

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Etude sur les fermentations.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal, par le Dr. N. Fafard.
Professeur à l'Université-Laval, Montréal.)

Il y a à peine vingt ans, la pathologie était loin de présenter ce cachet de certitude qu'elle nous offre aujourd'hui. La plupart du temps, ne connaissant pas la cause des maladies ou ne la connaissant que d'une manière imparfaite, les médecins se trouvaient réduits à une médication plus ou moins incertaine et empirique. On n'étudiait les affections morbides que par leurs symptômes : de là le choix des médicaments ne pouvait se faire que d'après les données de l'expérience. Impossible de se rendre compte du "modus operandi" de la médication instituée. Tel remède a été bon dans telle maladie, il doit l'être encore dans cette même maladie : voilà le raisonnement que l'on se faisait, le succès donnait la vogue au médicament et on...l'employait.

En tout temps néanmoins, les esprits chercheurs et sérieux ont voulu se rendre compte des maladies et de leurs causes. Il serait long et fastidieux de faire l'historique de toutes les théories, qui ont vu le jour et qui sont tombées en désuétude, depuis les temps les plus reculés de la médecine. Je ne citerai que celle de Broussais : "inflammation comme cause et fièvre comme effet." telle était sa théorie sur la plupart des affections morbides. Il a eu beaucoup de prosélites. Aussi, dans cette école, les antiphlogistiques étaient-ils très usités. D'autres médecins, repoussant cette idée et ne reconnaissant pas de causes exactes à un bon nombre de fièvres, les ont appelées fièvres idiopathiques. Ici le traitement le plus rationnel consiste à instituer une médication expectante et à fortifier le malade, pour l'aider à supporter une maladie que l'on ne comprend pas, qu'on ne peut empêcher ni détourner.

Depuis à peu près vingt ans, l'histologie, aidée de la chimie, a jeté un jour nouveau sur la pathologie et sur l'art de traiter

les malades. Je dirai même que ces sciences ont révolutionné la médecine. Aujourd'hui, grâce à l'histologie pathologique et à l'histo-chimie, on suit la maladie sur le terrain où elle opère, c'est-à-dire sur la cellule même. L'histologie physiologique nous a fait connaître les cellules à l'étude de santé, à son tour l'histologie pathologique nous apprend ce que devient la cellule sous l'effet de la cause morbide. L'histo-chimie nous montre même les transformations qu'elle subit sous l'influence de telle ou telle maladie.

Parmi les causes des maladies, plusieurs sont restées longtemps ignorées. Il nous est donné de voir, de nos jours, la lumière remplacer les ténèbres et le doute faire place à la certitude sur plusieurs points obscurs de la pathologie. Les études approfondies sur les fermentations et les célèbres expériences, qui ont été faites à ce sujet, notamment par Pasteur, Berthelot, Davaine et autres, nous ont procuré cet avantage.

Je viens, ce soir, messieurs, vous offrir une courte analyse d'études sur les fermentations, dues au Dr Armand Gauthier, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, et examiner avec vous les résultats pratiques de ces expériences.

Définition.—“ On dit qu'il y a fermentation, toutes les fois qu'un ou plusieurs corps organiques ou organisés subissent des changements de composition ou de propriétés, sous l'influence d'une substance organique azotée appelée ferment, qui agit sous faible masse et ne cède sensiblement rien à la matière fermentée (A. Gauthier). ”

Or, messieurs, les changements qui s'opèrent dans les corps organiques ou organisés, sous l'influence d'un ferment, sont nombreux et de divers ordres. Il y a : 1o. Les fermentations proprement dites, lorsqu'il s'agit simplement de la matière organique : telles sont les transformations de l'amidon en sucre sous l'influence de la diastase, du sucre en alcool et acide carbonique, de l'alcool en vinaigre, etc., sous l'influence des substances azotées. 2o. Tous les actes physiologiques de la nutrition ou de l'assimilation se font par des transformations de la matière organique et quelques fois vivante, ayant pour cause des ferments spéciaux, tels que la ptyaline, la pepsine, la pancréatine, etc. Ces ferments ont la propriété de transformer les matières alimentaires et de les rendre diffusibles et assimilables. Le sang, ce liquide si complexe, n'est pas sans contenir lui aussi un bon nombre de ferments spéciaux, lesquels président sans doute aux différents phénomènes qui se produisent dans notre organisme, phénomènes mystérieux dont on ne viendra peut-être à se rendre compte plus tard. 3o. Aujourd'hui, on explique par les fermentations, les infections ma-

matiques, virulents, contagieuses, et certaines maladies de la peau, dont les causes sont restées inconnues jusqu'à ces dernières années.

Historique.—Mon intention n'est pas de vous faire l'histoire des différentes opinions qui ont été émises sur les fermentations. Qu'il me suffise de vous citer le pharmacien Astier qui, déjà en 1813, affirme: "Que l'air est le véhicule de toutes espèces de germes origines du ferment, que ce ferment d'origine animale est en vie et se nourrit aux dépens du sucre, d'où résulte la rupture d'équilibre entre les éléments du sucre.

"En 1850 deux grandes théories se trouvaient en regard: la théorie vitaliste française et la théorie allemande ou de contact. Dans la première on reconnaissait comme causes de plusieurs fermentations des germes vivants végétaux ou animaux. Dans la seconde, d'après Gerhardt: "le ferment est tout corps qui est dans un état de décomposition et qui, par son contact avec un autre, y provoque des métamorphoses chimiques. Un même ferment, en passant par plusieurs degrés de décomposition, peut réagir différemment suivant l'état d'altération ou il se trouve."

La théorie vitaliste française est la seule admise aujourd'hui par les personnes de bonne foi.

Berthelot, Pasteur, Davaine sont ceux qui, par leurs mémorables travaux ont plus fait pour cette partie de la chimie organique.

"Pasteur prétend que chaque fermentation à son ferment spécifique: que dans toutes les fermentations, dans lesquelles il a reconnu un ferment vivant, ce ferment est nécessaire; que ce petit être produit la transformation, en respirant l'oxygène du corps fermentescible, ou en s'appropriant un instant ce corps tout entier, puis le dédoublant, de façon à sécréter, pour ainsi dire, les produits fermentés. Trois choses d'après lui sont nécessaires au développement du ferment: de l'azote à l'état soluble, de l'acide phosphorique et une matière fermentescible hydrocarbonée. Il prétend que tout ferment vivant, de fermentation ou de putréfaction, est apporté par l'air."

Composition du ferment.—Le ferment paraît être mélangé d'un certain nombre d'espèces chimiques: albumine, fibrine, eau, matières grasses, matières minérales, composés phosphorés.

Aujourd'hui on divise les ferments en deux grandes classes: les ferments figurés ou vivants et les ferments solubles ou non figurés. Les ferments figurés appartiennent tantôt au règne végétal tantôt au règne animal. Ils absorbent beaucoup d'azote et de phosphore, vivent en dégageant de la chaleur, se dévelop-

pent, se reproduisent, et sont détruits par un grand nombre de poisons organiques et inorganiques, tout comme les autres êtres vivants.

Les ferments non figurés ou solubles sont répandus soit dans les parties aqueuses des ferments figurés eux-mêmes, soit dans les liquides des organismes plus complexes, comme la salive, le suc gastrique, le suc pancréatique, soit enfin dans les diverses régions des plantes. Ces ferments sont sur l'extrême limite de l'organisation. Ils ne sont pas détruits par les poisons. Par la fermentation ils s'épuisent. On peut remplacer ces fermentations par des actions chimiques, exemple : La ptyaline, ferment non figuré de la salive, transforme l'amidon en glucose, de même avec l'acide sulfurique on produit sur l'amidon le même phénomène.

Rôle du ferment.—Comment s'expliquer le rôle du ferment non figuré sur le liquide fermentescible ? On est bien obligé d'invoquer la théorie allemande ou de contact et dire que la fermentation est due à la transmission au corps fermentescible d'une certaine quantité de mouvement initial ou continu, dont l'origine ou la cause se trouve dans la transformation même du ferment.

L'action du ferment figuré est plus mystérieuse et c'est celle qu'il nous importe le plus d'étudier. Pasteur prétend, qu'à chaque fermentation à ferment figuré, correspond un ferment spécifique, vivant aux dépens de la matière fermentescible, qu'il transforme en acide carbonique et alcool, en acide lactique et acide butyrique et hydrogène, comme un mammifère, par exemple, transforme, dans son organisme, un grain de blé en urée, eau et acide carbonique.

Berthelot soutient que, dans le corps du ferment organisé, la matière fermentescible, un instant absorbée, rencontre un ou plusieurs ferments solubles ou non figurés, qui constituent sa fermentation, de la même manière que, dans le corps du mammifère, c'est par le suc pancréatique et la ptyaline de la salive, que l'amidon s'est transformé en sucre.

Quoiqu'il en soit de ces opinions, tous les deux s'accordent sur ce point principal, que plusieurs fermentations ont pour cause des ferments spécifiques, et que ces ferments sont des êtres organisés et vivants, végétaux ou animaux.

Origine du ferment figure.—D'où proviennent ces ferments dits figurés ou vivants ? Les uns ont prétendu que ces petits organismes naissent spontanément dans les substances azotées en voie de putréfaction. D'autres soutiennent qu'ils existent tout formés dans l'air, et qu'ils n'attendent pour se reproduire qu'un milieu favorable à leur développement. Parmi les par-

tisans de la génération spontanée, je citerai Mitscherlick, Scholsberger, Pouchet, Turpin etc. parmi les adversaires de cette théorie, les plus illustres sont Spallanzani, Cognard de Latour et enfin Pasteur.

“ En 1859 Pasteur annonçait, à la société chimique de Paris, qu'ayant filtré de l'air à travers des tampons de coton-poudre, il en avait retiré divers corpuscules organisés auxquels il attribuait les faits de génération dite spontanée et de fermentation. Plus tard il démontrait expérimentalement que l'air est le véhicule d'un grand nombre de germes, et il concluait que ces êtres organisés qu'il avait découverts dans les fermentations butyrique, lactique, tartrique, malique etc., n'étaient autres que quelques-uns de ceux qu'il venait de démontrer exister dans l'air.

Ces belles expériences ont été le coup de grâce de la théorie des générations spontanées, laquelle est à peu près abandonnée maintenant.

Messieurs, il ne serait pas sans intérêt pour nous d'étudier les fermentations proprement dites et les fermentations physiologiques, dans tout leur détail; mais comme un semblable cadre nous mènerait trop loin, j'en arrive immédiatement aux fermentations pathologiques.

“ Elles peuvent se diviser en deux grandes classes: 1^o celles qui sont incapables à reproduire les causes infectueuses, 2^o celles qui peuvent régénérer le virus ou le ferment initial. La première classe a pour cause des ferments non figurés, qui se détruisent par leur action et ne peuvent se reproduire, telles sont les maladies par infection putride et les maladies à venir.

La deuxième classe de fermentations pathologique, est sous la dépendance de ferments figurés ou vivants, végétaux ou animaux. Ces petits êtres vivent, en détruisant la trame de nos tissus, se reproduisent et peuvent, en passant dans d'autres sujets, produire les mêmes désordres ou mieux donner naissance à des maladies semblables.

Les maladies spécifiques et parasitaires sont produites par des germes déposés sur la peau ou absorbés avec l'air et les aliments. Ces avancées ne sauraient être mis en doute, depuis les savantes expériences de Pasteur, etc.

Les organismes aptes à être transportés par l'air ont été divisés en quatre groupes, fondés sur leur nature végétale ou animale et les produits auxquels ils donnent naissance :

1^o. Les sporules ou organismes végétaux, qui donnent naissance aux champignons parasitaires de la peau et des muqueuses, aux moisissures, à beaucoup de fermentations proprement dites et de fermentations anormales, telles que les maladies des vins.

20. Les ovules ou germes animaux qui, par leur développement, suscitent des décompositions putrides, s'attachent à la peau ou aux muqueuses des animaux, vivent dans les intestins et dans les muscles.

30. Des organisations de nature intermédiaire (*palmella*, bactéries, monades,) qui ont été rencontrées au sein des humeurs dans un grand nombre de maladies graves, et dont la nature animale ou végétale reste encore douteuse.

40. Des corps à l'état de simples granulations, derniers termes de l'organisation visible, trouvés dans le plasma sanguin d'animaux atteints de maladies infectieuses.

A. Le premier groupe comprend : 10. Les spores qui donnent naissance à certaines maladies de la peau.

L'oidium albicans : trouvé dans la muqueuse des sujets atteints de typhus, et qui cause le muguet des enfants.

La micoderme : qui végète dans la gaine des cheveux et produit la teigne.

Le tricophyton tonsurans : rencontrés dans l'herpès tonsurans.

Le dyplaspodium fuscum : trouvé sur les fausses membranes de la gorge.

Tous ces parasites peuvent pénétrer jusque dans les vaisseaux.

20. Les spores qui donnent naissance aux moisissures et aux fermentations proprement dites :

Les globules de la levure de bière : produisent la fermentation alcoolique ; le ferment lactique.

Le micoderma aceti : transforme l'alcool en vinaigre.

Le ferment ammoniacal de l'urine : transforme l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Le leptotrix buccalis : trouvé constamment dans le tartre dentaire.

B. Dans le second groupe, comprenant les ovules ou germes animaux, nous avons le cercomonas intestinalis : trouvé dans les selles des cholériques et des typhisés.

Le trichomonas vaginalis : dans la blennorrhée vaginale.

Les ovules, qui produisent les vers intestinaux.

C. Dans le troisième groupe, de nature végétale ou animale, il y a :

Les amibes diffluentes : rencontrés sur les muqueuses intestinales.

Les vibrions ou bactéries : dans le tissu cellulaire enflammé de la base de la pustule maligne.

Les palmellées : reconnues dans les fièvres intermittentes.

D. Le quatrième groupe, comprend les spores à l'état de-

simples granulations. C'est à des granulations ou corpuscules figurés et organisés que l'on doit les effets spécifiques des diverses maladies miasmatisques.

