

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

- 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:

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

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

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

DIRECTEURS : MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,
Professeur d'Ophthalmologie.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. VI.

MONTREAL, JANV. 1892

No 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du *Berberis aqui folium*.

Par M. le Dr. MELVILLE E. de Laval, Lake Linden, Mich.

Le *Berberis Aquifolium* est une plante appartenant à l'ordre des Berberidées dont les différents genres sont disséminés sur toutes les parties du globe, notamment dans l'Europe, dans l'Asie et dans l'Amérique.

En Europe on rencontre le type de l'ordre, le *Berberis Vulgaris* connu par le vulgaire sous le nom d'*épine-vinette*. C'est du *B. Vulgaris* que Büchner isola en 1834 l'alcaloïde nommé la *Berberine*.

La plante connue aux Etats-Unis d'Amérique sous le nom de *B. Aquifolium* croit dans les Etats de l'Ouest, et particulièrement dans ceux sis sur les côtes de l'Océan Pacifique.

Le *B. Aquifolium* est aussi connu du vulgaire sous les noms de *Vigne de l'Oregon*, *Vigne à feuilles de lierre*.

D'après le célèbre Johnson, l'ordre des Berberidées comprend plusieurs genres divisés en au moins cent espèces qui ont été observées et décrites par les naturalistes Américains et croissent presque toutes dans l'Ouest de l'Amérique du Nord. Les seules espèces employées en médecine en Amérique sont celles-ci : le *Berberis Vulgaris* natif d'Europe, mais acclimaté en Amérique depuis longtemps ; le *B. Canadensis* et le *B. Aquifolium* qui fait le sujet de ce travail.

Johnson dans son ouvrage sur les plantes de l'Amérique du Nord, nous dit que les variétés des Berberidées employées en médecine pos-

sèdent des propriétés alterantes, toniques et astringentes. Le *B. Aquifolium* possède plus que tout autre ces propriétés thérapeutiques.

La partie de la plante que l'on doit employer en médecine est la racine, car c'est seulement cette partie de la plante qui possède les propriétés thérapeutiques reconnues jusqu'aujourd'hui au *B. Aquifolium*.

Dans le commerce on substitue souvent au *B. Aquifolium* une autre variété, le *B. Rubens*. Cette variété est d'après quelques auteurs inerte, ou d'après d'autres, possède des propriétés thérapeutiques différentes, complètement différentes de celles du *B. Aquifolium*. Il faut donc apporter un grand soin dans l'achat des préparations du *B. Aquifolium* et se prémunir contre cette substitution.

Cette substitution est souvent une cause d'erreur, et fait attribuer très-souvent au *B. Aquifolium* des propriétés thérapeutiques bien différentes de celles qu'il possède. A cette cause il faut aussi attribuer les insuccès qui ont quelquefois suivi l'emploi du *B. Aquifolium* en médecine. Car, comme nous l'avons déjà dit, l'effet thérapeutique varie de beaucoup suivant la variété du *Berberis* employé. Il peut donc arriver qu'on nie au *B. Aquifolium* des propriétés curatives ou bien, que l'on en obtienne des effets thérapeutiques différents de ceux qu'il possède.

Il en est du *B. Aquifolium* comme de beaucoup d'autres agents thérapeutiques, car ses propriétés curatives ont été pendant longtemps inconnues de la profession médicale, et son emploi laissé au vulgaire. C'est une circonstance quasi fortuite qui a permis à Bundy d'observer les propriétés thérapeutiques du *B. Aquifolium*.

Car seuls les Indiens de l'ouest de l'Amérique du Nord connaissaient les propriétés thérapeutiques du *B. Aquifolium* et l'employaient empiriquement, mais avec succès dans le traitement de plusieurs affections.

Le *B. Aquifolium* était employé par eux comme nous dit Bundy dans le traitement des affections telles que le scrofule, les fièvres dites des montagnes, et les affections qui nécessitent l'emploi d'un alterant.

Ce n'est qu'après les travaux de Bundy et d'Ophelia que le *B. Aquifolium* a pu sortir de son obscurité, être étudié et employé d'une manière scientifique dans le traitement de quelques affections.

Si l'on ignorait les propriétés thérapeutiques de cette variété du *Berberis*, il n'en était pas de même pour certaines autres variétés dont les propriétés thérapeutiques étaient bien connues et observées. Longtemps avant que Bundy eût publié sa monographie sur le *B.*

Aqui-folium, Büchner avait déjà isolé du *B. Vulgaris* l'alcaloïde nommé Berberine. Cette découverte date de 1834.

Mais c'est au Dr J. H. Bundy de la Californie que revient l'honneur d'avoir été le premier médecin qui ait étudié scientifiquement les effets thérapeutiques du *B. Aquifolium* et l'ait employé dans le traitement de certaines affections.

En 1877 Bundy publiait une monographie sur le *B. Aquifolium*. Quelque temps après, le Dr Ophelia du Dakota publiait lui aussi quelques observations sur l'emploi de ce remède qui complétaient les observations antérieures de Bundy.

Dans sa monographie, Bundy dit que les Aborigènes de l'ouest de l'Amérique du Nord se servaient du *B. Aquifolium* dans le traitement des maladies pour lesquelles les médecins l'emploient aujourd'hui, c'est-à-dire, dans la fièvre, le scrofule, etc.

