malade.

On peut donc, en se basant sur le siège de la douleur, arriver à faire le diagnostic de l'organe lésé ; il y a cependant une contusion pour laquelle on ne peut se prononcer ; c'est la *contusion de l'intestin*. Ces cas sont les plus trompeurs ; car les malades peuvent marcher, reprendre leurs occupations pendant quelques jours sans présenter aucun symptôme alarmant et cependant la situation est grave.

Que se passe-t-il, en effet, dans ces conditions ? La contusion détermine une petite eschare de l'intestin ; tant que cette eschare se forme le malade ne souffre pas ; mais, du quatrième au sixième jour, elle se détache, et, si alors il ne s'est pas produit d'adhérences entre l'anse intestinale malade et les anses voisines, les matières fécales passent dans le péritoine ; il se déclare une péritonite suraiguë : et c'est de cette façon que meurent les malades atteints de contusion de l'intestin.

Retenez ce fait, car c'est lui qui doit guider le traitement. Ayez toujours dans la pensée qu'il y a une eschare de l'intestin et comportez-vous de façon à éviter les accidents qu'elle peut amener.

Or vous savez avec quelle facilité le péritoine adhère aux parties voisines, vous savez, d'autre part, que ces adhérences constituent la seule chance de salut pour votre malade ; faites en sorte de les favoriser, le meilleur moyen que vous ayez d'arriver à ce résultat, c'est l'immobilisation absolue de l'intestin. Ordonnez donc à votre malade le repos le plus complet ; faites-lui prendre de l'opium à haute dose (10 centigrammes d'extrait thébaïque par jour), pour paralyser les contractions intestinales ; recommandez une diète très sévère, proscrivez les aliments solides ; permettez seulement quelques boissons légères par cuillerées à

café, pour tromper la faim de votre malade, et continuez ce régime pendant plusieurs jours, pendant une semaine au besoin.

Immobiliser l'intestin, tel est donc le but que vous devez vous proposer.

Mais je suppose que, malgré toutes ces précautions, survienne une péritonite aiguë ? Que devez-vous faire ?

Il y a quelques années, je vous aurais répondu que vous n'avez rien à faire, que votre malade était fatalement perdu, quoi que vous employiez. Aujourd'hui j'ai modifié ma façon de voir et je crois qu'en pareil cas on peut intervenir. Je crois que lorsque, après une contusion de l'abdomen, qui au début n'a présenté aucun symptôme bien marqué, qui, pendant quatre ou cinq jours, n'a été accompagné d'aucun signe de péritonite, survient vers le sixième jour une péritonite suraiguë, lorsqu'en un mot on a de grandes probabilités pour avoir affaire à une perforation intestinale consécutive à la chute d'une eschare, je crois qu'en pareil cas il faut faire la laparotomie, aller à la recherche de l'anse perforée et la suturer, ou bien l'attirer vers les téguments et la fixer à la peau pour faire un anus contre nature. Je n'insiste pas sur la façon de faire la suture intestinale, toutefois je vous recommande la petite précaution suivante : si vous suturez l'intestin, passez un fil dans la suture et attirez l'anse intestinale contre la paroi, en fixant à l'extérieur le fil qui la retient ; si votre suture intestinale manquait, il se produirait une simple fistule stercorale, et vous auriez de la sorte évité une péritonite mortelle.—
Gazette des hôpitaux.

Des accidents impropres à l'emploi chirurgical des anti-septiques, par le docteur F. BRUN. — Les trois principaux anti-septiques sont l'acide phénique, l'iodeforme et le sublimé, et c'est à l'étude des accidents qu'ils peuvent causer que l'auteur consacre la plus grande partie de son travail.

D'une manière générale, les inconvénients locaux qu'entraînent les pansements phéniqués se voient surtout chez les individus à peau fine et chez ceux qui sont disposés par leur état diathésique, chez les arthritiques. Ils consistent en des érythèmes généralement à peu près localisés à la partie en contact avec l'acide, mais pouvant s'étendre sur tout le corps. Souvent compliqués de vésicules ou de bulles qui peuvent suppurer, ils donnent parfois lieu à un mouvement fébrile assez intense, et le diagnostic avec l'érysipèle devient alors fort difficile.

L'intoxication générale peut être aiguë ou chronique. Elle s'accompagne toujours d'une teinte noire plus ou moins foncée des urines, qui n'a de valeur comme signe pronostique des accidents que s'il y a en même temps diminution de la quantité de la sécrétion et élévation de son poids spécifique. Le phénol s'élimine à l'état de phényl-sulfate, d'où la disparition dans l'urine des sulfates décelables par le chlorure de baryum.

L'empoisonnement aigu peut ne se manifester que par du mal de tête et quelques troubles gastriques ; mais dans les cas graves, il entraîne rapidement un collapsus profond avec ou sans convulsions ; notons encore les vomissements, la dysphagie, la diarrhée, les sueurs abondantes, le refroidissement central et périphérique, et enfin la fréquence extrême du pouls.

Le retour à la santé est généralement assez long et la terminaison peut être fatale.

La forme chronique de l'empoisonnement résulte de l'usage prolongé de l'acide phénique employé à doses faibles. Elle s'accompagne des modifications de l'urine et des troubles digestifs mentionnés ci-dessus, et, de plus, donne lieu à une élévation de la température qui peut atteindre 39° ; son pronostic est beaucoup moins grave que celui de la forme aiguë, et dans un seul fait, elle a été suivie de mort.

Les accidents apparaissent d'une manière très variable selon les cas ; les conditions qui ont paru favoriser leur développement sont : l'emploi abusif de l'antiseptique, l'étendue et la fraîcheur de la plaie, la rétention du liquide dans les plaies cavitaires, les lésions rénales préexistantes, le jeune âge, et enfin l'état de faiblesse et l'épuisement des sujets.

Sonnenburg, outre les moyens habituellement employés contre le collapsus, a préconisé l'emploi de sulfate de soude, et à l'exemple de Chauvel, on peut conseiller l'administration à l'intérieur d'une solution à 5 p. 100 dès le début des accidents.

Les phénomènes locaux dus à l'iodoforme sont peu importants ; on a surtout observé des exanthèmes vésiculeux avec vives démangeaisons et s'étendant rapidement loin du point d'apparition initiale.

Les accidents généraux les plus légers sont : l'anorexie, le dégoût des aliments, les vomissements. Poncet a insisté sur le goût d'iodoforme senti par les malades et sur l'action de leur salive sur les ustensiles d'argent. L'insomnie avec agitation et même délire se rencontre fréquemment ; il en est de même d'une sorte de lypémanie anxieuse qui se produit pendant le jour. La température reste normale, la plaie va bien, mais, fait très important pour le diagnostic, le pouls diminue de force et augmente de fréquence.

L'intoxication grave peut se produire d'emblée ou succéder à la forme légère. Ses principaux symptômes sont : un délire maniaque nocturne des plus intenses, l'abattement mélancolique pendant le jour, la grande fréquence du pouls et enfin l'albuminurie.

Le retour à la santé peut être lent et brusque, mais s'accompagne invariablement d'un amaigrissement excessif ; quant à la mort, elle survient, dans la majorité des cas, au milieu des signes d'un affaiblissement progressif de l'action du cœur et de la respiration.

Les phénomènes peuvent revêtir chez les enfants des apparences spéciales, et Koning a décrit les formes comateuse et méningitique.

L'emploi d'une quantité exagérée de la substance, son accumulation dans un espace restreint, l'âge avancé, favorisent beaucoup l'empoisonnement; il en est de même de l'épuisement et de la cachexie en général.

Le meilleur traitement des accidents, d'après Behring et plusieurs autres auteurs, consisterait dans l'emploi d'une solution aqueuse à 5 ou 10 p. 100 de bicarbonate de potasse.

Localement, le sublimé irrite le bord des plaies, et, chez les accouchées, il altère la muqueuse vulvaire et la peau des cuisses; dans des cas beaucoup plus rares, il donne naissance soit à un érythème pâle, soit à une éruption scarlatiniforme, soit enfin à un exanthème vésiculaire s'accompagnant de démangeaisons atroces.

Tout, dans les cas peu accentués d'empoisonnement général, peut se borner à de la diarrhée, des coliques et une stomatite plus ou moins accusée; mais, lors d'intoxication intense, les phénomènes peuvent être beaucoup plus graves. On a noté alors la diarrhée tenace et sanguinolente avec coliques, ténésme et phénomènes dysentériques, les vomissements, la stomatite et enfin l'albuminurie qui peut tenir à une néphrite grave; dans la grande majorité des cas, la température ne s'élève guère au-dessus de la normale et souvent même elle s'abaisse.

Une forme spéciale d'empoisonnement semble être caractérisée par une prédominance des phénomènes inflammatoires: éruptions cutanées étendues, stomatite intense et état fébrile.

Les lésions le plus fréquemment rencontrées à l'autopsie sont, du côté du tube digestif, l'inflammation et la nécrose de la muqueuse de l'intestin, surtout de celle du côlon, et, du côté du rein, la néphrite diffuse avec accumulation dans les tubes de cellules dégénérées et de sels calcaires.

En obstétrique, c'est le plus souvent après un accouchement laborieux qu'éclatent les accidents; c'est, en chirurgie, chez les sujets chétifs atteints d'affections graves, cachectiques; enfin, la rétention du liquide antiseptique peut encore être souvent invoquée comme cause de l'empoisonnement.

Une étude rapide des accidents causés par les autres substances habituellement employées dans les pansements termine la thèse de M. Brun.

Le bi-iodure de mercure au 1/2000^e n'a donné lieu qu'à des irritations locales, des éruptions scarlatiniformes et des manifestations buccales, sans gravité. Le sous-nitrate de bismuth est généralement considéré comme inoffensif; on pourrait cependant lui attribuer des néphrites et des stomatites à caractères spéciaux; l'acide borique, l'acide salicylique, l'alcool, le chloral sont d'une innocuité à peu près absolue.

