

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

- 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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

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

VOL. IV.

MONTRÉAL, JUILLET 1890.

No 7.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Doctrine microbienne des maladies infectieuses.

Par le Dr PAUL PHILIPPE, ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Parmi les affections si diverses de l'organisme dont l'étude importe au clinicien, les maladies infectieuses doivent tenir le premier rang à cause de leur gravité, de leur évolution et de leur dissémination.

Étudiées dès la plus haute antiquité, elles furent longtemps considérées comme au-dessus des ressources de l'art. Est-ce à dire qu'elles ne guérissaient jamais, que leur dissémination ne pouvait-être arrêtée ? non certes, mais le traitement se bornait à répondre aux indications purement symptomatiques, l'élément causal n'étant pas déterminé.

La médecine traditionnelle reconnaissait la spontanéité des maladies: la cause naissait de l'organisme lui-même sollicité par des causes adjuvantes ou occasionnelles. On s'est contenté longtemps d'une telle explication; la prophylaxie avait pour but de mettre l'organisme à l'abri des causes occasionnelles et le traitement lui-même basé sur la symptomatologie était un résultat d'essais plus ou moins nombreux, d'expérimentations dirigées sans méthode.

Depuis les merveilleuses expériences de Pasteur, 1860-1865, qui démontrèrent que les fermentations étaient dues à des germes, que la spontanéité n'existait pas, les doctrines médicales ont changé.

Les idées pastoriennes ont provoqué une véritable révolution scientifique et ce n'est qu'après beaucoup de luttes qu'elles ont prévalu.

La clinique les a contrôlées et heureusement confirmées, faisant voir la diffusion de ces germes ou microbes, leurs conditions de vitalité, leur mode de propagation.

La cause nettement connue et contrôlée par des inoculations en séries de microbes isolés, par des recherches cliniques, il s'agissait de connaître les conditions de vitalité de ces germes et d'en déduire le moyen de les combattre.

Il fut reconnu que n'est pas atteint qui veut, autrement dit, que l'immunité vis à vis de certaines affections microbiennes existe et est due à la résistance même de l'organisme qui ne présente pas un terrain favorable pour la culture des germes. Qu'une altération quelconque provoque dans cet organisme un "locus minoris resistentiæ," le microbe s'y jette, y pullule et dès lors une lutte s'engage dont l'expression est le symptôme fourni par le malade et dont l'issue dépendra du degré de résistance réciproque des deux êtres qui sont en présence.

Les causes occasionnelles sont ainsi releguées au second plan ; ce n'est plus le froid par exemple qui donne la pneumonie, mais c'est le froid qui met l'organisme en opportunité morbide, en état de réceptivité. La gravité ne dépend pas du degré du froid, ni du microbe lui-même, mais de l'état plus ou moins résistant de l'individu malade ; il n'y a pas une pneumonie, mais des pneumonies suivant l'état même du sujet qui en est atteint ; l'alcoolisme, l'affaiblissement causé par des maladies préexistantes ou intercurrentes, la misère, le surmenage, etc., créent un milieu de culture plus favorable pour la vie de ces microbes.

Et c'en est encore plus évident pour la tuberculose qui ne s'attaque généralement qu'à des organismes affaiblis déjà, peu résistants.

Pourquoi un même traumatisme donne-t-il à l'un une entorse simple et à l'autre une tumeur blanche ? Le second évidemment était primitivement différent du premier, le traumatisme l'a surpris en état de réceptivité et a créé dans l'articulation un milieu propre à la culture. L'hérédité dans la plupart des cas, n'est autre chose qu'une transmission de milieu créant une prédisposition, rarement une transmission de germe.

Cette influence du milieu est considérable et on peut expérimentalement le créer ; on injecte à un animal une culture d'ostéomyélite, puis on fait une fracture quelconque, c'est au niveau du point de fracture, lieu de moindre résistance que s'établit et pullule la colonie microbienne.

Il en est de même pour les valvules du cœur qui présentent des végétations farcies de microbes dans l'endocardite infectieuse ; comment expliquer cette prédilection ? Le sang, véhicule de ces microbes frappe à chaque instant ces valvules, qui ainsi traumatisées deviennent plus propices à la culture.

Trois éléments président donc à l'éclosion des maladies infectieuses. le terrain de culture, le germe inoculé, le milieu extérieur modifiant le terrain (froid, chaleur, humidité, état électrique, etc., etc.)

Mais, dira-t-on, il est des cas de maladies infectieuses cités par des auteurs compétents en bactériologie et dans lesquels il fut impossible de retrouver d'élément bactérien (Panum, Picot, Dougall, Stricker, Giovanni, Hogg, Pepoff, etc.) ? Cela est parfaitement vrai, aussi nous hâtons nous de dire que malgré cette doctrine qui satisfait singulièrement l'esprit, bien des points sont inconnus encore et on ne doit pas être trop exclusif.

Comment agissent ces germes ? est-ce par eux mêmes et ou par le liquide qu'ils produisent ? Questions qui sont encore à l'étude. — "La bactérie, dit le professeur Jaccoud, peut être et est souvent le poison infectant, mais elle n'est pas l'unique élément qui possède cette propriété, je ne vois pas d'autre conclusion possible." — (*Leçon sur les maladies infectieuses, 1882.*)

Du reste on n'a pas reconnu encore le microbe spécifique de chaque maladie infectieuse. En quoi consiste cette spécificité dans des éléments qui morphologiquement ne sont pas toujours distincts ? La spécificité est elle la propriété du microbe ou une propriété d'emprunt ? Le clinicien en présence de tous ces doutes ne doit pas rejeter complètement la doctrine microbienne, pas plus qu'il ne doit se laisser aller à une conception étiologique exclusive des maladies infectieuses. De nouvelles expérimentations viendront, nous en sommes sûrs, fortifier la méthode, mais en attendant on doit compter avec elle, car c'est une méthode scientifique qui a déjà porté ses fruits.

De la diarrhée des enfants.

Par le Dr Melville E. de Laval M. D. Victoria, Officier du Bureau de Santé,
Lake Linden, Michigan.

Cette affection est très fréquente chez les enfants à tout âge. Mais particulièrement chez les enfant âgés de moins de deux ans.

Durant la dentition, on observe une diarrhée symptomatique qui, si elle est négligée, devient souvent très grave.

Dans les villes et autres centres populeux la diarrhée fait le plus de victimes durant les chaleurs de l'été, vers les mois de juillet et août. Quelquefois elle prend les caractères épidémiques. Ceux qui considèrent la diarrhée comme causée par un microbe particulier, recommandent de rendre les déjections alvines complètement aseptiques.

Les enfants placés dans de mauvaises conditions hygiéniques sont plus menacés de la diarrhée que ceux qui vivent au grand air. On

remarque que la diarrhée n'existe presque pas à la campagne, c'est du moins l'idée exprimée par d'éminents médecins américains.

La diarrhée n'est pas seulement une maladie de l'enfance, on en rencontre des cas de temps en temps chez les adultes ; chez l'adulte cette maladie présente des symptômes souvent différents de ceux que l'on observe chez les enfants.

On a fait plusieurs variétés de diarrhée. ROSTAN en aurait observé quatorze genres. Aujourd'hui la nomenclature médicale divise cette affection en *deux variétés* (1) : Diarrhées simples ou non inflammatoires, et diarrhées inflammatoires.

Cette classification n'est pas satisfaisante, vu que dès le moment que la diarrhée s'accompagne d'inflammation, on a affaire à une autre affection : une entero-colite par exemple. Mais pour éviter la confusion je suivrai cette classification en parlant de la diarrhée, dite simple.

Hughes divise la diarrhée simple en trois variétés.

Diarrhée féculente, Hughes appelle *Feculent Diarrhea* celle que l'on rencontre chez les malades quelques heures après les repas, et qui est accompagnée de *nausées, selles brunâtres, fétides* ; cette diarrhée est causée par l'indigestion. Chez les enfants, ceux qui souffrent de la dyspepsie ont souvent cette variété, mais elle est rare chez eux, et se rencontre surtout chez l'adulte, particulièrement après des excès de table etc., ou bien chez les dyspeptiques. La fermentation cause une irritation de l'estomac et des intestins.

Diarrhée lientérique.—Cette variété de la diarrhée est causée par la non assimilation des aliments qui passent à travers le canal digestif sans être digérés et sans subir de transformation aucune.

Par suite de cette digestion imparfaite, il y a fermentation, formation de ptomaines, d'acides, gaz avec microbes, suivant Lesage.

Diarrhée bilieuse.—Cette variété est causée par l'hypersecretion de la bile.

Chacune des variétés différentes de la diarrhée peuvent passer de l'état aigu à l'état chronique, par suite d'attaques souvent répétées qui causent une irritation permanente des intestins.

Les causes de la diarrhée sont multiples : mauvaise alimentation, allaitement artificiel, ingestion d'aliments indigestes, écarts de régime, refroidissements subits, mauvais air, l'encombrement, les émanations putrides, les gazs des égouts, enfin toutes les mauvaises conditions hygiéniques, sont ou peuvent être des causes de diarrhée.

Les travaux de Lesage et Hayem font croire à l'existence d'un *mi-*

(1) Vide Smith diseases of Children.

crobe spécial de la diarrhée qui existerait chez les enfants dyspeptiques et que l'on rencontre dans les sécrétrons intestinales.

Voici ce qu'Hayem dit à ce sujet : Le microbe pénètre dans l'estomac avec les aliments et se trouve ordinairement dans un milieu propre à sa reproduction. Dans la dyspepsie, la sécrétion stomacale est altérée et le microbe pénètre aux intestins sans avoir perdu aucune force reproductive. Dans les intestins, il se trouve dans un milieu acide ou alcalin qui lui permet de se reproduire avec une extrême facilité, et par sa présence cause la maladie dont nous parlons. Lesage croit qu'il y a toujours infection microbique chaque fois que la diarrhée s'accompagne de selles vertes et acides.

Lorsque, pour une cause ou pour une autre, les aliments ne sont pas digérés ou ne le sont qu'imparfaitement, il y a alors fermentation, irritation des follicules intestinaux, accompagnée d'une hypersecretion des glandes des intestins, augmentation des mouvements péristaltiques des intestins. Voilà ce que je considère comme constituant la diarrhée dite simple. Les microbes, s'ils existent, donneraient lieu à de semblables phénomènes et aux mêmes symptômes.

Comme nous l'avons dit, le manque d'assimilation des aliments est la cause très fréquente de la maladie, preuve la diarrhée presque constante qui accompagne la dyspepsie des nouveaux nés.

Souvent le lait de la mère ou de la nourrice n'a pas les qualités nécessaires. On prétend aussi que l'ingestion de certains remèdes par la nourrice peut causer une irritation du canal alimentaire chez l'enfant qu'elle nourrit. Quelquefois la peur peut causer la diarrhée ; le froid subit la cause assurément.

Quelquefois, la cause d'irritation existe chez l'enfant, comme durant la dentition, ou bien par la présence de vers intestinaux.

Les attaques de diarrhée ont lieu quelquefois sans prodromes, subitement, et disparaissent sans laisser de traces, et même sans que l'on puisse l'attribuer à aucune cause appréciable, mais ordinairement cette affection est précédée de lassitude, malaise général, nausées, vomissements, soif, douleurs intestinales. Les déjections alvines sont ordinairement fréquentes, douloureuses, inodores ou fétides, incolores ou colorées en vert, brun, ou jaune mêlé de bleu, et elles sont toujours acides, donnant une réaction acide très prononcée.

Comme on le voit les évacuations présentent différents caractères suivant la cause de la maladie, ou suivant la période où est l'affection.

Les selles contiennent souvent des aliments non ou à demi digérés, de la caséine coagulée. Si les selles sont fréquentes et très liquides, le malade souffre beaucoup de la soif. L'appétit est capricieux ou nul. La langue est chargée et moite. L'haleine a quelquefois une odeur

caractéristique. Il n'existe que peu ou pas de sensibilité abdominale, du moins au commencement de la maladie. Quelquefois météorisme. Voilà à peu près les principaux symptômes de la diarrhée simple.

Quand, après quelques jours on voit ces symptômes s'aggraver, la température s'élever, les forces du malade disparaître, alors le médecin peut être sur ses gardes, car il peut s'attendre à une complication ou une entero-colite. (Smith Treatise of diseases of children.)

On peut diagnostiquer dès ce moment, s'il y a inflammation des follicules, si la diarrhée s'accompagne de sensibilité abdominale, et que les déjections deviennent sanguinolentes, etc., alors on se trouve en présence d'une entero-colite.

Le traitement de la diarrhée simple n'est pas différent, mais il faut dès le commencement se rendre bien compte de la cause première et la faire disparaître. Chez les enfants jeunes, on les fait trop manger ou on leur donne des aliments non appropriés à leur âge et au pouvoir digestif de leur estomac.

Dans ces cas, il faut régler l'alimentation et user de précautions, et ne donner au malade que des aliments qu'il peut assimiler sans efforts. Dans certains cas, la diète et de simples précautions hygiéniques constituent le traitement.

Mais il n'en est pas de même dans tous les cas, car le plus souvent, vous avez à combattre la fermentation, la dyspepsie, ou même, comme je l'ai dit plus haut, des microbes. A ces causes il faut un traitement bien ordonné et la diète. A ce sujet de diète, les médecins semblent souvent ne pas s'occuper assez de faire faire aux parents leurs devoirs. Le médecin laisse son ordonnance, ordonne une diète, et le lendemain on s'aperçoit que l'on n'a rien fait. Dans ces cas, il faut faire faire ce qui doit être fait ; le succès et notre réputation l'exigent.

Comme les selles diarrhéiques sont ordinairement acides, il faut corriger cette acidité par les alcalins. Trousseau recommande le sulfate de soude. West préconise le sulfate de magnésie. Je trouve que dans cette indication il vaut mieux donner au malade les sels de soude comme ceux ci : salicylate de soude, car ils ont en même temps l'action antiseptique, chose nécessaire dans le traitement de cette affection. De plus le sulfate de soude cause trop d'irritation et aussi de violentes coliques.

Si la diarrhée est causée seulement par l'indigestion il faut veiller l'alimentation. Si le lait est de mauvaise qualité, il faut en donner du bon ou l'enlever complètement. Donnez des aliments, si c'est possible, dont la digestion se fait particulièrement dans l'estomac.