Ophelia indiqua le premier le *B. Aquifolium* dans le traitement de la syphilis.

Bundy nous dit avoir obtenu les premières indications des propriétés thérapeutiques du *B. Aquifolium* par l'entremise d'une personne qui s'était guérie d'une affection spécifique par l'emploi de cet agent.

Le Dr Ophelia en préconisait l'emploi dans le traitement des affections scrofuleuses et syphilitiques.

Il faisait en même temps remarquer qu'il semblait exister une certaine identité entre l'action thérapeutique du *B. Aquifolium*, celle du *Podophillum Peltatum* et celle de l'*Hydrastis Canadensis*. Il prétendait que l'on devait employer le *B. Aquifolium* comme ces derniers dans le traitement des affections de l'estomac, du foie et des intestins.

De plus, Ophelia était d'opinion que les propriétés thérapeutiques du *B. Aquifolium* devaient être dues à la présence d'un alcaloïde ou principe actif différant très peu de celui de l'*Hydrastis Canadensis*.

Il nous dit : " Quoique nous pouvons croire à l'existence d'un alcaloïde identique à celui de l'*Hydrastis Canadensis*, le *B. Aquifolium* n'a pas sur les membranes muqueuses l'effet de l'*Hydrastis Canadensis*." -

Ophelia était dans le vrai, car les travaux analytiques de Carl Gunkel ont démontré qu'il existe dans le *B. Aquifolium* un alcaloïde identique à un des alcaloïdes de l'*Hydrastis Canadensis*, c'est-à-dire la *Berberine*. Mais, si tous ces deux agents ont parmi leurs substances actives un alcaloïde identique, ils possèdent aussi un principe actif propre à chacun d'eux et dont l'action thérapeutique diffère beaucoup.

Il est vrai que la chimie moderne n'a pas encore pu isoler du *B. Aquifolium* le principe auquel celui-ci doit ses propriétés altérantes ; on ne saurait douter de son existence, en considérant les effets thérapeutiques obtenus jusqu'aujourd'hui du *B. Aquifolium*.

Car si les propriétés curatives du *B. Aquifolium* semblent être identiques à celles de l'Hydrastine, l'expérience des faits cliniques ne nous permet plus de douter de l'existence dans le *B. Aquifolium* d'un principe actif dont les effets thérapeutiques sont tout-à-fait ceux de l'opposé de l'Hydrastine et de la Berberine.

Quoique la découverte de la Berberine remonte déjà à plusieurs années, l'analyse du *B. Aquifolium* n'a eu lieu qu'en 1879. C'est à Carl Gunkel que nous devons les premières recherches analytiques sur le *B. Aquifolium*. Cet éminent chimiste reconnut dans le *B. Aquifolium* la présence d'un alcaloïde qu'il proposa de nommer *Mahonine* et dont la composition chimique est celle-ci : C. 14, H. 19, N 4.

Les sels obtenus de cet alcaloïde étaient blancs, mais il lui fut impossible de faire disparaître la teinte blanc-jaunâtre qui semble être la couleur caractéristique de la base. Cette analyse incomplète fut continuée plus tard par H. B. Parson qui trouva que le *B. Aquifolium* contenait d'autres constituants tels que la Berberine et l'oxy-acanthine. Les chimistes sont aujourd'hui d'accord que la Mahonine de Carl Gunkel est identique à la Berberine isolée par Buchner et Parson.

Nous avons déjà vu que Bundy et Ophelia avaient reconnu qu'il existait certains points de similitude entre l'action du *B. Aquifolium* et celle du *Podophillum* et l'*Hydrastis Canadensis* ; et qu'en même temps il existait aussi certaines différences d'action thérapeutique qui doivent être une preuve de la présence d'un corps chimique particulier au *B. Aquifolium* auquel celui-ci devrait ses propriétés thérapeutiques.

Quand nous considérons la composition chimique de l'*Hydrastis Canadensis*, nous voyons que cet agent doit ses propriétés curatives à deux alcaloïdes principaux, c'est-à-dire l'hydrastine et la berberine.

Pendant longtemps on a nié l'identité propre de chacun de ces alcaloïdes et prétendu qu'il n'était qu'un seul et même corps chimique ayant une action thérapeutique identique sans aucune différence et dans le mode d'action et les indications thérapeutiques.

Ce n'est que par les récents travaux de Bartholow, de Philadelphie, que nous connaissons que la Berberine et l'Hydrastine sont deux corps chimiques différents, dont les propriétés thérapeutiques n'ont aucune analogie.

Nous avons vu que l'Hydrastine a une action toute particulière sur les muqueuses et sur les nerfs vasomoteurs et que la Berberine est un cholagogue et tonique.

Cette question de la non-identité de la Berberine et de l'Hydrastine résolue nous permet de nous rendre compte de la raison pourquoi le B. AQUI-FOLIUM n'a pas une action exactement identique à celle de l'Hydrastis Canadensis.

1^{re} Le B. AQUI-FOLIUM agit sur la foie et agit comme l'Hydrastis Canadensis eu égard à la Berberine qu'il contient.

2^{re} Le B. AQUI-FOLIUM possède *per se* une propriété altérante qui ne tient pas de la Berberine qui est un tonique, qui ne tient pas non plus de l'Hydrastine, donc il faut de toute nécessité que cette action alterante soit due à un principe actif mal défini et non encore isolé.