Employées en lavage pour de grandes cavités, les solutions d'iode ont quelquefois donné lieu à des phénomènes d'empoisonnement; enfin, c'est à cause de sa causticité que le chlorure de zinc employé en solution a parfois été suivi d'accidents caractérisés par la formation d'eschares.—*Union médicale.*

Sur la cure radicale des hernies étranglées, par le Dr. François HUÉ, chirurgien des hôpitaux de Rouen.—On serait tenté de dire que rien n'est plus commun que l'opération de la hernie étranglée. Il n'est guère de praticien qui n'ait été appelé à la faire au moins une fois, il n'en est guère non plus qui n'ait été tenté de guérir du même coup et l'étranglement et la hernie. La tentative de cure radicale, dans ce cas, nous paraît des plus légitimes, d'autant plus qu'elle n'aggrave pas le pronostic et qu'elle ne consiste que dans une légère modification du mode opératoire.

Il n'en est plus de même des tentatives de cure radicale des hernies non étranglées dont le domaine doit être strictement restreint et peut être délimité, comme l'a fait M. Segond, par cette phrase :

“ Dans les hernies irréductibles et non étranglées, l'intervention chirurgicale est indiquée lorsque les inconvénients du mal sont strictement proportionnels aux dangers de l'opération, et lorsque la réduction n'a pu être obtenue autrement.”

On sait combien la cure radicale de toutes les hernies fut en honneur autrefois, avant l'invention des bandages appropriés et perfectionnés que nous possédons aujourd'hui. Tous les auteurs anciens qui se sont occupés de chirurgie ont écrit à ce sujet et il n'en est guère qui n'ait révélé un procédé nouveau. Nous ne rappellerions pas l'histoire de ces tailleurs de hernies ou “ herniers ” qui parcouraient les campagnes et les villes en castrant tous les hernieux, s'il n'était bon de se mettre en garde, par ces exemples, contre un enthousiasme trop facile. Toutes ces expériences *in anima nobili* eurent du moins l'avantage de permettre de juger les diverses méthodes employées, de trier entre elles pour en retenir ce qui peut être légitimement autorisé dans la cure radicale pendant la kélotomie. Hâtons-nous d'ajouter, du reste, que l'antisepsie permet de simplifier beaucoup de ces pratiques autrefois jugées utiles.

Quand, après l'incision de la peau, des tissus intermédiaires et du sac, on est arrivé sur la masse étranglée, intestin seul ou intestin et épiploon, on doit se comporter différemment suivant que l'on cherche la cure radicale ou non. Nous parlons actuellement en prenant comme type la hernie inguinale étranglée.

Dans l'entérocele pure, quel que soit le but définitif que l'on se propose, il n'y a d'abord qu'à réduire avec ou sans débridement. Il semble préférable, au point de vue du manuel opéra-

toire de la cure radicale, que le débridement unique soit remplacé par des débridements multiples et moins profonds, ou encore par la dilatation du collet et de l'anneau au moyen des deux mors d'une pince hémostatique fortement écartés. L'adhérence des surfaces réunies s'en fait ensuite plus facilement. Il est admis aujourd'hui que le meilleur traitement de l'ontéropéiplocèle est, à la suite de la réduction de l'intestin, la résection de la portion d'épiploon contenue dans le sac, après ligature au catgut ou au fil de soie.

Un certain nombre d'auteurs conseillent, après la section et l'hémostase complète, de réduire l'épiploon ainsi ligaturé; d'autres, au contraire, veulent qu'on le laisse dans l'anneau comme un bouchon qui empêchera plus tard toute sortie d'une nouvelle portion d'intestin, toute reproduction d'une nouvelle hernie. Il est nécessaire, dans ce cas, de l'assujettir sur l'endroit même, car, dans les mouvements du malade, il ne saurait manquer d'être attiré à l'intérieur de l'abdomen vers son point d'attache, et de perdre tout rapport avec les parties qu'il est destiné à obturer. Le meilleur moyen et le plus simple pour maintenir le bouchon épiploïque en place nous paraît être la ligature du collet du sac juste sur la ligature du bouchon épiploïque.

Mais qu'on nous permette, à ce moment, d'entrer dans quelques développements qui ne seront pas des digressions. On sait, en effet, que la ligature du collet du sac n'est pas prisee par tous les chirurgiens.

On a le tort actuellement, à notre avis, lorsque l'on discute sur les procédés opératoires, de se guider et de s'appuyer sur des statistiques aussi fournies que possible, pour cette raison que l'on ramasse, afin de les faire nombreux, des matériaux dans tous les auteurs. On ne peut manquer par un tel moyen d'arriver à un résultat erroné, par ce fait que la chirurgie de nos jours n'est pas la chirurgie d'il y a trente ans; et qu'un mauvais opérateur actuel qui saura seulement faire de bons pansements, avec la logique antiseptique, sera vite en mesure de produire des résultats autrement favorables que ceux de nos anciens maîtres, virtuoses du tranchant, qui mettaient si brillamment en pratique le *cito et jucunde*. La kélotomie est une opération sur le ventre, dans laquelle on ouvre le péritoine. L'incision, pour être moins étendue que dans l'ovariootomie, n'en ouvre pas moins le péritoine, mettant l'intérieur de l'abdomen en communication directe avec l'air ambiant et avec les sécrétions de la plaie de la paroi. Il est étrange que des auteurs qui recommandent si soigneusement la fermeture hermétique de la séreuse, après l'ablation des kystes ovariens, parlent de la laisser ouverte, avec un drain posté à l'entrée de l'ouverture, dans la kélotomie. Nous estimons, pour notre part, que, dans l'un comme dans l'autre cas, il est urgent de fermer complètement la séreuse. L'événement nous a

d'ailleurs toujours donné raison. C'est dire que nous sommes partisan convaincu de la ligature du collet du sac, qui ne saurait donner que de bons résultats.

Or la ligature du collet du sac vide à la façon d'une bourse ou d'un sac quelconque suppose l'isolement de ce collet, c'est-à-dire la dissection du sac entier. C'est un point de pratique qui offre parfois de sérieuses difficultés. M. Ramonède, dans sa thèse sur le canal péritonéo vaginal, a montré que dans les hernies congénitales le sac était en contact direct avec les éléments du cordon et il considère toute tentative de dissection comme excessivement dangereuse pour la vitalité du testicule. C'est au point, dit M. Segond, que dans les cas de ce genre, la castration semblerait encore le meilleur moyen de se tirer d'affaire.

Il est bien entendu qu'elle serait indiquée si le testicule était atteint de néoplasme (Czerny); d'ailleurs les hernies inguinales congénitales étranglées sont infiniment plus rares que les autres, et dans la grande majorité des cas, le sac est distinct des éléments du cordon et peut en être séparé, aussi les considérations précédentes s'appliquent-elles plutôt à la cure radicale en dehors de l'étranglement. Dans tous les cas, il est un détail de pratique qui favorise singulièrement la dissection du sac jusqu'au collet. Il consiste à entourer les bords du sac sectionné par une couronne de pinces hémostatiques qui permettent de tendre le sac, de le convertir en une sorte d'entonnoir dont le bec est situé au collet. On le délimite ainsi facilement, et tandis qu'une des mains de l'opérateur, tenant le faisceau des pinces placées à un centimètre l'une de l'autre, soulève le sac, l'autre main a la plus grande facilité à le détacher, soit au moyen des ongles, soit au moyen d'une spatule, des éléments qui y adhèrent, et, entre autres, des éléments du cordon.

Le sac ainsi isolé jusqu'au collet peut être lié. Si on lie le collet seul, sans épiploon, on adosse les deux surfaces épithéliales du péritoine et on se met dans les meilleures conditions pour sa réunion par première intention, comme dans les sutures profondes après l'ovariotomie. S'il existe un bouchon d'épiploon, préalablement préparé, il est logique de lier le collet juste sur la ligature de l'épiploon réséqué. On affronte ainsi péritoine pariétal contre péritoine viscéral et l'adhérence est parfaite, en même temps que la cavité abdominale se trouve hermétiquement fermée. La résection du sac s'impose ensuite et s'opère facilement d'un coup de ciseaux.

Il arrive bien que les choses ne se passent pas toujours simplement, comme chez un homme de 45 ans que nous avons opéré récemment à l'Hospice-Général de Rouen et chez qui le sac, fort volumineux, contenait une portion du gros intestin, très difficile à réduire dans un abdomen très distendu. Les bords de l'anneau, auxquels le sac adhérait intimement, étaient trop écartés pour que

l'on put songer à le froncer comme une bourse. Il fallut faire plusieurs ligatures partielles qu'il fut ensuite facile de couronner par une ligature totale. Ces ligatures ayant besoin d'être très serrées et de se maintenir solides un certain temps, ne gagnent rien, à notre avis, à être faites au catgut; elles sont plus solides plus faciles et tout aussi inoffensives à la soie phéniquée. Les anses de soie s'enkystent avec la plus grande facilité si elles ne se résorbent pas. Chez un de nos opérés, tuberculeux mort 2 mois après une kélotomie parfaitement guérie, une anse de soie fut trouvée intacte sur le moignon du collet. Bien que ce malade eût une toux incessante, aucune apparence de récidive ne se montrait au niveau de la cicatrice. Ce malade présente ce fait intéressant, qui vient à l'appui de la ligature avec résection du sac dans les hernies inguinales, qu'il existait de la péritonite herniaire avec adhérences se prolongeant dans l'abdomen au voisinage de l'anneau, au point que la réduction fut rendue par ce fait beaucoup plus pénible que de coutume. Une grande quantité de liquide péritonéal s'écoula par l'ouverture du collet, nous le fermâmes cependant hermétiquement, nous en fîmes la résection, et la guérison eut lieu en six jours.