Tous ces germes vivants, aussi barbares d'action que de nom, ont été étudiés avec soin. On a pu les isoler, décrire leur forme, donner leurs dimensions, étudier leurs mœurs. Les germes que l'on a le mieux étudiés sont ceux que l'on rencontre dans les maladies charbonneuses, la variole, la fièvre typhoïde, la fièvre scarlatine, la fièvre puerpérale.

Dans le cours de l'été dernier Pasteur est parvenu à isoler les germes qui se trouvent constamment chez les sujets atteints de fièvre typhoïde. Il les a inoculés à des poules et à des lapins, et ces animaux ont éprouvé les mêmes symptômes que les typhiques. Il a remarqué qu'il faut un certain nombre de jours, après l'inoculation, pour que la maladie se déclare d'une manière régulière, juste le temps nécessaire au développement et à la reproduction des germes.

Quelques-uns de ces organismes, après avoir infecté un sujet ne paraissant plus trouver, dans le même individu, le milieu favorable à leur existence. Des lapins, atteints de fièvre typhoïde, après l'inoculation du ferment, semblent jouir d'une immunité complète, à une seconde et troisième inoculation.

Le même fait s'observe dans la variole. Tout le monde sait que la variole n'atteint presque jamais deux fois le même sujet.

D'autres animalcules ou germes végétaux paraissent se multiplier et vivre indéfiniment, par générations consécutives, dans le milieu où ils se sont implantés. C'est ce que nous remarquons dans certaines maladies de la peau : dans la gale, la teigne, le rille (eczéma infantile) etc.

Conclusion :

De toutes ces expériences, et au milieu même des nuages qui les entourent encore, mais qui finiront sans doute par se dissiper plus tard, il ressort pour nous un enseignement utile. Il est hors de doute maintenant que toutes ces maladies dites épidémiques, contagieuses, toutes ces fièvres dont on ignorait les causes, et appelées pour cela fièvres idiopathiques, toutes ces affections de la peau, si rebelles au traitement, que l'on a décrites avec tant de minuties et auxquelles on a donné tant de noms si difficiles à retenir ; il est hors de doute dis-je que toutes ces maladies reconnaissent pour causes des germes soit végétaux soit animaux.

Doit-on s'étonner maintenant que les préparations mercurielles soient si efficaces dans les maladies syphilitiques ; que l'iode, absorbé par les lymphatiques, fasse disparaître l'engorgement glandulaire ; que la quinine, à haute dose et donnée

à temps voulu, c'est-à-dire plusieurs heures avant l'attaque, empêche la reproduction des germes et par là même les symptômes qui les accompagnent? Il est facile aussi de s'expliquer pourquoi l'onguent de calomel et l'onguent de broxide de mercure agissent si bien contre la teigne, le prurigo, le rifle, etc. Le chlorate de potasse, l'acide sulfureux, le perchlorure de fer sont excellents dans les affections diphthéritiques. L'acide carbonique, injecté à la base d'une pustule maligne, avant que le virus ait atteint la profondeur des tissus, enraye la maladie. L'acide arsenieux, administré à petite dose, est le remède héroïque contre les affections rebelles de la peau.

On peut maintenant, jusqu'à un certain point, expliquer l'action de toute cette classe de médicaments altérants, qui tous sont des poisons plus ou moins énergiques et que l'on emploie d'habitude contre les maladies contagieuses.

Ces médicaments étaient bons contre ces diverses affections, l'observation l'avait démontré. Aujourd'hui, on prouve qu'ils sont bons, parce qu'ils sont des poisons, et qu'en cette qualité, ils détruisent les germes, cause immédiate de toutes ces maladies, restées si longtemps ignorées.

Je ne vous ai donné, ce soir, qu'un court aperçu des belles découvertes qui ont été faites de nos jours. Ces expériences se poursuivent avec ardeur, et nous avons tout lieu d'espérer que bientôt, nous pourrons soigner nos malades, avec la satisfaction de connaître leurs maladies, et le mode d'action des médicaments qui leur seront administrés.

DR N. FAPARD.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Des purgatifs chez les enfants.—Quand il y a lieu de purger un enfant, on n'a que l'embarras du choix des moyens.

S'agit-il d'un enfant à la mamelle? On prescrit du *sirop de chicori*. Il va de soi que ce sirop n'est nullement purgatif par lui-même. Il le devient par l'addition de la rhubarbe.

On peut avec succès administrer l'*huile d'amandes douces* additionnée ou non de quelques gouttes d'huile de ricin.

Un bon laxatif, c'est la *magnésie calcinée* à la dose d'un tiers de cuiller à café donnée dans de l'eau sucrée.

On a encore la ressource du *calmel* et de la *mannite*. L'extrait de manne sous forme de pastille, est très bien préparé en Angleterre et en Amérique. Chez les nourrissons, une pastille réussit très bien, dissoute dans un peu d'eau ou du lait.

Pour les sujets un peu plus âgés, les moyens manquent encore moins.

L'*huile de ricin* se prescrit dans le bouillon, dans du café, dans du tilleul, qu'on peut aromatiser avec du jus d'orange.

La *mannite* est administrée avec avantage, à la dose de deux ou trois pastilles.

On se trouve bien d'une infusion préparée avec 5 gr. de *follicules de séné*.

On a encore la ressource du *calmel* (0,05), ou de la *magnésie* (8 à 10 gr.) aromatisée au besoin avec du sirop de groseilles, de framboises, avec du jus de citron.

On peut donner un lavement évacuant ou dérivatif en faisant une infusion d'un verre d'eau pour 8 gr. de *séné* et 10 gr. de *sulfate de soude*.

—

Contagion de la rougeole — Le professeur Desplats (de Lille) fait remarquer que la rougeole est sur les muqueuses respiratoires et oculaires avant d'être sur la peau. C'est par ces voies que s'opère la contagion.

Le fait suivant en est une preuve remarquable: on réunit un certain nombre d'enfants dans une fête de famille et, parmi les vingt-quatre qui se trouvaient présents était une petite fille qui toussait un peu et que sa mère avait forcée à y aller, quoiqu'elle se dit fatiguée et eût un peu de fièvre. Personne ne remarqua qu'elle fût malade et on apprenait avec étonnement deux jours après qu'elle avait la rougeole. Elle n'avait donc été en rapport avec ses petits amis que quelques heures et deux jours avant l'éruption, et cependant sur les 23 enfants qui restaient, dix-huit eurent la rougeole dix à quatorze jours après. Il est probable que ceux qui échappèrent à la contagion avaient eu la maladie antérieurement. Le grand nombre des enfants atteints dans ce cas s'explique par l'habitude qu'ont les enfants de familles parentes ou amies de s'embrasser quand ils se rencontrent: on voit par cet exemple que cette pratique n'est pas sans inconvénients. M. Lancereaux a cité aussi des faits qui prouvent d'une façon extrême que la rougeole est contagieuse pendant sa période d'invasion. On peut donc en conclure qu'il est nécessaire d'isoler aussitôt que possible et sans attendre l'éruption, tout enfant chez lequel on soupçonne la rougeole; de ne point admettre à fréquenter d'au-

tres enfants, tout enfant provenant d'un foyer rubéolique: cette interdiction doit durer au moins une douzaine de jours, afin qu'on soit assuré que cet enfant ne porte pas en lui le germe de l'affection.

Lésions cardiaques dans la phthisie.—Le Dr Decroix étudie l'atrophie du cœur et la dilatation de ses cavités droites dans la tuberculose pulmonaire, et tire de son étude les deux conclusions suivantes :

1^o L'atrophie du cœur s'observe fréquemment dans les cas de phthisie à marche lente avec détérioration de tous les viscères, altération de toutes les fonctions de l'organisme.

2^o La dilatation des cavités droites doit surtout se rencontrer dans la forme fibreuse de la phthisie chronique, avec lésions concomitantes d'emphysème et accès de dyspnée paroxystiques.

Sur la meilleure manière d'administrer l'acide salicylique.—Le Dr Thomas a rappelé récemment l'attention sur un mode d'administration de l'acide salicylique qui lui a réussi souvent dans beaucoup de cas de rhumatisme articulaire aigu, sub-aigu ou même chronique. La formule qu'il recommande aurait l'avantage de ne point troubler le système digestif, d'être facile à prendre, de renfermer une dissolution parfaite de l'acide salicylique, d'être tout à fait active. Elle ne produit pas de mauvais effets sur le cœur, et déprime moins que le salicylate de soude.

Voici la formule :

Eau de menthe poivrée.....	iv
Acétate de potasse.....	ij
Acide salicylique.....	ss
Limonade citronnée.....	ij

Pour préparer on met la potasse et la menthe poivrée dans un mortier de porcelaine, puis on ajoute graduellement l'acide en triturant jusqu'à parfaite solution, et en ajoutant plus tard le sirop. La dose est une cuillerée à bouche toutes les 2, 3 ou 4 heures, ou plus souvent, suivant la violence de l'attaque. Cette dose donne 20 grains d'acide pour 80 grains d'acétate. Chez les malades très robustes dont le rhumatisme n'est pas compliqué, le Dr Thomas donne également des injections de morphine. La convalescence arrive ordinairement au bout de

5 à 6 jours.—*Paris médical*, d'après *The American Practitioner*.
—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*.

Anesthésie par le protoxide d'azote.—Le Dr Blanchard résume ainsi, d'après les idées de son maître Paul Bert, les indications thérapeuthiques et la physiologie de l'anesthésie par le protoxide d'azote.

1^o Le protoxide d'azote, administré sous tension et mélangé à l'oxigène, produit en quelques secondes une anesthésie profonde.

2^o Dans ces conditions, il peut entretenir la vie indéfiniment et on se trouve complètement à l'abri de l'asphyxie.

3^o En augmentant ou diminuant la pression, on peut régler à volonté et mathématiquement la marche de l'anesthésie. on n'est menacé de la sorte par aucun des accidents qu'on encourt si on fait usage du chloroforme ou de l'éther.

4^o Dès qu'on cesse l'inhalation du protoxide d'azote, le patient revient à lui en quelques secondes et il n'éprouve aucun malaise consécutif.

5^o Le protoxide d'azote se dissout simplement dans le plasma sanguin; dès que l'inhalation a cessé, il s'échappe par le poumon. Son emploi n'amène donc aucun trouble dans la nutrition ou aucune modification dans la composition chimique des organes.

6^o La nécessité pour l'opérateur et ses aides de se placer dans l'air comprimé ne saurait être redoutée; l'air comprimé est très efficace dans le traitement des catarrhes de la muqueuse nasale, de la trompe d'Eustache et en général des voies respiratoires.

7^o En raison de tous ces faits, le protoxide d'azote semble être bien supérieur au chloroforme ou à l'éther, tant à cause de la profonde anesthésie qu'il procure que pour la grande innocuité qu'il présente. En ne dépassant pas une pression de 0^m.30 de mercure, il est absolument impossible de faire courir au malade un risque quelconque par le seul fait de l'anesthésie.

8^o Dans tous les cas où on emploie actuellement le chloroforme et l'éther, partout où il sera possible de l'employer, le protoxide d'azote devra remplacer définitivement les deux anesthésiques.—*Revue de thérapeutique Médico-Chirurgicale*.

L'épistaxis et son traitement.—Nous croyons devoir résumer, d'après le récent travail du Dr Vienot (th. de Paris,

1880), les connaissances que le praticien doit toujours avoir présentes à l'esprit quand il a affaire à l'important symptôme épistaxis. L'épistaxis répétée doit attirer l'attention sur l'état du cœur et du foie, surtout chez les adultes et les vieillards. Peu grave au début des fièvres éruptives, l'épistaxis est fort dangereuse pendant la période d'éruption, car elle précède souvent des hémorragies dans d'autres organes. De même l'épistaxis de la coqueluche est un danger sérieux. Au début de la fièvre typhoïde, elle est défavorable; pendant la période d'état ou de déclin, elle indique une altération profonde de l'économie, surtout quand elle ne détermine pas un notable abaissement thermique. Dans la cirrhose et l'ictère grave, l'épistaxis est fâcheuse: dans la diphthérie elle indique la propagation des pseudo-membranes aux fosses nasales, etc.

Les causes de l'épistaxis étant nombreuses et variées, malgré le même phénomène toujours apparent, c'est-à-dire l'hémorragie, le traitement de ce phénomène morbide exige l'emploi de moyens curatifs fort différents les uns des autres.

S'arrêtant le plus souvent d'elle-même au bout de quelques instants, l'épistaxis ne réclame aucun traitement. So montre-t-elle chez un vieillard, il est généralement utile de la respecter. Quand il n'existe aucune raison pour respecter l'épistaxis, ou quand elle menace par son abondance et sa durée de produire des accidents, il faut agir avec une énergie proportionnée à l'urgence de la situation. Séjour à l'air frais, élévation de la tête avec occlusion de la narine qui saigne et élévation du bras correspondant à celle-ci, application de compresses froides sur le nez, le front, morceaux de glaces, d'amadou dans le nez.

Tel sont les moyens le plus habituellement employés dans les cas de moyenne intensité. Dans les cas plus graves, injection de liquides astringents dans les narines, reniflement de poudres également astringentes, sinapismes, bains de pieds sinapisés, tamponnement simple ou avec bourdonnets de charpie imprégnés d'une solution étendue de perchlorure de fer, tels seront les moyens à employer, concurremment avec la compression des carotides et la ligature serrée des quatre membres au-dessus des genoux et des coudes (Frank).

En même temps on peut donner à l'intérieur des préparations astringentes soit du ratanhia, soit du perchlorure de fer. On peut également essayer les injections sous cutanées d'ergotine.

Quant aux moyens d'arrêter l'épistaxis chez les enfants, le Dr Jules Simon a, selon nous, conseillé le meilleur.