Le B. AQUI-FOLIUM a une action altérante sur le système glandulaire, et sur la foie; action qui aurait lieu d'après Bundy par l'entremise des centres nerveux, comme les vasomoteurs et le sympathique.

Nous avons vu que l'on attribuait au B. AQUI-FOLIUM des propriétés altérantes que l'on peut dire analogues à celles de l'iode, différentes de celles du mercure, et Rouse prétend qu'il possède aussi une action thérapeutique analogue à celle de l'arsenic. Mais cette action diffère beaucoup de celle de l'iode et de l'arsenic en ce qu'elle n'offre pas durant la médication les dangers auxquels sont exposés les malades durant un traitement prolongé à l'iode ou à l'arsenic.

Comme dit Lamant, l'action du B. AQUI-FOLIUM se porte sur la foie mais en même temps il active les fonctions de la rate, action prouvée par une élaboration très rapide des globules rouges du sang.

L'action altérante a donc lieu principalement sur et par les systèmes glandulaire et lymphatique, et cause par là une excrétion ou élimination des produits morbides. Le B. AQUI-FOLIUM a une action très sensible sur les reins. On observe souvent pendant l'emploi du B. AQUI-FOLIUM que les intestins sont constipés mais légèrement. Quelques observateurs prétendent que le B. AQUI-FOLIUM exerce une action stimulante sur les glandes peptogènes de l'estomac, et par là aidant à la digestion, et à l'assimilation des aliments.

Comme nous l'avons déjà dit le B. AQUI-FOLIUM, a une action altérante dont l'effet, a lieu spécialement sur le système lymphatique et qui a pour résultat, l'élimination des produits morbides, mais il ne possède pas cette action cumulative de l'iode ou du mercure et de l'arsenic, action traduite par des accidents qui modifient très souvent l'affection tout en mettant en danger la vie et la santé des patients.

L'emploi du Berberis AQUI-FOLIUM n'est jamais suivi d'accidents consécutifs, même après un usage prolongé.

Clinique du Dr Guerin à l'Hôtel-Dieu

Notes par J. M. A. GRAVEL, M. B.

Mon savant et distingué professeur, le Dr Guerin, me pardonnera de livrer à la publicité ces quelques notes prises sur ses intéressantes cliniques à l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Avant d'examiner ce malade que je crois affecté d'une maladie organique du cœur, il est utile, et je devrais dire indispensable, pour bien comprendre les bruits morbides, de rappeler à votre mémoire quelques notions physiologiques sur l'organe central de la circulation.

Vous savez que le cœur est situé dans la partie antérieure du thorax, plus à gauche qu'à droite, que sa base correspond à l'intervalle des 2^e et 3^e cartilages des côtes, et son sommet ou pointe à celui des 5^e et 6^e côtes gauches. Mais il n'est pas rare d'observer un déplacement marqué. C'est à nous de constater par la percussion et l'auscultation les limites et la position exacte du cœur. Une fois cette position connue, il vous est facile de localiser les différents orifices : Ainsi vous aurez l'orifice mitral au-dessus de la pointe, à gauche du sternum ; l'orifice tricuspide, sur cet os lui-même ; l'orifice pulmonaire tout-à-fait en haut et à gauche ; l'orifice aortique, un peu plus bas et à droite.

Connaissant les limites et la position exacte du cœur, la localisation de ses différents orifices, il importe d'étudier ce qui se passe pendant la systole et diastole. Cette question est excessivement difficile et d'une importance capitale pour le diagnostic des maladies organiques du cœur. Des médecins en renom et de toutes les nations se sont appliqués à expliquer ces différents temps et bruits. Il résulte de leurs savantes recherches et de leurs nombreuses expériences les faits suivants :

TEMPS DU CŒUR.

Premier temps.—Les ventricules étant pleins, se contractent vivement et versent dans les artères tout le sang qu'ils contiennent.

Deuxième temps.—Dilatation des ventricules pendant laquelle le sang coule des oreillettes dans les cavités ventriculaires lentement et sans contraction.

Troisième temps.—Il survient une contraction de l'oreillette qui achève de remplir rapidement le ventricule, lequel se contracte aussitôt et la série des mouvements recommence.

Il est très important de noter que les ventricules sont déjà pleins avant la systole auriculaire et que la contraction des oreillettes ne vient y ajouter qu'un excédant qui semble provoquer la systole des ventricules.

Quant à la durée des diverses phases d'une révolution cardiaque, on peut l'exprimer comme suit, si l'on prend comme point de comparaison une mesure à trois temps : Systole auriculaire, une croche pointée ($\frac{3}{4}$ de temps) ; systole ventriculaire, une double croche et une noire ($\frac{1}{4}$ de temps) ; diastole, un soupir (1 temps).

BRUITS DU CŒUR.

Le *premier temps* semble dû :

- 1o. A la contraction musculaire des ventricules ;
- 2o. A l'impulsion du cœur contre la paroi thoracique ;
- 3o. A la brusque tension des valvules auriculo-ventriculaires, la collision du sang contre les valvules et le choc réciproque de leurs forces correspondantes ;
- 4o. La collision moléculaire du liquide sanguin comprimé et poussé vers les orifices ;
- 5o. Le frottement du sang contre les parois ventriculaires, surtout au niveau des orifices qu'il traverse.