Il serait téméraire de croire qu'après la ligature du collet et la résection du sac on a tout fait pour tenter la cure radicale; il reste encore à fixer cette ligature dans l'anneau et à suturer les bords de l'anneau, de façon à reformer une barrière aussi solide que possible pour résister à la poussée future des intestins. On arrive à ce but de plusieurs façons: soit en suturant d'abord le sac lié aux bords de l'anneau, puis les bords de l'anneau avivés entre eux et enfin la peau, on a ainsi trois rangs de sutures, soit en suturant la peau, de l'anneau, les débris du sac et le bouchon épiploïque, s'il existe, au moyen d'une seule anse de fil métallique, en formant ainsi une ou plusieurs sutures profondes. Il est rare qu'il soit utile d'en faire plus de 3 à un centimètre à peine de distance et l'on achève l'opération par des sutures superficielles. Au cours des sutures un drain suffisamment percé est installé aussi près que possible du bouchon épiploïque du moignon ou du sac.

Il est utile de recommander aux opérés, quand ils commencent à marcher, de porter un bandage afin de fortifier la paroi pendant le temps que le tissu de cicatrice met à se former et à évoluer complètement. Il arrive fréquemment qu'ils peuvent s'en passer ensuite. M. Berger cite des récidives 10 ans et 20 ans après une guérison présumée, comme si 20 ans sans une maladie préexistante n'étaient pas une guérison de cette maladie. Dans tous les cas, le mode opératoire de la cure radicale complique si peu l'opération de la hernie étranglée, que nous estimons qu'on est en droit de la tenter dans l'immense majorité des étranglements.

Les hernies crurales et les hernies de l'ombilic sont encore plus favorables que les hernies inguinales pour la recherche de

la cure définitive, et le manuel opératoire ne diffère aucunement de celui que nous venons d'exposer aussi brièvement que possible au sujet de ces dernières. Les résultats paraissent surtout encourageants pour la hernie crurale que contiennent si difficilement les bandages; c'est une conclusion à laquelle arrive M. Segond dans sa thèse d'agrégation et nous pourrions, pour notre part, citer 2 femmes opérées il y a 2 et 3 ans et qui, ne portant actuellement aucun bandage, n'ont aucune trace de récurrence.—*Normandie médicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Présentations de l'extrémité pelvienne. — Clinique de M. PAJOT à l'hôpital de la Clinique.—En vous parlant aujourd'hui des présentations de l'extrémité pelvienne, je pose tout de suite le principe suivant: Quand vous aurez reconnu chez une femme primipare que vous avez affaire à une présentation de l'extrémité pelvienne, vous n'aurez qu'une chose à faire: suivre le conseil de Paul Dubois, c'est-à-dire que, dès que le travail touche à sa fin, on placera la femme en travers du lit, avec cette précaution que les jambes seront soutenues par deux aides ou les pieds appuyés sur deux chaises, les cuisses recouvertes de façon à ne laisser à nu que les parties génitales. Ces précautions seront prises afin que si, comme cela arrive fréquemment en pareil cas, l'enfant, dès sa venue, avait besoin de secours, ceux-ci puissent être immédiats. Dans cette position de la femme, les dits secours peuvent être donnés instantanément pour ainsi dire, tandis que si la femme est dans son lit, ce sera forcément beaucoup plus long. Or il se peut, je le répète, que vous n'ayiez pas un instant à perdre.

Je vous citerai, à ce propos, l'histoire suivante qui m'est personnelle et qui m'est restée aussi présente à l'esprit que si elle s'était passée hier, et cependant elle date d'une vingtaine d'années.

Certain jour, un jeune interne de l'Hôtel-Dieu arrivait en hâte chez moi me prier de l'assister au plus tôt dans un accouchement qui le rendait très malheureux. Il n'était pas douteux, la jeune mère l'intéressait tout particulièrement; il s'agissait, disait-il, d'une présentation de l'extrémité pelvienne, et, n'en pouvant mais, il me priait de lui venir en aide. J'y courus aussitôt,—c'était dans un hôtel d'une rue qui n'existe plus aujourd'hui, la rue du Paon,—je trouvai une jeune femme en train d'accoucher, j'avais affaire à une présentation du siège, lequel commençait déjà à sortir de la vulve au moment où j'entrais dans la chambre de la jeune femme. Je fais mettre la femme au bord du lit, tout va bien, tout passe bien, quand, au moment de voir sortir les bras,

les contractions utérines cessent, le travail s'arrête et l'enfant reste là quatre ou cinq longues minutes! Je fus témoin alors d'un de ces phénomènes que peu ont vu: j'avais sur les mains un enfant avec un cordon qui battait bien et un bras qui paraissait relevé, lorsque tout à coup, en moins d'une minute, je vis son petit corps, rose jusque-là, devenir pâle, livide. Je dus me hâter le plus possible de dégager le bras relevé, l'autre vint tout seul; je mis deux doigts dans la bouche de l'enfant et dégagai le reste du fœtus. L'opération se termina en moins de deux minutes, néanmoins l'enfant était asphyxié. Ce ne fut que grâce à des soins prolongés pendant vingt minutes que je pus le ramener à la vie. Eh bien! si nous avions tardé seulement de trois ou quatre minutes d'achever l'extraction de l'enfant, il était mort, cela ne fait aucun doute pour moi.

J'en reviens donc au point de départ de cette leçon: suivre le conseil de Paul Dubois pour les présentations de l'extrémité pelvienne chez les femmes primipares, c'est-à-dire placer la femme au bord du lit et en travers, en position obstétricale, et se préparer à donner tous les soins qui pourraient être nécessaires à l'enfant; car, dans ces présentations, on est fréquemment menacé de perdre le nouveau-né.

C'est pourquoi, dans ces présentations aussi, devez-vous toujours être d'une très grande circonspection quant au pronostic relatif à l'enfant chez une femme primipare, en raison des dangers qu'elles présentent; vous devez, en pareil cas, non pas en parler à la femme elle-même, bien entendu, mais prévenir sa famille de la gravité possible de la situation.

Le dégagement, dans ces présentations, est le même que dans celle du sommet; mais il peut offrir deux difficultés, dont une surtout vous embarrassera. La première, c'est le défaut de rotation de la tête. Le tronc est sorti, la tête est restée dans les parties, l'occiput en travers, et ne tourne pas. Il faut la faire tourner, mais comment? Il y a deux procédés: l'un, qui ne réussit presque jamais, il consiste à mettre le doigt indicateur aux deux extrémités du diamètre du temporal et à faire tourner la tête face en bas. Or les têtes qui tournent ainsi avec un doigt sont celles qui tournent toutes seules. Ce procédé n'a donc aucune valeur. Quant au second, on a une telle vigueur et une telle puissance qu'il faut même savoir s'en défier: avec la face palmaire de la main, on embrasse l'occiput, on passe un ou deux doigts sous la joue puis dans la bouche, en laissant le pouce sur l'occiput, et le mouvement que l'on imprime ainsi à la tête la fait tourner quand-même; aucun fœtus n'y résiste. Puis, dès que la tête a tourné, ne dérangez pas vos doigts, mais placez en deux sur la nuque, renversez le dos du fœtus sur le ventre de la mère, et l'opération se terminera parfaitement.

Il est aussi des cas où il arrive que le tronc, les épaules et le

cou sont sortis, mais que la tête n'a pas tourné dans le sens voulu, de sorte que c'est le ventre du fœtus qui vous regarde au lieu du dos ; que faut-il faire alors ? c'est là un dégagement assez bizarre, c'est-à-dire par les diamètres sous-occipitaux, à l'inverse du sommet. La tige occipito-mentonnaire se présente par un bout ou par l'autre ; or, quelque soit le bout par lequel elle se présente, rappelez-vous que c'est *toujours* par le bout inférieur que le dégagement doit se faire ; c'est-à-dire que si c'est le menton qui se présente le premier, c'est lui qui sortira tout d'abord ; si c'est l'occiput, l'occiput sortira le premier.

Pour en revenir donc à notre présentation avec rotation dans le sens opposé, c'est le menton qui sortira le premier, de sorte que le fœtus sera dos sur dos, tandis que, dans la bonne rotation, le fœtus sera dos sur ventre.

Une complication plus grande encore est celle dans laquelle la tête est défléchie. Néanmoins retenez toujours le même principe ; il sera votre guide le plus sûr : " l'extrémité de la tige occipito-mentonnaire qui se présente la première doit sortir la première." Or, comme dans le cas présent, c'est l'occiput qui se présente le premier, c'est lui aussi qui devra sortir le premier, d'où dégagement ventre sur ventre.

Quant à l'asphyxie fréquente du fœtus, vous ne devrez jamais désespérer ni perdre courage tant qu'une heure ou deux ne se seront pas écoulées, car l'enfant peut être encore ranimé par des soins persévérants. C'est ainsi que je rencontrai, ces jours derniers, un de mes confrères que je ranimai ainsi par ma persévérance, il y a quarante ans,—il était nouveau-né,—en l'insufflant pendant une demi-heure jusqu'à ce qu'il reprit vie. Je pourrais vous citer un assez grand nombre d'exemples analogues, d'enfants que j'ai sauvés de cette façon. Je me bornerai à ce dernier fait, celui d'une femme de trente-huit ans, primipare, grande, forte ; chez elle, la dilatation ne se faisait pas ; l'orifice était dur, coriace, comme du cuir. Je fus obligé de le fendre par deux incisions ; j'attendis encore une heure, puis j'appliquai le forceps ; l'enfant était asphyxié ; il ne fut ramené à la vie qu'au bout d'une heure et demie de soins appliqués sans relâche, d'insufflations continues.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement de l'éclampsie.—Voici une femme enceinte de *n* mois ; elle est éclamptique. Faut-il faire l'accouchement prématuré ?

En un mot lorsqu'une femme est prise d'éclampsie pendant la grossesse, faut-il la faire accoucher prématurément ?

Si je consultais les autorités, les Baudelocque, les Paul Dubois, je dirais simplement : non.

Mais il ne s'agit pas de dire non, il faut encore démontrer sur

quoi s'appuie cette opinion : il faut prouver que c'est là une opinion fondée ; j'espère vous convaincre sur ce point.

Voici sur quoi je me base.

La provocation de l'accouchement est de nature à augmenter la force des accès ; mais ce ne serait pas là une raison suffisante pour écarter ce traitement.