Smith et Hughes, préconisent dans le traitement de la diarrhée causée par l'indigestion, l'emploi des remèdes suivants :

R	Pulv Ipeca simplicis.....	gr. 1/12
	Pulv Rhei.....	gr. 1/4 à 1/3
	Sodii Bi Carbonatis.....	gr. 1/2 à 2

Pour une poudre. En faire prendre une toutes les deux heures, jusqu'à ce que les selles aient changé de couleur et de consistance.

Une prescription qui m'a donné de bons résultats dans ma pratique est celle-ci :

R	Lactopeptine.....	gr. V
	Salicylate de Bismuth.....	gr. i
	Craie préparée.....	gr. ij

Pour une poudre ; en donner une toutes les deux heures.

On peut aussi administrer la pepsine avec l'acide nitro-muriatique dilué, la pancréatine, l'extrait fluide de colombo, l'extrait fluide d'*Hydrastis canadensis* ; ces agents sont d'un grand secours dans la dyspepsie infantile.

Si le lait que l'on donne à l'enfant n'est pas digéré, il est mieux de le peptoniser, ou bien d'y mêler une quantité d'eau de chaux afin d'empêcher la coagulation. Il va sans dire que le lait doit être frais et de bonne qualité.

Durant les chaleurs, il est presque impossible de conserver le lait et d'empêcher la fermentation. Pour obvier à cette difficulté, on devra se servir du procédé du Dr Seibet. Le lait préparé d'après ce procédé se conserve sans altérations pendant plusieurs jours. Tout lait frelaté, contenant des matières étrangères, doit être exclu de la diète. Bien souvent on néglige cette partie du traitement, car le médecin ne s'occupe pas de voir à ce que l'on donne à son malade des aliments faciles à digérer et de bonne qualité.

La diète des enfants souffrant de la diarrhée devrait être celle ci, et on ne devrait en dévier que sur l'ordre expresse du médecin.

Bouillons de poulet ou de mouton.

Gruau qui devra avoir cuit pendant plusieurs heures.

Eau albumineuse.

Jus de viande crue, (aux enfants âgés de plus de six mois,) viande tamisée.

Eau de riz.

Brandy, de première qualité.

Lait frais, bouilli.

Il faut éviter de donner à l'enfant tout aliment contenant de l'amidon, qui n'aurait pas été réduit en dextrine par la chaleur. Les substances saccharines doivent être défendues, vu qu'étant mêlées au lait,

elles fermentent très facilement. Les fruits verts et les végétaux de même, ne doivent pas être permis, pour la même raison.

Comme il faut de toute nécessité favoriser l'assimilation et empêcher la fermentation stomacale et intestinale, les médicaments dont on se sert avec le plus d'avantage sont les antiseptiques. On n'a à ce sujet, que le choix des remèdes, car notre matière médicale nous donne les moyens de combattre efficacement cette maladie.

À ce sujet je mentionnerai quelques traitements qui, dans les mains de savants médecins, ont donné de magnifiques résultats.

Le professeur Rosbach, de Iena, a préconisé dernièrement, la naphthaline ; comme ce remède est insoluble, il l'administre de la manière suivante :

℞	Naphtal. Pur	5,00
	Sacchar. Alb	5,00
	Oleum Bergamotii.	0,03

Mêler, diviser en 20 paquets ; 5 à 20 paquets durant la journée.

Rosbach assure que sous l'action de la naphthaline les évacuations deviennent complètement aseptiques, et que l'on n'y rencontre aucun microbe vivant.

Guasta emploie le benzoate de soude. Bourzouche, de Bruxelles, la résorcine, pour empêcher la fermentation gastrique. Curtis (*Peoria Medical Journal*), a obtenu de bons résultats de l'huile de gaultheria ; moi même j'ai obtenu de bons résultats de l'usage de l'acide salicylique : tiré de l'huile de gaultheria, il semble avoir des propriétés antiseptiques plus accentuées que l'acide obtenu par synthèse.

Braithwaite (*British Medical Record*), a employé une injection de salicylate de fer, et en même temps il a donné une préparation du même remède à l'intérieur.

℞	Ferri Sulfatis.....	ʒi
	Sodii Salicylatis.....	ʒi ss
	Glycerin	ʒiv
	Aquae ad.....	ʒiij

Dose : une cuillerée à thé toutes les 4 heures, continuer le remède jusqu'à ce que les évacuations deviennent noirâtres, ce qui arrive dans les vingt-quatre heures. Ce remède agit bien dans les cas accompagnés d'évacuations fétides. Il faut se rappeler que quelquefois le fer peut causer de l'irritation gastrique, donc il faudra surveiller les effets.

Senseman recommande le nitrate de bismuth, à la dose de 6 grains toutes les deux heures.

Samson emploie le sulfo-carbolate de calcium. Stephenson préconise le phosphate de sodium dans les diarrhées et catarrhes intestinaux.

Ce remède agit bien dans les cas où les évacuations sont vertes ou couleur glaiseuse.

Hayem recommande l'acide salicylique dans les diarrhées, avec selles vertes, et Lesage prétend que l'activité des microbes est de beaucoup diminuée. Lesage dit que l'acide lactique agit en combattant la dyspepsie, et rendant les sécrétions gastriques acides, et détruisant par là les microbes. On emploie l'acide lactique en solutions de 2/100 à 10/100.

Le professeur Sakawski a employé l'eau de chloroforme avec avantage et prétend qu'elle détruit les microbes.

Un agent dont je fais souvent usage, est le sulfure de carbone, en solution. Ce remède est préconisé par Dujardin Beaumetz, qui le premier en a parlé et en a expliqué l'action. Cette solution se fait de cette manière : on met quatre grains de sulfure de carbone dans une livre d'eau, et on en donne au malade une cuillerée à thé ou moins, suivant l'âge. Si on a la précaution de remettre toujours autant d'eau chaque fois que l'on se sert de cette solution, on a toujours une solution titrée, vû que la sulfure n'est que peu soluble dans l'eau. On administre cette solution dans du lait, quatre à cinq fois par jour.

Francis Guerny Smith dit avoir obtenu de bons résultats de l'acide sulfurique en combinaison avec l'extrait fluide de haematoxilon (Logwood).

La creosote agit bien dans certains cas, mais je lui préfère l'acide carbolique, car celui-ci détruit toute fermentation gastrique dans quelques instants.

L'iode a de bons effets dans certains cas.

Ici, aux Etats-Unis, on emploie souvent le sublimé corrosif en solutions très étendues. Aulde, de Philadelphie, vient de préconiser l'arsénite de cuivre ; d'après lui ce remède mérite que l'on en fasse l'étude.

J'ai employé avec succès le salicylate de bismuth, mais je lui préfère le salol ; cet agent, composé d'acide salicylique et carbolique, se double sous l'action du suc pancréatique et met en liberté deux puissants antiseptiques, qui rendent aseptiques les produits de la digestion et les sécrétions intestinales. J'ajoute ordinairement au salol le sulfate d'hydrastin, comme correctif des muqueuses. La pancreatine et l'ingluvine agissent bien particulièrement pour contrôler les vomissements.

Quand les selles sont fréquentes et douloureuses, j'administre la préparation suivante :

℞	Tinct Opii deodorata.....	gouttes x ij
	Extract fluid Coto	gouttes v
	Creta Preparata.....	̄i
	Syr Tolutani.....	ad. ̄ij

Dose : une cuillerée à thé à un enfant de 2 ans, toutes les 3 heures. L'extrait fluide de coto ou la cotoïne ont un excellent effet, mais leur propriété astringente est trop forte et il faut absolument surveiller leur action.

Les injections d'empoî laudanisées agissent bien dans certains cas.

Le nitrate d'argent comme correctif de la membrane muqueuse, a d'excellents résultats. L'opium est un bon agent pour diminuer les douleurs, mais chez les enfants, comme le dosage est difficile, son emploi est quelquefois dangereux. Comme traitement du meteorisme, l'essence de therébéntine à petites doses et en applications extérieures, donne d'excellents résultats. Tout de même le meteorisme disparaît de lui-même dès que la génération des gaz intestinaux est cessé et qu'ils sont expulsés.

Dans le traitement de la diarrhée je n'ai peut-être pas donné tous les traitements préconisés, mais du moins ceux que je connais par expérience, comme ayant donné les meilleurs résultats.

Cette maladie est toujours difficile à traiter, et il faut offrir aux médecins un *Armentarium* aussi complet que possible. Je terminerai cet article en offrant quelques conseils tirés d'un ouvrage intitulé : "Kealms Cyclopædia of Diseases of children." Le Dr L. Hemmet Holt donne, dans un article intitulé : "Diarrheal Diseases," les mesures prophylactiques suivantes :

1. Eloigner des villes le plus grand nombre d'enfants possible durant les chaleurs.
 2. Instruire le public de l'importance de la régularité dans l'alimentation.
 3. Restreindre, par des moyens légaux, la transportation et la vente du lait frelaté.
 4. Exclure tous germes, "ou les détruire" de toute nourriture donnée aux enfants, particulièrement du lait, par la stérilisation.
 5. Porter une grande attention aux dérangements des intestins chez les enfants, et les traiter aussitôt que possible.
 6. Diminuer la quantité de nourriture et augmenter la quantité d'eau donnée à l'enfant, durant les jours où la température est très élevée.
 7. Dans tous les cas de diarrhée dont la cause est d'origine bactérienne, surveiller ces cas et les visiter très souvent.
 8. Cesser tout remède dès que l'estomac semble en être irrité.
-

MEDECINE

Traitement des névralgies par les injections d'éther.

Dr. KUMS.

Les névralgies traitées par cette médication étaient de nature rhumatismale (névralgie brachiale, torticolis, céphalalgie, odontalgie).

M. Kums emploie de préférence la liqueur anodine d'Hoffman, qui contient parties égales d'éther et d'alcool et qui est moins volatile que l'éther pur. La dose est d'un drachme, c'est-à-dire la capacité d'une seringue de Pravaz. On pratique l'injection au voisinage du foyer douloureux ou à son point d'irradiation.

Cette injection est douloureuse et suivie d'une tuméfaction passagère des téguments. Pendant plusieurs heures et même plusieurs jours, cette région reste anesthésiée. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, mars 1890.)

Rhumatisme aigu, salicylate de soude en lavement.

M. le Dr Stein rapporte l'histoire d'une femme atteinte depuis quelques semaines du rhumatisme articulaire grave et dont la digestion était si affaiblie qu'il se décida à prescrire le salicylate de soude en lavements (6 onces d'eau amidonnée avec 30 à 45 grains de salicylate de soude), répétés trois fois par jour. Les résultats furent excellents la malade conserva bien quinze lavements, et n'en rendit que trois (un après une demi-heure et deux après une heure).—*Le Scalpel*.

Traitement de la tuberculose par l'air et le repos.

Académie de médecine.—M. DAREMBERG.

Depuis très longtemps on a recommandé l'air dans le traitement de la phthisie. Certains ont vanté l'air des pays chauds, d'autres celui des montagnes, d'autres encore celui de la mer. Je crois qu'on peut affirmer que tous les climats de campagne sont bons quand on sait s'en servir, qu'il ne faut pas chercher un air spécifique du tubercule, que l'air ne doit avoir qu'une qualité, la pureté !

Les règles qui doivent guider l'usage thérapeutique de l'air à la campagne ont été bien formulées par Dettweiler, au Congrès de Wiesbaden en 1867. La plus importante est celle-ci : "Le meilleur moyen d'habituer le malade à l'air est de l'y exposer étant couché." Pendant la nuit, il faut que le malade respire un air pur qui entre par la fenêtre entrouverte ou un vasistas, et ressort par la cheminée.

Quand les malades ont été progressivement habitués à ce genre d'existence, ils n'ont aucune envie de rentrer dans leurs appartements.

Grâce à cette cure, ils reprennent bientôt assez de force pour entrer en convalescence. On leur permettra alors, dès que la température ne dépassera plus 38 degrés le soir, de petites promenades d'un quart d'heure, trois ou quatre fois par jour, puis d'une demi-heure. Il faut proscrire les grandes excursions, car elles sont souvent suivies de rechutes.

Pour éviter ces rechutes, il convient d'endurcir le malade convalescent. La cure d'endurcissement s'effectue à l'aide de la gymnastique respiratoire et des soins de la peau. La gymnastique respiratoire doit être faite par des mouvements rythmiques des membres supérieurs, avec ou sans haltères, et ne jamais nécessiter un grand déploiement de force. Son effet est excellent, parce qu'elle fortifie les muscles respiratoires si fréquemment atrophiés chez le phtisique, et parce qu'elle fait pénétrer dans le fond des alvéoles pulmonaires un air pur qui balaye l'acide carbonique et les produits infectieux qui s'y accumulent. Or, il est absolument nécessaire que le phtisique soit débarrassé des produits infectieux, sécrétés ou excrétés par ses bronches et ses alvéoles malades.

Grâce à cette gymnastique respiratoire, le phtisique s'habitue à aérer largement sa poitrine, et il évitera ainsi les infections secondaires dues à la stagnation de l'air dans les poumons.

On voit donc qu'il ne suffit pas de mettre le phtisique à l'air, il faut lui apprendre à respirer cet air, à s'en servir à fortes doses. L'air pur est un vrai médicament, mais comme tous les médicaments il doit être manié avec prudence. Le malade qui vient de quitter sa chambre doit rester étendu à l'air une heure ou deux, puis il augmentera progressivement la durée de son séjour à l'air. En tout cas, il restera toujours étendu sur une chaise longue, dans un hamac ou sur un sol sec. Jamais il ne restera assis ; c'est dans la position assise que la circulation est la plus gênée et que les refroidissements sont les plus fréquents.

L'endurcissement de la peau du corps sera obtenu par les frictions sèches, alcooliques ou térébenthinées ou huileuses qui suppriment la tendance aux transpirations et aux congestions. Les lotions fraîches avec une grosse éponge ou un seau d'eau, commencées à 20° et descendues progressivement à 12°, rendent l'organisme inaccessible aux changements de température.

Le travail cérébral doit être évité comme la fatigue physique, car, ainsi que l'a démontré Mosso, de Turin, le travail cérébral prolongé enlève de la force aux muscles.