On prend de l'amadou qu'on découpe en lanières, large d'un peu moins de 1 centimètre. On les introduit le plus loin pos-

sible dans les fosses nasales jusqu'à ce que cette cavité soit bien remplie. Cela fait, une dernière lanière est placée transversalement sur l'orifice des narines; il n'y a plus qu'à fixer le tout au moyen d'une petite bande qu'on serre sur la tête. Il y a quelquefois nécessité de tremper l'amadou dans une solution titrée de perchlorure de fer. Dans tous les cas, le tamponnement postérieur des fosses nasales au moyen de la sonde de Belloc, doit être rigoureusement proscrit. C'est là, en effet, une manœuvre très difficile à cause des mouvements de l'enfant; elle produit des nausées et ne produit pas de meilleurs résultats que le procédé dont il vient d'être question.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Les abcès hépatiques.—Le professeur Brown-Sequard a communiqué au Dr Hénocque la communication originale de de M. Hammond sur ce sujet à la Société neurologique de New-York. Nous en reproduisons les intéressantes conclusions :

Les abcès du foie sont probablement beaucoup plus communs chez nous (Amérique du Nord) qu'on ne le suppose généralement.

Ils peuvent exister sans produire aucun symptôme local ou les troubles fonctionnels généraux, que l'on considère habituellement comme caractéristiques de leur présence.

Ils peuvent être associés à l'hypochondrie et à d'autres symptômes de lésions cérébrales.

On devra les ouvrir le plus tôt possible, sans attendre qu'ils se forment des adhérences entre le foie et les parois abdominales.

Le lieu d'élection pour l'opération de l'aspiration est l'un des espaces intercostaux; ce point est très important, comme l'a démontré le docteur Davis; l'opération par l'aspiration est exempt de danger. En effet, le docteur Davis n'a jamais constaté de complications à la suite de l'aspiration et le docteur Imenès (de Mexico), sur une centaine de ponctions du foie à travers un espace intercostal, n'a jamais vu l'opération suivie de péritonite; le docteur Tansky (de New-York), dans son article remarquable, exprime la même opinion.

Dans tous les cas d'hypochondrie ou de mélancolie, la région du foie devra être explorée avec soin, et même, si la fluctuation ne peut être perçue, ou si aucun autre signe d'abcès n'est découvert, l'aspiration, étant une opération sans danger, devra être pratiquée (*should be performed*).

Si le pus est évacué, on peut s'attendre à ce qu'elle soit suivie de la guérison des troubles de l'intelligence, en même

temps qu'elle met la vie du malade à l'abri des conséquences probablement fatales de l'abcès du foie.

Enfin, si l'on ne découvre pas d'abcès, le malade restera dans un état qui n'est pas pire que celui qu'il présentait avant l'opération.

Traitement de la diarrhée infantile cholériforme, par le docteur A. LUTON.—Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance d'une affection qui décime la première enfance, et contre laquelle la thérapeutique est à peu près désarmée. Le *cholera infantile*, puisqu'il faut l'appeler par son nom, doit être considéré comme le terme extrême des troubles gastro-intestinaux, si fréquents à cette époque de la vie, et trois causes principales président à la déplorable mortalité qui en est la suite: le *mauvais régime* des enfants qui ne sont pas nourris au sein, la *saison chaude* et la *première dentition*. Ces diverses influences, s'exerçant séparément ou simultanément, rendent compte du lourd tribut que ces êtres fragiles payent à la mort, alors qu'il y aurait un si puissant intérêt à les lui disputer.

Les moyens qu'on oppose d'ordinaire à ce fléau sont bien insuffisants, et ce n'est pas avec des *lavements d'amidon*, de l'eau de riz, du *sirod de coings*, voire même avec du *sous nitrate de bismuth* ou quelques *gouttes de laudanum*, etc., qu'on peut conjurer un mal dont l'imprévu et la rapidité défient la sollicitude la mieux émeillée. Ce qu'il faut en pareil cas, c'est un remède simple, facile et sûr, susceptible d'être vulgarisé et de s'employer même avant la venue du médecin, car le moindre retard de nature à compromettre le succès.

Voici donc le plan que nous avons adopté, et qui, depuis plusieurs années, nous a donné les seuls résultats satisfaisants que nous ayons obtenus contre un mal si justement redouté des mères de famille et des praticiens eux-mêmes.

L'enfant est d'abord soumis à une *diète absolue*. On supprime rigoureusement ce qui a pu, à titre de mauvais régime, provoquer l'explosion des accidents. Dans ces circonstances, tout est nuisible et se retourne contre l'intéressé: *lait de médiocre qualité*, *bouillie de farine ou de fécule* plus ou moins *sucrés*, *aliments de facile accescence* susceptibles de transformations en substances acides et irritantes, et pris à l'aide de *biberons compliqués*, *réceptacles de ferments* tout prêts à agir.

On donne alors pour *unique boisson* ou *aliment* de l'eau pure et froide, et cela à *discretion*, avec un *biberon parfaitement nettoyé* ou avec un simple verre à boire. Or, il n'est pas d'en-

fant, si jeune qu'on le suppose, qui ne se jette avec avidité sur ce liquide, que son instinct lui révèle comme une chance de salut : il boit, sans pouvoir se désaltérer en quelque sorte, et jusqu'à indigestion. Cependant les vomissements s'arrêtent dès le premier abord, et bientôt après la diarrhée elle-même, à partir du moment précis où les matières péccantes ont été évacuées. L'enfant ne se lasse pas de sa boisson, qui le calme et le rafraîchit, sans ajouter de nouveaux aliments d'irritation et de combustion intime.

On peut, à dater de cet instant, considérer le résultat comme acquis, dût-on passer encore par quelques révoltes tardives de l'estomac et des intestins ? Il faut environ vingt-quatre heures de ce traitement pour que tout danger soit écarté, et l'on sait si la maladie en question ne va pas quelquefois plus vite que cela. Elle est à la fois domptée et par l'interposition d'un liquide tempérant et de vertu toute négative, et par l'inanition des ferments de l'accessence. C'est le même principe que celui adopté par nous dans le traitement de la fièvre typhoïde, sous le titre de *diète hydrique*, et de même pour tous les cas d'affection gastro-intestinale à marche suraiguë et à tendance phlegmasique; les gastro-entérites symptomatiques, soit d'un régime mauvais, soit d'une virulence quelconque, rentrent dans cette catégorie : nous croyons inutile d'insister sur une théorie qui s'impose d'elle-même. (*Nouv. Dict. du méd. et de chir. pratique*, T. XIV, p. 287.)

Le point délicat, dans les circonstances présentes, c'est le retour à l'alimentation normale. Sans sortir de la voie où l'on est engagé, on se contente d'abord de blanchir, par quelques gouttes de lait non bouilli, l'eau froide que l'on continue à présenter à l'enfant : puis on augmente peu à peu la proportion du lait, jusqu'à le donner presque pur. Mais, pendant quelques jours encore, on ne permet que le lait froid et non sucré, jusqu'à ce qu'on soit entièrement rassuré sur le compte de l'enfant, et l'on doit s'entourer des mêmes précautions, et même revenir au régime primitif (*diète hydrique*), tant que, par l'éloignement des causes primitives du mal, on n'est pas garanti contre le retour des mêmes désordres.

Supposons, maintenant, le cas où l'affection se montre avec des allures moins foudroyantes, ou bien celui où, après une explosion subite d'accidents cholériformes, le mal se prolonge sous l'aspect d'une gastro-entérite aiguë. Nous sommes ici sur un terrain plus connu, et avec une plus grande latitude de mouvements. La médication que nous mettons en usage se rapproche aussi davantage de ce qui est généralement admis. Nous avons alors recours au nitrate d'argent, que nous manions

avec une certaine hardiesse; c'est ainsi que nous donnons cinq centigrammes de ce sel cristallisé dans vingt-cinq grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerée à café d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures, jusqu'à ce qu'une rémission évidente se manifeste dans la marche des symptômes gastro-entériques. Il arrive le plus souvent qu'on n'a pas à administrer plus de deux ou trois cuillerées à café de la solution indiquée.

Il va de soi que la *diète absolue* et l'usage de l'eau pure et froide en boisson sont, en pareil cas, plus nécessaires que jamais, et le retour au régime habituel se fait au moyen des mêmes transitions que dans notre premier cas. Mais nous ajouterons, comme complément à ce que nous avons dit, que si par hasard le lait, même dilué à l'extrême, n'était pas supporté, on emploierait avec avantage la *décoction blanche de Sydenham*, excellente préparation dont on aurait bien tort de se priver.

Puis, à la suite, si un régime exclusif et exceptionnel était indispensable, on aurait recours à la viande crue pilée, et spécialement à la viande de mouton, qui, outre son avantage de ne pas exposer au *torvix*, convient mieux que toute autre dans les maladies des voies digestives.

Enfin, l'influence de la première dentition se faisant sentir et jetant l'enfant dans une sorte d'érythème, voisin de l'état convulsif, il y aurait lieu d'administrer de très-petites doses de morphine en injections sous-cutanées: un milligramme à la fois, par exemple.

Telle est, en résumé, la marche à suivre dans l'une des circonstances les périlleuses de la vie des jeunes enfants. Sa simplicité même plaide en sa faveur et la rend au moins réellement pratique. Après avoir contrôlé son efficacité, il y aurait donc lieu d'engénéraliser les principes. Il faudrait réduire ceux-ci en quelques formules simples, qu'on inscrirait parmi les recommandations des Sociétés protectrices de l'Enfance, qu'on enseignerait aux nourrices, qu'on enseignerait dans les Maternités, et qu'en un mot on vulgariserait de toutes les manières. Il importe que les choses soient présentées sous cet aspect d'utilité immédiate et d'urgence même, car le succès, avons nous dit, dépend de la promptitude à instituer les secours: toute hésitation, tout compromis rendraient vaine une médication qui doit sa réelle efficacité à une entente approfondie de l'hygiène de la première enfance.

Nous ne croyons pas pouvoir mieux faire, en terminant, que de résumer ce que nous avons dit dans les trois préceptes suivants:

1^o Supprimer toute alimentation, cause immédiate possible

du mal, conduisant d'ailleurs à l'inanition des ferments molybiés ;

2^o Donner à discrétion de l'eau pure et froide, (diète hydrique), pour tonifier l'intestin et hydrater le sang.

2^o Revenir progressivement à un régime plus rationnel, en maintenant pendant quelque temps encore la suppression des matières sucrées et l'action tonique du froid.—*Union Médicale et scientifique du Nord-Est.*



Moyen de prévenir les vomissements alimentaires chez les phthisiques et chez certains névropathes.— Nous avons reproduit dans le dernier numéro du *Lyon Médical* le moyen indiqué par M. Landouzy pour arrêter la toux quinteuse des phthisiques, et qui consiste dans l'injection hypodermique d'un peu d'eau distillée additionnée d'eau de laurier-cerise.

A cette occasion, nous apprenons que depuis plusieurs années M. le docteur Raymond Tripier emploie les injections sous-cutanées d'*aqua fontis* pour prévenir les vomissements alimentaires des phthisiques. Dans ce but, il injecte une seringue d'eau, soit avant, soit immédiatement après le repas. Sous l'influence de ces injections il a souvent vu cesser des vomissements qui persistaient auparavant, malgré l'emploi des divers moyens appropriés.

Il a pu arrêter de la même manière les vomissements de certains dyspeptiques, et notamment ceux des femmes dites nerveuses qui redoutent l'emploi de la morphine. C'est surtout à ces derniers malades qu'il convient de ne pas faire connaître la nature du liquide injecté.

Dans tous les cas, c'est au niveau de l'épigastre que l'injection doit être faite.

M. R. Tripier a cru remarquer dans quelque cas que l'effet de l'injection paraissait d'autant plus certain que l'eau était plus froide.—*Lyon Médical.*



Immunité pour le charbon et la septicémie, par LEMER (de Dorpat).—L'auteur a vérifié pour le charbon l'exactitude des faits constatés par MM. Chauveau et Toussaint, savoir :

1^o Que l'immunité pour le charbon peut cesser si le contagé est introduit en très grande quantité (Chauveau).

2^o Que le sang d'un animal charbonneux débactérisé, soit en

le filtrant, soit en le chauffant pendant 10 minutes à 55° cent. constitue un vaccin préservatif du charbon.

Mais, en outre, Lemmer a découvert que ce qui était vrai pour le charbon l'était aussi pour la septicémie.

Le procédé de M. Toussaint, pour fabriquer un vaccin anti-septicémique lui a parfaitement réussi. Soit un lapin septicémique, son sang inoculé fait succomber un second lapin à la septicémie, tandis qu'un autre lapin inoculé avec ce même sang préalablement chauffé pendant 10 minutes à 55° non-seulement ne meurt pas, mais est vacciné, *septicémisé*; et, en effet, ce même lapin, inoculé plus tard avec un sang d'une activité contagieuse rigoureusement établie par une expérience de contrôle, ne contractera pas la septicémie.

L'auteur espère que des faits de même ordre pourront être heureusement reproduits pour les autres maladies infectieuses. — (*Cent. f. d. med. Wissench.*, 27 novembre). — *Lyon Médical*.

De la pneumonie chez les enfants.—Diagnostic.—Traitement.—M. Jules Simon rappelle le souvenir de deux enfants qui lui ont été présentés à la consultation de samedi, 27 novembre. Tous deux, au premier abord, offraient les mêmes symptômes. Le premier sujet, une petite fille, je crois, âgée de sept ans, se présente dans un état d'hébétude et de prostration rappelant tout à fait celui de la fièvre typhoïde. La peau est sèche et brûlante, la langue, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe. Le ventre est un peu ballonné et douloureux: il y a de la toux depuis quinze jours: c'est une dothiéntérie.

À côté de ce tableau, et comme pour lui faire pendant, le brillant conférencier place celui d'un garçon de dix ans, que sa mère porte dans ses bras. C'est, en apparence, la même prostration que précédemment. La langue, bordée d'un liséré rouge, traduit un état fébrile accentué. On est tout naturellement conduit à songer à une fièvre typhoïde; mais pendant l'interrogatoire de la mère, le petit malade fait deux ou trois efforts de toux. Immédiatement on examine la poitrine et l'on constate de la submatité à gauche et en arrière, dans presque toute la hauteur du poumon; l'auscultation fait percevoir un bruit de souffle: il s'agit, dans ce cas, d'une pneumonie.

En résumé, nous avons ici un état général semblable à celui qui est produit par la fièvre typhoïde, et provoqué par une pneumonie.