Il est évident, en effet, qu'il y a avantage à ce que l'utérus se vide, et l'éclampsie qui débute après l'accouchement, c'est-à-dire celle qui fait sa première apparition après que l'utérus est vide, offre en général moins de gravité. Il y a donc tout intérêt à ce que la matrice soit débarrassée du produit de la conception. Je n'en persiste pas moins à repousser ce mode de traitement.

Non, il ne faut pas provoquer l'accouchement, parce que c'est là une opération qui dure assez longtemps (24, 36, 48, 72 heures et davantage même), et que l'éclampsie est une maladie qui marche fort rapidement et est jugée en vingt quatre heures ou quarante-huit heures : de sorte que la provocation de l'accouchement arriverait à avoir son effet alors que la maladie elle-même est déjà jugée ! La conclusion est donc évidente.

Mais autre chose est de laisser continuer le travail qui se déclare d'une manière prématurée et spontanée pendant les accès éclamptiques. Ceci est tout différent, et vous avez tout avantage à favoriser ce travail par tous les moyens à votre disposition.

Voilà pour ce qui regarde l'éclampsie survenant pendant la grossesse.

Lorsque les accès débutent pendant le travail, c'est là le plus difficile.

Q'allez-vous faire au point de vue obstétrical ?

Vous avez fait le traitement médical, mais que ferez-vous comme traitement obstétrical ?—Eh ! bien, rien, rien absolument, tant que l'orifice n'est pas dilaté.

Quand l'orifice est dilaté, voici ce que vous devrez faire. Je résume en une phrase ce que disait Paul Dubois à ce sujet : Au point de vue obstétrical, vous débarrasserez l'utérus de son contenu aussitôt que vous pourrez le faire *sans aucune violence*."

De même pour la délivrance, vous la ferez comme d'ordinaire et vous continuerez le traitement médical après l'accouchement.

Voilà tout ce que nous pouvons faire dans l'éclampsie. C'est peu, aussi ai-je répété souvent, à vous ou à vos prédécesseurs : Je ne redoute rien, rien dans l'accouchement, hors l'éclampsie.

Que l'on agisse ou que l'on n'agisse pas, dans cette terrible maladie, on a des vivants et des morts, et à peu près dans les mêmes proportions.

Comme je vous l'ai indiqué en insistant beaucoup, méfiez-vous, ne vous hâtez pas de porter des conclusions d'après quelques faits,

que vous observerez, méfiez-vous, il y a des séries malheureuses dans l'éclampsie.

Rappelez-vous, dans tous les cas, que plus les accès éclamptiques sont nombreux et plus il y a de chances de mort, et que, réciproquement, moins les accès sont fréquents et plus on a de chances de sauver ses malades.—Professeur PAJOT in *Journal des sages-femmes*.

La migraine menstruelle, son traitement, par J. CHÉRON.—La migraine est une manifestation diathésique qui vient souvent compliquer de la façon la plus douloureuse les affections utérines.

Dans quelques circonstances, la migraine ne survient qu'au moment des règles et ce sont toujours des diathésiques, jeunes filles ou jeunes femmes, qui souffrent de cette affection.

L'analogie des symptômes subjectifs et objectifs révèle l'existence d'une dysménorrhée, d'une névralgie lombo-abdominale ou d'une lésion de structure.

En dehors des indications qui ont trait à l'état local, à l'irritation spinale lombaire dans sa manifestation névralgique, et à la diathèse, il faut traiter directement la migraine.

M. Chéron conseille l'emploi quotidien des paquets suivants pendant tout l'intervalle de temps qui sépare les époques menstruelles :

Poudre de guarana.....	3 grammes.
Bicarbonat de soude.....	0,50 centigr.

En un paquet que l'on prendra dans un demi-verre d'eau.

La poudre de guarana doit être préparée avec la râpe, au moment même où on veut s'en servir.

Le moment qui convient le mieux est celui qui précède le repas.

Le traitement de l'accès, en général illusoire, l'est encore par ce moyen-là au début du traitement, mais plus tard, lorsqu'on avance vers la guérison, l'accès est facilement enrayé.—*Rev. des mal. des femmes*.

De la galvano-puncture chimique en gynécologie.—M. le docteur G. AROSTOLI, a fait à la *Société de médecine de Paris*, (séance du 9 octobre 1886) une lecture qui peut se résumer sommairement ainsi :

L'utérus et ses annexes peuvent être tributaires de la galvano-puncture pour des cas multiples, qui seront l'objet de notes distinctes et dont voici la nomenclature :

- 1o. Certains fibromes utérins ;
- 2o. Certaines formes de métrite chronique ;
- 3o. Certains polypes intra-utérins ;

40. Les kystes uniloculaires de l'ovaire au début ;
50. Les phlegmons chroniques du ligament large ;
60. Les péri-métrites postérieures subaiguës et chroniques ;
70. Les kystes hématisques péri-utérins (hématocèle) ;
80. La grossesse extra-utérine ;

Les principales précautions générales que réclame la galvano-puncture vaginale sont les suivantes :

Galvano-puncture vaginale.

10. Atant que faire se peut, il ne faut pas intéresser le péritoine dans la ponction, soit que l'on s'adresse au parenchyme utérin ou au tissu cellulaire péri-utérin ;

20. Il faut toujours rendre possible l'élimination d'un foyer éventuel de suppuration pour éviter l'infection et favoriser l'application d'un traitement topique antiseptique ;

30. Les ponctions courtes, de 1 à 2 centimètres, seront toujours préférables aux ponctions plus profondes ;

40. Il faudra toujours sonder et explorer, préalablement, la vessie dans toutes ses directions pour éviter de l'irriter directement, au moment de la chute d'une eschare trop grande ;

50. Dans tous les cas de ponction latérale ou postérieure, on explorera attentivement la région avec le doigt, pour sentir tout battement artériel et éviter de perforer de gros vaisseaux ;

60. Un repos obligatoire au lit, de un à plusieurs jours, devra être exigé de toutes les malades qui ont subi une galvano-puncture ;

70. On fera avant et après chaque ponction une injection vaginale antiseptique ; on laissera à demeure dans le vagin, jusqu'à cicatrisation complète de l'orifice de ponction, un tampon de gaze iodoformée ;

80. On interdira toute relation sexuelle jusqu'à guérison définitive.

Traitement du prolapsus utérin.—*Congrès français de chirurgie.*—M. MARCHAND fait une communication ayant pour objet d'appeler l'attention sur une opération de colpo-périneorrhaphie postérieure dont le but est la guérison du prolapsus utérin.

Peu pratiquée en France jusqu'à ce jour, dit-il (tout au moins les observations en sont-elles très rares dans notre pays), j'ai dû y avoir recours douze fois déjà depuis 1882.

Les résultats que j'ai obtenus m'ont semblé très satisfaisants ; mais d'autre part j'ai pu me convaincre sur quelques malades que ces résultats sont durables. L'opération qui nous occupe a pour but : de rétrécir et de fixer la paroi postérieure du vagin, d'augmenter très notablement la puissance du périnée ano-vulvaire et de rétrécir l'orifice vulvaire.

Aucun chirurgien n'hésite plus aujourd'hui à intervenir contre le prolapsus utérin, quand les moyens de contention sont deve-

nus insuffisants ou ne peuvent plus être supportés. On a encore eu recours dans certaines circonstances à l'extirpation de l'organe prolapsé, ce qui doit à mon sens être considéré comme une *ultima ratio* qu'il faut éviter à tout prix.

Il reste démontré pour ces *mesures d'exception* que le prolapsus utérin est une infirmité bien pénible, et que les divers moyens proposés pour la cure échouent parfois.

Pour mieux saisir le mode d'action de la colpo-périnéorrhaphie, voyons rapidement quelles sont les conditions qui rendent possible la chute de l'utérus, conditions qui constituent autant d'éléments contre lesquels sont dirigés les divers temps de l'action chirurgicale.

Ces conditions tiennent, les unes à l'utérus lui-même, les autres aux divers ligaments et organes qui assurent son maintien en situation convenable.

L'utérus peut exercer une traction exagérée sur les ligaments par suite de l'augmentation de son poids ou de changements survenus dans sa conformation.

Les hypertrophies totales, les tumeurs diverses développées dans sa cavité ou son parenchyme, et mieux l'accroissement excessif de quelques-unes de ses parties constituantes (hypertrophie sous et sus-vaginales du col), telles sont les modifications que l'on observe le plus souvent.

Je ne m'arrêterai point longtemps à rechercher si l'hypertrophie sus-vaginale est primitive, et comme telle, agent direct du prolapsus du vagin, ou si elle est secondaire et causée plutôt par ce dernier.

Toujours est-il que cette affection, lorsqu'elle existe, constitue un élément important de l'abaissement utérin, et qu'il y a tellement à couper avec elle, que dans quelques cas il suffit de la faire disparaître pour que l'utérus reprenne et conserve sa situation. Ajoutons que l'amputation du col est loin d'être toujours efficace, et qu'elle n'agit bien souvent que comme temps préparatoire de l'opération qui doit amener la contention.

Les ligaments intra-pelviens, notamment les replis utérosacrés sont relâchés et distendus.

Le vagin est flasque, sans aucune tonicité. Les parois se prolabant viennent former un bourrelet qui arrive à la vulve et la dépasse. Elles semblent avoir perdu leurs connexions avec les organes qui les fixent. Ce déplacement des parois du vagin peut porter sur toute la circonférence de l'organe ou affecter plus spécialement la paroi antérieure et non la paroi postérieure (*cystocèle, rectocèle*). Non seulement le vagin perd son rôle de soutien actif de l'utérus, mais encore le déplacement de ses parois amène une action attractive sur lui.

En d'autres termes, pour quelques pathologistes, le déplacement utérin ne serait que secondaire ; il serait toujours précédé

par les états du vagin que je viens de signaler. Enfin, la vulve est toujours très élargie, béante même. Les appareils musculaires disposés autour de l'orifice vulvaire sont forcés depuis longtemps et l'utérus, arrivé à ce niveau, franchit sans difficulté ce rétrécissement naturel.