Je n'ai pas à insister sur l'alimentation des phtisiques. Le phtisique doit manger de la viande avant toutes choses. Le lait est très utile, il doit être associé à l'alcool qui est admirablement supporté par les

malades qui vivent à l'air. On trouvera une ressource alimentaire importante dans les gelées animales et végétales. Le vin est mal supporté en général et je ne le crois utile qu'à la fin des repas sous forme de Porto, de Malaga ou de Champagne.

Comme médicaments, je ne parlerai ni de l'huile de foie de morue, ni de l'arsenic, ni de la créosote, je défendrai seulement les vésicatoires qui sont très utiles contre les poussées congestives. Les antipyrétiques nouveaux (antipyrine, phénacétine, etc.), rendent de très grands services. Mais il ne faut pas oublier que c'est le traitement hygiénique qui est le plus utile.

L'Assistance publique devrait créer des sanatoria pour le traitement des phtisiques. Quelle contrée devrait-elle choisir? Je n'hésite pas à répondre: il n'existe pas de contrées spécialement indiquées pour cette installation; on pourra en établir partout où il y aura un coteau élevé au-dessus des brouillards, près d'un bois pour se garantir du soleil trop ardent, où l'on puisse recevoir une eau pure et abondante, où les vents ne soient pas trop violents.

Voici comment vivent les tuberculeux dans nos stations méditerranéennes. Sur nos plages il faut éviter le vent, le soleil, et le changement brusque de température au moment du coucher du soleil.

Je place mes tuberculeux dans des kiosques ou dans des tentes. Au début je fais rentrer mes malades au moment du coucher du soleil, mais après une ou deux semaines de séjour à l'air, les tuberculeux peuvent rester étendus dehors jusqu'au moment de leur dîner, même en plein hiver. Il faut qu'ils soient aussi couchés que possible; c'est dans cette position qu'ils supportent le mieux les températures basses et qu'ils sont le moins sujets aux petites poussées fébriles. Il faut habituer les malades à respirer l'air pur du matin et à ouvrir largement la fenêtre quand ils sont dans leur lit, dès que la température extérieure atteint 8 degrés. Puis on les habitue, petit à petit, à dormir avec la fenêtre ouverte.

Quand les malades sont habitués à cette vie constante au grand air, ils supportent parfaitement les perturbations atmosphériques qui éprouvent si cruellement les tuberculeux vivant à l'abri de l'air.

Je crois donc que le séjour à l'air et au repos est la méthode la plus rationnelle, la plus efficace pour remonter les tuberculeux, qu'elle donne des résultats remarquables chez les phtisiques pris au début.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—Je regrette que M. Daremberg n'ait pas complété son intéressante communication en entretenant l'Académie de l'action de l'air chaud dans le traitement de la phtisie.

Comme des expériences ont été faites dans mon service, et qu'on en a tiré des conclusions trop hâtives, je tiens à fournir à l'Académie

quelques indications sur ce point. Un médecin américain, Weigert, se basant sur les expériences bactériologiques qui démontrent que l'air chaud est le plus puissant des antimicrobiens, a songé à appliquer l'air chaud à la destruction du bacille tuberculeux dans le parenchyme pulmonaire, et il a construit un appareil, destiné à cet effet, qui porte son nom.

Des expériences ont déjà été faites à l'étranger par Mosso et Rondelli, en Italie ; par Trudeau et le Dr Korkounoff, en Russie.

Les premiers de ces expérimentateurs ont montré que malgré l'élévation de la température de l'air surchauffé au moment de l'inspiration, cet air perdait cette température et ne pénétrait dans le poumon qu'à une température dépassant à peine celle de l'air expiré à l'état normal. Au point de vue clinique, ils ont montré que cette méthode avait plus d'inconvénients que d'avantages.

Cervello a repris récemment les recherches de Mosso, et a montré que déjà dans l'arrière-bouche, l'air chauffé à 180° n'avait plus qu'une température de 50° ; et d'après ses observations cliniques, ses inhalations d'air chaud hâtent la terminaison fatale.

C'est aussi la conclusion du Dr Korkounoff, qui soutient que non seulement la méthode n'a aucune influence anti-bacillaire, mais qu'elle imprime, au contraire, une marche rapide à la tuberculose.

Le Dr Trudeau est tout aussi affirmatif ; il soutient que jamais, dans les nombreux cas où la méthode a été appliquée, il n'a constaté une action anti-bacillaire de cet air surchauffé.

Les expériences, faites dans mon service, quoique peu nombreuses, me permettent d'arriver à la même conclusion. Il faut donc désormais repousser comme nuisible ce procédé prétendu curatif de la tuberculose.

M. C. PAUL.—Il est un fait connu depuis longtemps, c'est que, dans les stations thermales, quand la température s'élève, les tuberculeux étouffent.

M. VERNEUIL.—Le traitement des tuberculoses locales, par l'air surchauffé, m'a donné de très bons résultats. Cette méthode a réussi également à M. Clado dans le traitement de la phtisie laryngée. Les malades qu'il a soignée ont très bien supporté l'air chaud et sous l'influence de ce traitement les bacilles ont disparu de l'expectoration. Je me demande donc si la conclusion de M. Dujardin-Beaumetz n'est pas un peu prématurée.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—Je ne m'élève pas contre les résultats de M. Verneuil qui a parlé de tuberculoses locales et laryngées, mais je maintiens que l'air surchauffé est nuisible pour la tuberculose pulmonaire.

Je rappellerai, à ce propos, que, bien avant l'antisepsie, M. Guyot avait proposé le traitement des plaies et des moignons par l'air surchauffé, c'est ce qu'il appelait l'incubation.—*Bul. Méd.*

La mégalocardie de croissance.

Souvent ont été appelés dans la pratique à voir chez des enfants ou des adolescents des troubles qui, au premier abord, semblent ne se rattacher à rien et qui, si on examine plus complètement, dénotent un état pathologique du cœur.

Certains malades, en effet, se plaignent de palpitations qu'on serait tenté de considérer comme nerveuses, d'autres ont des maux de tête continuels, des essoufflements sans cause appréciable. Les uns sont des enfants de dix à quinze, les autres sont des jeunes gens de dix-huit à vingt ans. Chez eux, on cherche en vain l'anémie et la chlorose si fréquente pendant l'âge du développement de la jeune fille, on cherche en vain les lésions d'orifices, les rétrécissements de la valvule mitrale, ou ses insuffisances, de même que celles de l'aortique. Comme antécédents, on ne trouve ni rhumatisme, ni chorée. Et cependant chez ces petits malades, qui ne peuvent se livrer à aucun exercice de leur âge sans être essouffés, qui voués à des céphalalgies continuelles, ne peuvent supporter le travail cérébral nécessité par leur éducation, l'auscultation révèle la présence d'un souffle, la percussion, l'hypertrophie du muscle cardiaque.

Cette hypertrophie du cœur n'est accompagnée d'aucune lésion pouvant apporter à la circulation un obstacle mécanique ; il n'y a pas de lésions valvulaires, pas d'hypertrophie compensatrice, par conséquent ; il n'y a pas d'artério-sclérose, de mal de Bright, pas de lésions pulmonaires ; c'est une mégalocardie absolument indépendante, purement fonctionnelle, due à un défaut de parallélisme entre le développement du cœur et celui des autres organes.

D'après Beneke, le cœur double de volume de la naissance à la seconde année ; il double également de la deuxième à la septième. À la septième année il s'arrête et reste jusqu'à quinze ans presque stationnaire. De quinze à vingt ans, il augmente d'un tiers et à cette époque il finit de croître.

De sept à quinze ans, le cœur reste normalement stationnaire ; mais si l'enfant est soumis à des travaux manuels ou des exercices physiques non en rapport avec ses forces ou bien s'il grandit dans des proportions anormales, le cœur, obligé de faire un travail disproportionné, subira une hypernutrition et par suite une augmentation de volume.

À vingt ans, comme nous venons de le voir, le cœur est arrivé à son complet développement, le corps continue à s'accroître jusqu'à vingt-

cinq ans : il y a donc à la vingtième année une hypertrophie normale du cœur, puisque, dès cette époque, il est en mesure de subvenir aux besoins croissants de l'individu jusqu'à sa vingt-cinquième année, moment auquel le corps aura acquis son développement complet.

Dans ces cas, l'harmonie qui doit régner entre le développement des divers organes est rompue ; si le défaut de parallélisme est faible, il ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel ; s'il est fortement accentué, nous aurons un cortège symptomatique variable suivant les sujets.

Du côté des signes fonctionnels, on observe le plus souvent des palpitations, qui quelquefois sont le seul symptôme dont se plaignent les malades ; et par cela même nous sommes tentés de les rattacher à un état neurasthénique du sujet (état émotif, onanisme.) Dans d'autres cas, les enfants ne nous accusent que de la gêne respiratoire ou des maux de tête.

Les signes physiques sont beaucoup moins vagues. La percussion nous révèle l'augmentation de volume ; il y a un allongement vertical de la matité, le diamètre transversal étant normal : la pointe du cœur est abaissée et bat dans le sixième, septième et même quelquefois huitième espace intercostal, sur la ligne mamillaire. L'auscultation donne des résultats plus incertains ; tantôt en effet elle ne révèle aucun signe anormal, tantôt au contraire elle révèle l'existence d'un souffle.

Le souffle est franchement systolique, son siège est à la pointe ; il diminue d'intensité au fur et à mesure qu'on se rapproche de la base. Il se distingue facilement des souffles anémiques par le fait même qu'il ne se prolonge pas dans les vaisseaux. Son timbre est un peu rugueux. Il se distingue nettement du souffle du rétrécissement mitral très fréquent chez les jeunes gens surtout du sexe féminin, ce dernier en effet est un roulement et est présystolique ; il ne peut être confondu avec le souffle du premier temps qu'on rencontre dans l'insuffisance de la mitrale, cette affection s'accompagnant de phénomènes spéciaux du côté du pouls, et d'une hypertrophie du cœur droit qui n'existe pas dans la mégalo-cardie de croissance, le cœur gauche seul étant augmenté de volume.

Sée décrit trois formes de mégalo-cardie de croissance, la forme tachycardique dans laquelle les palpitations sont le seul signe accusé par les malades ; dans ce cas, il faudra faire le diagnostic avec les palpitations d'ordre neurasthénique, avec celles de la maladie de Basedow ; dans ces deux cas, il n'y a pas d'hypertrophie. La seconde forme est la forme dyspnéique ; les malades ne se plaignent alors que de gêne respiratoire faible au repos, augmentant pour les exercices prolongés ; il n'y a pas de palpitations, pas de céphalée.

La troisième est la forme céphalalgique ; cette céphalée est frontale,

augmente par le travail intellectuel, diminue au grand air, et dure des mois. Elle n'est ni hémicrânique, ni suivie de vomissements comme la migraine ; elle n'est jamais localisée à des émergences nerveuses comme les névralgies.

Le traitement de l'hypertrophie de croissance varie beaucoup ; nous avons vu des enfants à qui l'on s'évertuait à donner du quinquina et du fer pour combattre les palpitations qu'on accusait d'avoir provoqué l'hypertrophie et qu'on croyait être engendrées par l'anémie, la chlorose, la menstruation difficile, etc. Mais tout cela était basé sur un examen peu attentif.

Le traitement qui nous a toujours réussi est l'association de la digitale à l'iodure de potassium. La digitale à la dose de 1 grain de poudre en infusion et l'iodure de potassium à la dose de 5 à 15 grains

Le traitement hygiénique diffère selon que l'on a affaire à l'hypertrophie de l'enfance ou à celle de l'adolescence. Dans le premier cas, il faut prescrire la diminution du travail physique et intellectuel, et une alimentation azotée. Dans le second cas, l'origine de l'hypertrophie n'étant pas destinée à compenser un obstacle physique, mais simplement physiologique et dépassant la mesure, on peut donc sans crainte conseiller les exercices et les travaux manuels et intellectuels.

(Revue de Thérap. Chirurg.)

THERAPEUTIQUE

Arsénite de cuivre dans les affections gastro-intestinales.

John Auld (Therap. Gaz., 15 juillet 1889, p. 459-462) recommande vivement l'emploi de l'arsénite de cuivre (vert de *Scheele*) dans tous les cas de dérangement de l'estomac et des intestins, même dans ceux où l'on soupçonne le début d'une fièvre typhoïde. Il lui est arrivé plusieurs fois de faire avorter des processus morbides qui, d'après toute vraisemblance, n'étaient autre chose que des fièvres typhoïdes au début. Il n'a jamais observé de phénomènes secondaires fâcheux à la suite de l'administration de ce médicament. Les doses employées sont minimes, on pourrait même dire homéopathiques. En effet, il dissout une tablette d'arsénite de cuivre mélangé avec du sucre de lait dans 4 à 6 onces d'eau. Or l'arsénite de cuivre étant mélangé au sucre de lait dans la proportion de 1 à 100 et chaque tablette ayant

1 grain de poids, il s'ensuit que dans la solution se trouve seulement 1-100 de grain d'arsénite de cuivre. L'auteur administre pendant la première heure une cuillerée à café toutes les dix minutes, et moins fréquemment les heures suivantes, mais en tout cas à des intervalles ne surpassant pas une heure entière. Le médicament est répété jusqu'à ce que le malade soit rétabli. Dans la plupart des cas, il suffit d'une seule tablette, rarement de deux et davantage. L'auteur se demande aussi si l'on ne pourrait pas se servir de ce médicament pour le traitement du choléra asiatique.—*Les Nouveaux Remèdes.*

Combien est nuisible l'emploi de l'iodure de potassium ou de sodium dans les néphrites diffuses.

Il n'est pas rare de voir les médecins prescrire l'iodure de potassium ou de sodium dans les néphrites diffuses, plus ou moins aiguës. Font-ils bien ou mal? Voilà la question posée par le professeur Primavera. Il n'hésite pas à déclarer qu'ils font mal, et même très mal.

A l'appui de cette opinion, l'auteur, parmi le grand nombre de cas qu'il a observés, rapporte une observation typique et absolument concluante. Il s'agissait d'un jeune homme de quatorze ans qui, quinze jours après une scarlatine, étant en pleine convalescence, présentait tous les symptômes d'une forte néphrite diffuse aiguë. L'analyse physico-chimique avait donné les résultats suivants : urine rare, poids spécifique 1,023 grammes, réaction acide, aspect trouble, couleur rouge brun, albumine : 12 grammes par litre ; hémoglobine en grande quantité ; très abondants les urates et l'indossisulfate de potassium ; rares les chlorures et les autres principes normaux. A l'examen microscopiques, on a trouvé de nombreuses granulations d'urate acide de sodium, et quelques cristaux d'acide urique, beaucoup de globules sanguins pâles et petits, par ci, par là de gros amas de débris hématiques, plusieurs cylindres jaune rougeâtre, les uns complètement hématiques, d'autres hématico-épithéliaux, et d'autres hématico-lymphoïdes.