Pour expliquer le *second bruit*, nous avons :

- 1o. Dilatation ventriculaire et la collision du sang qui afflue dans les ventricules ;
- 2o. La brusque tension des valvules semilunaires ;
- 3o. Le choc en retour des colonnes sanguines lancées dans les artères aortiques et pulmonaires.

Ces différents éléments ne concourent pas tous dans la même proportion à produire ces bruits.

Maintenant où entend-on le maximum d'intensité des bruits du cœur ? C'est à la pointe pour le premier et la base pour le second.

Avec ces données, il nous est facile de comprendre les bruits morbides et d'en établir le siège.

Le docteur, après avoir examiné le malade, continue comme suit :

Cet individu, jeune encore, trente-deux ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. A cette époque, il nous dit avoir souffert d'un rhumatisme articulaire aigu ; depuis ce temps, il n'est pas aussi fort, il est souvent oppressé et essoufflé, surtout après un exercice quelque peu vif. Il se plaint de pesanteur, de gêne précordiale et de palpitations intermittentes. Depuis deux mois, ces symptômes s'aggravent. L'oppression et la dyspnée sont presque continuelles,

le malade tousse, ne dort pas ou, si quelquefois il repose, il est réveillé en sursaut par des accès de suffocation qui le forcent à s'asseoir. En outre, ses palpitations sont maintenant continues.

Vous pouvez constater, comme moi, par l'*inspection* du malade qu'il y a œdème des extrémités inférieures, la figure est congestionnée, il y a battement très marqué des jugulaires. Si vous dirigez vos regards vers le thorax, vous apercevrez une voussure considérable de la région précordiale et la poitrine semble ébranlée à chaque pulsation. Le pouls est inégal, irrégulier et intermittent. La *palpation* nous fait sentir une augmentation de l'impulsion du cœur avec un frémissement vibratoire particulier (frémissement cataire). La pointe du cœur bat entre la 5e et la 9e cote. A la *percussion*, nous constatons accroissement de la matité précordiale avec résistance exagérée sous le doigt. L'*auscultation* nous fournit des signes plus importants encore pour le diagnostic : Le premier bruit est masqué par un bruit de souffle s'entendant également bien à la pointe du cœur et à la partie inférieure du sternum et diminuant d'intensité vers la base.

Nous avons ici trois états de choses différents :

1o. *Hypertrophie* caractérisée par la matité étendue, voussure de la région précordiale, augmentation de l'impulsion cardiaque.

2o. *Insuffisance de la valvule mitrale* indiquée par le caractère irrégulier et intermittent du pouls et surtout par le bruit de souffle au premier temps et à la pointe.

3o. *Insuffisance de la valvule tricuspide*, indiquée par le battement très marqué des jugulaires, l'apparence congestionnée de la face et le bruit de souffle à la partie inférieure du sternum.

Je dois vous dire que ce dernier état pathologique est très rare et que sa présence ici influera beaucoup sur mon pronostic.

Un mot sur le diagnostic des lésions aortiques et pulmonaires.

Dans le *rétrécissement des orifices aortique et pulmonaire*, le frémissement vibratoire est moins constant. Il y a un bruit de souffle plus ou moins rude accompagnant exactement le premier temps et ne se propageant guère au-delà du point où il se produit (à la base du cœur). Ici le pouls n'est petit, faible, irrégulier et intermittent que lorsque le rétrécissement aortique est porté extrêmement loin.

Dans l'*insuffisance aortique*, il y a battement très visible des carotides et généralement de toutes les artères superficielles. Le bruit de souffle s'entend au second temps, et a son maximum un peu au-dessus de la base et se continue sur le trajet de l'aorte. Toutefois ce dernier caractère n'est pas constant. Dans quelques cas, on entend mieux ce-

bruit de souffle à la pointe du sternum. Un des signes les plus caractéristiques de cette lésion se remarque dans le pouls, qui est large, vibrant, bondissant.

Dans la chlorose et certaines cachexies, les bruits morbides sont doux, simples, bornés au premier temps, ont leur maximum au niveau des orifices artériels et se propagent en se renforçant dans les gros vaisseaux. De plus, nous avons les signes généraux de la chlorose et de l'anémie.

La cause est manifestement due ici à une des complications malheureusement trop fréquentes du rhumatisme articulaire à forme sur-aiguë ; je veux parler d'une indocardite chronique.

Le pronostic est très grave, en raison des symptômes généraux : la persistance de l'œdème, l'accroissement de la dyspnée, la congestion pulmonaire, la somnolence, le désordre des battements du cœur, et la lésion de l'orifice auriculo ventriculaire droite.

Mon opinion est que ce malade doit se préparer pour le grand voyage. Mais, comme il n'est pas permis au médecin de désespérer complètement, nous lui prescrivons quelques toniques, un régime doux et calme et un repos presque absolu, peut-être parviendrons-nous à améliorer son état. Enfin nous aurons suivi le proverbe qui dit :

Fais ce que dois, advienne que pourra.

J. M. A. GRAVEL, M. B.

EPISTAXIS

Notes de la clinique du Dr Hinsgton

L'épistaxis reconnaît différentes causes, que vous verrez, du reste très bien décrites dans vos auteurs ; chez les enfants on le rencontre très souvent après un repas trop copieux.