Ajoutons que la fourchette présente souvent des cicatrices, traces des déchirures dont elle a été le siège, et que le périnée, parfois partiellement déchiré, est toujours très court et sans résistance.

L'action chirurgicale a peu de prise sur les ligaments pelviens. On a appliqué dans ces derniers temps le raccourcissement des ligaments ronds à la cure du prolapsus sans en obtenir de résultats bien marqués, puisque l'on a dû recourir quand même à la colpo-périnéorrhaphie. C'est le vagin, le périnée et la vulve qui, bien plus accessibles à nos moyens d'action, ont été de préférence le siège des tentatives opératoires.

Les indications qui se posent sont, en résumé :

1^o De rétrécir le vagin et le fixer à nouveau en provoquant des adhérences avec les tissus qui l'entourent :

2^o D'augmenter l'épaisseur du périnée et d'amener un certain rétrécissement de la vulve.

Il n'entre pas dans mon programme de refaire l'histoire de toutes les méthodes et procédés dont on s'est servi pour amener le rétrécissement du vagin et celui de la vulve. Je veux pourtant insister sur ce fait, que l'action chirurgicale exercee isolément sur le vagin et la vulve est sans efficacité réelle. Il y a longtemps déjà que ce fait avait été reconnu, et dès 1850, dans un travail important, Lawe (de Locknitz) avait établi que la combinaison des deux opérations était indispensable. Les divers procédés de Baker-Brown, de Malgaigne, de Kirchler, doivent leur supériorité sur celui de Tricco, en ce qu'ils intéressent plus ou moins profondément l'orifice vulvaire du vagin et même sa cavité

C'est en 1868 que Simon pratiqua, ou mieux, rendit compte des deux opérations qui ont été le point de départ de sa méthode. L'opération a subi des perfectionnements importants de la part de Negier ; aussi est-elle connue couramment sous le nom de Simon-Negier.

C'est à la formule de ce chirurgien que je me suis rallié, et c'est son procédé que j'ai suivi dans ses plus minutieux détails, lors de mes premières opérations.

Comme on peut accumuler trop d'obstacles sur le trajet suivi par la matrice dans son déplacement vers la vulve, j'ai fait précéder la colporrhaphie, dans ces cas, d'un cloisonnement transversal du vagin à peu de distance du col, c'est-à-dire sur cette partie de l'organe qui, peu accessible à notre action, n'est point intéressée dans le procédé de Negier.

Comme cet auteur le conseille, chaque fois que cela a été nécessaire, j'ai corrigé la longueur excessive du col, ainsi que le cystocèle, par deux opérations préliminaires.

Je dois dire en passant que c'est l'insuccès sur une première malade, de ces deux actes opératoires, qui appela mon attention sur le procédé du chirurgien de Fribourg.

J'ai dû ainsi, sur mes douze cas, pratiquer deux fois l'opération de Huguier, et quatre fois la colporrhaphie antérieure.

J'ai tenté trois fois le cloisonnement transversal profond du vagin et n'ai réussi à l'obtenir que dans deux cas.

Sur mes douze opérations, je n'ai pu en un seul insuccès complet de suture, ni vaginale, ni périnéale. Quelques points ont pu céder, sans jamais compromettre absolument le résultat définitif. Les sutures profondes sont soutenues par des points superficiels en crin de Florence, dont le nombre est indéterminé, mais qui doivent assurer une juxtaposition parfaite des bords de la plaie. J'ai fait l'observation, à la suite de ma première opération, que, lorsqu'il existait un certain degré de cystocèle, pas assez avancé pourtant pour que je crusse devoir intervenir contre lui par une opération particulière, la paroi antérieure du vagin, dans les divers efforts auxquels se livraient les malades, descendait et se concentrait dans la vulve rétrécie. Pour assurer une contention plus parfaite de la paroi vaginale, je provoquai un rétrécissement de la vulve, plus considérable que ne le produisait la simple colporrhaphie.

Je combinai une véritable épiciorrhaphie avec l'opération principale, en faisant partir des extrémités latérales du triangle primitif un avivement qui remontait sur la face interne des grandes lèvres jusqu'à la base des petites lèvres que j'intéressais si cela était nécessaire. Je remontais ainsi de $2\frac{3}{4}$ à 3 centimètres et avivais dans une largeur de $1\frac{1}{2}$ centimètre.

La suture périnéale achevée, je réunissais l'espace ainsi dénudé au moyen d'une double suture : une profonde enchevillée ; l'autre superficielle à points séparés, exécutée avec le crin de Florence.

J'obtiens ainsi une sangle cicatricielle qui soutient très bien la paroi antérieure du vagin et doit certainement prévenir sa déformation ultérieure.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes mes opérations ont été pratiquées avec l'aide d'une rigoureuse antisepsie. Les surfaces avivées sont lavées soigneusement avec une solution de sublimé à 1 millième avant l'application des sutures. Puis celles-ci sont largement saupoudrées d'iodoforme et la vulve recouverte du pansement de Lister dont on renouvelles les pièces profondes à chaque miction.

Les malades ont été presque toutes sondées, du reste, pendant les trois premiers jours, en même temps que de faibles doses d'opium provoquaient la constipation.

Je ne faisais pratiquer des injections vaginales antiseptiques qu'à partir du troisième ou quatrième jour, à moins que quelque suintement vulvaire ne vint m'engager à le faire plus tôt.

Pour l'enlèvement des fils, je me suis conformé aux règles données par Negier. Les sutures périnéales sont enlevées du septième au huitième jour ; les vaginales sont laissées en place pendant trois ou quatre semaines.

Je n'ai eu, sur mes douze opérées, qu'une seule complication un peu sérieuse. Il s'agit d'un érysipèle ambulante qui, partant de la vulve, parcourut les membres inférieurs et finit par s'éteindre. La réunion ne fut pas entravée par ce fait, et la malade sortit parfaitement guérie de son prolapsus.

PÆDIATRIE.

Parallèle des fièvres éruptives—Clinique de M. J. SIMON à l'hôpital des Enfants Malades.—La question des fièvres éruptives est un sujet très délicat, bien que l'on se figure, en général, que rien n'est plus facile à saisir que le diagnostic de ces affections. Je puis vous donner comme exemple ce qui m'est arrivé il y a une vingtaine d'années.

C'était en avril 1863 ; je concourais pour le Bureau central ; je me trouvais appelé à subir l'épreuve clinique et j'avais, comme malade à examiner, un individu de vingt-huit à vingt-neuf ans, qui venait d'entrer dans un service de médecine, ayant déjà, à l'hôpital des Enfants, deux petits enfants malades ; mais il ignorait de quelle affection ils étaient atteints. Quant à lui, il était malade depuis six jours sans qu'aucune éruption fût encore apparue. Donc je l'examinai avec le plus grand soin, et je constatai un état de prostration générale, une amygdalite et une pharyngite intenses, ressemblant à un véritable érysipèle de toute la région pharyngée ; d'ailleurs aucun engorgement ganglionnaire, pas de subdelirium, mais une température assez élevée. Bref, j'émis le diagnostic de : angine, peut-être de nature scarlatineuse, et accompagnée d'un état général assez prononcé.

Le jury, par contre, conclut, non pas à la scarlatine, mais à une simple angine catarrhale. Or, le lendemain, une éruption scarlatineuse énorme était apparue !

C'est là, dira-t-on, un fait exceptionnel ; cependant nous avons observé plusieurs fois dans nos salles des cas analogues. Je vous citerai entre autres l'observation suivante : Il y a deux ans, un de mes confrères—médecin de la famille—était appelé rue Grange-Batelière pour un enfant présentant un certain mouvement fébrile avec un peu de rougeur de toute la région dorsale et,

après examen, concluait à la scarlatine. La famille effrayée n'ajouta qu'une médiocre confiance à ce diagnostic et s'empressa de consulter un autre médecin, lequel était d'un avis contraire. Les parents, fort embarrassés, m'appelèrent en consultation avec les deux confrères, et je leur déclarai, après examen et discussion, que, pour moi, je considérais le malade comme étant sous l'imminence de la scarlatine, d'autant plus que la peau commençait à revêtir une teinte framboisée avec un certain rash, et j'engageai à attendre, pour se prononcer définitivement, un certain nombre de jours. En effet, à la fin du second septénaire, la desquamation commençait à se faire; puis survinrent des accidents albuminuriques qui ne durèrent pas moins de deux mois. Je pourrais vous citer encore la malade du n° 37 de notre salle des filles, chez laquelle je dus attendre aussi le quinzième jour pour émettre un diagnostic; celles du n° 36, du n° 4, etc.

Toutes les fièvres éruptives peuvent être régulières ou irrégulières. Des trois maladies éruptives contagieuses (la variole, la rougeole et la scarlatine), deux seulement sont inoculables: la variole et la rougeole; la troisième, la scarlatine, ne l'est pas ou du moins n'a pu être inoculée jusqu'à présent; mais elle est contagieuse par l'air et par les productions de sécrétion de la peau. Toutes trois ont les mêmes allures dans la période prodromique. Le début est violent, brusque, subit. Ce sont des frissons, de la fièvre, souvent des nausées et des vomissements, quelquefois aussi des convulsions.

Mais, à partir de ce moment, les phénomènes sont différents selon l'affection éruptive à laquelle on a affaire: de là la nécessité d'étudier, dans notre parallèle, chacune d'entre elles à part.

Voyons d'abord ce qui se passe dans la rougeole. Aussitôt après les accidents du début, que nous venons d'indiquer, on constate une inflammation de la muqueuse des voies aériennes supérieures (du caryza, de la paryngite, de la laryngite), ainsi que de la conjonctivite.

La température monte de 37 degrés à 39 ou même 40 degrés, de sorte qu'il est impossible de dire les premiers jours si l'on aura affaire à une rougeole. En un mot, le début est insidieux; le deuxième jour même, aucun phénomène particulier ne vient éclairer la scène. Le troisième jour, la fièvre diminue le soir et l'état général s'améliore. Le quatrième jour enfin, l'éruption rubéolique apparaît et quelquefois, en même temps, la température s'élève à 40 degrés.