En présence de ces constatations et à cause de l'absence du médecin traitant du malade, le professeur Primavera conseilla simplement la diète lactée exclusive et des frictions d'huile chaude sur le corps avec enveloppement successif dans une couverture de laine bien chaude. Le lendemain, le médecin traitant étant revenu, trouva le malade amélioré, et fit continuer le traitement. Huit jours après, le malade n'avait plus que 3 grammes d'albumine avec une diminution très grande des cylindres et du sang.

Les choses en étaient là, lorsque, cinq jours après, à cause d'une aggravation brusque et très inquiétante, on reportait à M. le professeur

Primavera, les urines du malade. Elles furent trouvées contenir 15 grammes d'albumine par litre ; de nouveau une très grande quantité de sang brunâtre, et plusieurs cylindres jaunâtres. On y trouvait, en outre, avec l'indossulfate de potassium la présence d'un iodure alcalin. Cet état du malade devait être certainement occasionné par l'administration de l'iodure de sodium que le médecin traitant avait ordonné depuis trois jours.

Le professeur Primavera conseilla de suspendre pendant quelques jours le médicament précité. L'effet ne se fit pas attendre. Six jours après, les cylindres étaient disparus : il n'y avait plus quelques traces de sang, et l'albumine était réduite à la quantité de 2 grammes par litre. Mais le médecin ayant eu le malheur de revenir à l'administration de l'iodure de sodium, deux jours après l'urine reprenait la couleur du vin de Malaga, et l'état de l'enfant redevenait très inquiétant. En présence de cette nouvelle aggravation, le médecin s'étant décidé à suspendre définitivement l'iodure alcalin, le malade alla de mieux en mieux, et deux mois après il était complètement guéri.

Comme conclusion, l'auteur écrit qu'il peut affirmer avec pleine conviction que, parmi les médicaments diurétiques, l'iodure de sodium ou de potassium est un des plus nuisibles dans les néphrites diffuses aiguës. Peut-être est-il utile dans la syphilis ? Mais, même dans ce cas, il faut en surveiller l'emploi. Du reste, on sait que les cas aigus par syphilis sont rares ; car lorsque la syphilis atteint les reins, elle enflamme presque toujours chroniquement, ou bien elle les dégénère en substance amyloïde.—*La Pratique Médicale.*

Intoxication aigue par l'antipyrine.

L'antipyrine n'est pas, comme on n'est que trop disposé à le croire, un médicament qui puisse être employé sans discernement ; il peut quelquefois, même à faible dose, être la cause d'accidents graves, comme dans un cas rapporté par *Salinger*. Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, atteinte de néphrite interstitielle au début et qui, depuis quinze jours, était soumise au régime lacté mitigé.

Souffrant de céphalalgie violente, elle prit à neuf heures du soir un paquet d'antipyrine de 40 centi-grammes environ (cinq grains). Cinq minutes après, elle fut prise de frissons, de bouffées de chaleur, d'oppression et de tuméfaction des lèvres et de la langue qui, au bout de quelques heures, avait pris de telles proportions qu'elle faisait saillie hors des arcades dentaires. Les muscles du cou, de la face et du larynx étaient le siège de spasmes, qui déterminaient des accès de suffocation avec cyanose et émission involontaire de l'urine et des fèces. Une injection de morphine et d'atropine fit diminuer ces spasmes.

Le lendemain matin, la malade était dans le coma, les pupilles punctiformes et l'on remarquait sur les doigts et les orteils une éruption de macules érythémateuses. Anurie presque complète pendant vingt-quatre heures. Le coma dura trente six heures et l'éruption s'étendit sur la face, le cou et les bras, en prenant l'aspect de l'urticaire et devenant très prurigineuse.

Le troisième jour, la langue, les lèvres et le pharynx se couvrirent de taches blanches qui ne tardèrent pas à confluer et à se tapisser de fausses membranes très analogues à celles de la diphtérie. En les arrachant, on déterminait une légère hémorragie et elles se reformaient presque aussitôt. Dysphagie très accusée ; fièvre à exaspération matinale.

Les jours suivants apparurent dans les gencives, la gorge et la base de la langue une foule d'abcès atteignant le volume d'une châtaigne ; l'auteur en a compté treize.

La malade ne put se lever que le vingt-sixième jour et l'urticaire persista plusieurs semaines.

Deux mois après et encore trois mois plus tard, la même dose d'anti-pyrine détermina les mêmes accidents, mais un peu moins intenses, sauf l'urticaire qui fut plus prononcée la seconde et la troisième fois que la première. (*Americ. Journ. of med. Sc.*, mai 1890.)

W. D.

CHIRURGIE.

Sur la ponction hypogastrique de la vessie.

M. Deneffe pense qu'on considère à tort la ponction hypogastrique de la vessie, dans les cas de rétention, comme une ressource extrême et dangereuse. Il communique à l'Académie de Belgique l'observation d'un malade qui, atteint d'une hypertrophie de la prostate empêchant la miction et le cathétérisme, a subi dix-sept fois cette ponction, sans aucun inconvénient. La dix septième fois, le trocart fut laissé à demeure. Dix jours après, la miction se faisait spontanément par l'urèthre. Néanmoins la canule fut maintenue pendant vingt neuf jours, puis retirée. La fistule se ferma en quatre jours et la guérison fut durable.

Cet auteur pense donc que la ponction hypogastrique est une opération bénigne, et cite à l'appui de son opinion une statistique de trois cent un cas de ponction avec 2,50 pour 100 de mort. De plus, ajoute-t-il, quand un prostatique ou un rétréci vient subitement à ne plus

pouvoir uriner, c'est, la plupart du temps, qu'un spasme de la partie postérieure de l'urèthre s'est ajouté à sa première lésion. Or, on sait combien le cathétérisme est peu propre à faire cesser une contraction spasmodique ; enfin, l'urèthre atteint de spasme ne peut que gagner à ne pas être mis en contact avec une urine irritante.

—*Journal de méd. de Paris.*

Larmolement, glandes lacrymales, traitement.

A l'académie de médecine de Paris, M. le Dr Galezowski, prenant la parole sur ce sujet, dit : L'on sait que le traitement du larmolement, dû à un rétrécissement du canal lacrymal, consiste à inciser longitudinalement le conduit lacrymal inférieur, puis par l'orifice ainsi créé, à pénétrer dans le canal lacrymal, l'inciser et le dilater. Or, l'expérience démontre que, même après la guérison du rétrécissement, le larmolement persiste.

Recherchant la cause de cette persistance, j'ai cru la trouver dans ce fait, que le temps destiné à rendre possible l'incision ou la dilatation du rétrécissement (section longitudinale du point et du conduit lacrymal) a pour effet de supprimer l'action physiologique des fibres musculaires qui entrent dans la constitution de ce conduit. Pour obvier à cet inconvénient, j'ai modifié le procédé de la façon suivante :

Au lieu d'inciser le canalicule inférieur depuis le point lacrymal jusqu'au voisinage de l'angle interne de l'œil, je fais une incision du point lacrymal inférieur et allant du côté de la conjonctive vers l'angle externe de l'œil.

Par ce procédé, j'obtiens une dilatation suffisante du point lacrymal pour introduire des sondes dans le conduit lacrymal, le sac et le canal nasal, et je n'ai pas l'inconvénient dû à la section du canalicule que je viens de signaler.—*Bulletin médical.*

Hygroma chronique du genou guéri par la ponction, suivie d'injection de liqueur de van Swieten.

Par le Dr A. MASSY.

Je fus consulté, il y a quelque temps, par un ouvrier employé dans une imprimerie de la ville pour une grosseur dont il venait de s'apercevoir au niveau de son genou gauche.

L'examen que je fis de cette grosseur me fit porter rapidement le diagnostic d'hygroma chronique prérotulien.

L'étiologie de cet hygroma était facile à saisir. Le malade, en effet, occupé au ponçage des pierres lithographiques, avait le genou gauche appliqué et frottant constamment sur une planche placée perpendiculairement au-dessous de la table devant laquelle il travaillait.

L'hygroma dont il s'agissait, survenu lentement et sans douleurs, offrait lors de mon examen un volume assez considérable pour déborder assez fortement les bords de la rotule et pour rendre un peu difficiles les mouvements de flexion du genou.

Le malade me demandant de le débarrasser le plus rapidement possible de la grosseur pour laquelle il était venu me consulter, je lui proposai, vu le volume considérable et la chronicité de l'hygroma, un traitement chirurgical, qu'il accepta sans hésitation.

Je fis donc, au domicile du malade, la petite opération suivante: Après avoir bien savonné et rendu aseptique le genou porteur de l'hygroma, j'introduisis un peu obliquement dans la partie inférieure de la tumeur prérotulienne le trocart No. 3 de l'appareil de Dieulafoy et pratiquai immédiatement l'aspiration. Je remplis ainsi la moitié de la seringue d'un liquide ressemblant à du chocolat délayé dans de l'eau. J'injectai alors dans l'intérieur de l'hygroma de l'eau boricuée à 4 100, que je retirai ensuite par aspiration; ces injections suivies d'aspiration se répétèrent jusqu'à ce que le liquide retiré fut absolument clair. A ce moment, je pratiquai dans l'intérieur de l'hygroma une injection de liqueur de van Swieten tiède, que je laissai en place durant cinq minutes et que je retirai après par aspiration.

Le genou, entouré d'une couche épaisse d'ouate, fut maintenu dans l'extension et l'immobilité par plusieurs tours de bande. Le malade, sur mon ordre, garda le lit.

Les suites opératoires furent des meilleures. Une réaction inflammatoire très minime se produisit dans le genou le lendemain de l'opération et disparut absolument le surlendemain. Je fis, à ce moment, lever mon opéré, auquel je recommandai d'avoir constamment le genou gauche étendu et placé sur une chaise.

A partir du sixième jour de l'opération, je fis des applications de pointes de feu sur le genou malade, que je renouvelai tous les quatre, puis tous les huit jours, et cela au nombre total de six.

Mon opéré a repris son travail quinze jours après mon intervention chirurgicale. Sur sa demande, la planche, cause de production de son hygroma, a disparu de sa table de travail.

La dernière fois que je vis mon malade, c'est-à-dire un mois environ après l'opération, le genou gauche avait repris son volume et son état normal; il n'existait plus aucune trace de l'hygroma préexistant.

Si je publie cette courte et modeste observation, c'est qu'elle m'a paru intéressante à faire connaître au public médical, à cause de la rapide et complète guérison obtenue pour un volumineux hygroma chronique par une méthode opératoire des plus simples et des plus inoffensives.—*Journal de Médecine de Bordeaux.*

De la contracture du biceps dans les arthrites du coude ; par le Dr. TERRILLON.

Je désire attirer l'attention sur un phénomène que j'ai souvent observé et qu'il me paraît utile d'analyser avec soin. Il s'agit de la *Contracture du Biceps* coïncidant avec l'*arthrite du coude*.

Cette contracture — qui se produit ici comme dans les autres articulations — a été signalée depuis longtemps, mais elle m'a semblé avoir, au niveau du coude, une importance spéciale et prêter à quelques considérations intéressantes qui n'ont pas encore été indiquées.

Au point de vue des signes physiques, cette contracture présente les caractères suivants : l'avant-bras est fléchi sur le bras dans l'attitude ordinaire de la demi-flexion, mais à un degré variable suivant les cas. Aussitôt que l'on essaie de mettre le membre dans l'extension, il est facile de constater que celle-ci est limitée par une résistance élastique extensible dans une certaine mesure, mais insurmontable. Cette résistance, qui ne rappelle en rien la résistance brusque et nette produite par la rencontre de deux saillies osseuses, est caractéristique.

Pendant qu'on s'efforce de produire ainsi l'extension, on voit se dessiner, en avant de la région du bras et au niveau de pli du coude, une corde saillante qui n'est autre que le tendon du biceps. Si ce mouvement est exagéré, il augmente la rigidité de cette corde et le plus souvent provoque une vive douleur, soit au niveau du tendon lui-même, soit dans le paquet musculaire du biceps, plus rarement au point d'insertion de ce muscle sur le radius. Dans un petit nombre de cas on observe, en même temps, une contracture du brachial antérieur et du long supinateur. Mais ce n'est là qu'un phénomène accessoire et un obstacle secondaire à l'extension. Toutefois, il est bon d'ajouter que le brachial antérieur étant situé profondément, il est difficile de se rendre compte exactement du degré de sa contracture.

Quoiqu'il en soit, le phénomène dominant est la flexion de l'avant-bras. Cette flexion est ordinairement faible ; elle atteint rarement 45 degrés et le plus souvent demeure presque insensible. Ainsi s'expliquent les cas où la contracture est si faible qu'elle permet d'obtenir une extension relative à l'extension complète. En observant avec soin le muscle dans cette position, on reconnaît cependant que la contracture existe et que la corde formée par le muscle contracturé se dessine nettement sous la peau.

Quelles sont les conditions dans lesquelles apparaît cette contracture du biceps?—Toutes les arthrites du coude peuvent la produire et on peut dire que c'est là un caractère absolu de ces lésions, et un caractère qu'on observe dès le début. Elle survient dès les premiers jours dans les arthrites traumatiques légères, j'en ai constaté de nombreux

cas. Elle est fréquente dans les arthrites traumatiques graves, comme celles qui suivent les luxations du coude. Enfin toutes les variétés de rhumatisme, le plus léger comme le plus intense, peuvent la produire. On est donc en présence d'un phénomène presque constant dans l'arthrite du coude.

Pour l'étudier dans tous ses caractères et bien montrer son importance clinique, il est utile de l'envisager à divers points de vue et dans diverses circonstances. Malgré la difficulté qui consiste à faire ces distinctions dans la clinique, je les diviserai en trois variétés, qui correspondent aux faits que j'ai observés.