Du reste, ce n'est pas là un fait insolite. D'une manière générale, la pneumonie s'accompagne chez les jeunes sujets d'une prostration ressemblant à celle de la dothiënthérie.

La fièvre est vive, mais la peau n'est pas sèche; il y a de la toux sans crachats, car d'habitude les enfants les avalent; le point de côté est l'exception; d'ailleurs le malade en raison de son âge, peut bien rarement nous éclairer à ce sujet.

Jusqu'à ce moment, c'est-à-dire tout à fait au début, on pourra se demander si cet état ne cache pas une fièvre éruptive; passez alors en revue les signes qui annoncent l'apparition de ces diverses fièvres. S'il n'y a eu ni vomissements, ni coryza, ni larmolement, si la conjonctive palpébrale n'est pas rouge, et ne présente pas ce que M. Jules Simon appelle le *coup de pinceau*, il ne faudra pas songer à la rougeole. L'absence des phénomènes qui traduisent la congestion de l'axe cérébro spinal feront rejeter l'idée d'une variole. Enfin, si une scarlatine devait apparaître, il y aurait les symptômes d'une pharyngite généralisée. Il ne faudra dès lors balancer qu'entre une fièvre typhoïde et une pneumonie.

Les phénomènes précités ont-ils fait brusquement leur apparition, il y a tout à parier qu'on aura affaire à cette dernière maladie. D'ailleurs l'auscultation lèvera les doutes qui pourraient subsister encore. Au bout de vingt-quatre heures en général, il sera facile de percevoir du côté de la poitrine des signes qu'on pourrait appeler négatifs. Ce sera souvent une diminution du murmure respiratoire, et surtout une expiration caractéristique, brève, éouffée, qui se traduira à l'oreille comme si l'enfant prononçait brusquement un *e* muet. Le lendemain vous commencerez à entendre des râles crépitants, puis du souffle.

La fièvre tombe souvent dès le cinquième jour. A ce moment l'enfant peut encore être prostré, non plus à cause de l'hyperthermie, mais plutôt à la suite de la secousse imprimée à l'économie par le brusque changement de la température qui descend quelquefois à 36°.

Le souffle persiste maintes fois sept ou huit jours, comme dans un cas rapporté par M. Jules Simon, en sorte qu'un médecin qui ne serait pas prévenu du fait, pourrait croire à une induration chronique du poumon. Il ne faut donc pas se tromper à ce signe et se rappeler, en thèse générale, que, plus l'apparition du souffle est tardive chez les jeunes sujets, plus il met de temps à disparaître.

Il n'est pas rare de voir la pneumonie se montrer inopinément, et s'accompagner de vomissements et de convulsions. L'abattement du petit malade est complet; les traits expriment

l'hébétude. Le médecin, appelé à ce moment, interprète fausement ces symptômes qui semblent indiquer ce que l'on est convenu d'appeler l'état cérébral et laisse échapper le mot de *méningite commençante*. Certes, le diagnostic peut être difficile et l'embarras du praticien est aisé à comprendre; mais il ne faut jamais se hâter de se prononcer sur une affection dont on doute. Si vous avez des raisons de croire à une méningite, contentez-vous *in petto* d'en soupçonner l'existence, mais n'affirmez rien, car lorsqu'il s'agira d'une pneumonie, cet aspect cérébral peut disparaître en vingt-quatre heures, et l'auscultation vous permettra de poser le véritable diagnostic.

Traitement.—Nous avons dit que la pneumonie chez l'enfant s'accompagne presque toujours d'un état de prostration, rappelant celui de la fièvre typhoïde. La première indication qui ressort nettement de cette situation, c'est de soutenir le patient et de lui permettre de vivre jusqu'à ce que la maladie ait accompli son évolution. Il ne faut consulter que la résultante des forces de l'économie, *quid valeant humeri*.

Ne donnez pas de vomitif, sous prétexte de débarrasser les bronches des produits morbides qui les obstruent. Le petit malade sera tellement affaibli, qu'il ne pourra réagir, le vomissement ne se produira pas, et le résultat le plus clair obtenu par cette pratique, aura été de débilitier encore le patient. Insistez plutôt sur l'alcool, qui agira contre la maladie comme une épée à deux tranchants, en diminuant la température et en soutenant les forces de l'enfant.

Deux ou trois jours après le début de la pneumonie, mettez un petit vésicatoire volant, que vous pourrez remplacer ensuite une ou deux fois, si le souffle persiste. On le laissera en place, trois, quatre, cinq heures au plus. Il est difficile, sans doute, de bien interpréter l'action physiologique de ce médicament, et il est des médecins qui le rejettent absolument de leur pratique, mais il donne de bons résultats, et jusqu'à plus ample informé, ne vous privez pas d'un agent qui a fait ses preuves.—*Le Concours médical.*

Méningite tuberculeuse.—**Diagnostic.**—Nous avons vu, samedi dernier, un enfant de trois ans, malade depuis quinze jours, et qui nous a été apporté à la consultation par une concierge. Cette femme n'a pu nous éclairer à son sujet. Tout ce qu'elle a pu dire, c'est que le patient était abandonné, et qu'il était dans une mansarde, pendant que son père travaillait, et qu'un médecin du bureau de bienfaisance l'a visité une fois. Il n'est

donc pas facile d'être renseigné sur les premiers temps de la maladie.

Ce qui frappe d'abord chez cet enfant, c'est l'aspect cérébral qu'il présente. Le cou est raide, la tête rejetée en arrière, la figure stupéfié, grimaçante par moments. Il y a du strabisme, de l'inégalité des pupilles. Les facultés intellectuelles semblent obtuses, le malade entend mal. En outre, on remarque de l'hémiplégie à droite.

Il y a un léger état fébrile; la respiration est inégale et irrégulière, le pouls bat lentement et sans régularité.

Il ne faut pas songer à une fièvre typhoïde, car dans cette affection, et sans rappeler tous les symptômes qui la caractérisent, la température est beaucoup plus élevée: on ne remarque ni strabisme, ni irrégularité de la respiration. Enfin; le pouls est régulier. Elle peut débiter, il est vrai, par des vomissements, des cris de la nuit: il peut même y avoir un état d'allanguissement qui pourrait dans certains cas simuler l'aspect cérébral, mais les caractères de la fièvre et du pouls, surtout après quinze jours, la feront différencier facilement de la méningite tuberculeuse.

La méningite tuberculeuse, se traduit d'abord par de la douleur de tête, des cris nocturnes, dits cris hydrocéphaliques. En même temps il y a une grande agitation plus marquée la nuit. L'enfant a l'aspect cérébral: les sourcils sont froncés, il y a du strabisme, de l'inégalité des pupilles; la vision est obtuse, la figure grimaçante par intervalles.

On remarque, en outre, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, se succédant presque au même moment. Il faut noter que les vomissements sont spontanés, subits, se produisant sans efforts, et par une contraction brusque et spasmodique de l'estomac et de l'œsophage. Ils ont encore ceci de particulier, c'est qu'ils se répètent à chaque instant. Dans la rougeole, la variole, etc., nous trouvons bien des vomissements, mais ils se font avec plus d'efforts et ne sont pas, à beaucoup près, aussi fréquents que dans la méningite.

Le ventre est excavé en bateau, la constipation opiniâtre et résistante à tous les médicaments. Les mouvements de la cage thoracique perdent un peu déjà de leur rythme habituel; ils commencent à montrer une légère irrégularité. On ne constate pas beaucoup de fièvre; le pouls est précipité mais n'offrant pas toujours la même fréquence. Ainsi, par exemple, il pourra battre à 130 le matin, et à 90 le soir.

Cette première phase que l'on désigne sous le nom de période d'excitation, dure en moyenne de huit à dix jours; puis, à ces phénomènes qui peuvent aller jusqu'à de petites convulsions et

à des contractures passagères, succède parfois une sorte de paralysie. La période d'accalmie commence. La fièvre tombe, l'enfant peut même recouvrer une partie de son intelligence. Ne vous laissez pas induire en erreur par ce symptôme qui ne manque pas de rendre l'espoir aux parents, et si jusqu'à ce moment on soupçonné la maladie sans pouvoir l'affirmer, il existe alors un signe capital, *pathognomonique*, c'est le ralentissement et l'irregularité du pouls. Dès que vous le constatez vous pouvez être sûr que vous avez affaire à une méningite tuberculeuse, c'est-à-dire à une affection qui ne pardonne pas. — *Le Concours Médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Le mal de Pott.—Le mal de Pott est une affection complexe qui consiste dans une alteration profonde ou des vertèbres ou des disques intervertébraux, caractérisée par l'élimination de la partie nécrosée et par une cicatrisation osseuse.

Les uns ont admis une nécrose, d'autres une carie. Nélaton voulait que ce fut toujours une forme du tubercule du corps des vertèbres; en somme, c'est toujours une affection amenant de la destruction des os.

- 1o Période d'invasion;
- 2o Période de destruction;
- 3 Période de réparation.

Pott n'admettait pas la période de réparation, mais ce dernier ne s'adressait qu'à des adultes, et on sait que chez les adultes le mal de Pott est toujours mortel, tandis que chez les enfants il guérit.

1o. *Période d'invasion.*—Le mal de Pott peut commencer par les ligaments ou les os, et l'ulcération se former au centre ou à l'extérieur de la vertèbre.

Dans certaines circonstances il y a une simple érosion, en *coup d'ongle* qui a enlevé comme un copeau à la colonne vertébrale; cette érosion s'agrandissant, peut s'étendre à une ou plusieurs vertèbres. M. de Saint-Germain insiste beaucoup sur cette érosion en coup d'ongle, qui peut expliquer les maux de Pott prolongés, c'est ce que l'on appelle la forme ulcéreuse. Il se forme des abcès non accompagnés de gibbosité, car il faut un certain temps pour que la vertèbre s'use.

Dans d'autres cas, il se forme un tubercule dans le corps de

la vertèbre; ce tubercule a une période de crudité, une de ramollissement et une de suppuration.

Une fois donc la vertèbre réduite à l'état de bouillie, la colonne vertébrale s'infléchit, il se forme une gibbosité. La colonne vertébrale peut résister pendant un certain temps à la destruction de la vertèbre, grâce à la partie postérieure de cette dernière. Pour comprendre ce phénomène, divisons, avec Bouvier la colonne vertébrale en deux parties: le rachis antérieur et le rachis postérieur.

Le rachis antérieur comprend le corps des vertèbres, le rachis postérieur comprend les apophyses épineuses avec leurs lames et les apophyses transverses. Une fois le rachis antérieur détruit, c'est le rachis postérieur qui soutient la colonne; mais on comprend combien ce point d'appui est faible et que le moindre traumatisme puisse faire effondrer la colonne. Il y a donc un travail préexistant qui mine la vertèbre, et le traumatisme qui arrive, ne fait qu'accélérer la marche des choses; jamais donc le mal de Pott n'est traumatique d'emblée.

Quand les choses se passent lentement, dès que le corps de la vertèbre est assez ramolli pour être incapable de supporter le poids du tronc, il s'affaisse sur lui-même; la vertèbre supérieure manquant d'appui en avant, mais soutenue en arrière par les apophyses épineuses, exécute un mouvement de bascule par lequel son apophyse épineuse se redresse et devient saillante; de là une gibbosité.

Période de destruction.—La formation de l'angle caractérise cette période. Cet angle est à peu près médian; il a un caractère particulier, il est brusque. Jamais ce n'est une convexité postérieure analogue à une cyphose, c'est un véritable promontoire.

Quelquefois, cependant, la courbure du mal de Pott peut ressembler à une gibbosité cyphotique; s'il n'y a qu'une ou deux vertèbres de détruites, l'angle est aigu, mais s'il y en a cinq, six et même huit vertèbres atteintes, l'angle est moins prononcé. La gibbosité est médiane, car le tubercule enkysté se trouve au milieu de la colonne; il peut se trouver cependant sur les parties latérales, de là, inflexion du tronc soit à droite, soit à gauche; on cite même le mal de Pott postérieur. Le mal de Pott peut être multiple, Bouvier a trouvé deux cas dans lesquels il y avait deux et trois maux de Pott; dans ce dernier, chaque mal de Pott était séparé par des intervalles de vertèbres saines avec une série de petits promontoires séparés par des concavités.

Période de réparation.—Quand il n'y a qu'une érosion, la réparation est simple; il se produit une sorte de bourgeonn-

ment et la petite plaie se recouvre. Cette réparation est si facile que beaucoup de cas de mal de Pott ont pu passer inaperçus.

Lorsqu'il y a effondrement, il se passe un phénomène analogue aux guérisons des fractures. La cavité bourgeoise, de véritables parties osseuses partent des parties supérieures et inférieures, empêchant la gibbosité de s'accroître. Au bout d'un certain temps, les stalactites osseuses disparaissent en partie, et dans la cavité on trouve un tissu osseux éburné qui constitue le cal.

Lésion de la moelle.—La moelle est rarement atteinte; quelquefois on observe des fourmillements, une faiblesse des membres, de la paraplégie avec incontinence d'urine et des matières fécales; tous ces faits sont rares. La moelle ne peut être atteinte que dans la formation de l'angle, mais le rachis postérieur la protège; les lésions peuvent exister dans le cas d'effondrement brusque.

Diagnostic.—*1^o Période latente.* L'enfant menacé se fatigue sans avoir rien fait, il y a une fatigue générale qui se traduit par une envie de s'asseoir ou de se coucher, de plus, l'enfant perd le sentiment de l'équilibre; il s'appuie sur les meubles en passant dans une chambre, et ne va jamais directement d'un point à un autre; le soir il a un petit accès de fièvre; il se plaint habituellement des reins.

2^e Période.—L'enfant a des crises nocturnes; le premier est aigu comme s'il avait reçu un coup; ce qui arrive dans le premier sommeil, comme dans la coxalgie, parce que souvent à ce moment l'enfant éprouve comme une sensation de chute, de glissement; alors, par un mouvement brusque, il contracte fortement ses muscles spinaux, avec l'intention de se rattraper ou de se relever. Ce phénomène est assez fréquent chez les adultes.

Il y a une douleur fixe qui siège toujours sur la colonne vertébrale au niveau de la vertèbre malade.