D'autres fois la cause en est complexe. En voici un exemple : cette petite fille souffre de coxalgie au 3^e degré. Depuis quelque temps, nous dit la sœur, elle saigne fréquemment du nez. Quelle en est la cause ? Vous savez Messieurs que les longues suppurations exposent à la dégénérescence amyloïde de certains organes.

Nous avons chez cette enfant une dégénérescence amyloïde du foie : cause de ses épistaxis, et la cause 1^{re} étant la coxalgie.

F LEFILS.

MEDECINE

La douleur : Son traitement.

Par M. le professeur HAYEM.

Le savant maître a écrit un nouveau volume de ses leçons de thérapeutique. Dans celui-ci il s'occupe particulièrement de la mise en action de la médication de la douleur.

Comment, dit-il, peut-on mettre en œuvre les nombreux moyens dont nous disposons pour combattre la douleur ? Pratiquement, on peut choisir comme guide principal, c'est-à-dire comme source des indications, les caractères sémiologiques et cliniques suivants :

1o L'intensité plus ou moins grande de la douleur. Il est clair que l'urgence de l'intervention est en rapport avec l'acuité des souffrances ; que la nature des agents et des moyens doit varier avec la violence plus ou moins grande de la douleur ;

2o Le siège des douleurs. Les moyens peuvent être subordonnés au siège variable des douleurs : face, tronc, membres ; à la plus ou moins grande profondeur des douleurs : peau, troncs nerveux profonds ;

3o La marche des phénomènes douloureux. Le choix des moyens et leur mode d'application sont dans une certaine mesure en rapport avec la marche continue, paroxystique ou périodique des douleurs ;

4o L'ancienneté de l'affection douloureuse. Les douleurs aiguës, récentes, sont justiciables de moyens qui échouent dans les cas anciens.

Tout en restant sur le terrain étroit de la médication pure, il est clair qu'il ne faut négliger aucune des indications qui peuvent se rattacher à la cause organique de la douleur, lorsque cette cause se dégage nettement de l'examen clinique.

L'intensité de la douleur est un caractère de la plus haute importance. La douleur peut être *atroce* et causer la mort par sa seule intensité (coliques hépatiques et néphrétiques, angine de poitrine). Le moyen héroïque serait assurément, en pareille circonstance, la chloroformisation ; mais il est souvent interdit de recourir à l'anesthésie générale, soit parce qu'en pareil cas l'excitabilité exagérée des nerfs sensitifs prédispose à la syncope, soit, et cela surtout dans l'angine de poitrine, à cause des troubles circulatoires concomitants. Heureusement, ces douleurs atroces sont rares et, dans le plus grand nombre des cas, les injections hypodermiques de morphine suffisent. Il faut même considérer comme une règle ne comportant guère d'exceptions, de pratiquer une injection de ce genre dès qu'on est appelé

auprès d'une personne en proie à de vives souffrances. De plus, on pourra toujours, pendant que se développent les effets de la morphine, venir en aide au malade par d'autres moyens.

En cas de coliques hépatiques ou néphrétiques, on combine utilement l'usage de la morphine avec celui des grands bains prolongés et des applications calmantes locales. Depuis quelques années, effrayés par les progrès de la morphinomanie, les médecins ont tenté de remplacer la morphine par des calmants nouveaux, utilisables hypodermiquement. La cocaïne, l'antipyrine ont été surtout essayées; elles se sont montrées très inférieures à la morphine en cas de douleur violente. Nous sommes forcés de reconnaître que, dans les cas de ce genre, l'indication de la morphine reste absolue.

Dans les douleurs fortes, mais moins intolérables, le nombre des moyens préconisés est tellement grand, qu'on n'a pour ainsi dire que l'embarras du choix. Rien de plus heureux, car on se heurte assez souvent à des résistances imprévues, difficiles à vaincre. Les agents et les moyens qui ont réussi chez certains malades échouent au moment où l'on se croit en droit de compter sur eux; on est obligé de changer. En outre, tel médicament, après s'être montré utile pendant un certain temps ou à une certaine période de l'évolution de l'affection douloureuse, peut, par accoutumance de l'organisme, devenir infidèle ou inactif.

Il semblerait dès lors que le médecin en est réduit à agir par tâtonnement; il en serait ainsi si l'intensité de la douleur était la seule base de la médication. Mais M. Hayem a déjà fait remarquer que le siège, la marche, l'ancienneté de la douleur doivent aussi entrer en ligne de compte, et en suivant ses préceptes, on arrive à prescrire une médication méthodique et utile.

Ne pouvant examiner une à une toutes les affections douloureuses, l'auteur a choisi pour type la névralgie faciale: " Une des douleurs les plus violentes et les plus intolérables, dit-il, est celle de la névralgie faciale. En passant rapidement en revue les divers moyens utilisables en pareil cas, nous aurons une idée de la médication générale des douleurs névralgiques.

Tous les agents et procédés capables d'agir sur le phénomène douloureux ont été tour à tour préconisés ou essayés dans la névralgie faciale, procédés de révulsion, injections sous-cutanées diverses à effet local ou à effet local et général, administration des calmants *per os*, électrisation, opérations chirurgicales.

Les procédés de révulsion, tels que l'emploi du froid, les applications de vésicatoires, les pointes de feu, réussissent peu dans la névralgie faciale.