Si maintenant nous passons à la varioloïde et à la variole, nous constatons tout d'abord que la maladie est plus insidieuse. Le début est le même; brusque, subit; frisson intense, réaction fébrile très grande, 40 degrés de température, céphalalgie violente, vertiges, rachialgie, faiblesse générale, nausées, vomissements et agitation alternant avec une certaine prostration, de

sorte que le diagnostic reste réservé jusqu'au troisième jour, où l'apparition de l'éruption vient trancher toutes les difficultés.

Quant à la scarlatine, le début est également brusque ; il est très violent, avec une élévation rapide de la température à 9° est au moins. La fièvre est excessive ; il y a des nausées et des vomissements ; quelquefois aussi, chez l'enfant, des convulsions. Puis la gorge se prend ; il s'agit d'une angine spéciale, d'une inflammation s'étendant des piliers antérieurs au pharynx, caractérisée par une teinte rouge vif, écarlate, avec un petit granité, un certain piqueté plus coloré encore. Quelquefois déjà les ganglions sont pris ; quelquefois aussi on aperçoit sur la muqueuse des produits pultacés. Et si l'on était parfois hésitant entre la scarlatine et la diphthérie, la brutalité du début, la diffusion des phénomènes et la haute température permettraient, dans la majorité des cas, de trancher le diagnostic. Enfin, vingt-quatre ou trente-six heures après, plus tard, l'éruption apparaît.

Voilà pour la première période. Si maintenant nous passons à la seconde, voici ce que nous observons :

Scarlatine : Nous trouvons à la base du cou, dans les aisselles, dans les plis de l'aîne, sur le dos, les fesses et les mains, une coloration uniforme, framboisée, avec piqueté d'un rouge plus vif — je ne parle ici, bien entendu, que des petits enfants. — Puis, plus tard, le piqueté s'accuse, l'éruption se répand ; quelquefois elle devient très-confluente et s'accompagne de sudamina. Elle dure huit jours avec température élevée jusqu'au cinquième, sixième ou septième jour, selon les cas ; après quoi, la fièvre diminue. C'est ainsi que les quatre premières journées sont mauvaises, présentant parfois du délire, des phénomènes nerveux inquiétants. Puis les nuits deviennent meilleures ; le neuvième jour, l'éruption s'amende, elle s'éteint et, le quinzième jour, la desquamation a lieu.

Rougeole : L'éruption se fait au quatrième jour ; ce sont des marbrures irrégulières de la peau, laissant entre elles des espaces parfaitement sains. La rougeur n'est pas diffuse : mais elle est caractérisée par de petites taches formant par leur réunion des groupes irréguliers, un peu saillants. On a dit que l'éruption commençait par la face, gagnant ensuite successivement le tronc, le dos et les membres. C'est une erreur ; car si l'on observe avec soin le processus morbide, dès la première heure, on voit l'éruption apparaître tout d'abord sur les parties latérales du cou et derrière les oreilles (petites taches rosées disséminées, puis agglomérées entre elles). Sur la figure, ces marbrures sont quelquefois plus difficiles à reconnaître.

Il y a quelques années, étant en villégiature dans une station thermale de France, un de mes confrères vint me consulter pour un de ses enfants, enrhumé depuis trois jours, et chez lequel il songeait au début de la rougeole. Je me rendis auprès du malade

et je constatai une éruption commençant par le cou. Je prononce aussi le mot rougeole, et l'avenir confirme notre diagnostic. Il en fut de même chez l'enfant d'un autre de mes confrères, où les faits se passèrent à peu près de la même façon.

L'éruption se développe donc, comme je viens de le dire; on constate une inflammation de la muqueuse aérienne, et, le cinquième ou le sixième jour, la fièvre cesse brusquement. Puis, lorsque les rougeurs ont pâli, que la fièvre a disparu, la peau est comme couverte de taches café au lait pâle, dues à un épaississement de l'épiderme, et qui persistent pendant un certain temps.

L'éruption de la variole régulière est caractérisée, après la période prodromique, par les phénomènes suivants: élévation considérable de la température, puis apparition, le troisième jour, d'une éruption sur la face, sur les mains, sur les jambes, ensuite sur le tronc. L'éruption est d'abord papuleuse, puis vésiculeuse, à vésicules d'aspect louche en trois jours, qui s'ombiliquent dans les six jours. En même temps, vers le cinquième ou le sixième jour, la température tombe brusquement de 40 à 38 degrés; une amélioration considérable se produit. Mais du septième au neuvième jour, il se manifeste une fièvre secondaire, fièvre de suppuration; la face se tuméfié, les mains sont gonflées; les vésicules passent nécessairement à l'état de vésico-pustules et de pustules. Pendant ce temps on constate tout un appareil symptomatique considérable, lequel dure jusqu'au quatorzième jour. L'état est des plus alarmants et peut se terminer par la mort.

Dans le cas contraire, vers le quinzième jour, la fièvre s'éteint et la dessiccation commence. J'ajoute qu'il n'est pas très rare d'observer chez certains malades une éruption sur les muqueuses buccale, pharyngée et même laryngée.

Voici pour la période éruptive dans les trois maladies: rougeole, scarlatine et variole. Etudions maintenant la période de dessiccation ou de desquamation.

C'est du huitième au dixième jour que cette période commence dans la rougeole. A cette époque, on constate une desquamation furfuracée sur la face, sur le cou, sur le tronc, et, en même temps, au-dessous des squames tombées, on voit apparaître sur la peau des taches grises, de couleur café au lait pâle, remplaçant les rubéoles de la rougeole. C'est en ce moment aussi que les malades présentent tous les phénomènes de la bronchite qu'on a appelée la bronchite morbilleuse, ainsi que les accidents de l'adénopathie bronchique; de là, certains bruits de souffle au niveau de l'angle de l'omoplate. Cette bronchite, sorte d'éruption interne, dure normalement de huit à dix jours.

Dans la scarlatine régulière, la desquamation commence ordinairement du neuvième au quinzième jour. Elle se fait par de larges lambeaux, qui se détachent des mains, des pieds, du cou, du pli de l'aîne. Chez un certain nombre d'enfants, dans les cas

de scarlatine régulière, moyenne, peu intense, la] desquamation est souvent furfuracée, ressemblant un peu à celle de la rougeole, se faisant par petits lambeaux; mais ce qui distingue bien la scarlatine de la rougeole, c'est que dans la première les squames sont surtout prononcées aux mains, aux avant-bras, aux jambes, aux membres en un mot, et que cette desquamation est circonscrite comme une zone départementale.

En même temps, la fièvre tombe, non plus d'un trait le huitième jour, comme dans la rougeole, mais vers le douzième ou le quinzième jour, et peu à peu, progressivement, si bien qu'à cette époque l'économie n'est pas encore débarrassée de tous les principes malins de la scarlatine. En effet, les fonctions sont encore troublées, la gorge est encore rouge, les urines sont albumineuses. L'état frissonnant et l'inappétence persistent, les nuits ne sont pas encore très bonnes, les malades ont de l'insomnie. Ce n'est guère que du quinzième au vingtième jour que l'appétit tend à revenir, que les malades commencent par suite à s'alimenter, de sorte que pendant une huitaine de jours, sinon même une quinzaine encore, les enfants restent souffreteux.

Quant à la variole, c'est vers le quinzième jour, comme je le disais tout à l'heure au commencement de cette leçon que la dessiccation commence à se faire, et ce n'est pas avant le vingt-cinquième jour que l'on voit tomber les croûtes des pustules varioliques, croûtes sous lesquelles on aperçoit une petite cicatrice. Puis peu à peu l'enfant revient à la santé.

Quelques mots maintenant sur la varioloïde. Cette affection a le même début et les mêmes prodromes que la variole, et quelquefois avec la même intensité que celle-ci. Comme elle aussi, l'éruption se produit; mais, dans les vingt-quatre ou les trente-six heures qui vont suivre, on voit la vésicule s'ombiliquer mal, la fièvre tomber mais se relever comme dans la variole proprement dite, et l'on observe quelquefois des poussées successives d'une éruption irrégulière sur le même point. Cependant, du quatrième au cinquième jour, tout est fini, et vers le huitième la dessiccation est accomplie, les croûtes tombent sans qu'il y ait eu aucune fièvre secondaire ou de suppuration, comme lorsqu'il s'agit de la variole. Dès le quatrième jour, on ne constate aucun trouble dans la santé générale, et, à partir du huitième ou du neuvième jour, les enfants peuvent s'alimenter. Enfin le plus généralement l'éruption de la varioloïde ne laisse aucune cicatrice.

J'ajouterai encore que la variole et la varioloïde chez les enfants présentent certaines particularités. C'est ainsi qu'au-dessous de l'ombilic, on ne trouve aucune trace d'éruption, tandis que dans la varicelle l'éruption a son maximum d'intensité sur le tronc, aussi bien au-dessous de l'ombilic qu'au-dessus. De plus, si chez l'enfant, les pustules de varioloïde s'ombiliquent mal ou ne

s'ombiliquent pas du tout, comme je le disais tout à l'heure, il n'en est pas de même dans la varicelle, dont l'éruption, au contraire, a toutes les apparences de l'ombilication. Enfin, chez l'enfant, la dessiccation de la varioloïde a la même marche que celle de la variole proprement dite: sur les cuisses, sur les avant-bras, etc., les pustules se résorbent, disparaissent complètement, en tant que pus, soit que le liquide purulent, louche, redevienne opalin et se résorbe réellement, soit, au contraire, que la pustule se durcisse en bloc et prenne l'aspect corné ou éburné. Quelquefois enfin, elle se recouvre d'une croûte d'un gris sale, comme chez les adultes.—*Gazette des hôpitaux.*

De l'albuminurie dans la scarlatine, par le Dr STEVENSON THOMPSON.—Le Dr. STEVENSON THOMPSON, dans la séance du 10 novembre dernier de la *Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres*, a lu une communication sur l'état préalbuminurique dans la scarlatine, en s'appuyant sur l'analyse de l'urine pratiquée dans 180 cas de cette affection :

Voici les principaux points traités par l'auteur dans cet excellent mémoire :

1o. *A quelle période de la scarlatine appartient l'albuminurie?* Dans un seul cas, elle est apparue dans le premier septénaire de la fièvre (*albuminurie initiale*) ; dans les autres cas, elle s'est manifestée après que les phénomènes fébriles avaient disparu, dans la période de la convalescence (*albuminurie terminale*.)