On constate de la raideur dans les mouvements de la colonne vertébrale; c'est facile à vérifier par la suspension par les pieds. On place l'enfant sur le ventre et on lève ses jambes par les malléoles; si l'enfant est sain, la colonne vertébrale, semblable à un grand ressort, formera une courbe très prononcée. Si il y a mal de Pott, le petit malade fait le gros dos, sa colonne vertébrale se tient raide.

On pourrait confondre le mal de Pott avec la scoliose, mais qui dit mal de Pott dit immobilisation spontanée; dans la scoliose, au contraire, il y a grande mobilité, grande souplesse sans jamais de douleurs. La cyphose rachitique peut simuler

un mal de Pott où il y aurait plusieurs vertèbres atteintes; on sait que la cyphose rachitique est très rare chez l'enfant.

Le diagnostic différentiel avec la rachialgie rhumatismale sera fait par le siège et la durée de la maladie; nous ne ferons que citer le lumbago, qu'on n'observe pas chez l'enfant.

Formes du mal de Pott.—On a prétendu que, suivant la forme de la gibbosité, suivant la forme et la courbure et suivant la région, on pourrait distinguer le genre de lésions: tout cela est inexact. Le seul signe que l'oi. puisse donner, c'est l'abcès parfaitement limité au rachis; dans ce cas, il y a un mal de Pott probable par érosion.

Conséquences du mal de Pott.—Le produit du mal de Pott est l'abcès par congestion, surtout dans la forme tuberculeuse. Ces abcès sont stationnaires ou migrateurs. Si le pus reste sur place, il s'accumule et vient faire saillie sous la gibbosité. Si le pus est abondant, il fuse, arrivé dans la fosse iliaque, passe sous l'arcade de Fallope, se monte à la partie interne de la cuisse et peut descendre jusqu'au genou; c'est l'abcès ilio femoral.

D'autres fois le pus fuse en arrière par l'échancre sciatique, de là dans la fesse, arrive à la partie postérieure de la cuisse jusque dans le creux poplité.

Diagnostic d'un abcès par congestion.—Il faut d'abord avoir soin de purger l'enfant, ensuite on le place sur le dos, on lui fait fléchir les cuisses et ouvrir la bouche, afin de mettre les muscles abdominaux dans un état complet de relâchement; si l'on n'y arrive pas par ce moyen, on emploie le chloroforme. Puis, en déprimant doucement la paroi abdominale, et allant à la rencontre de la colonne vertébrale, on sent un boyau allongé venant se perdre dans la fosse iliaque. Lorsque l'abcès a passé sous l'arcade de Fallope, il est facile à diagnostiquer, on pourrait tout au plus le confondre avec un abcès ganglionnaire; un abcès par congestion est fluctuant et réductible: avec une main, déprimant la paroi abdominale, et l'autre pressant sur l'abcès au niveau de l'arcade de Fallope, on peut facilement se renvoyer le pus par fluctuation.

L'abcès postérieur est plus difficile à reconnaître: on peut le confondre dans l'échancre sciatique avec un cancer encéphaloïde, avec une sciatique, à cause de la douleur produite par compression du nerf sciatique; la tuméfaction quelquefois énorme de la fesse peut mettre sur la voie.

On peut confondre les abcès par congestion avec les abcès ossifluents venant des côtes ou du sternum; ces derniers ne sont pas loin et sont toujours accompagnés de douleurs soit du côté ou des côtes, soit du côté du sternum.

La myélite pourrait être confondue avec une paraplégie du mal de Pott; cette dernière est brusque et guérit ordinairement

au bout de trois mois à la suite de repos, tandis que cela n'arrive pas pour la myélite.

Pronostic.—Il se divise en deux cas : chez l'adulte, le mal de Pott est mortel, chez l'enfant le plus souvent il guérit, à moins d'affections thoraciques tuberculeuses.

Traitement.—Au point de vue du traitement, on peut diviser le mal de Pott en trois classes :

1^o Mal de Pott sans paralysie ni abcès ;

2^o Mal de Pott avec paralysie ;

3^o Mal de Pott avec abcès.

En tant que mal de Pott, le mal de Pott guérit ; mais il est incurable par ses complications qui sont soit la tuberculose, soit la méningite, soit le carreau, soit les abcès par congestion.

1^{er} cas. *Mal de Pott sans abcès ni paralysie* : le premier symptôme est la gibbosité. Dans ce cas on peut faire intervenir l'état général, c'est-à-dire si ce mal de Pott tient à la syphilis ; on pourra alors donner le traitement mixte (Bouvier). M. de Saint-Germain ne croit pas au mal de Pott syphilitique.

Si la cause est la scrofule, administrer l'iode sous toutes les formes ; en second lieu, les sulfureux en bains, en boissons ; en troisième lieu, les phosphates. Bouvier a nié l'influence des phosphates : M. de Saint-Germain, au contraire, dit que les phosphates bien administrées, produisent de bons résultats, surtout sous la forme du lactophosphates.

Les bains de mer ont aussi une grande influence, mais il faut les donner dans un moment propice. Dans le premier cas de mal de Pott, il y a deux périodes : la première ou période aiguë, est celle dans laquelle il y a des poussées inflammatoires ; les bains de mer seront sans résultat. Il faut les donner dans la période chronique, et encore faut-il prendre la précaution de ne pas les donner froids, à moins que l'enfant ne se trouve dans des conditions spéciales, qu'il soit très fort, que son système nerveux soit peu sensible. Le bain de mer doit être donné chaud. *jamais pur* au commencement ; car il développe de l'insomnie, un appétit exagéré, de la faiblesse, etc... ; on commence d'abord par mettre $\frac{2}{3}$ eau douce pour $\frac{1}{3}$ eau de mer, puis $\frac{1}{3}$ eau douce et $\frac{1}{2}$ eau de mer, ensuite $\frac{2}{3}$ eau de mer et $\frac{1}{3}$ eau douce.

Antoine Dubois avait préconisé un spécifique qui a eu une grande vogue ; c'était le liniment ammoniacal.

Il faut lutter énergiquement contre la tendance des médecins qui conseillent l'exercice, parceque, disent-ils, un enfant enfermé dans une gouttière, ne sortant pas, ne s'amusant pas, devient presque toujours phthisique ; au contraire, M. de Saint-Germain a toujours remarqué que l'enfant enfermé dans une gout-

tière engraisait et dit qu'il est toujours possible de le faire sortir de sa gouttière en ayant bien soin que la colonne vertébrale soit maintenue immobile. Bouvier a cité plusieurs observations d'enfants qui se sont guéris en prenant de l'exercice. Ces observations ne sont pas concluantes, parce que l'on avait affaire ou à des cas bénins, ou à une cyphose rachitique.

Il ne faut pas non plus essayer le redressement; c'est une mauvaise méthode pouvant amener de graves accidents et ne donnant pas de résultats pratiques.

Traitement local.—C'est l'immobilisation. Pour immobiliser, le séjour au lit ne suffit pas; un lit, tant dur soit-il, est toujours trop mou, et l'enfant finit toujours par s'y faire un petit creux; de plus l'enfant se couche comme les petit animaux, ni sur le dos, ni sur le ventre, mais en chien de fusil, c'est-à-dire avec une tendance à rapprocher son menton de ses extrémités inférieures. L'appareil qu'on devra employer en premier lieu sera la gouttière de Bonnet. Une fois l'enfant placé dans la gouttière, on peut laisser des mouvements aux jambes, mais il faut toujours avoir soin que le tronc soit bien immobilisé et ne jamais laisser enlever la sous-ventrière.

Si l'on veut sortir les enfants en hiver, on les introduit avec leur gouttière dans un sac en fourrure ou en peau de mouton et on les promène sur une petite voiture d'enfant; il faut supprimer l'usage des grandes voitures qui donnent de trop fortes secousses, même lorsqu'elles sont bien suspendues.

La gouttière de Bonnet remplit bien toutes les conditions voulues, mais elle a deux inconvénients: sa masse et sa dureté. M. de Saint-Germain a fait construire à bien meilleur marché, une gouttière en osier, légère, se pliant dans le sens de la largeur, et ressemblant assez bien au panneton des boulangers; le seul inconvénient de cet appareil, c'est l'imperforation.

Quant au corset, on ne l'emploie que quand la gouttière est devenue inutile; ce qu'on reconnaît à plusieurs signes: quand l'enfant ne souffre plus dans sa gouttière, quand il veut en sortir et manifeste le désir de marcher.

Le corset doit répondre à deux indications: 1^o présenter un appui solide sur le bassin; 2^o il doit avoir deux tuteurs qui remplacent les lames usées de la colonne vertébrale; il faut aussi que le poids de la tête porte le moins possible sur la colonne vertébrale.

Doit-on supprimer subitement la gouttière et le corset? M. de Saint-Germain n'est pas de cet avis, et conseille de prendre un moyen intermédiaire, par exemple le procédé des *béquilles* qui ont le grand avantage de soustraire la colonne vertébrale à l'action de la pesanteur, mais l'éducation en est très difficile.

L'éminent chirurgien des enfants a substitué aux béquilles le *chariot flamand* qui en a tous les avantages sans en avoir les inconvénients.

La *gymnastique* non-seulement est inutile, mais même nuisible en ce sens qu'elle expose aux récidives.

Les cautères ont joui d'une grande vogue, surtout en province, parce que, disait-on, ils empêchaient les abcès. Les cautères sont au mal de Pott, pour beaucoup de praticiens, ce que les sangsues sont à une inflammation.

Ce qui explique leur grande vogue, c'est qu'ils enlèvent la douleur; mais en revanche, ils ont un effet redoutable en amenant des fistules intarissables.

M. de Saint-Germain combat absolument l'usage des cautères, mais en revanche, il admet la cautérisation, non pas avec le galvano-cautère, mais avec le cautère actuel.

Les caustiques liquides sont mauvais, parce qu'on ne peut pas mesurer l'intensité de la brûlure.

2^e cas. Mal de Pott avec paralysie. Abandonnée à elle-même, la paralysie guérit presque toujours. Il y a antagonisme entre la paralysie et l'abcès par congestion, chose qui paraît curieuse, mais qui est bien explicable. En effet, dès que la moelle est dégagée de la compression produite par le pus et le détritns osseux, il n'y a plus de paralysie, il y a production d'abcès.

Le traitement à cette période, est le repos et l'immobilisation. On a essayé les bains de mer, traitement ni utile, ni inutile, parce qu'il s'adresse plutôt à un état général qu'à un état local.

Il en est de même des frictions et de l'électrisation qui ne sont que des moyens adjuvants.

3^e cas. Mal de Pott avec abcès. Si l'abcès s'ouvre spontanément, cette terminaison, redoutée par beaucoup de médecins, n'est cependant pas très fâcheuse, sauf chez l'adulte, à cause des réactions qui peuvent se produire, sur l'organisation (fièvre hectique, infections purulentes). Il faut au contraire, laisser les abcès s'ouvrir seuls, car la fistule qui se produit peut finir par se boucher. D'habitude on cherche à évacuer le pus le plus tard possible; il ne faut pas hésiter quand l'abcès s'est enflammé, ou bien, quand on craint une cicatrice vicieuse ou sur une fistule.

Comment doit-on ouvrir? Bouvier cite, pour le préconiser, le procédé d'Abernethy (méthode sous-cutanée). Mais tout ce qui est ponction est presque toujours nuisible; l'évacuation du pus est difficile, incomplète, à cause des grumeaux, des détritns qui se présentent à l'embouchure de la canule et l'obstruent;

puis la ponction entraîne toujours l'inflammation du pourtour de l'ouverture.

Chez les enfants où il n'y a que peu de réaction, on peut ouvrir largement. On commence par fendre l'abcès dans son plus grand diamètre, on vide et on éponge; puis on se sert d'un instrument très en vogue chez les Allemands, appelé *racllette*: on écarte les lèvres de la plaie; on racle la surface interne de l'abcès, qui se présente sous la forme d'une membrane pyogénique villeuse, et on transforme cette surface villeuse en une surface cruentée.

L'opération est longue et dure d'une demi-heure à trois quarts d'heure; ensuite on réunit par première intention, en ayant soin de ménager deux drains.

M. Trelat a présenté à la *Société de chirurgie* un malade opéré par ce procédé, dont la guérison avait été complète au bout de quatre jours.

Les *fistules* ont été traitées par la teinture d'iode (Brunet, Velpeau). Nélaton a décrit un procédé plus rationnel: il dilatait le canal de la fistule avec des tiges de laminaria, qu'il enfonçait le plus profondément possible; une fois ce canal dilaté, il poussait des injonctions de liqueurs de Villate. Il est probable qu'en retirant les tiges de laminaria, il raclait la surface du canal, et transformant ainsi la surface villeuse en surface cruentée, il obtenait la guérison.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Traitement des fractures.—Frappe des ennais, des inconvénients ou des dangers, 1^o des bandages inamovibles ou amovo-inamovibles amidonnés, dextrinés ou plâtrés; 2^o des coques ou valves modelées en zinc ou autre matière; 3^o des attelles en bois qui ont pour objet de contenir les tissus autour des os lésés, de maintenir ces os en rapport et de paralyser les contractions musculaires. J'ai renoncé depuis longtemps à tous ces appareils compliqués pour recourir exclusivement, dans tous les cas de fractures simples, multiples ou comminutives, à celui que je vais décrire.

Fractures simples ou multiples.—Le membre blessé est enveloppé d'ouate, de beaucoup d'ouate, de première qualité.

Cette ouate tomenteuse est recouverte ensuite d'une feuille de carton très épaisse, complètement imbibée d'eau, préalablement coupée et appropriée, pendant son application, de manière à embrasser le membre destiné à être immobilisé dans toute son étendue et toute sa largeur à l'exception d'un intervalle d'environ 1 centimètre qui doit subsister entre les deux bords de la feuille.

Par dessus le carton qui se moule comme une pâte molle sur le membre, on met un bandage roulé simple assez serré, comant plusieurs tours de linge les uns sur les autres.

On laisse sécher. Voilà tout.

Ce bandage se compose donc de *beaucoup d'ouate*, d'un carton très épais et d'une quantité suffisante de bandes roulées.