Première variété — Dans certains cas, la contracture du biceps précède tous les autres phénomènes de l'arthrite du coude ; elle en est le premier symptôme, celui-ci peut exister seul, pendant plusieurs jours. Ce phénomène m'a tellement frappé que je le considère comme un signe précurseur à surveiller. Plusieurs fois j'ai fait le diagnostic anticipé d'arthrites du coude par la constatation de ce seul symptôme. La contracture avec attitude fléchie de l'avant-bras peut précéder de trois ou quatre jours l'apparition ordinaires de l'arthrite.

Deuxième variété — Dans d'autres circonstances, la contracture existe avec d'autres signes de la lésion articulaire, mais elle peut devenir une cause d'erreur pour le diagnostic. Souvent, en effet, un malade qui ne peut étendre le bras, voit dans ce symptôme, sa maladie toute entière, et le médecin, après un examen trop superficiel, partage cette opinion. Mais, s'il recherche quelques signes de l'arthrite du coude ; la chaleur de la région ; un léger gonflement ; une douleur bien localisée au niveau d'un des culs-de-sac de la synoviale ; parfois un peu de fluctuation ; il éclairera facilement la nature de la maladie.

On n'observe donc au premier abord, aucun signe caractérisant l'arthrite ; tous les mouvements sont libres, sauf l'extension qui est limitée par la contracture des fléchisseurs. C'est cette contracture qui devra susciter l'idée de la lésion articulaire et éveiller l'attention du médecin. Elle sera le guide à l'aide duquel il recherchera les autres caractères restés inconnus jusqu'ici.

J'ai ainsi plusieurs fois évité des erreurs et montré au malade et au médecin étonnés, qu'il s'agissait bien d'une arthrite du coude, au début, et que la difficulté de l'extension n'était qu'un phénomène secondaire.

On conçoit aisément l'avantage qui peut résulter de ce signe précoce, permettant de soigner une arthrite dès le début au lieu de la négliger ou d'appliquer un traitement irrationnel, faute de connaître la vraie nature de la lésion.

Troisième variété. — Il s'agit ici de la contracture banale, commune, qui accompagne toutes les arthrites du coude en pleine évolution et

avec tous ses autres caractères. Ce phénomène, signalé par tous les auteurs, a été bien interprété par Pingaud (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, Art. COUDE). Il ne présente d'ailleurs rien de spécial dans cette circonstance. C'est une contracture ordinaire, variant d'intensité suivant les variétés d'arthrites et qui peut être accentuée jusqu'à maintenir le coude dans la flexion complète.

Mais ce qui est particulier à cette contracture, c'est que non-seulement elle persiste pendant les phénomènes inflammatoires de l'articulation et surtout autant que dure l'élévation de température qu'on observe à la surface de cette articulation, mais elle semble se prolonger après la disparition de ces phénomènes. Elle devient alors un obstacle à l'extension. Combinée avec les adhérences périphériques plus ou moins résistantes, elle constitue, sous le nom de *fausse ankylose du coude*, un des facteurs les plus importants de cette arthrite.

En résumé : ce qui paraît ressortir des faits que j'ai étudiés, c'est qu'il existe souvent, comme reliquats de l'inflammation de l'articulation du coude, de quelque nature qu'elle soit, une *contracture du biceps* celle-ci jointe à la contracture des autres muscles fléchisseurs gêne pendant longtemps les mouvements d'extension.

Nous avons observé bien souvent des malades chez lesquels tous les signes de l'arthrite avaient disparu sauf celui là. La flexion est parfaite mais l'extension est limitée à 45 degrés ou même moins étendue. Quand on veut forcer cette attitude on voit aussitôt le biceps se tendre comme une corde et le malade éprouver quelques douleurs localisés principalement dans le muscle contracturé ou au niveau de ses insertions.

Après avoir soigneusement décrit cette cause spéciale de gêne dans les mouvements du coude, nous pourrions pousser plus loin cette étude, en recherchant si cette impotence n'est due qu'à la contracture musculaire seule, ou bien si elle dépend également des adhérences de la périarthrite. Enfin, il faudra savoir quel est le plus important de ces deux facteurs et celui auquel le chirurgien doit s'attaquer le premier.

Ce reliquat des arthrites du coude est surtout fréquent après les arthrites traumatiques, principalement après les luxations réduites. Les choses se passent alors de diverses façons.

Tantôt l'inflammation du coude — surtout celle d'origine traumatique — laisse après elle des désordres qui vont jusqu'à la fusion des surfaces articulaires. On a dans ce cas *l'ankylose vraie* ou *complète*, ici la contracture musculaire ne joue qu'un rôle secondaire.

Tantôt, au contraire l'inflammation n'a produit que des lésions périphériques, du côté des ligaments et des capsules. C'est la *fausse* ou *demi-ankylose* dans laquelle les mouvements sont limités, mais possibles et peuvent être rétablis par un long exercice, par un usage méthodique

de l'articulation. Malheureusement un facteur important qui vient aggraver ces obstacles périphériques, est précisément la contracture des muscles. Cette contracture, qui est déjà par elle-même l'obstacle principal à l'extension complète, présente l'inconvénient de maintenir le coude dans la flexion permanente. De ce fait découle une conséquence des plus sérieuses : les mouvements étant très limités, les adhérences fibreuses ne sont pas tirillées, elles peuvent s'organiser lentement, devenir de plus en plus rigides et finalement presque indestructibles. La contracture a donc pour l'intégrité future de l'articulation une très grande importance.

En résumé, dans la fausse ankylose du coude qui survient après une arthrite, l'obstacle permanent à l'extension complète est constitué, soit par la contracture des muscles seuls, soit par cette contracture unie à des adhérences fibreuses péri-articulaires.

La première variété est la seule qui nous occupe, dans cet article ; nous ne parlons de la seconde qu'accessoirement.

Physiologie pathologique.— Sans entrer dans des considérations physiologiques très complètes, il est certain que cette contracture du biceps est un phénomène d'origine réflexe. L'irritation, point de départ du réflexe, existe au niveau des nerfs qui se terminent dans la capsule articulaire. Quelque faible que soit cette irritation, elle provoque aussitôt une contracture des muscles qui font mouvoir l'articulation.

Il semble qu'il y ait là une protection contre des mouvements douloureux de l'articulation, fait que M. Verneuil a bien désigné sous le nom de : *vigilance musculaire*.

La quantité d'inflammation capable de provoquer de la contracture semble devoir être faible, car le phénomène est quelquefois très marqué malgré l'intensité amoindrie de l'arthrite. Dans les cas favorables, en effet, nous voyons la contracture paraître, souvent dès le début, avant que la lésion articulaire soit appréciable, persister à des degrés divers tant que dure l'arthrite, puis s'éteindre avec elle. Dans les cas moins heureux la contracture persiste, alors que les caractères de l'inflammation ne sont plus depuis longtemps accessibles à nos moyens d'investigation.

Enfin, nous savons aussi que cette contracture peut être d'une durée presque indéfinie et persister pendant longtemps au delà de l'arthrite. Il s'agit alors de se demander si l'on est toujours en présence du même phénomène et si, à l'action physiologique, ne s'est pas substitué un autre état de muscle, un certain degré de rétraction. Quelques unes de mes observations semblent bien prouver la réalité de cette transformation.

C'est par l'examen pratiqué sous l'influence du sommeil anesthésique

qu'on peut constater le phénomène secondaire. La contracture du muscle cède pendant le sommeil, au contraire, la rétraction persiste et indique que le muscle a subi un raccourcissement permanent.

En effet, lorsque, dans le cours d'une arthrite avec contracture, on plonge le malade dans le sommeil anesthésique profond, on voit les muscles reprendre leur souplesse. Il m'est arrivé plusieurs fois, au contraire, dans des cas de contractures anciennes et persistantes, d'endormir le malade et d'essayer le redressement. Or, à ce moment, outre la résistance que j'éprouvais de la part des adhérences péri-articulaires, j'avais la notion exacte que le muscle restait tendu, rigide et ne cédait que difficilement à mes efforts. Cependant le malade était profondément endormi ; tous les autres muscles étaient en résolution parfaite.

Il s'était donc produit là, soit aux dépens du tendon, soit aux dépens du muscle lui-même un certain degré de raccourcissement, dû probablement à des altérations du tissu fibreux. Ce phénomène n'est pas rare et a été observé dans de nombreuses circonstances. M. Charcot a signalé des exemples de cette contracture succédant aux contractures spasmodiques d'origine hystérique ou nerveuse.

Pronostic.—D'après les faits que j'ai observés, j'ai remarqué que la contracture qui a accompagné l'arthrite du coude persiste presque toujours après les désordres articulaires. A part quelques cas où le phénomène musculaire s'est amendé quand l'inflammation a disparu, on voit, chez un grand nombre de malades, persister une flexion plus ou moins prononcée du coude, flexion invincible, et, comme nous l'avons vu, d'une ténacité et d'une durée presque indéfinies. C'est donc là un signe d'un pronostic fâcheux.

Il constitue, en effet, non seulement une gêne constante et des plus sérieuses pour la fonction du membre, mais aussi une cause de douleurs si les muscles subissent quelque violence. Enfin, ainsi que nous l'avons signalé, cette contraction devient un obstacle à la guérison par l'immobilité où elle maintient l'articulation ; immobilité pendant laquelle les adhérences péri-articulaires, second facteur de cette ankylose, se développent et s'aggravent.

Traitement.—Les moyens aptes à lutter contre les deux facteurs, contractures musculaires et adhérences fibreuses, qui, ensemble ou séparément, entretiennent la raideur du coude, ne peuvent être que des moyens mécaniques. Tantôt ils consistent simplement en de mouvements provoqués par le malade lui-même ; tantôt ce seront des manœuvres plus violentes faites par une personne étrangère, ou au moyen de massage ou d'électricité ; enfin, on aura recours à des procédés énergiques comme la traction élastique.

Il est bon de se rendre compte de l'action physiologique de ces

divers modes de traitement pour en déduire leurs avantages ou leurs inconvénients et les règles de leur application.

Supposons donc que tous les phénomènes inflammatoires à la lésion articulaire sont disparus ; seules la contracture et les adhérences périphériques persistent.

Le premier moyen qui se présente à l'esprit pour vaincre cette double résistance est la traction plus ou moins violente qui, pour les muscles en particulier, aura pour résultat de les étendre, de les étirer. Mais ce procédé qui est si simple ne donne jamais de bons résultats.

On n'est pas en effet ici en présence d'une force inerte, simplement mécanique, qu'il faut vaincre ; d'un lien fibreux qu'il faut rompre ; d'une corde qu'il faut allonger. Il s'agit en réalité de lutter contre un phénomène physiologique bien connu : la *contracture musculaire*, or, celle-ci augmente à chaque irritation, elle s'exaspère quand on cherche à la vaincre mécaniquement. Plus on tiraille un muscle contracturé, plus on exagère la douleur musculaire et plus la contracture devient intense et invétérée. Tous ces résultats sont ordinaires et ressortent de toutes les observations.

Il faut donc abandonner un tel moyen ou plutôt ne l'employer que lentement, progressivement, avec méthode et prudence, dans la crainte d'aggraver la situation au lieu de l'améliorer. Un précepte important doit présider à l'essai de la traction sur ces muscles contracturés. Tant que la contracture est douloureuse aux moindres tractions, il est nécessaire d'employer le repos. Celui-ci m'a toujours semé être l'agent principal de la cessation des douleurs et de la détente musculaire. Il m'est arrivé plusieurs fois d'immobiliser complètement le coude et d'appliquer sur la région une compression méthodique au moyen d'un appareil ouaté et silicaté. J'agissais ainsi principalement sur le reliquat de l'inflammation articulaire, mais cependant les bénéfices du côté du muscle étaient constants ; la contracture diminuait rapidement.

Quand on cherche à étendre le coude après cette immobilisation qui a duré une semaine environ, on éprouve une certaine difficulté, la traction provoque quelques tiraillements douloureux. Mais on est étonné de voir avec quelle rapidité les mouvements d'extension se reproduisent, sans que la contracture reparaisse.

Lorsque la contracture est plus ancienne, les douleurs moins vives et l'inflammation disparue, il est utile d'employer la compression avec de l'ouate et une bande de flanelle, en ayant soin de garnir la main et l'avant-bras. La constriction doit porter principalement sur le coude et le bras.

C'est alors qu'intervient une pratique excellente : le massage sous forme de frictions au niveau du biceps, la peau du bras étant au préa-

lable enduite de graisse. Ces frictions faites avec la pulpe du pouce et la face palmaire des doigts, doivent être douces, continues, toujours dans le sens de la circulation veineuse et par séances de dix minutes ou un quart d'heure environ. Chaque friction est suivie de l'application d'une bande de flanelle compressive.

Souvent j'ajoute à ces manœuvres qui consistent à pétrir le muscle entre les doigts une pratique spéciale, l'emploi des douches sulfureuses locales, de douches chaudes. En un mot tous les moyens qui peuvent agir sur la contractilité musculaire, sans violences et sans tiraillements, ont donné de bons résultats.

Malgré tous ces soins, on voit souvent persister un faible degré de contracture et de flexion de l'avant-bras. Ce reliquat ne cède définitivement, qu'à la longue, par l'exercice ou le jeu régulier de l'articulation, à condition d'éviter la violence et les tiraillements.

Quand ces moyens ont échoué, ou quand on désire avoir un résultat plus rapide et surtout plus décisif, on a la ressource d'une méthode qui m'a donné deux fois d'excellents résultats dans les contractures des muscles : il consiste à se servir de la *traction élastique* ; celle-ci a pour but de lutter contre la contracture musculaire par une traction douce, lente et continue. Il faut alors employer des appareils spéciaux.

Ceux-ci sont de deux ordres. Tantôt ils sont fabriqués avec des pièces métalliques et des plaques de cuir comme les appareils orthopédiques ordinaires. Deux demi-gouttières embrassent, l'une le bras, l'autre l'avant bras et sont réunies en arrière du coude par une articulation. Sur la face postérieure de chaque gouttière, est fixé un lien de caoutchouc, qui s'attache à l'extrémité opposée de chaque valve. Ce lien de caoutchouc soumis à une traction plus ou moins forte, tendra à réunir sur une même ligne les deux gouttières, c'est-à-dire les deux segments du membre.

Cette traction, qui doit être très douce au début, pour ne pas provoquer de tiraillements douloureux, produit un redressement rapide, souvent en moins de dix à douze jours. Mais il faut avoir soin de maintenir l'appareil au delà de ce temps, dans la crainte de voir disparaître la déformation.