Les injections sous-cutanées de morphine ou d'un mélange de morphine et d'atropine, produisent des effets insuffisants ou trop fugitifs. Elles sont rapidement suivies d'un état fâcheux d'accoutumance. On a vanté les injections de chloroforme pur, mais elles se sont montrées infidèles et ont été abandonnées. Les injections d'antipyrine réussissent rarement. Au contraire, la galvanisation des points douloureux compte de nombreux succès.

Mais la névralgie du trijumeau est particulièrement justiciable de la médication interne. L'administration des médicaments *per os* peut, du reste, être combinée avec l'emploi des moyens externes.

Les plus recommandables parmi les médicaments proprement dits, sont la quinine, l'aconitine, l'acétanilide et l'exalgine.

La quinine réussit surtout lorsque les paroxysmes douloureux se montrent à des intervalles réguliers. Elle peut être associée à d'autres nervins, et, entre autres, à l'aconitine. Les effets de la quinine sont souvent très favorables, et comme l'usage de ce médicament peut être continué longtemps, on obtient fréquemment des guérisons réelles.

L'usage de l'aconitine est aujourd'hui limité presque exclusivement au traitement de la névralgie. Elle s'est montrée fréquemment efficace dans la forme grave de cette névralgie (épileptiforme de Trousseau. Quand on prescrit l'aconitine, il faut accorder la préférence au nitrate d'aconitine cristallisée, qui doit, il ne faut pas l'oublier, être prescrit à doses progressives par quart de milligrammes.

L'acétanilide et l'exalgine ont également donné des succès, mais leurs effets sont le plus souvent trop passagers.

Il est inutile de rappeler les autres médicaments si nombreux qui ont été proposés; tous ont eu un succès éphémère et il est bon de constater que l'empirisme seul était le point de départ de leur vogue.

En ce qui concerne les douleurs des névralgies des membres et du tronc, les agents locaux se placent en première ligne. Ils comprennent d'abord tous les moyens révulsifs :

Il y a quelques années, on employait surtout les vésicatoires et les pointes de feu. Aujourd'hui, on donne généralement la préférence à la révulsion produite par le froid. Le meilleur moyen de provoquer une réfrigération efficace est assurément le stypage; très souvent il a produit non seulement un effet calmant, mais encore et à lui seul la guérison définitive. Mais la chlorure de méthyle n'agit-il que par le froid qu'il provoque? Il est possible qu'il pénètre jusqu'aux extrémités nerveuses et les impressionne utilement.

Il ne faut pas trop dédaigner les ventouses scarifiées qui rendent des services dans les névralgies rhumatismales récentes à forme congestive.

C'est encore parmi les mêmes moyens qu'il faut ranger les applications locales de chloroforme.

Les applications locales, à proprement parler, sédatives et calmantes, sont particulièrement indiquées lorsqu'on doit produire une action modérée, mais soutenue, circonstance qui se rencontre habituellement dans les affections douloureuses dites symptomatiques. Parmi les agents usités en pareil cas, il faut citer l'opium et ses alcaloïdes.

La morphine est le plus souvent employée. Voici quelques formules qui se rapportent à son usage :

Glycérolé pour onctions :

Glycérolé d'amidon.....	60 gr.
Chlorhydrate de morphine.....	1 gr.

Collodion :

Collodion élastique.....	30 gr.
Chlorhydrate de morphine.....	1 gr.

Mouches calmantes :

Opium ou chlorhydrate de morphine incorporé à une solution d'ichthyocol au 30^e étendue sur du taffetas noir.

Teinture d'iode morphinée :

Sulfate de morphine.....	2 gr.
Teinture d'iode.....	15 gr.

Les préparations de solanées vireuses employées topiquement, exercent une action calmante évidente ; parmi elles, on doit mentionner en première ligne l'extrait et la teinture de Belladone.

Citons encore, pour mémoire, le camphre, le menthol, la ciguë, les préparations cyaniques.

Les applications topiques de la vératrine produisent aussi dans certains cas, un bénéfice réel. On peut prescrire des onctions avec la pommade suivante :

Axonge	8 gr.
Vératrine.....	o gr. 10 à o gr. 20.

Le gaz acide carbonique jouit de propriétés analgésiantes qui peuvent facilement être mises à contribution. On fait fréquemment usage de ce gaz dans diverses stations thermales où, en particulier, les douches utérines d'acide carbonique ont un effet calmant évident.

Tous, nous savons qu'il faut user avec prudence des topiques contenant des substances toxiques, car l'absorption cutanée peut être le point de départ de phénomènes d'empoisonnement. M. Hayem insiste avec raison sur ce point.

La méthode endermique est peu employée et son usage est limité à quelques cas spéciaux.

La méthode hypodermique est indiquée dans tous les cas, mais le danger de la morphinomanie est tel, qu'on a cherché de tous côtés un agent capable de la suppléer dans les injections sous-cutanées. Jusqu'à présent, l'antipyrine est le meilleur de ces succédanés. M. Hayem appelle également l'attention sur la théine :

Théine	} àâ 1 gr.
Benzoate de soude.....	
Chlorure de sodium.....	o gr. 05
Eau distillée.....	10 gr.

Un tiers de seringue représente 3 centigrammes de théine. Cette dose peut être renouvelée plusieurs fois par jour.