Fractures comminutives. — Même bandage auquel à l'aide d'un canif ou de la pointe des ciseaux on pratique une ou plusieurs ouvertures correspondant aux plaies cutanées. Ces ouvertures sont bordées d'un morceau de toile de gomme imperméable, qui recouvre en dedans l'ouate, en dehors le carton.

L'application de ce bandage est très facile. Il faut surtout que le carton soit d'une épaisseur notable.

On peut le fendre dans toute sa longueur avec des ciseaux ordinaires ou dérouler les bandes à volonté.

La valve unique en carton est assez élastique pour s'ouvrir au besoin, et être remise en place après examen des parties blessées.

Les plaies extérieures sont pansées à l'aide d'eau alcoolisée, acidulée ou phéniquée, une, deux ou trois fois par jour; et entretenues dans un état de *sécheresse* le plus complet possible, sans onguent ni graisse d'aucune espèce.

Dans le cas de gonflement excessif du membre au moment où l'on applique le bandage, il y a lieu quelquefois de resserrer ou rapprocher, plus tard, les bords longitudinaux du carton-valve ou du carton attelle; cela peut s'exécuter en imbibant ses bords d'eau chaude, et en les déchirant ensuite avec les doigts d'un bout à l'autre, afin de laisser toujours entr'eux un intervalle d'environ 1 centimètre.

Ce bandage est aussi solide que léger.

Il convient aux petites comme aux grandes fractures, aux doigts comme à la cuisse, quelques soient les complications possibles. Il se moule exactement sur chaque membre ou chaque portion de membre affecté, infiniment mieux que les coques modelées et les attelles préparées à l'avance, dont je n'ai jamais pu faire usage; et sans offrir les *pressions excentriques, irrégulières*, funestes souvent, soit pour les tissus comprimés soit pour les fragments osseux refoulés de côté, qu'exercent fréquemment les valves modelées en zinc ou en plâtre et les attelles en bois de bandage de Sneytet et autres modes de contention des membres fracturés.

Je pourrais maintenant citer des observations très nombreuses. J'en feris un volume. Je l'ai dit ailleurs, déjà bien des fois: il ne se passe pas un seul jour, depuis une vingtaine d'années, sans que j'aie à traiter un ou deux blessés, en moyenne,

des uns légèrement, les autres grièvement. On conçoit le nombre de bandages, petits et grands, que j'ai dû appliquer. Plus j'en applique et plus je me félicite d'avoir pris le parti de les confectionner d'ouate, de carton et de linge seulement, à l'exclusion de tout autre appareil ou ingrédient: C'est très expéditif et très avantageux.

Si je devais maintenant donner un nom au bandage que j'emploie à l'exclusion de tout autre dans les cas de fractures, je l'appellerais *bandage ouaté*, parce que c'est grâce à l'application d'une épaisse couche d'ouate, conformément aux recommandations du professeur Burggraeve, de Gand, à qui le mérite et l'honneur de cette importante révélation devraient revenir intégralement, qu'il m'a été possible de rejeter amidon, dextrine, plâtre, coques modelées et attelles en bois, pour les remplacer par une feuille de très gros carton empâtée d'eau et moulée sur le membre blessé.—HUBERT BOENS.—*Le Réveil Médical*.

—

Ponction des articulations pour les épanchements sanguins et purulents. — Depuis l'emploi de la chirurgie antiseptique, la chirurgie des articulations s'est transformée. Ce ne sont plus des "noli me tangere" pour le chirurgien, et on n'hésite plus guère à les ouvrir largement pour l'évacuation des liquides normaux et purulents accumulés dans l'intérieur.

Il y a, toutefois, un certain nombre de cas où ce serait abuser que de faire subir à la capsule articulaire une grande perte de substance, si la chose peut être évitée en évacuant l'articulation par des moyens moins radicaux. M. Périer s'est bien trouvé d'employer largement la ponction avec aspiration. Mais il l'a toujours accompagnée des précautions antiseptiques: lavage phéniqué de la région, lavage des instruments, du corps de la seringue avec la solution phéniquée forte, et après l'opération enveloppement du membre que l'on immobilise dans un large pansement phéniqué. Il emploie pour ses ponctions le plus gros numéro des canules de l'aspirateur.

Il a employé ces ponctions surtout dans les épanchements sanguins traumatiques du genou et s'en est bien trouvé. C'est ainsi que récemment sur deux hommes il a fait la ponction, tirant dans le premier cas 40 grammes et dans le second 150 grammes de sang visqueux. Sans autre intervention, ses patients, dont le mal ne s'atténuait pas jusque-là, qui souffraient et avaient un membre menacé d'immobilisation, ont rapidement guéri. La douleur a d'abord disparu après cette évacua-

tion, même peu abondante, et la convalescence a marché bien vite. M. Périer pense que cette manière d'agir est de tous les points préférable à l'expectation avec laquelle le temps de la guérison est beaucoup plus considérable et les chances de suppuration restent à redouter.

On ne sait pas toujours en effet les conditions dans lesquelles survient la suppuration, témoin le cas d'un homme de 45 ans actuellement encore dans le service, qui avait fait une chute sur le genou droit en tombant d'un tramway. Il avait eu un épanchement intra-articulaire immédiat, point d'apparence de réaction inflammatoire, et 10 jours après l'accident l'aspect du genou mettait en droit de penser qu'il n'y avait dans cette articulation que du sang pur ne se résorbant pas. Dans cette pensée M. Périer décida de pratiquer la ponction. Celle-ci donna du pus bien lié. Le genou avait suppuré sans réaction dans ce court espace de temps. Il est juste d'ajouter qu'après cette simple ponction, et sans l'application d'un topique résolutif quelconque, la guérison se fit rapidement et sans encombre, et aujourd'hui, six semaines après l'accident, le genou est dans le meilleur état.

L'indication de la ponction peut se rencontrer dans des cas plus graves encore. Un homme, actuellement dans le service, est depuis longtemps atteint d'une tumeur blanche du genou. Des phénomènes inflammatoires ont éclaté de nouveau du côté de son genou depuis peu, et un abcès évident s'était formé auprès de la tête du péroné gauche. En même temps le genou se distendait par du liquide.

Il était bien difficile de savoir s'il y avait communication entre l'articulation et le voisinage de la tête du péroné, ou si les phénomènes inflammatoires vers le péroné et le tibia s'accompagnaient seulement d'épanchement séreux dans le genou.

Les douleurs articulaires étaient vives, la température constamment élevée. M. Périer jugeait que si on avait eu la certitude qu'il y eût du pus dans le genou, l'indication de l'ouvrir largement était formelle. Il se décida à faire une ponction dans le genou, se promettant d'inciser largement la capsule sur la canule s'il trouvait du pus à la ponction. L'aspirateur ramena 80 grammes de pus environ; et cependant M. Périer eut la pensée, avant de recourir à l'incision, d'employer le procédé très répandu en Allemagne, qui consiste à distendre l'articulation en y injectant de l'eau phéniquée à 1/20, à bien laver l'articulation avec ce liquide et à le réaspirer.

Cette manœuvre fut suivie de l'effet le plus favorable. La fièvre tomba immédiatement pour ne plus remonter. Il y avait de vives douleurs, le genou devint insensible, et, à l'heure

qu'il est, 15 jours après l'opération, l'état est le plus satisfaisant et les choses paraissent marcher vers la guérison.

Dans ces diverses circonstances la ponction de l'articulation a joué un rôle très favorable, et M. Périer pense qu'on peut l'utiliser dans la pratique beaucoup plus qu'on ne le fait généralement, à la condition toutefois d'employer des précautions antiseptiques qui en assurent l'innocuité.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Traitement de l'adénite strumeuse par le thermocautère. — Gangrène dans le lipome. — M. Périer montrait dans ses salles un excellent exemple d'un traitement des adénites strumeuses, qui a été recommandé par plusieurs chirurgiens. Il consiste à traverser, en une série de points, le ganglion malade et plus ou moins suppuré avec une pointe fine de thermocautère. Cela donne une ouverture immédiate, une issue facile du pus, et provoque une réaction salutaire dans le ganglion, qui mène à la guérison.

Un jeune homme de dix-neuf ans, batteur d'or, était atteint, depuis trois mois, d'une adénite volumineuse et très douloureuse du pli de l'aîne droit. Il souffrait, et la tumeur n'avait aucune tendance vers la résolution. M. Périer, avec la pointe du thermocautère, la traversa en six points différents, il y a huit jours. Il y avait fort peu de pus. Mais en revanche la tumeur se métamorphosa avec une rapidité extraordinaire, car, huit jours après l'opération, elle est méconnaissable; la résolution est si bien faite, que sous peu toute trace en aura disparu.

Une femme de soixante-six ans présentait une transformation de lipome qui n'est pas très commune, une véritable gangrène. Cette femme portait depuis vingt ans, à la partie interne et supérieure de la cuisse, presque au-dessous du pli de l'aîne, un lipome du volume des deux poings. Cette tumeur était devenue fort gênante, et la pauvre femme avait les plus grandes peines pour s'asseoir et pour marcher. Malgré cela, elle menait une existence très fatigante, et probablement sous l'influence des irritations répétées de la surface de la tumeur la peau s'altéra, une partie de la surface s'ulcéra, une portion du lipome se gangrena au centre et il se forma une véritable caverne gangréneuse qui, depuis deux mois, donnait lieu à un écoulement de suppuration infecte. Chaque jour la caverne centrale faisait des progrès. Il était grand temps d'intervenir, et M. Périer procéda à l'ablation de cette tumeur en sacrifiant une étendue considérable de la peau très altérée. Malgré des

conditions très défavorables, dès le lendemain de l'opération, faite suivant la méthode antiseptique, la réunion était excellente dans les points rapprochés.

Cet accident dans la marche du lipome se rencontre à la suite d'irritation vive déterminant dans la tumeur des phénomènes inflammatoires. L'indication de l'ablation est alors formelle, à cause de la fétidité extrême de la suppuration et des complications qui peuvent survenir.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement de la "phlegmatia alba dolens."—M. E. Troisier résume ainsi, dans sa thèse d'agrégation, les moyens thérapeutiques employés pour le traitement de la *phlegmatia alba dolens* chez la femme enceinte: application de sangsues si la douleur est bien localisée, et de ventouses scarifiées si elle est vague, diffuse; frictions avec la pommade mercurielle simple ou belladonnée jusqu'à salivation; application d'un vésicatoire (Gendrin, Nonat), quand le mal est très limité. Il rejette la compression faite à l'aide d'un bandage roulé, parce qu'elle a le grave inconvénient, si méthodiquement qu'elle soit faite, d'exaspérer la douleur. Il conseille les laxatifs doux, et, à l'exemple des médecins anglais, le calomel à l'intérieur, en l'associant soit au camphre, soit à l'opium, soit à la digitale.

Le membre sera enveloppé de cataplasmes émollients et doucement frictionné de pommades et de liniments narcotiques, composées avec le baume tranquille, le laudanum, l'extrait de belladone (Grisolle). Trousseau recommande l'emploi des sachets de sable chaud.

On mettra le membre dans une position horizontale ou inclinée, en évitant, au moyen du cerceau, les poids des couvertures.

La malade gardera le lit plusieurs semaines; elle évitera les mouvements brusques, qui bien souvent facilitent la rupture ou le détachement des caillots. Pour le même motif, jamais on ne devra frictionner trop énergiquement les parties atteintes.

La compression, inutile sinon dangereuse au début des accidents, est le moyen le plus efficace à employer contre l'œdème persistant. Quelquefois, les malades seront condamnés toute leur vie au port d'un bas élastique.

Le même traitement convient à la *phlegmatia* de la convalescence des maladies aiguës.

Les liniments narcotiques, la position, les cataplasmes et les fomentations émollientes, tels sont les seuls moyens à employer dans les cas d'œdème douloureux qui se montrent à la dernière période des maladies organiques.

Traitement de l'albuminurie gravidique.—D'après le Dr L. Dumas, la première indication est de combattre l'hyperhémie et la phlegmasie des reins par les antiphlogistiques (sangsues ou ventouses scarifiées sur les lombes, suivies de cataplasmes émollients), les révulsifs intestinaux (purgatifs salins, huile de ricin, calomel). En même temps, on agira sur la circulation en la modérant avec des boissons tempérantes, une tisane avec l'acide nitrique, par exemple. En même temps on donnera des narcotiques locaux et généraux, ou prescrira une hygiène sévère. On évitera les diurétiques, qui surmèneraient le rein et seraient nuisibles, sauf la digitale, bon tonique circulatoire.

Les phénomènes aigus passés, on recourra aux diurétiques (eau et sels de Vichy), aux astringents (tannin, alun, acide gallique, perchlorure de fer), à l'arsenic, etc. On évitera l'emploi du seigle ergoté, on comprendra pourquoi. On conseillera les diaphorétiques, l'hydrosudopathie provoquée par l'étuve sèche, le massage, les frictions, d'une façon méthodique et constante. On peut essayer le jaborandi. En même temps, il faut soutenir les forces par la médication tonique, l'air pur, l'hygiène bien dirigée. On relèvera les fonctions gastriques avec les médicaments *ad hoc*: noix vomique, alcalins, pepsine, etc. On prescrira du régime les substances fortement azotées: œufs, crèmes, gâteaux, etc. On régularisera les fonctions du foie par une alimentation fractionnée, le calomel, les alcalins, les eaux minérales (Balaruc, Salins, Vichy).

Enfin, restent les agents préconisés pour rendre normaux les échanges nutritifs et résoudre la néphrite. Nos lecteurs connaissent: l'iode, l'iodure de potassium, le chlorure de sodium, la fuchsine, le chloral, etc.

Quant à l'accouchement prématuré artificiel, le Dr Léon Dumas pense que, lorsque l'état de la mère sera grave, on pourra le pratiquer, mais plutôt dans l'intérêt de l'enfant que dans celui de la mère. On devra donc prolonger le plus possible les autres modes de traitement.