Au lieu de ces appareils coûteux, je préfère, surtout à l'hôpital, fabriquer moi-même un appareil silicaté.

La partie inférieure du bras, le coude et la partie supérieure de l'avant-bras sont recouverts d'un bandage silicaté qui forme manchon. Quand il est sec, cet appareil est coupé circulairement au niveau du coude. Une bande de caoutchouc, fixée en arrière des deux parties de l'appareil sur des tiges de fer saillantes, produit l'effet indiqué plus

haut, c'est-à-dire le redressement graduel de l'avant-bras et bientôt l'extension complète.

Enfin, dans deux cas où la contracture avait fait place à la rétraction réelle des muscles, facile à constater sous l'influence du sommeil anesthésique, j'ai pratiqué la section sous-cutanée du tendon du biceps, ce qui a permis le redressement complet et la guérison définitive.

—*Le Progrès Médical.*

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

Traitement de la leucorrhée par l'acide borique,

Par F. SCHWARTZ.

Ayant obtenu d'excellents résultats de l'acide borique en poudre dans l'otorrhée, l'auteur se demanda si on ne pouvait pas l'employer de la même façon dans la leucorrhée. Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade chez laquelle les remèdes les plus divers, la nitrate d'argent, la teinture d'iode, le bismuth, les irrigations chaudes, etc., avaient absolument échoué et qui, au bout de quinze jours, était parfaitement guérie par l'acide borique. L'auteur l'a employé fréquemment depuis, et toujours avec les mêmes résultats favorables.

Il conseille d'opérer de la façon suivante : faire une irrigation vaginale avec de l'eau aussi chaude que possible, introduire le spéculum et sécher avec des éponges et du coton hydrophile. On introduit alors une quantité d'acide borique en poudre suffisante pour remplir la partie supérieure du vagin et recouvrir complètement toute la partie intravaginale du col. On tasse la poudre et on la maintient en place au moyen d'un gros tampon de coton absorbant.

On laisse le pansement en place pendant trois ou quatre jours et on le renouvelle s'il est nécessaire, ce qui est rare. Les deux premiers jours, il y a encore un léger écoulement aqueux à travers la poudre et le coton, mais il disparaît promptement.

L'auteur, sans vouloir faire de l'acide borique une panacée dans tous les cas de leucorrhée, a toujours obtenu la guérison, et pense que ce nouveau mode de traitement rendra de signalés services.

—*Journal de Médecine de Paris.*

Traitement simple de la fissure à l'anus chez la femme.

CRÉQUY.

Après avoir ordonné à la malade d'aller tous les matins à la garde-robe, fût-ce à l'aide d'un lavement, le chirurgien introduit lui-même

entre les lèvres de la fissure une très petite mèche de charpie (une vingtaine de brins) trempée de chloral au cinquième. Cette mèche est rejetée spontanément le lendemain à la première selle, et remplacée ensuite par le même pansement.

—*Journal de méd. de Paris.*

Cocaïne pour activer le travail des femmes en couche.

Ayant injecté une seringue de Pravaz d'une solution de cocaïne à 5 pour 100 pour calmer une rachialgie intense chez une femme en couche, A. Selmer a remarqué que la cocaïne active notablement le travail. Il s'est assuré du même fait chez une autre femme à efforts expiratoires très affaiblis. En même temps on nota la disparition des douleurs intenses de dos. Chez les deux femmes, les injections de cocaïne furent suivies de crampes douloureuses dans les membres supérieurs et inférieurs, qui, du reste, cédèrent rapidement.—*Méd. chir. Rundsch.*

Influence des hémorrhagies de la mère sur la vitalité des fœtus.

MM. Charpentier et Butte (*Nouv. arch. d'obst. et gyn.*) ont institué depuis plusieurs années des recherches de physiologie et de pathologie expérimentales, dans le but de déterminer les causes de la mort du fœtus dans le sein de la mère. Dans un premier numéro, ils ont démontré que dans l'intoxication urémique de la mère, les fœtus succombaient avant celle-ci, les substances toxiques s'accumulant en plus grande quantité dans les tissus fœtaux.

Dans un second travail, ils ont démontré que dans les modifications qualificatives du sang maternel, c'était la diminution de l'oxygène ou de l'oxyhémoglobine et non l'accumulation de l'acide carbonique qui était le facteur direct de la mort du fœtus.

Dans leur récent travail, ces auteurs ont constaté que dans les cas d'hémorrhagies excessives, amenant rapidement la mort de la mère (20 à 25 minutes) les fœtus peuvent survivre, mais sont cependant bien près de succomber.

S'il s'agit d'une hémorrhagie profonde mais assez lente, n'amenant la mort de la mère qu'au bout de 40 minutes environ, les fœtus meurent quelques minutes avant.

Enfin si l'hémorrhagie, quoique importante, n'est cependant pas suffisante pour amener la mort de la mère, les fœtus succombent au bout d'une heure environ. Dans ce dernier cas, la mort du fœtus est due à la pauvreté du sang de la mère, qui ne renferme plus assez d'oxyhémoglobine ; il se pourrait même, comme semble le prouver ce fait, que le sang des artères ombilicales est un peu plus rouge que

celui des veines, que la mère prend une certaine quantité d'oxygène au fœtus.

Comme conclusion clinique, il serait peut-être indiqué de pratiquer l'accouchement prématuré chez les mères qui, à la fin de la grossesse, sont prises d'épistaxis grave, d'hémoptysie, d'hématémèse, etc., et se remettent peu à peu de ces pertes de sang. Si l'expérience démontre que, dans ces cas, l'enfant vient généralement mort au monde, cette indication devient formelle pour tenter de sauver la vie de l'enfant.

(*La Presse Médicale Belge.*)

Traitement de la pyosalpingite par la large dilatation de l'utérus.

Gottschalk préconise dans les salpingites, qui ne s'accompagnent pas encore d'incurvations ou d'étranglements, ce qui divise la ^{pyosalpingite} ~~groupe~~ autant de poches distinctes pleines de pus ou d'exsudat fibrino-séreux (salpingectomie) d'avoir recours à la large dilatation de la cavité utérine. En agissant ainsi on rompt les adhérences, on dilate l'ouverture des trompes et ouvre la voie pour un écoulement naturel des liquides pathologiques.

Dans ces cas le curettage n'est pas nécessaire ; il a même l'inconvénient de crever les poches renfermant du pus et d'ouvrir des portes à l'infection. La dilatation simple au moyen de la laminaria ou de la gaze iodoformée suffit. En prenant la précaution de renouveler les tampons tous les 2 ou 3 jours et de faire une injection intra-utérine entre chaque pansement, on prévient toute infection.

La dilatation de la matrice et des trompes permet aux liquides des salpingites de s'éliminer ; ils imbibent les tampons intra-utérins.

(*La Presse Médicale Belge.*)

Mort du fœtus pendant la période d'expulsion causée par la rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 mai 1890, par le docteur AUVARD, accoucheur des hôpitaux.

La nommée P... (Henriette) est envoyée, le 27 mars 1890, chez Mme B..., sage-femme agrégée de l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, âgée de 21 ans, domestique, est une secondipare. La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal qui n'a duré que quatre heures et demie, donnant naissance à un enfant petit, d'après le dire de la malade, mais bien portant et vivant. Ce premier accouchement a eu lieu le 22 mars 1889, il y a un an environ. Les suites de couches ont été normales.

La grossesse actuelle n'a présenté aucun incident particulier ; les dernières règles se sont montrées à la fin de juin 1889 ; elle est donc à peu près à son terme.

Les premières douleurs ont commencé vers trois heures de l'après-midi. Arrivée chez la sage femme vers quatre heures et demie. A six heures, la dilatation est complète : tête profondément engagée en O I G A ; bruits du cœur fœtal nettement perceptibles. La rupture de la poche des eaux a eu lieu spontanément vers cinq heures et demie.

Vers sept heures, la tête arrive à la vulve, où elle est visible pendant les contractions.

A partir de ce moment, l'accouchement reste stationnaire ; la tête entr'ouvre les grandes lèvres pendant les contractions, et disparaît pendant leur intervalle, refoulée par la contractilité périnéale.

Vers neuf heures, les bruits du cœur s'affaiblissent, mais, comme les contractions utérines sont assez fortes et régulières, la sage femme pense que, d'un instant à l'autre, l'expulsion va avoir lieu, car le périnée ne semble pas résistant, la femme est secondipare, et il n'y a en apparence aucune trace de dystocie.

A dix heures, l'accouchement en est au même point ; on n'entend plus les bruits du cœur ; la sage-femme m'envoie immédiatement chercher.

J'arrive à onze heures et quelques minutes. Silence à l'auscultation. La tête fœtale est à la vulve en O P. Le périnée est souple et je ne puis me rendre compte de la lenteur de l'expulsion. .

Application de forceps immédiate et sans aucune difficulté.

La tête est extraite des organes génitaux avec une certaine peine ; le périnée est d'ailleurs souple et reste intact.

J'enlève le forceps, et saisissant la tête avec les mains, suivant la méthode classique, je lui fais accomplir son mouvement de rotation externe.

J'essaye alors, en tirant en haut, de dégager l'épaule postérieure, mais en vain ; encore tentative inutile pour l'épaule antérieure en exerçant les tractions en arrière.

Pratiquant le toucher pour m'expliquer cet arrêt, j'arrive à quelques millimètres en arrière de l'orifice vulvaire, où le col utérin, dur et rétracté, compressionnait la partie inférieure du cou fœtal et les épaules, comme le ferait un cercle rigide.

Je tire successivement en bas et en haut, essayant de vaincre cette résistance ; l'utérus finit par céder et, au bout de cinq bonnes minutes, j'extraits un fœtus du sexe masculin pesant environ $6\frac{1}{2}$ livres et ne présentant aucune trace de vie ; l'insufflation, faite pendant quelques minutes, ne ramène aucune trace de battements cardiaques.

Le corps est de coloration normale, mais le cou est entouré vers sa partie moyenne d'un cercle violacé extrêmement net ; toute la partie du fœtus située au-dessus de ce cercle, c'est-à-dire toute la tête, est aussi violacée et contraste avec la coloration du reste du corps.

Il est évident, en examinant ce petit cadavre, qu'il y a eu pendant la vie une constriction circulaire autour du cou, cause et de la mort de l'enfant et de l'arrêt de l'accouchement.

Cette constriction n'a pu être exercée que par le col utérin : les détails de l'intervention justifient d'ailleurs cette hypothèse.

Délivrance et suites de couches normales.

Ce cas est intéressant à un double point de vue :

1^o A cause de la source même de la dystocie ; à un examen superficiel, le diagnostic aurait pu être rigidité du périnée, et il est probable que plusieurs cas analogues ont pu être interprétés de la sorte ;

2^o A cause de l'aspect même du fœtus, coloration violacée de la tête et anneau encore plus violacé sur le cou, aspect qui aurait pu être interprété par des personnes malveillantes, et à tort, comme un infanticide.

(*L'Union Médicale.*)

PÆDIATRIE.

Traitement de la rougeole par les bains froids.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

M, DIEULAFOY.—Je vous ai rapporté dans une des séances précédentes l'histoire d'une jeune fille qui fut prise d'accidents adynamiques graves dans le cours d'une rougeole maligne et que j'ai traitée et guérie par les bains froids.

L'observation que je tiens à vous communiquer aujourd'hui est celle d'un cas analogue.

Il s'agit d'une petite fille de 10 ans qui, au commencement du mois de mai, fut prise d'une éruption rubéolique d'abord localisée à la face, plus tard généralisée sur tout le corps, sans fièvre ni phénomènes généraux concomitants. Deux jours après, l'éruption disparaissait et l'enfant pouvait être considérée comme guérie.

Le 18 mai, huit jours après l'éruption, l'enfant est prise de toux, de phénomènes de bronchite et, deux jours plus tard, d'angine, de conjonctivite. Le 23 la fièvre s'allume, la température monte à 40°, une nouvelle éruption rubéolique apparaît, s'accompagnant de phénomènes généraux graves, agitation alternant avec coma, accélération de la respiration, pouls très fréquent à 145, urines presque supprimées.

Le 24 je fut appelé en consultation par le Dr Black. Je proposai les bains froids, et, pour satisfaire aux appréhensions de la famille, je commençai par le bain à 26° et d'une durée de 12 minutes. Les cinq autres bains qui furent donnés dans l'espace de 12 heures, étaient d'une température inférieure et d'une durée plus longue. L'amélioration ne se manifesta d'une façon satisfaisante qu'après le cinquième bain ; la malade eut une évacuation d'urine abondante, la peau devint moite, la température tomba à 38° 5. Je dois ajouter qu'avant le cinquième bain j'ai constaté l'existence dans la poitrine de râles fins qui me faisaient craindre une broncho-pneumonie. J'hésitais avant de donner le bain, mais passai outre et comme vous voyez je m'en suis bien trouvé.

Le 26 mai, la température était au-dessous de 38°, et à partir de ce moment la guérison était assurée.

Je tiens à relever dans cette observation deux points qui me paraissent dignes d'être mis en relief. Le premier c'est que ma malade a commencé à uriner après les bains. Or on sait de quelle valeur pronostique, dans les maladies infectieuses, est le degré et la quantité de députation urinaire. En présence de la menace de broncho-pneumonie on aurait pu penser à un vésicatoire. Mais un vésicatoire dans ce cas n'aurait-il pas encore exagéré la dysurie et créé un nouveau danger ? D'autre part, le bain froid a paru exercer une action salutaire sur la broncho pneumonie qui était en train de se déclarer. L'enseignement à tirer de ces faits c'est que les états congestifs du poumon, loin de constituer une contre-indication pour l'emploi du bain froid, se trouvent très heureusement modifiés par cette méthode.

M. JUHEL-RENOY.—M. Dieulafoy se félicite d'avoir employé les bains froids malgré la menace de broncho pneumonie qui existait chez sa malade. Les bains froids ont déjà été employés dans des circonstances analogues et on a même proposé de systématiser leur emploi dans les broncho pneumonies et les pneumonies franches.