Dans la migraine, on s'adressera de préférence à l'antipyrine et à la phénacétine. Ces agents seront administrés dès le début des accès ; mais on s'en abstiendra dans les cas où la migraine aura pour point de départ un trouble dans les fonctions digestives.

Contre les crises gastriques des tabétiques, on essaiera l'antipyrine, l'acétanilide et la cocaïne. Les préparations d'opium, seules ou associées à la cocaïne, sont particulièrement indiquées dans les névroses douloureuses du tube digestif. Les névralgies dites rhumatismales seront combattues à l'aide de la quinine ou du salicylate de soude. Enfin, dans les névralgies symptômes (névrite, compression des nerfs, etc.), les résultats obtenus récemment feront choisir de préférence l'antipyrine et l'acétanilide.

(Le Bulletin Medical).

La grippe et ses formes cliniques.

Leçon de M. le prof. Rendu à l'Hôpital Necker.

Messieurs ;

Il est probable que nous assistons au début d'une nouvelle épidémie de grippe. Du moins, plusieurs malades atteints de cette affection sont-ils entrés lundi dans nos salles.

Un de ces deux dont je veux vous parler est un garçon charbonnier, âgé de 20 ans, qui est entré le 7 décembre à la salle Chauffard. Il se sentait fatigué depuis quelques jours, lorsque, samedi dernier, il fut pris de frissonnements qui durèrent jusqu'au dimanche. En même temps, il avait une céphalée intense, sans bourdonnements d'oreilles, ni vomissements, ni points de côté, et la fièvre était notable. Il crut devoir prendre un purgatif, et entra à l'hôpital avec des vomissements

et de la diarrhée, qui dépendaient de cette médication. En effet, la diarrhée est rare parmi les symptômes de la grippe.

Le mardi, notre malade avait un aspect typhoïde et était plongé dans la stupeur ; la température était de $39^{\circ}6$, la langue sale, sèche et collante, et il y avait de la diarrhée sans ballonnement du ventre ni douleur iliaque. Mais on pouvait facilement constater l'augmentation de volume de la rate, même la courbature était générale et la douleur des membres très vive. A l'examen de la cavité thoracique, on ne trouvait, comme signes physiques, que quelques râles sibilants aux deux bases, non perçus, du reste, par le malade ; le murmure vésiculaire était diminué. La respiration était facile : il n'y avait ni point de côté, ni toux, ni expectoration.

Le 9 décembre, malgré l'emploi du drap mouillé qui avait provoqué une sudation artificielle, malgré l'usage de la quinine et de l'antipyrine, l'état général était toujours mauvais, et le thermomètre montait à $40^{\circ}4$. En même temps, on constatait des râles très abondants dans la poitrine. Ce matin, le malade est beaucoup mieux, il a une apparence beaucoup moins typhoïde, la température s'est abaissée à 39° , et ce qui domine, c'est une grosse bronchite avec râles très nombreux.

Il s'agit évidemment là d'un état infectieux qui ressemble au début d'une fièvre typhoïde, et c'est comme cela que se présente habituellement la forme épidémique de la grippe. Il est cependant possible de faire le diagnostic entre les deux maladies, à l'aide d'un certain nombre de signes.

Les prodromes n'offrent pas la même physionomie. Dans la grippe, la céphalalgie domine la scène, le malade a la tête prise comme dans un étau et cela pendant un, deux ou trois jours avant le début des accidents ; dans la fièvre typhoïde, le mal de tête est rarement aussi intense ; il s'agit plutôt d'une rachialgie cervicale. Les douleurs des membres sont plus marquées dans la grippe, si bien qu'on l'a confondue avec le rhumatisme articulaire aigu. Par contre, l'épistaxis est plus rare et les signes d'embarras gastrique moins accusés ; pourtant, il y a chez quelques malades des nausées et des vomissements, en même temps que la langue est sale, mais elle est rarement dépouillée, sèche et rouge comme dans la fièvre typhoïde.

Les symptômes d'invasion sont plus brusques dans la grippe, de telle sorte que l'ascension thermique est parfois presque instantanée et que, en quelques heures, le thermomètre monte à 40° et plus. Dans la dothiéntérie, au contraire, l'ascension est graduelle et se fait en trois ou quatre jours, comme l'a établi Wunderlich. Il est difficile de tirer des caractères bien distinctifs du degré de l'adynamie ou de la

stupeur ; cependant, on peut dire que, ordinairement, il y a moins de stupeur dans la grippe.

Il n'y a aucun signe local pathognomonique permettant de distinguer les deux maladies. Les symptômes thoraciques manquent presque toujours au début dans la grippe. Cependant, j'attire votre attention sur la diminution du murmure vésiculaire qui apparaît avant tout signe sthétoscopique de bronchite ; cette diminution s'observe aux deux bases et est suivie, après quelques jours, de symptômes de catarrhe pulmonaire ou de broncho-pneumonie. Il y a alors des râles très abondants et une expectoration qui devient très rapidement purulente, de telle sorte que la suppuration peut être énorme. La diminution du murmure vésiculaire, signalée par Woiller et Ferrand, a une grande importance prémonitoire.

Telle est, Messieurs, la physionomie de la grippe franche à phénomènes typhoïdes et à détermination d'emblée pulmonaire.