Tarnier a vu, sous l'influence du régime lacté, l'albuminurie

diminuer rapidement chez les femmes enceintes; la décroissance ou la guérison ont été observées en moyenne de huit à quinze jours après le début du traitement. Si parfois ce traitement échoue, il a, en tout cas, le grand avantage de supprimer l'éclampsie; mais il ne faut pas se laisser surprendre par cette grave complication, car alors il est trop tard. On prescrit donc le régime lacté de bonne heure, avant que l'albuminurie, quelle que soit sa cause, ait pu, par le seul fait de sa durée modifier l'état anatomique du rein. Voici la formule du traitement de Tarnie, pour que ce traitement soit réellement efficace:

Le premier jour, 1 litre de lait, 2 portions d'aliments;

Le deuxième jour, 2 litres et 1 portion;

Le troisième jour, 3 litres et $\frac{1}{2}$ portion;

Le quatrième jour et les suivants, 4 litres de lait, ou lait à discrétion, mais proscription absolue de toute autre espèce d'aliments ou de boissons. Dans les cas graves, où le danger est imminent, il faut mettre d'emblée la malade au régime lacté absolu.—*Revue de Thérap. Méd.-Chirurgicale.*

Suspension et reprise de l'allaitement dans le cours d'une fièvre typhoïde.—Malgré les graves inconvénients qui peuvent résulter de l'interruption brusque de l'allaitement, on est généralement assez disposé à considérer toute maladie aiguë, de durée assez longue, comme nécessitant absolument cette suspension et comme empêchant même la sécrétion du lait de se reproduire consécutivement. Le fait suivant, contraire à cette manière de voir, indique la conduite qu'on peut tenir dans ces circonstances. Une malade, accouchée depuis deux mois et demi, entra dans le service de M. Siredey avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde; son enfant, jusque-là nourri au sein par elle, était très bien portant. Elle continua à le nourrir pendant les premiers jours de sa maladie, mais au bout de quelque temps la sécrétion lactée était insuffisante et l'enfant, pour lequel, par suite de diverses circonstances, on ne put avoir de nourrice, fut soumis à l'usage du biberon; à ce nouveau régime, et malgré la bonne quantité de lait qui lui était donné, la santé de cet enfant s'altéra rapidement, il fut pris de vomissements, de diarrhée verdâtre, il maigrit, présenta bientôt tous les symptômes du choléra infantile et sa physionomie s'altéra tellement qu'il était devenu méconnaissable en quarante-huit heures. Il allait succomber, lorsqu'une femme de la même salle, nourrissant déjà son enfant, voulut bien l'allaiter en même temps. Sous l'influence de ce

allaitement naturel, la diarrhée et les vomissements disparurent en vingt-quatre heures; tous les autres symptômes s'amendèrent et cet enfant qu'on croyait perdu, revint assez rapidement à la vie, pour qu'en moins de deux jours, il ait paru complètement hors de danger. Il fut ainsi nourri pendant une dizaine de jours et, à ce moment, la mère qui était entrée en convalescence, recommença à lui donner le sein. Sous l'influence de la succion, la sécrétion du lait qui avait été complètement tarie, se rétablit, et, après une suspension de plus de quinze jours, se produisit de plus en plus abondante et au bout de quatre ou cinq jours, elle était assez considérable pour suffire à l'enfant; tous deux purent bientôt quitter la salle dans un état très satisfaisant.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Siredey, ce fait est doublement intéressant parce que d'une part, il montre d'une façon remarquable l'influence, presque immédiate que peut avoir l'allaitement naturel sur un enfant presque mourant, lorsque l'altération de sa santé provient d'une alimentation défectueuse; d'autre part, il soulève cette question souvent discutée de la continuation de l'allaitement malgré une affection intercurrente. L'expérience démontre cependant, que lorsqu'il survient une affection aiguë chez les personnes qui allaitent, il ne faut pas se presser de faire changer la nourrice de l'enfant, ou de faire suspendre l'allaitement à la mère, si c'est elle qui nourrit; déjà Natalis Guillot insistait beaucoup sur la conduite à tenir dans ce cas, disant qu'il n'y a pas lieu de sevrer l'enfant quand la maladie maternelle est de celle dont la durée n'excède pas un mois à six semaines; et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de pneumonie, d'une pleurésie, dont la résolution s'obtient en quinze jours: son enseignement à cet égard a été souvent reproduit dans ce recueil (Art. 5041, etc.) Deux cas peuvent alors se présenter: ou bien la sécrétion lactée continue avec plus ou moins d'abondance pendant tout le cours de la maladie, même lorsqu'il s'agit d'une fièvre typhoïde, et il ne semble pas que dans ces conditions le lait présente des qualités nuisibles qui puissent altérer la santé de l'enfant; ou bien la sécrétion est tarie momentanément, mais peut se rétablir au moment de la convalescence et il y a alors d'une façon générale, tout avantage, après avoir alimenté temporairement l'enfant par un autre procédé, autant que possible au moyen d'une autre nourrice, à lui faire reprendre l'allaitement primitif; il résulte de là, que beaucoup d'enfants qui sont sevrés définitivement quand survient chez la nourrice une affection aiguë, pourraient, ou bien continuer à être allaités, ou bien, cette affection guérie, recommencer à prendre le sein. Ces

considérations ne peuvent être évidemment applicables à tous les cas, car il est de toute évidence, par exemple, que chez une femme profondément épuisée par une fièvre typhoïde de longue durée, il n'y aurait aucun intérêt, en admettant que la lactation se rétablisse, à profiter de cette circonstance pour rendre un nourrisson à sa mère.

Ce retour de la sécrétion lactée qu'on a signalé même après une violente attaque de choléra, peut d'ailleurs se produire dans quelques cas après une suspension très prolongée et c'est une condition heureuse qu'il faut souvent mettre à profit, ainsi que Trousseau et Gubler l'ont démontré par des faits connus mais qui méritent d'être rappelés. Gubler raconte ainsi l'histoire d'une femme pour laquelle on craignait le développement de la tuberculose et qui sevrera son enfant à l'âge de trois semaines. Deux mois plus tard, elle entra avec son enfant malade dans le service de Trousseau qui lui fit redonner le sein; il ne s'écoula que très peu de lait le premier et le deuxième jour, mais dès le quatrième la sécrétion était rétablie complètement.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un enfant de dix mois sevré depuis quatre mois; malgré cette longue suspension, la sécrétion se rétablit aussi avec rapidité, et l'enfant reprit le sein très volontiers. Trousseau et Pidoux ont vu aussi un enfant de neuf mois reprendre le sein et la lactation se rétablir après deux mois de suspension; dans ce cas, il est vrai, l'enfant montra une répugnance qu'on ne put arriver à vaincre qu'en le privant de tout autre alimentation.

Le Dr Mathieu, enfin, a rapporté en 1852 dans la *Gazette médicale de Lyon*, un fait plus remarquable encore en ce sens que la sécrétion se reproduisit après un an de suspension, mais sans que la lactation fût sollicitée par un nourrisson. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, mère de cinq enfants qu'elle avait tous nourris; le dernier mourut quatre ou cinq jours après sa naissance et la sécrétion lactée parut se tarir au bout de quelques jours chez la mère sans qu'elle en éprouvât la moindre incommodité; cinq mois après cependant elle reprit, mais pendant quelques jours seulement, et c'est seulement un an après l'accouchement qu'elle se montra avec une abondance singulière, amenant un gonflement considérable des seins avec écoulement du lait en grande quantité. Cet écoulement dura pendant près d'un mois et finit par céder à l'usage du petit-lait de Weiss. Les règles avaient reparu régulières depuis longtemps, moins abondantes toutefois que par le passé et c'est à cette circonstance que l'auteur attribue le retour de la sécrétion lactée; il est bon de noter cependant, que dans les cas

cités par Trousseau la réapparition des règles avait eu lieu et n'avait paru influencer en rien cette sécrétion. — *Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Anasarque guérie par l'usage du lait caillé.—Dans une des salles du service de M. Lasègue est couché un malade atteint de néphrite albumineuse qui, depuis la fin du mois de juillet, s'était compliquée d'anasarque; il avait été soumis au régime lacté. Malheureusement le lait fourni à l'hôpital ne se conservait point pendant les grandes chaleurs; il fermentait, devenait acide, se caillait même, et, dans cet état, il fut refusé par la plupart des malades.

Cependant cet homme, n'éprouvant aucune répugnance pour ce lait caillé, en prit régulièrement deux litres par jour, buvant petit lait jusqu'à la dernière goutte.

Sous cette influence, il se déclara une diurèse très abondante. L'urine, dont la quantité dépassait à peine un litre par jour, monta tout à coup à six litres. En même temps l'enflure commença à diminuer rapidement. Elle disparut entièrement en cinq ou six jours.

Les choses se passèrent donc pour le moins aussi bien que si le malade avait pris du lait frais au lieu du lait acide et caillé.

C'est un petit point de pratique qui peut avoir son importance, car le régime lacté, souvent si efficace contre l'anasarque, dépendant soit d'une maladie du cœur soit d'une maladie des reins, etc., ne peut quelquefois pas être appliqué directement sous une autre forme.

Aussi, la *Gazette des Hôpitaux* a-t-elle bien fait de nous rapporter cette observation.—*Revue de Thér. Méd.-Chirur.*

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE.

La glycérine comme vomitif chez les enfants, par SMITH.—D'après l'auteur (*British med. journ.*), la glycérine constituerait un vomitif simple et rapide chez les enfants, à la dose d'une demi-cuillerée à thé.—(*Rép. de pharm.*, novemb.)—*Lyon Médical.*

Traitement du hoquet (Mercier).—Il faut d'abord supprimer la cause (tathétérisme œsophagien, si rétrécissement de l'œsophage, sulfate de quinine, si impaludisme).

On a préconisé les antispasmodiques: extrait de belladone, de jusquiame, valérianate de zinc, etc.

La formule suivante, due au Dr Park, a donné de bons résultats :

Brômure de potassium.....	3j
Teinture de sumbul.....	3ss
Teinture de jusquiame.....	3j
Eau camphrée.....	3jss
M... par cuillerées toutes les deux heures.	

Le chloroforme a été préconisé par le Dr Marago.

Huile d'amandes douce.....	3ij
Sirop diacode.....	3j
Sirop de menthe poivrée.....	3iij
Chloroforme.....	3ss
M... par cuillerées toutes les trois heures.	

Goia a employé avec succès l'acide sulfurique, à la dose de 4 gr. d'500 d'eau; Juaritz l'infusion de moutarde.

Les toniques à l'épigastre et au cou (emplâtre belladoné, pulvérisations d'éther, injection de morphine, acupuncture ou galvanopuncture, rhéophores au cou et au diaphragme, etc.) doivent être réservés pour les cas plus rebelles.

Rostan a eu des succès par la compression de l'épigastre, Peretti par la compression circulaire des poignets.—*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

Moyen d'empêcher les cicatrices de variole (Schwimmer).—

Acide phénique, de.....	3j à 3ijss
Huile d'olive.....	ij
Craie préparée.....	ij

Appliquer sur la face au moyen d'un masque de linge présentant des ouvertures pour le nez, la bouche, les yeux. Des compresses suffisent pour les bras et les mains; laisser en place pendant douze heures, puis remplacer par une nouvelle préparation. La suppuration dure moins longtemps et a moins d'intensité, tandis que dans les parties du corps laissées libres le stade de suppuration apparaît du treizième au quinzième jour; sur la face, il arrive du neuvième au onzième jour. On enlève en général le masque quand la dessiccation commence.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, MARS 1881.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS F. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

Le Bureau de Santé.

Le bulletin de statistiques, publié par le Bureau de Santé, n'a pu s'occuper jusqu'ici que de deux éléments essentiels : constitution médicale régnante et décès, et phénomènes météorologiques. Il en est cependant un troisième, et qui doit être le premier, c'est celui qui constitue le mouvement vital de la population, et qui est composé des naissances et des mariages.

Il a toujours été impossible de faire figurer dans les statistiques vitales, ces deux derniers éléments, qui n'en forment qu'un, et qui doivent être la base de toute étude démographique ; et la raison de cette lacune, nous la trouvons dans l'absence d'un bureau à cet effet.

Nous ne voyons que deux moyens de combler cette lacune, c'est l'enregistrement civil, ou la constatation à domicile. Il faut la formation d'un bureau indépendant, où toute naissance et tout mariage seront enregistrés, indépendamment des croyances religieuses, qui séparément ne peuvent nous faire le rapport dont nous avons besoin : ou bien, il sera fait visite à domicile, dans le but d'établir ce travail d'une manière exacte et véridique, c'est ce dernier mode qui est employé en Belgique.

Notre bulletin ainsi organisé, ainsi fait, se rapprochera de ceux que prescrit le congrès démographique de Buda-Pesth, et qui est maintenant adopté presque partout.

Le fond étant ainsi modifié, la forme devra l'être et il conviendra de changer le nom et de lui substituer le suivant qui signifie beaucoup plus : Bulletin mensuel de statistique démographique et médicale.

Ainsi donc trois tableaux dans le bulletin : mouvement de la population (naissances, mariages, etc.), observations météorologiques (pression atmosphérique, température, hygrométrie, vents, leur direction, décès et leur cause.)

Parmi les causes, il en est une qui mériterait une attention particulière, par cela même qu'elle est plus contrôlable, c'est celle qui regarde les accidents. La constatation d'un accident devrait être suivie d'un examen minutieux de la nature de cet accident, notes devraient en être prises longuement, et rapport annuel détaillé fait à l'autorité administrative. Que de réformes seraient opérées, que de réformes sous ce rapport, dont nous avons besoin, et dont bénéficierait si largement l'ouvrier qui dans maintes occasions n'est pas suffisamment protégé.

Pour que le calcul comparatif puisse être compris plus facilement dans ce triple mouvement des naissances, mariages, et décès, il conviendrait de mentionner dans le bulletin, le chiffre de la population. Il faut espérer qu'avant longtemps, et surtout s'il s'organise un département sanitaire, une espèce de ministère d'hygiène, que les moyens seront employés pour opérer la réforme dans le relevé des statistiques vitales, réforme dont tout le monde sent le besoin.