2o. *L'albuminurie est-elle fréquente?* Eu égard au nombre des cas relativement modique, dans lesquels ce phénomène a été observé, on ne peut formuler un jugement définitif. Il semble pourtant que jusqu'à un certain point, la néphrite doit être considérée comme un facteur aussi constant, et aussi essentiel dans la scarlatine que l'exanthème et l'angine. .

3o. *Quelle relation y a-t-il entre l'hémoglobinurie et l'albuminurie dans l'urine des scarlatineux?* L'hémoglobinurie sans albuminurie qui caractérise l'état appelé *préalbuminurique* est exceptionnelle.

On peut l'observer également dans les derniers jours de l'albuminurie, et alors on devrait plutôt la considérer comme un état post-albuminurique.

4o. *L'état préalbuminurique existe-t-il?* L'auteur croit que non. Dans la grande majorité des cas, l'albuminurie et l'hémoglobinurie coexistent, et au début de la lésion rénale, on rencontre dans l'urine des globules rouges en même temps que l'albumine.

FORMULAIRE.

Toux des phthisiques.

P.—Sulfate de morphine	3 grains
Teinture de jusquiame	1 drachme
Acide hydrocyanique dilué.....	$\frac{1}{2}$ “
Sirop simple	4 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, au besoin.

Diarrhée.

P.—Teinture d'opium.....	2 drachmes
Teinture de cannelle.....	$1\frac{1}{2}$ drachme
Acide sulfurique aromatisé....	$1\frac{1}{2}$ “
Vin d'Oporto.....	$1\frac{1}{2}$ once

M.—Dose : Une cuillerée à thé, dans un peu d'eau, toutes les deux heures.—*Medical Bulletin.*

Dyspepsie fonctionnelle.

P.—Teinture de noix vomique	2 drachmes
Pepsine.....	$\frac{1}{2}$ once
Acide chlorhydrique dilué.....	6 drachmes
Sirop	2 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé, dans de l'eau, après chaque repas.—*Physician and Surgeon.*

Gastralgie des dyspeptiques.—Huchard.

P.—Muriate de cocaïne.....	$8\frac{1}{2}$ grains
Acide muriatique. ...	39 minimes
Eau distillée.....	10 onces

M.—Dose : Une cuillerée à dessert après chaque repas.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Prurit sénile.—Dr A. T. Thompson.

P.—Acétate d'ammoniaque liquide.....	2 onces
Acide hydrocyanique dilué (B. P.).....	1 drachme
Teinture de digitale.....	3 drachmes
Eau de rose	5 onces

M.—En lotions deux fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Eczéma.—E. Vidal.

P.—Oxyde de zinc.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes
Vaseline.....	10 “

M.—Usage local, matin et soir.—*Physician and Surgeon.*

Gale.—*Piffard.*

℞ — Soufre sublimé.....	4½	drachmes
Huile de cade	4½	“
Craie préparée.....	5	“
Savon vert.....	12½	“
Onguent simple.....	12½	“

M.—En applications locales, deux fois par jour.—*Leonard's Medical Journal.*

Leucorrhée.

℞.—Chlorate de potasse.....	3½	drachmes
Vin d'opium.....	2½	“
Eau de goudron.....	10	onces

M.— Dans 8 onces d'eau chaude, on verse 2 ou 3 grandes cuillerées de cette solution, et le mélange est employé en injections et en lotions contre les leucorrhées fétides.—*Union médicale.*

Incontinence d'urine.—*Ellis.*

℞.—Solution de strychnine (B. P.).....	10	minimes
Teinture de belladone.....	20 à 30	“
Infusion de cascarrille q. s. pour faire.....	2	onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour, pour un enfant de trois ans.—*Leonard's Medical Journal.*

Otalgie.—*Mour.*

℞.—Sulfate d'atropine.....	$\frac{2}{3}$ à 1	grain
Muriate de morphine	1	grain
Glycérine.....	$\frac{1}{2}$	once

M.—Dans le cas d'otalgie ou d'otite subaiguë des caisses ou des trompes, on maintient à l'entrée du conduit auditif un tampon d'ouate imprégné de cette solution. Si les douleurs sont très violentes, on peut même instiller dans l'oreille, matin et soir, une ou deux gouttes de ce liniment.—*Union médicale.*

Urémie.—*Huchard.*

℞.—Nitrate de pilocarpine.....	$\frac{1}{2}$	grain
Résine de scammonée.....	10	grains
Résine de jalap	10	“
Extrait de scille	10	“

M.—Faites 12 pilules.

Dose : 3 ou 4 pilules par jour.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, FEVRIER 1887.

AVIS DE L'ADMINISTRATION

Nous prions ceux de nos abonnés qui doivent des arrérages au journal de vouloir bien se rappeler que l'Administration n'emploie plus d'agent collecteur, sauf pour la ville de Montréal, et les prions de nous faire tenir, par mandat-poste ou lettre enregistrée, le montant du compte qu'ils ont dû recevoir ces jours derniers.

L'acte médical et ses amendements.

La législature provinciale, dont les séances ont été ajournées au 16 mars pour faciliter la réélection des nouveaux ministres, aura à examiner, cette année, les nouveaux amendements à l'*Acte médical*, amendements adoptés à l'assemblée triennale du Collège et par le Bureau des Gouverneurs. Nous n'entretenons pas le moindre doute sur leur adoption, attendu qu'ils ne comportent, de près ou de loin, aucun caractère politique, mais qu'au contraire, ils tendent à assurer un état de choses que nous considérons comme devant être d'un intérêt général pour toute la population de la province. Cependant, ceux qui ont été chargés de faire les démarches nécessaires à l'introduction du *bill* devant le parlement et d'en presser l'adoption feront bien de s'assurer d'avance de tous les éléments possibles de succès, et de prévoir tous les obstacles qui pourraient entraver l'issue favorable de la cause. Il faut prévoir même l'imprévu. On n'a pas oublié le mauvais tour qui nous fut joué à propos du tarif des médecins, lequel, approuvé par le lieutenant-gouverneur en Conseil, fut, à la session suivante du parlement, rejeté par la Législature, en vertu d'une motion présentée par un des ministres même de la Couronne.

Nous n'avons pas à dire ici quels sont les amendements que doit subir l'*Acte médical*, attendu que nous les avons publiés en entier dans notre livraison d'octobre 1886. Nous voulons seulement

rappeler à ceux que cela concerne, que les amendements projetés, et en particulier l'établissement d'un Bureau central d'examinateurs, constituent une question d'importance extrême et que les dispositions de la loi devront être des plus explicites en ce qui regarde le droit exclusif du Bureau d'accorder licence (*ad praticandum*) après examen seulement, la composition des jurys d'examineurs et le programme à suivre dans ces examens.

Nous appelons aussi l'attention sur l'article suivant des amendements projetés: "Les nouveaux amendements devront contenir des dispositions très explicites donnant au Bureau les mêmes pouvoirs disciplinaires sur les membres du Collège que possèdent actuellement le Barreau et la Chambre des Notaires sur leurs membres.

"Les dispositions actuelles de la loi concernant les charlatans et les praticiens irréguliers seront amendées de manière à les rendre aussi effectives que possible."

L'adoption de règlements disciplinaires, applicables aux membres du Collège qui enfreindraient les dispositions de l'*Acte médical* ou les lois de la déontologie sera bien vue de tous, sans aucun doute, mais si l'on peut une bonne fois faire adopter par la législature, des amendements qui permettent au Bureau de faire main basse sur les charlatans, rebouteurs, vendeurs et vendeuses de racines, etc., qui nous entourent de toutes parts, on aura fait une œuvre plus méritoire encore. Partout l'on se plaint des charlatans, à la ville comme à la campagne; tout le monde est d'accord pour constater l'étendue du mal et le tort immense qu'il nous cause, et cependant, aucun remède n'a encore été appliqué. Est ce donc là chose impossible?

Ce que nous voulons, c'est qu'il soit établi que toute personne n'appartenant pas à la profession médicale n'aura pas le droit de pratiquer la médecine, soit en donnant des consultations, gratuites ou non, soit en faisant des visites aux malades dans le but de les traiter, soit en leur donnant ou vendant des médicaments sans prescription d'un médecin. En d'autres termes, nous voulons que la pratique de la médecine soit réservée aux seuls médecins, et qu'elle soit interdite à tout autre, même quand elle est faite gratuitement.

Tant qu'on n'en sera pas venu là, nous serons sans cesse en lutte avec les vendeurs de racines, les guérisseurs sauvages, les herboristes, voir même certains pharmaciens et, il nous est pénible d'avoir à le constater, certaines communautés religieuses! Partisan convaincu de la liberté individuelle, nous la réclamons pour tous, mais on voudra bien ne pas oublier que cette liberté ne doit pas porter atteinte aux droits et privilèges légitimes de tout un corps légalement constitué. Que le pharmacien vende ses drogues et dispense ses médicaments sur ordonnance du médecin, c'est fort bien; que la religieuse visite les malades *gratis et pro Deo* dans

un pur et simple but de charité, c'est encore bien, sans doute, mais, de grâce, que l'on songe enfin à laisser au médecin le libre et plein exercice d'un art qui est son gagne pain et au cours duquel il rencontre encore assez de déboires et de déceptions.