M. FÉRÉOL.—Les bains froids tendent à se généraliser et il y a lieu de se féliciter de ce fait. J'ai actuellement dans mon service deux typhiques qui ont présenté des complications thoraciques inquiétantes. Je leur ai fait mettre en permanence, au niveau des lésions, des compresses froides qu'on renouvelait toutes les heures de façon à maintenir la poitrine sous l'action du froid. Les lésions ont disparu au bout de quelque temps.

M. HUCHARD.—M. Dieulafoy a peut-être exagéré un peu la gravité de l'état de son malade. Ces accidents pseudo-graves s'observent assez souvent dans la période qui précède l'éruption, et guérissent le plus souvent par les moyens ordinaires, comme nous en avons vu des exemples bien des fois.

M. RENDU.—La communication de M. Féréol nous ramène à la discussion qui eut lieu dernièrement à la Société de Médecine de Berlin sur le traitement de la pneumonie par les applications de glace. Les statistiques qui ont été produites dans le cours de la discussion furent très favorables à ce mode de traitement.

Le meilleur traitement, dans les fièvres éruptives avec hyperthermie, est l'eau froide. Je donne ordinairement 5 à 6 bains dans les vingt-quatre heures, et la température tombe ordinairement au bout de quarante-huit heures.

J'ai étendu cette méthode aux affections thoraciques. Au début, j'ai choisi les pneumonies franches, et j'obtenais la défervescence au 5^e jour, chose encore assez rare chez l'adulte.

M. ANTONY.—Dans les pays chauds, les pneumonies sont très graves et la mort survient ordinairement dans les deux tiers des cas.

Ayant eu à soigner 4 pneumoniques, j'ai eu recours aux applications de glace, et mes quatre malades guérirent.

M. SEVESTRE.—Dans mon service, je donne des bains tièdes dans la rougeole à forme hyperthermique, et les résultats que j'ai obtenus par cette méthode sont aussi favorables que ceux que vient de nous communiquer M. Dieulafoy. Je ne veux pourtant pas dire qu'à l'occasion je n'aurai pas recours aux bains froids.

M. CADET DE GASSICOURT.—Dans les états adynamiques, il faut donner les bains franchement froids. Seulement, je crois, avec M. Dieulafoy, qu'on ne doit traiter par le bain froid que les fièvres éruptives qui s'accompagnent d'accidents graves.

—*La Tribune Médicale.*

HYDROTHERAPIE.

De l'emploi du drap mouillé en hydrothérapie.

Le *drap mouillé* qu'il ne faut pas confondre avec le *maillot humide*, constitue un procédé hydrothérapique très efficace. Il peut être employé de deux façons différentes, qui répondent dans certains cas, à des indications particulières. Je décrirai donc séparément ces deux modes d'emploi sous les dénominations suivantes : 1^o Drap mouillé toni-sédaif et révulsif ; 2^o drap mouillé toni-sédatif et antipyrétique.

1^o *Drap mouillé toni-sédaif et révulsif.*—Un drap de grosse toile et d'une certaine grandeur est trempé dans l'eau froide de 8 à 12°, puis fortement exprimé et tordu. Le malade, complètement nu, après avoir rapidement mouillé son visage, sa tête et sa poitrine, reçoit sur

le corps ce drap, que le doucheur lui applique en l'enroulant et en le serrant autour des extrémités inférieures. La tête doit être laissée entièrement libre. Le malade, prenant à pleines mains les parties du drap qui se trouvent au-devant de lui, se frictionne lui-même la poitrine, l'abdomen et toutes les parties antérieures du corps ; pendant ce temps, le doucheur frictionne à plat avec la paume des deux mains le dos les lombes et les membres inférieurs. Les pieds nus du sujet devront reposer à terre et non sur la partie inférieure du drap, pour ne pas empêcher la réaction de se produire du côté des extrémités inférieures.

La friction sera pratiquée pendant au moins cinq minutes, jusqu'à ce que la peau devienne chaude et que le drap lui-même s'échauffe. Aussitôt la friction terminée, on remplace le drap mouillé par un autre, sec et rude, avec lequel on frictionnera de nouveau le malade pendant quelques minutes. Après quoi celui-ci s'habillera à la hâte et ira faire une promenade en plein air, de façon à favoriser la réaction ; s'il ne peut marcher, on pratiquera le massage ou on conseillera le repos au lit.

Chez les malades qui ont de la tendance à la céphalalgie, on mettra une compresse froide sur la tête, avant l'application du drap mouillé, et on pourra également leur faire mettre les pieds dans l'eau chaude pendant toute la durée de l'application.

La première impression du drap mouillé est pénible ; le patient éprouve souvent de la suffocation ; il y a un arrêt momentané de la respiration, suivi d'inspirations rapides et profondes ; on constate un ralentissement du pouls (Pleiniger). La peau rougit bientôt sous l'influence des vaisseaux périphériques dilatés, et l'afflux du sang à la peau sera d'autant plus considérable que la température du corps aura été plus élevée avant l'application du drap mouillé ; c'est pourquoi il est utile de pratiquer auparavant une préaction par l'exercice musculaire approprié, ou bien encore de subir le drap mouillé le matin, dans sa chambre, au sortir du lit. En somme, les effets du drap mouillé sont identiques, mais en proportion moindre, à ceux de la douche ; ce sont des effets excitants au niveau de la peau, c'est-à-dire *révulsifs*, décongestifs, et *toni sédatifs* relativement à l'ensemble des fonctions organiques, ainsi que toutes les applications d'eau froide.

Ce drap mouillé rendra souvent des services au début d'une cure hydrothérapique, chez les sujets délicats, car il n'entraîne pas une grande perturbation dans l'économie ; on pourra même, chez certains, très sensibles et ayant des tendances à l'oppression, commencer par un demi-drap sur la moitié inférieure du corps seulement.

Le drap mouillé donnera de bons résultats dans des cas légers d'ané-

mie, de lymphatisme, de chorée, de neurasthénie. Il convient parfaitement aux enfants chétifs et débiles dont il relève les forces. Il est très utile chez certains sujets atteints d'inflammation chronique des voies digestives, qui ont la peau chaude et sèche. C'est un excellent procédé d'hydrothérapie à domicile, que l'on pourra employer au point de vue hygiénique et prophylactique.

Enfin, c'est un moyen de révulsion hydrothérapique très puissant, à employer dans certaines fièvres typhoïdes graves, quand les phénomènes d'asthénie et d'adynamie cardio-vasculaire l'emportent sur les phénomènes d'hyperpyrexie, dans le cas, par exemple, où les malades ont la face vultueuse et les extrémités cyaniques.

2° *Drap mouillé toni-sédatif et antipyrétique.*—Ce second procédé est tout à fait différent du précédent. Le drap est trempé, non pas dans l'eau froide, mais dans de l'eau fraîche (de 28 à 24°) ; de plus le drap n'est pas tordu, mais appliqué ruisselant sur le corps. Puis, au lieu de faire des frictions énergiques, comme tout à l'heure, l'aide ne pratique que de légers tapotements, une sorte de petit clapotage des mains, qu'il continue jusqu'à ce que la peau et le drap deviennent modérément chauds. Ensuite, le patient est frictionné légèrement avec un drap sec.

Dans certains cas, on peut répéter deux ou trois fois de suite, dans la même séance, l'application du drap très mouillé, dès qu'on sent celui-ci devenir chaud.

On peut également pratiquer ce procédé plusieurs fois dans la même journée.

Il est utile, enfin, dans certaines circonstances, de terminer l'application du drap mouillé en versant sur le corps ou sur le drap deux ou trois baquets d'eau tempérée, fraîche, ou même froide, suivant le cas.

Comme le précédent, ce procédé produit des effets *toni-sédatifs* puissants. Par suite de la faible réaction qu'il détermine, tant à cause de la température seulement fraîche de l'eau que de l'absence de frictions, il sera souvent beaucoup mieux supporté que le premier, et pourra donc rendre des services dans les premiers jours de la cure hydrothérapique chez les malades impressionnables.

Chez les sujets excités, atteints d'insomnie, fatigués par le surmenage intellectuel, dans certains cas de neurasthénie chez lesquels se combinent simultanément les symptômes d'excitation et de dépression, ce procédé sera employé avec avantage. En somme, il sera indiqué toutes les fois que le malade ne pourra pas supporter d'emblée les applications d'eau froide (douche, piscine, friction au drap mouillé tordu, etc.) Mais, dans ces cas, il constituera un excellent moyen d'entraînement et de préparation à l'emploi ultérieur de l'eau froide

et c'est dans ce but que l'on pourra terminer l'application du drap par une rapide affusion au baquet, ainsi que nous l'avons dit, dont on abaissera peu à peu la température.

Le drap mouillé que nous venons de décrire est également *antipyrétique*. La réaction qu'il provoque est faible et ne vient pas contrarier l'hypothermie produite par le contact de l'eau à la surface du corps. Du reste, quand on voudra obtenir des effets antithermiques plus accentués, on renouvellera l'application plusieurs fois dans une même séance, on aura soin de ne pas provoquer une trop grande calorification sous l'influence des tapotements, et on pourra terminer l'opération par la projection sur le corps de deux ou trois baquets tempérés ou frais.

On pourra donc, à l'aide de ce procédé, remplir certaines indications de la méthode antipyrétique. Nous signalerons la fièvre typhoïde dont on combattra l'hyperthermie par une série d'applications de drap mouillé faites plusieurs fois dans la même journée (Béni-Barde). Dans les premières séances, les phénomènes de réaction se manifestent, mais dans les dernières, les malades ne répondent qu'incomplètement à cette attaque par le froid. On peut constater l'abaissement de la température du corps, et, comme le système nerveux a été épuisé par ces applications successives, on ne remarque aucun signe de suractivité fonctionnelle.

Nous citerons également certaines formes de goitre exophtalmique dans lesquelles domine ce sentiment exagéré, et si désagréable pour les malades, de chaleur généralisée, fièvre d'une nature tout à fait particulière, puisque M.M. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont trouvé les excréta urinaires normaux, alors que la température allait jusqu'à 39°, 2. Dans ces cas, l'application du drap mouillé, répétée plusieurs fois dans la même journée, diminuera l'intensité et la durée de ces périodes pyrétiques de la maladie de Basedow.

(*La Pratique Médicale.*)

HYGIENE.

Du régime végétarien. par M. le docteur DUJARDIN-BEALMETZ.

Comment peut-on établir le *régime végétarien* et comment doit-on le régler ?

Tout d'abord, il faut fixer ce point important, à savoir que le *régime végétarien peut suffire à l'alimentation*. Ce fait est incontestable puisque, même sous nos climats, nous voyons, dans nos campagnes, les populations pauvres garder la force et la santé avec ce régime exclusif.

En effet, la plupart des végétaux féculents et légumineux contiennent une certaine quantité d'azote, de matières grasses et de carbone. Les pois, les lentilles, les fèves constituent des aliments qui, associés au lait, aux œufs, au fromage, peuvent constituer une ration alimentaire comparable au régime des carnivores.

D'après Pivion, une ration alimentaire aussi simple que possible, comprenant 20 grammes d'azote et 310 grammes de carbone peut se formuler ainsi :

	Azote	Carbone
16 onces de pain de munition, contenant	6,00	150
16 onces lentilles, pois ou haricots.....	14,74	214
1 chopine de lait.....	3,30	40
1 once fromage de gruyère.....	1,65	13
	25,69	417

Le manioc, le blé, le maïs, le riz peuvent être également utilisés.

Il faut éviter, dans ces régimes végétariens, de donner des graines féculentes enveloppées de leur testa : aussi doit-on recommander ces féculents à l'état de purée.

On sait que par un régime d'œufs, de lait, de végétaux et de fruits, on peut, non seulement trouver une alimentation suffisante, mais même une variété à satisfaire les palais les plus délicats. Il nous reste à savoir dans quelles circonstances thérapeutiques on peut appliquer le régime végétarien.

Les boissons de ce régime seront l'eau ou la bière, à cause du malt et de la diastase qui favorisent la digestion des féculents

Les affections du tube digestif et de l'estomac auxquelles peut être appliqué le régime végétarien sont nombreuses. Ce régime réduit, en effet, au minimum les toxines qui pénètrent par l'alimentation.

Comme l'homme consomme une très grande quantité de substances animales dont la mort remonte à plus de huit à dix jours, on comprend qu'il trouve là une cause d'empoisonnement. Il n'en est pas de même avec le régime végétarien.

D'autre part, si les substances végétales peuvent subir des altérations, celles-ci sont beaucoup moins fréquentes que la putréfaction des substances animales : aussi ce régime s'impose-t-il toutes les fois que, par le mauvais fonctionnement soit des reins, soit du tube digestif, les toxines peuvent s'accumuler dans l'économie. En première ligne, nous relatons les cas où il existe de l'insuffisance rénale. Que cette insuffisance résulte d'une néphrite interstitielle ou d'une néphrite catarrhale, d'une dégénérescence graisseuse du rein, nous devons faire intervenir ce régime végétarien. Dans la dilatation de l'esto-

mac, chez les neurasthéniques gastriques, ce même régime donne de bons résultats. Enfin, dans les diarrhées putrides, le régime végétarien est encore indiqué.

Mais, pris à un autre point de vue, ce traitement donne encore de bons résultats : c'est dans les irritations de la muqueuse stomacale, dans les gastrites aiguës et chroniques. En effet, ce régime demande peu à l'estomac, il exige une digestion intestinale, et par cela même permet de laisser reposer l'estomac, tout en nourrissant le malade. Enfin, dans les troubles dyspeptiques proprement dits qui résultent surtout des modifications dans le suc gastrique, soit qu'il y ait exagération de l'acidité de ce suc, ou diminution de cette acidité, hyperchloxydrie ou hypochloxydrie, ce régime végétarien peut encore, en ne réclamant aucun travail des glandes à pepsine, guérir ces affections. Enfin, dans les maladies générales caractérisées par de l'hyperacidité, comme dans la diathèse urique par exemple, nous pouvons encore appliquer ce régime végétarien.

En résumé et comme conclusion, je vous dirai : Si, au point de vue anthropologique, l'homme est omnivore, et peut, selon les climats et selon les nécessités, vivre soit d'un régime carné, soit d'un régime mixte, soit d'un régime végétarien ; au point de vue thérapeutique, ce dernier régime appliqué dans nos climats constitue une médication très importante, qui s'impose dans un grand nombre de cas.

(Revue Chirurgicale.)

BULLETIN.

Le choléra.