Voilà bien le principal travail qui incombe nécessairement à un bureau de santé. Notre officier de santé, le Dr Laroque, a fait tous les efforts les plus énergiques pour parvenir à cette fin. Le but a été atteint en partie, mais pas complètement, vu les difficultés nombreuses devant lesquelles l'autorité semble demeurer impuissante; et néanmoins nous savons que cette dernière seule peut les vaincre, tout dépend d'elle, et c'est à cause que nous croyons qu'elle finira par se rendre à l'évidence et qu'elle complètera l'ouvrage commencé avant longtemps, que nous ne craignons pas de demander.

À part cette première tâche, la plus importante, la plus fondamentale, il y a encore à faire.

La surveillance des grands établissements, des maisons d'éducation surtout, dont la responsabilité est si grande, dont le séjour détermine la force ou la faiblesse future de la génération qui pousse, la surveillance hygiénique des écoles devrait être un devoir et un droit de l'administration sanitaire.

Au dernier congrès de Turin, le Dr Roth, de Londres, fit lecture d'une étude sur l'inspection médicale obligatoire des écoles. Nous y trouvons les détails suivants dans le *Journal d'Hygiène* du Dr Pietro Santa: "Le Dr Roth s'étend longuement sur les avantages de l'inspection médicale des écoles municipales de Bruxelles, sous l'habile direction du Dr Janssens. Cinq médecins inspecteurs surveillent tout ce qui concerne l'hygiène des dits établissements, examinent avec soin chaque élève au commencement de l'année scolaire, prescrivent le traitement médical ou hygiénique, et publient à la fin de l'année scolaire, les résultats obtenus. Les inspecteurs sont aussi

chargés de visiter les logements des parents des enfants malades et de donner aux élèves des notions élémentaires d'hygiène."

Les idées du Dr Janssens comme on le voit triomphent, le congrès a déclaré que *les visites médicales périodiques dans les écoles sont indispensables*, et tous les pays s'empressent de mettre à exécution une décision aussi salutaire. Boston, comme Bruxelles, oblige les visites mensuelles médicales dans toutes les écoles, pourquoi Montréal, travaillant à un système sanitaire utile, ne suivrait-il pas ce bon exemple, pourquoi ne pas ordonner cette avantageuse précaution dont l'utilité est hors de doute ?

Encore une fois la jeunesse est la patrie de demain, on ne saurait trop travailler pour elle.

Que l'organisation se fasse de la manière expliquée dans la ville de Montréal ; que le gouvernement d'Ottawa ou de Québec la généralise partout, et nous aurons une statistique puissante, raisonnée, que nous pourrons échanger avec orgueil avec les autres peuples. Et l'échange des idées et des faits, c'est le progrès !

Société Médicale de Montréal.

Séance du 25 février.

M. le Dr E. P. Lachapelle, Président au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Dr Fafard donne lecture d'un travail sur " les fermentations."

Cette lecture est suivie d'une discussion à laquelle prennent M. le Président et MM. les Drs Dagenais, Brosseau et Berthelot.

Le Dr H. E. Desrosiers donne avis qu'à la prochaine réunion il proposera M. le Dr A. A. Foucher, comme membre actif de la Société Médicale.

Et la séance est levée.

NOUVELLES MÉDICALES.

Dr. Foucher.—Nous apprenons avec plaisir le retour de M. le Dr Foucher, professeur d'ophtalmologie et d'otologie à la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal. Après deux années d'absence passées en Europe, surtout à Paris, et consacrées à l'étude exclusive des maladies des yeux et des oreilles, M. le Dr Foucher vient s'établir à Montréal, nous lui souhaitons bienvenue et succès.

Université Laval à Montréal.—NN. SS. les Evêques de la Province de Québec désirant faire disparaître tous les doutes soulevés au sujet de la légalité de l'établissement de l'Université Laval à Montréal, ont adressé une requête aux autorités impériales, les priant d'examiner la question et de faire à la charte de l'Université Laval les modifications qui pourraient être jugées nécessaires. Les autorités impériales, s'appuyant sur l'Acte de la Confédération, ont répondu qu'elles ne croyaient pas devoir intervenir dans cette question, qui comme toutes les autres questions d'éducation, relève des autorités locales.

Il n'y a donc pas chose jugée, comme on a voulu le faire croire. Le tribunal choisi s'est récusé, tout en désignant celui auquel on devait s'adresser pour faire régler cette question, et voilà tout.

C'est donc à la Législature de Québec que NN. SS. les Evêques doivent s'adresser maintenant.

VARIÉTÉS.

État mental des vieillards et des mourants.—Il existe chez les vieillards, des états intellectuels fort différents suivant les individus. Tantôt, le vieillard peut conserver la plénitude de ses facultés; c'est ainsi que le traité de Cicéron sur la vieillesse donne presque envie de vieillir.

Tantôt au contraire, la période de vieillesse peut être considérée chez quelques-uns comme une véritable période de calamités.

La vérité clinique est au milieu.

Les vieillards se divisent en trois classes, d'après :

- 1^o L'état physiologique de leurs facultés intellectuelles;
- 2^o L'état mixte;
- 3^o L'état pathologique.

1^o *État physiologique.*—Le vieillard est fin, sagace, prudent il mesure ses expressions, il a une grande sûreté d'appréciation, il possède peut-être moins de dose d'assimilation, mais il conserve bien les impressions qu'il reçoit; il est circonspect, méfiant, méticuleux; fortifié par les épreuves; il est peu enthousiaste, il n'a pas d'élan, il ne reçoit des leçons que du passé, il est peu susceptible d'affections nouvelles. Il pense beaucoup à lui, et devient un peu égoïste, ne croit pas aux vertus humaines et compare ce qu'il voit et ce qu'il a vu; il n'estime que ce qu'il a perdu; il n'apprécie que ce qu'il a gagné.

2^o *État mixte*.—On trouve alors, chez lui, une usure cérébrale semi-pathologique; dans cet état, les appréciations de son intelligence sont très-différentes: il y a abaissement du niveau intellectuel. Cet homme, épuisé par le travail ou le plaisir, n'a plus de verdeur d'esprit. Les choses présentes ne l'impressionnent pas; il est obscur, diffus, contradictoire; il ne conclut pas, répète les mêmes choses à satiété.

Son caractère se modifie, il devient irritable; sa volonté est moins ferme et moins puissante, aussi est-il très-facile de lui faire changer d'avis et prendre des déterminations contre lesquelles il a lutté toute sa vie. Après s'être un peu regimbé, il arrive à faire tout ce qu'on lui a demandé. "*Claudicat ingenuum.*" (Lucrèce.)

3^o *État pathologique*.—Chez le vieillard réduit à l'état d'enfance et de démence sénile, il y a des troubles de motilité et de sensibilité, des troubles nerveux. Il est irritable sans cause, il s'attendrit sans motifs, il devient à charge à autrui et à lui-même. Il a l'attitude brisée, cassée. Dans la station verticale, il manque d'aplomb; cet homme s'égaré dans la rue et même dans sa chambre; il n'a plus conscience de son identité: il ne se souvient plus de son âge; il est plein d'angoisses et de frayeur, il a le délire tranquille et intermittent des persécutions séniles. Le vieillard en démence sénile ne dort pas ou dort peu; il écrit mal, répète ses mots—"*omnia deficiunt*". Tout manque à la fois.

Le vieillard est-il un être responsable? Oui, à l'état physiologique, et même à l'état mixte. Mais dans ce dernier, au point de vue des actes civils, le vieillard est un être qu'on exploite; on lui fait faire ses partages, et ensuite on cherche à s'en débarrasser; on imagine un voyage à Paris et on le laisse en plan, et la plupart du temps, il reste à la charge du département qui l'a recueilli.

La loi romaine pensait qu'il était difficile de demander compte à un vieillard de ses actes délictueux ou criminels.

La loi française n'applique pas les travaux forcés après 70 ans, mais la peine capitale est applicable à tous les âges.

En Chine, à 80 ans, la peine de mort n'est jamais appliquée. En Angleterre, on pense au contraire que le vieillard est plus criminel que l'adolescent et on lui inflige des peines plus fortes.

Les actes délictueux, ce sont des propos déplacés et obscènes, des propositions immorales faites à des enfants, des outrages public à la pudeur. Il sont rarement poursuivis et le degré de responsabilité varie suivant les cas.

Dans l'état physiologique, il sont responsables; dans l'état mixte, la responsabilité est atténuée: dans l'état pathologique,

ils sont irresponsables ; mais alors il faut leur donner un asile pour leurs vieux jours.

Le vieillard qui possède est choyé, adulé, entouré par ses proches ; ce sont des manœuvres de captation. On lui fait faire des dons manuels, surtout dans les derniers temps de sa vie ; aussi, les bijoux, les objets précieux, les valeurs au porteur ont-ils disparu au moment du décès. On lui suggère des dispositions en vue de telle ou telle chose et il arrive que les héritiers qui sont éloignés sont tout à fait dépouillés.

On se demande si, dans un intérêt général, il ne faudrait pas faire un cas de conscience au médecin d'intervenir, lorsqu'il soigne un vieillard, en déposant entre les mains d'un agent, un pli cacheté devant être ouvert dans des conditions déterminées et portant que tel jour, à telle date, la situation du vieillard était dans tel état, s'il se trouvait plus ou moins conscient, etc.

Il en est de même des testaments et des mariages *in extremis* ; il a pu dans certains cas, être démontré que l'homme était dans un état comateux, lors de l'accomplissement de la cérémonie, et les tribunaux ont dernièrement cassé un mariage de ce genre.

MOURANTS.—L'état mental des approches de la mort est tout à fait particulier.

On peut diviser les mourants en 3 groupes, correspondant à autant d'états divers :

1^o Tous les états qui laissent l'intelligence libre jusqu'à la dernière minute :

2^o Certains états qui n'intéressent que secondairement le cerveau, mais qui laissent l'intelligence dans un état de trouble ;

3^o Toutes les affections de l'encéphale, ou celles qui retentissent sur l'intelligence.

Dans le premier groupe, c'est-à-dire celui des affections qui laissent persister l'intelligence, on trouve :

La phthisie pulmonaire. Le phthisique a des illusions sur sa mort et il meurt ordinairement en parfaite lucidité d'esprit ;

Les affections du cœur.

Les affections du foie.

Le cancer de l'estomac et des intestins.

Les hémorrhagies.

Les affections chirurgicales.

La péricardite la pleurésie, la péritonite.

Il y a même parfois une certaine surélévation d'intelligence et l'on voit des mourants qui désirent entretenir les leurs et ont une sorte d'entrevue avec tous ceux qu'il ont aimés ; qui donnent des conseils, qui prévoient l'avenir, qui font leur profession de foi.

L'explication est celle là :

Quand l'affection, cause de la mort, est loin du cerveau, il y a pour ainsi dire une dérivation et le cerveau est plus dégagé.

Les anciens connaissaient cet état. Zimmerman a parlé d'enfants qui avaient été extraordinaires dans leurs derniers entretiens. On peut donc conserver toute sa raison et toutes ses facultés, jusqu'au dernier moment.

On a dit que certains aliénés chroniques, au moment de leur mort, pouvaient recouvrer leur raison. Brière de Boismont en a donné une observation. C'est un homme qui était dément depuis 56 ans, et qui a retrouvé son intelligence et causé avec ses parents, réglant toutes ses affaires, la veille de sa mort. Legrand du Saulle a noté aussi des périodes de clarté intellectuelle et de lucidité. On a même dit que la voix prenait une sorte de timbre particulier et qu'elle devenait musicale. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'alors les mourants parlent d'une voix nette et claire.

L'homme qui va attenter à sa vie, dans quel état se trouve-t-il ?

Le suicide est compatible avec la conservation de l'intelligence. C'est souvent un acte volontaire, voulu et consenti. Le mourant donne, dans une pièce dernière, la mesure de son intelligence ; aussi trouve-t-on parfois des mots écrits à la craie, au charbon, des chiffons de papier qui contiennent les dispositions dernières ; ces suicidés sont intelligents.

Voilà dans quel ordre on peut classer ces dispositions de la dernière minute :

1^o Reproches, déclamations, recommandations, aveux ; parfois le suicidé veut qu'on sache qu'il a été un homme indigne.
2^o Paroles bienveillantes, déclaration philosophiques sur l'immortalité. Mais ce qui fait le fond de tous ces post-scriptum mortuaires, c'est la prière de n'accuser personne.

Esquiroz avait tort de dire que le suicide par lui seul était toujours un acte de folie. Pendant la Commune. Legrand du Saulle a noté la persistance du courage, de la raison et du calme, la justesse d'esprit et la résignation des personnes qui marchaient au supplice.—*Le Praticien*.



Improvisation.—Roger de Beauvoir, pour se conformer au goût de son époque, avait dans son cabinet un magnifique squelette, monté sur un piédestal.

“Un jour, dit Alexandre Dumas, nous déjeûnions chez lui ; Hugo vint, examina avec grande curiosité le squelette.

—Ecrivez-moi donc, mon cher Hugo, des vers sur mon squelette.

Hugo prit une plume et sur l'os de l'omoplate, écrivit ces vers :

Squelette, réponds-moi : Qu'as-tu fait de ton âme ?
 Flambeau, qu'as-tu fait de ta flamme ?
 Cage déserte qu'as-tu fait
 De ton bel oiseau qui chantait ?
 Volcan, qu'as-tu fait de ta lave ?
 Qu'as-tu fait de ton maître, esclave ?

L. LOIRE.

NAISSANCES.

—En cette ville, le 11 février dernier, la dame du Dr J. Gagnon, une fille.

—A Ste. Julie de Somerset, le 16 février dernier, la dame du Dr D. L. Laprise, une fille.

MARIAGES.

A Montréal, le 8 février dernier, M. le Dr D. Gaucher de Hull, à Dlle Marie E. Cadieux, de Courville.

—A Joliette, le 9 février dernier, M. le Dr J. T. Desroches, de Montréal, à Dlle Marie-Jeanne A. Groulx.

DÉCÈS.

A Indian Orchard, le 30 décembre 1881, M. le Dr A. C. Desautels, âgé de 44 ans.

—En cette ville, le 16 février dernier, âgée de cinq jours Eulalie-Cordélia-Céline, enfant du Dr J. Gagnon.