La désinfection des mains

En nos temps de microbes et d'antisepsie, le traitement des maladies septiques et virulentes a surtout été étudié au point de vue prophylactique. Avant que de songer à combattre les virus et les germes au sein de l'économie, l'on a fort sagement et fort naturellement pensé qu'il fallait d'abord s'opposer à leur introduction dans le sang, et cela au moyen de toutes les mesures préventives que l'art prophylactique pût découvrir. De là la méthode de Lister, aujourd'hui passablement ébranlée, et, dit-on, peu suivie par son auteur lui-même, mais qui n'en répondait pas moins à une idée juste et rationnelle. Tout corps ambiant peut devenir source d'infection en servant de véhicule aux microbes. C'est pourquoi Lister ne se contentait pas du spray phéniqué destiné à empêcher l'abord des germes contenus dans l'air atmosphérique, mais prescrivait-il, en outre, le lavage antiseptique des instruments, des éponges, et en particulier des mains de l'opérateur.

Ce dernier point mérite qu'on s'y arrête. La désinfection des mains ne consiste pas dans un simple lavage de propreté. Il est vrai que si tous les médecins pratiquaient toujours scrupuleusement celui-ci, ce serait encore un grand pas de fait dans la voie de l'antisepsie. Nous avons connu des disciples d'Esculape qui, sous ce rapport, pouvaient se vanter d'être de fameux microbiphores. Mais ce n'est là qu'un détail. On comprendra l'importance extrême de la désinfection des mains quand on songera au fait qu'après certaines autopsies, certains touchers, les doigts restent imprégnés de matières septiques pouvant transporter ailleurs les germes morbifiques. Dans ces cas, l'odeur n'est qu'un symptôme; le danger git tout entier dans la présence des germes virulents. Comment peut-on s'en débarrasser? Suffit-il de se laver les mains comme le premier venu peut le faire? Le savon carbolique avec l'aide de la brosse est-il suffisant à assurer la désinfection dans ces cas? Sinon, à quel désinfectant faut-il avoir recours? M. le Dr. Danlos, médecin de l'hôpital Tenon, à Paris, recommande un procédé très simple, absolument inoffensif, pour enlever instantanément toute fétidité. Ce procédé consiste dans l'emploi du permanganate de potasse et du bisulfite de soude, la solution de permanganate étant titrée à 5 pour 1,000, et celle du bisulfite étant celle du commerce, diluée au cinquième. L'auteur décrit ainsi la manière d'opérer:

“ On commence par se nettoyer soigneusement au savon, pour

enlever les matières grasses qui s'opposeraient au contact des antiseptiques. Ceci fait, on se lave les mains dans la solution du permanganate, en ayant soin de frotter. Au contact des mains, la solution se décompose et laisse sur la peau une couche brune très adhérente de peroxyde de manganèse. Suivant la concentration de la liqueur et le temps employé (deux minutes suffisent) la coloration brune varie d'intensité. Quand on juge la teinte suffisamment foncée, il suffit, pour l'enlever, de mettre quelques instants les mains dans la liqueur de bisulfite. La décoloration est immédiate et la désinfection absolue. Les doigts sentent alors un peu l'acide sulfureux; mais le moindre lavage à l'eau le fait disparaître aussitôt.

“ Outre l'avantage qu'offre ce procédé d'enlever l'odeur répugnante qui s'attache aux doigts après certains touchers, je crois qu'il pourrait rendre service aux chirurgiens et accoucheurs, dans le cas où une purification rigoureuse des mains semble nécessaire. Les deux substances employées sont, en effet, toutes deux des antiseptiques très énergiques, et, à *priori*, je serais tenté de croire la désinfection par ce moyen plus sûre que par le sublimé ou l'acide phénique. Je ne veux pas, du reste, faute d'expérience suffisante, insister sur ce point. Je me bornerai à garantir ce que j'ai constaté, à savoir: l'innocuité absolue et l'efficacité de ce procédé pour désodoriser les mains souillées par des matières putrides.”

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

GUERMONPREZ DR. FR.—Notes sur quelques résections et restaurations du pouce.—1 brochure in-8, 53 pages, avec figures.—Paris Asselin, éditeur, 1887.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le choléra exerce ses ravages au Chili

La variole a fait son apparition à New-York où, du 1er au 24 janvier, on en avait constaté 32 cas.

M. CHEVREUL, le centenaire, a donné sa démission de professeur au Muséum d'histoire naturelle.

On offre en vente deux collections complètes de l'UNION MÉDICALE DU CANADA, de 1872 à 1886 inclusivement. Ces séries sont devenues rarissimes. Aucun volume n'est vendu séparément. Adressez: *Collection*, Boîte 2040, Bureau de poste, Montréal.

Les médecins désirant communiquer avec M. de Lamirande, agent du Collège des Médecins et Chirurgiens, P. Q., pourront le faire en s'adressant au No. 61, rue St. Gabriel, Montréal.

Heures de bureau: de 11 à 12 a. m., et de 3 à 4 p. m.

Durant l'année 1885-86, les universités italiennes ont été fréquentées par 14,633 étudiants, dont 3,894 à Naples, 2,073 à Turin, 1,211 à Rome, 1,163 à Bologne, 1,008 à Padoue, 1,005 à Pavie, et 4,272 disséminés dans les autres universités. Sur ce nombre, il y avait 5,195 étudiants en médecine.

M. le Dr. Laramée, professeur de clinique médicale à l'Université Laval, Montréal, partira pour l'Europe vers le 19 courant. Il se rendra directement à Paris où il suivra les différents services d'hôpitaux. Notre estimé collègue a bien voulu nous promettre une correspondance suivie dont les bœteurs de l'UNION MÉDICALE DU CANADA auront la primeur.

En Russie, au commencement de ce siècle, dit l'*Union médicale* de Paris, le nombre des suicides n'était que de 17 cas pour un million d'habitants; aujourd'hui la proportion atteint près de 30 suicides par million de Russes, et, dans St. Petersbourg même, il y a annuellement plus de suicides que dans aucune des capitales de l'Europe excepté Paris, qui, sous ce rapport, a l'honneur de tenir la tête de l'humanité. A Paris, la proportion des suicides est en moyenne de 206 cas par million d'habitants: elle est de 170 à Berlin et de 87 à Londres.

VARLETES.

Le froid aux pieds.—Si vous avez les extrémités toujours froides, gelées même, vous recourrez aux moyens suivants:

Très souvent vous prendrez des bains de pieds *légèrement* sinapisés, et très souvent aussi vous changerez de bas; ceux-ci seront en laine si vous souffrez trop du froid, et si vous pouvez la supporter. Vous ferez matin et soir de fortes frictions sur toute la jambe et les pieds avec de la flanelle sèche, et vous mettrez des chaussures épaisses mais souples, larges et assez bien conditionnées pour ne pas laisser traverser l'eau. Par tous ces moyens vous activeriez les fonctions de l'organisme, la circulation surtout, et vous savez combien leur intégrité est nécessaire pour le développement de la chaleur.

Vous ne vous servirez jamais de chaufferette à la braise ou au charbon, à cause des inconvénients que présente cet appareil. La chaufferette à eau chaude, ressemblant aux bouillottes que l'on trouve dans les voitures ou les chemins de fer, n'a pas ces inconvénients, c'est pourquoi les dames peuvent à la rigueur s'en servir. Mais le meilleur moyen de tenir les pieds chauds, c'est de ne pas rester inactif, de faire de l'exercice. Il est toujours facile d'en faire, même dans un appartement; aller, venir, prendre ceci, porter cela, suffit presque toujours pour ramener la chaleur.

Un journal médical de Bruxelles, la *Lancette belge*, faisait connaître, l'année dernière, un moyen que les Russes emploient pour se préserver du froid aux pieds.

Ce moyen consiste à s'envelopper les pieds pardessus le bas ou les chaussettes avec du papier, qui joue dans ce cas le rôle de corps isolant. La *Lancette belge* prétend que, pendant l'hiver, on trouverait toujours quelque fragment de journal dans les bottines fourrées des élégantes promeneuses de Saint-Petersbourg.

Ce moyen est assurément bon. En effet, le papier empêche, d'un côté, que la chaleur du pied ne se perde, et, de l'autre, que le froid extérieur ne pénètre. Mais, est-il possible de s'envelopper complètement le pied avec un journal, et de le mettre dans une bottine sans le déchirer? Certes non. Or le papier déchiré ne remplit plus les conditions voulues.

Ne serait-il pas plus simple de prendre du *taffetas gommé*, et de le mouler exactement sur le bas ou la chaussette, ou mieux de le découper en forme de chaussette, que l'on mettrait sur le bas?

Nous ne voyons ce moyen signalé nulle part, mais nous le tenons pour excellent, et nous le recommandons aux personnes qui se plaignent toujours d'avoir froid aux pieds.

Le taffetas gommé, qu'on peut choisir sans couleur apparente, ne se déchire pas, ne tient pas plus de place que le journal dans la chaussure, et conserve intégralement toute la chaleur animale développée, sans permettre au froid extérieur d'en enlever la plus légère partie.—Er H. VIGOTROUX in *l'Hygiène pratique*.

Fourniture d'eau dans les grandes villes de l'Europe.—Rome a une population de 345,036 habitants et une quantité d'eau atteignant 591 litres par tête dans les 24 heures.

Londres: population, 4,085,040 habitants; quantité d'eau par tête, 300 litres.

Paris: 2,240,124 habitants: eau par habitant, 227 litres.

Berlin; 1,302,283 habitants; quantité d'eau par tête, 140 litres.

Vienne: 770,044 habitants; quantité d'eau par habitant, 100 litres.

Turin: 278,598 habitants; quantité d'eau par personne, 95 litres.—*El Siglo Medico*.

DECES.

CASGRAIN.—A Québec, le 30 janvier, la dame du Dr C. A. Casgrain

LEPAGE.—Aux Eboulements, à l'âge de six mois et quatre jours, Jean-Joseph-Flavien Bizet, deuxième fils de A. D. Lepage, Ecr., M. D.

CARDINAL.—A Ste. Marie, Comte de Chateauguay, Arthur-Emile, âgé de 2 ans et 9 jours, enfant du Dr J. A. Cardinal.

MARIAGE.

LACROIX-PLANTE.—A Montréal, le 30 janvier, Ernest Lacroix, marchand, à Mademoiselle Blanche-Ernestine, fille de feu P. E. Plante, Ecr., M. D.