Le Conseil Provincial d'Hygiène de la province de Québec fait en ce moment distribuer une circulaire traitant du choléra, des moyens de le prévenir et de le combattre. Cette circulaire contient des recommandations très pratiques et d'une grande importance concernant la propreté des demeures, la ventilation, la disposition des évier, des égouts, des fosses d'aisance, l'approvisionnement d'eau, les aliments et les boissons, les vêtements, etc. Il n'y a aucun doute que ces suggestions, si elles étaient bien observées, seraient de nature à prévenir au moins en grande partie, non seulement le choléra, mais une foule d'autres maladies qui nous arrivent chaque année, causées uniquement par le manque d'une bonne d'hygiène. Comme le Conseil d'Hygiène s'engage à fournir gratuitement des copies de cette circulaire à tous ceux qui en feront la demande, nous engageons nos lecteurs à en faire profiter tous leurs clients.

D'après les rapports que nous recevons d'Europe, le choléra asiatique qui fait quelques ravages en Espagne, aurait pris naissance de la manière suivante :

Des ouvriers occupés à creuser des égoûts sur l'emplacement d'un ancien cimetière à Puebla de Rigat, petit village de 700 âmes, furent atteints d'une maladie dont les symptômes ressemblaient à ceux du choléra ; plusieurs moururent. La commission sanitaire de Valence, chargé de vérifier le diagnostic, affirma qu'il s'agissait du choléra asiatique, après avoir constaté dans les déjections des malades et dans le sang des cadavres, la présence du bacille virgule. Malgré toutes les précautions prises, la terrible maladie s'étend peu à peu et une grande partie des habitants de la province de Valence cherchent asile dans les provinces qui ne sont pas encore atteintes. D'après le *Journal Officiel*, du 13 mai au 24 juin, il y aurait eu dans la province affectée 194 cas et 112 décès.

Décidément, l'Espagne joue de malheur pour les épidémies de choléra ; en 1885, d'après les statistiques officielles, il y eut en ce pays au delà de 300,000 cas de choléra et plus de 100,000 décès, dont 21,612 dans la province de Valence.

On dit que le choléra existe aussi à Mossoul. Le ministre des affaires étrangères en France a pris l'avis du comité d'hygiène publique sur le point de savoir si l'on peut autoriser la population musulmane d'Algérie à faire cette année le pèlerinage à la Mecque. La réponse a été négative et avec raison.

Nos collaborateurs.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que nous publions dans ce numéro ci les travaux de deux nouveaux collaborateurs.

M. le Dr Philippe, de la faculté de Paris, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, lauréat de la faculté, établi à Montréal depuis quelques mois, a bien voulu nous prêter son concours et commence aujourd'hui une série d'articles sur les maladies infectieuses et leur traitement étiologique, c'est-à-dire par l'antisepsie.

M. le Dr Melville E. de Laval, est un médecin canadien de talent, ancien élève de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Etabli aux Etats-Unis depuis plusieurs années, M. le Dr de Laval a su grâce à ses capacités et à son travail énergique, se créer une position enviée ; il est aujourd'hui médecin du Bureau de Santé à Lake Linden, Michigan. M le Dr a bien voulu nous promettre sa part de collaboration à notre journal. Nous en sommes heureux et l'en remercions sincèrement.

Du véhicule dans les onguents.

Dans une lecture qu'il faisait à la dernière réunion de l'Association Pharmaceutique Américaine, M. le Prof. Hallberg a fait sur la vaseline et la lanoline quelques observations qui nous semblent résumer l'état de la science actuelle.

L'introduction de la vaseline, parafine molle, ouvrit un nouvel ère dans la médication dermique. La découverte d'un corps neutre, de consistance onctueuse, indifférent aux changements atmosphériques, ne subissant aucune action de la part des agents chimiques, fut regardée comme une des grandes acquisitions de la matière médicale: il permettait en effet de faire des onguents qui pouvaient se conserver sans subir d'altérations. L'on ne tarda pas toutefois à s'apercevoir que la vaseline ne convenait pas pour tous les onguents. Hegar le premier fit remarquer que le pétroléum (vaseline) était repoussé par les pores de la peau; et que par conséquent les onguents ayant cette substance pour véhicule, n'avait que fort peu d'action sur l'économie en général. Tandis qu'il agit admirablement bien dans les maladies de la peau, comme véhicule de l'oxyde de zinc, du phénol et d'autres substances semblables, l'on ne saurait l'employer avec avantage, avec les sels d'iode ou de mercure, lorsqu'il s'agit d'obtenir des effets constitutionnels.

L'on songea alors à d'autres corps: plusieurs substances huileuses furent proposées, mais ne remplirent pas les indications requises. En 1885, parut sur le marché une préparation purifiée de ce que l'on nommait vulgairement: gras de laine. Cette substance, que l'on rencontre ici dans toutes les pharmacies, fut *patentée* sous le nom de *lanoline*. Aux qualités de la vaseline le lanoléum (lanoline) joint celle d'être facilement absorbée: delà sa grande valeur lorsque l'on veut avoir une action générale. M. le Professeur Halberg termine en recommandant l'adoption de cette substance dans la pharmacopée des Etats Unis.

L. E. FORTIER.

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Alcool absolu dans l'érysipèle.

D'après *Behrend*, l'alcool absolu serait un poison actif pour les microcoques de l'érysipèle. Il rapporte des cas nombreux suivis de guérison en moins d'une semaine, grâce aux lavages des parties affectées par l'alcool absolu, répétés deux ou trois fois par jour. Dans tous ces cas, les microcoques disparurent presque immédiatement.

—*Les Nouveaux Remèdes.*

Acide camphérique contre les sueurs nocturnes des phthisiques.

Leu (*Charité-Annalen*, XIV, 1889, p. 345) recommande vivement l'acide camphérique contre les sueurs nocturnes des phthisiques. Donné à hautes doses (35 à 75 grains en pains cachetés), il paraît agir beaucoup plus sûrement que l'atropine. Il est à noter que parfois son influence s'exerce, non pendant la nuit qui suit immédiatement le jour de l'administration, mais bien la nuit ou les nuits suivantes. Il n'a pas observé de phénomènes secondaires désagréables même après l'administration de doses élevées d'acide camphérique.

L'acide camphérique en solution alcoolique exerce une action anti-hydrotique, même administré à l'extérieur.

—*Les Nouveaux Remèdes.*

Moelle de sureau comme vomitif.

Le Dr Bastaki (*Bull. de la Soc. des méd. et natur. de Jassy, D. med. Ztg.*, 13 septembre 1889) attire l'attention sur l'action vomitive de la moelle de sureau. On prend, par cuillerée à café, la décoction suivante :

Moelle de sureau..... 5 parties.
Eau..... 50 “

—*Les Nouveaux Remèdes.*

NOUVELLES MÉDICALES

ASSOCIATION MÉDICALE DU CANADA.

Montréal, 25 juin 1890.

La 23^e réunion annuelle de l'Association médicale du Canada aura lieu à Toronto, les 9^e, 10^e et 11^e jours de septembre prochain.

Des arrangements seront faits avec les compagnies de chemins de fer et de bateaux à vapeur, pour des billets de passage à prix réduits et des certificats donnant droit à cette réduction seront délivrés par le secrétaire sur demande.

Les membres qui se proposent de présenter des travaux à cette réunion sont priés de faire parvenir au secrétaire le plus tôt possible, le titre de leur travail.

JAMES BELL, M. D.,

Secrétaire.

Dispensaires de l'Asile de la Providence.

Du 1er janvier 1890 au 1er juillet 1890.

Dispensaire des Adultes.—Messieurs les docteurs Piché, L. E. Fortier, Merrill, Lecuyer et Poitras ont à tour de rôle donné leurs soins :

Nombre d'ordonnances entrées aux registres.....	10,815
Nombre de visite à domicile.....	1,305

Grand total..... 12,120

Dispensaire des enfants sous la direction du Dr J. Asselin :

Ordonnances	625
Visites	250

Grand total 865

Dispensaire de la Maison Mère, rue Fullum, recommence le 9 juin 1888.

ADULTES.

1ère année.—Du 9 juin 1888 au 1er juillet 1889 :

Malades	1,051
Visites du médecin	426
Prescriptions.....	2,051

2ème année.—Du 1er juillet 1889 au 1er juillet 1890, sous la direction des docteurs Leblanc, Demers, Charest et Giroux :

Malades	2,172
Prescriptions	4,156
Visites du médecin.....	412

ENFANTS.

Sous la direction du Dr Asselin :

1889, malades.....	293
1890, do	555

Total..... 848

NAISSANCE

Le 13 courant, au No. 242 rue St-Hubert, l'épouse de Jos. Asselin, M.D., un fils.

VARIÉTÉS.

Le mouvement médical actuel.

Par Michel PETER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Rien n'est plus intéressant ni plus redoutable que le mouvement médical actuel.

Tout est changé !

L'expérimentation se substitue à l'expérience. La pathologie expérimentale détrône la pathologie traditionnelle ; la maladie provoquée remplace et prétend expliquer la maladie spontanée, ou plutôt, il n'y a plus de maladie spontanée. De simplification en simplification, il n'y a plus que le "microbe."

A la thérapeutique traditionnelle, se substitue la thérapeutique expérimentale, et nous avons ainsi la médication par l'empoisonnement des animaux ; un peu moins de ce qui tue tant de grammes de grenouille ou de lapin sera la dose convenable à tant de grammes d'hommes. Ce n'est plus qu'une question de pesée. Et la proposition paraît si simple qu'elle séduit.

L'étiologie n'est pas moins simplifiée : l'origine de nos maux est extrinsèque, les micro-organismes en sont l'instrument.

Toutes les causes dites "banales" disparaissent. Et on ne voit pas qu'elles ne sont banales que parce qu'elles sont constantes et toujours agissantes. Mais, d'ailleurs, voici que les micro-organismes eux-mêmes deviennent banals à leur tour : on trouve le même microbe dans les maladies les plus différentes (abcès, furoncle, érysipèle) ; et l'on rencontre ensemble les microbes les plus divers dans une même affection (ainsi dans la grippe infectieuse).

Cependant, admettons un moment la théorie microbienne : les micro-organismes provoquant la maladie, c'est à eux qu'il faut s'attaquer, les empêcher de nous envahir, les tuer s'ils nous ont envahis. D'où "l'antisepsie médicale" et les médications dites "microbicides."

En fait, l'antisepsie médicale, c'est la mise en pratique de la propriété rigoureuse, et Moïse la conseillait déjà aux Hébreux. L'antisepsie médicale, ainsi comprise, est un bienfait ; on n'en peut pas dire autant des médications microbicides.

Quelle prise, en effet, avons-nous sur les microbes ? Ils résistent à des pressions comme à des températures incompatibles avec la persistance de la vie humaine ; et les poisons qui les tuent tuent, d'abord la cellule vivante envahie par eux.

Cependant, une découverte a été faite, celle de la "phagocytose"

ou destruction des microbes par la cellule. Celle-ci, suffisamment résistant, lutte contre le microbe et le mange. En fait, c'est la démonstration, par la cellule, de la résistance de l'organisme entier à la maladie, la cellule n'étant résistante que parce que l'organisme l'est : organisme débile, cellule impuissante ; organisme solide, cellule vigoureuse.

Nous voici ramenés, par l'analyse infinitésimale, à la synthèse d'Hippocrate (consensus unius) ; de sorte que pour que la phagocytose ou microphagie s'accomplisse, il nous faut nous adresser à l'organisme même, et, le fortifiant, fortifier la cellule.

Alors rien n'est changé.

Et veut-on la preuve ? Deux maladies vulgaires vont nous la fournir : la *pneumonie* et la *fièvre intermittente*.

La pneumonie, c'est le " pneumocoque " ou microbe capsulé ; hôte inoffensif dans notre bouche, malfaiteur dans notre poumon (écho lointain de l'erreur de lieu de Boerhaave.)

Or, le même pneumocoque fait la pneumonie dont on guérit et la pneumonie dont on meurt, la pneumonie qui suppure et celle qui ne suppure pas, la pneumonie de l'adulte vigoureux et celle du vieillard débile, ou de l'alcoolique débilisé.

C'est donc l'organisme et non le pneumocoque qui donne à la pneumonie son caractère particulier et en régit l'évolution ; et c'est à l'organisme qu'il nous faut thérapeutiquement nous adresser. Ne pouvant rien contre le pneumocoque, nous devons agir sur l'organisme et agir différemment, selon que la pneumonie est franchement inflammatoire, ou qu'elle est buieuse, adynamique ou ataxique.

Alors rien n'est changé !

Rien n'est changé non plus quant à la fièvre intermittente. On dit aujourd'hui que ce n'est pas un végétal, un schyzomycète, qui produit cette infection, mais un animal hématozoaire ; et l'impaludisme, engendré par les émanations des cadavres de végétaux, a pour agent instrumental non plus la palmellée de Salisbury, mais l'hématozoaire de Laveran ; et les végétaux morts donnent le jour à un animal vivant.

Quoi qu'il en soit de ce métamorphisme plus qu'étrange, que l'hématozoaire ou le schyzomycète soit le coupable, la médication reste la même : c'est toujours la quinine ! La quinine contre l'accès, la quinine contre l'infection !

L'histoire naturelle peut donner une satisfaction à l'esprit du médecin sans modifier sa thérapeutique. Rien n'est changé en médecine ; il n'y a que quelques microbes de plus... (*Moniteur d'Hygiène.*)

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE MATIÈRE MÉDICALE ET GUIDE PRATIQUE DES
SŒURS DE LA PROVIDENCE, publié sous le patronage des profes-
seurs de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Troi-
sième édition, 1890, revue, corrigée et augmentée de tous les
remèdes nouveaux depuis 1870.

*
* *

TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE.—Critique des procédés an-
ciens. Etude des procédés de M. Chaput, par le Dr PAUL-PHI-
LIPPE, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux
de Paris. Médaille de bronze de l'assistance publique.—Paris,
Asselin & Houzeau, éditeurs, 1890.

*
* *

MCGILL UNIVERSITY.—Annual Calendar, Faculty of Medicine, 58th
Session, 1890-91.

*
* *

THIRTIETH ANNUAL ANNOUNCEMENT OF THE BELLEVUE HOSPITAL
MEDICAL COLLEGE, 1890-91, with the list of Graduates for 1890.

*
* *

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

*
* *

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

*
* *

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