Il est quelquefois difficile de la distinguer d'une phtisie aiguë ; mais la marche des deux maladies est différente. La granulie ne se développe presque jamais d'emblée, elle est précédée de prodromes, car c'est une poussée nouvelle d'une tuberculose ancienne, au moins dans la grande majorité des cas. Quelque temps avant d'être obligés de s'aliter, les malades se mettent à maigrir sans cause connue, présentent des pleurésies localisées insignifiantes, etc. Malgré cela, au cours même des accidents, le diagnostic peut être fort délicat. Dans la phtisie, le pouls est plus rapide, car, dans la grippe, il y a fréquemment dissociation fébrile, le pouls restant peu fréquent, tandis que la température monte beaucoup. Dans la phtisie, la température est plus irrégulière et il y a une sorte de fièvre hectique ; on constate encore des sueurs nocturnes, une émaciation plus considérable, une cyanose plus rapide. Les signes locaux se ressemblent dans les deux cas ; les grippés toussent plus que les phtisiques et surtout ils crachent davantage. Dans la granulie, il n'y a pas de crachats, et, du reste, quand la bronchite survient dans cette maladie, elle entraîne une mort très rapide avec les symptômes de catarrhe suffocant. On peut voir des cas de granulie sans dyspnée, sauf pendant les efforts. Enfin, l'examen des crachats peut fournir le signe pathognomonique, c'est-à-dire permet de trouver le bacille, mais, comme je vous l'ai dit, l'expectoration est rare dans la phtisie aiguë. Il est très rare de pouvoir constater les bacilles dans le sang.

En fait, le véritable critérium est l'existence d'une épidémie grippale, et la coexistence d'autres formes plus ou moins bénignes.

La grippe est une maladie générale protéiforme et à modalités cliniques très diverses ; aussi, quelquefois, le mal de tête de l'invasion est

tellement intense que l'on a pu croire à une méningite, tandis que, dans d'autres faits, on a pensé à un rhumatisme articulaire, à une méningite cérébro-spinale, selon le symptôme prédominant. Le plus habituellement, l'incubation de la maladie est prompte. Il y a de la fatigue, du malaise, des douleurs vagues, et, au moment de l'invasion, les symptômes fonctionnels sont hors de proportion avec les lésions. A la période d'état les signes physiques sont peu manifestes, même quand il y a une lésion grave, telle qu'une broncho-pneumonie.

Comme vous le savez, il y a dans la grippe des formes légères et des formes graves.

Une des formes légères est l'état grippal sans localisation d'organe. Cet état est caractérisé par une fatigue générale, prédominant surtout le matin, de l'inaptitude au travail, des douleurs musculaires, de l'essoufflement facile et de l'inappétence. Tout cela peut se prolonger pendant quelques jours, sans qu'il survienne aucun autre symptôme.

Dans les formes fébriles fugitives, il y a un accès de fièvre brusque, suivie d'une défervescence soit rapide, soit lente en deux ou trois jours. Presque toujours, il y a un peu de dyspnée inconsciente, de l'augmentation de volume du thorax au spiromètre, de la faiblesse du murmure respiratoire. C'est là une forme fréquente chez les enfants, et, parfois, trois ou quatre jours après la fin de la fièvre, on assiste à l'apparition des râles.

Certaines formes sont douloureuses, caractérisées par la pleurodynie ou des douleurs rhumatoïdes très prononcées. On constate de véritables décharges uratiques ou phosphatiques par les urines, et presque toujours surviennent à courte échéance des phénomènes bronchitiques.

Nous avons actuellement dans nos salles deux exemples des formes angineuses. Les malades présentent des prodromes vagues pendant deux ou trois jours, une courbature intense, de la céphalée; puis, bientôt, apparaît une angine ordinairement douloureuse, surtout quand il y a de l'adénite. En examinant le pharynx, on constate l'existence d'un érythème léger, et, quelquefois, on voit des exsudats fibrino-diphthéroïdes qui simulent un peu ceux de l'angine couenneuse: ces exsudats contiennent des streptocoques et des staphylocoques. Assez souvent, tout se termine par un herpès des lèvres ou du nez. Ici, encore, il y a contradiction entre la béginité apparente de l'angine et la sévérité des symptômes généraux, bien que certaines formes graves puissent simuler la diphtérie.

Un de nos malades est entré, le 7 décembre, après avoir présenté des symptômes prodromiques, pendant plus d'une semaine. Après des épistaxis, de la céphalée, du brisement des membres, de l'anorexie, de la constipation, apparut une angine non fébrile purement érythéma-

teuse. Le pharynx était rouge, lisse, vernissé, comme dans l'érysipèle, et on ne peut s'empêcher d'établir cette comparaison, si l'on songe que le microbe que l'on rencontre le plus fréquemment dans la grippe est le streptocoque que l'on rencontre aussi dans l'érysipèle. Dans cette variété d'angine, il y a souvent des frissons répétés et une adénite sous-maxillaire très douloureuse.

Dans les formes trachéales, il y a une toux coqueluchoïde, quinteuse, surtout nocturne. Le début se fait par une angine ou un coryza, qui présente souvent des rémissions, de fausses défervescences; puis la trachée se prend avec ou sans laryngite et l'expectoration devient muco-purulente; la toux, fatigante, entraîne assez souvent des vomissements; la durée de cette forme est longue, ce qui tient peut-être à l'existence d'adéno-pathie bronchique, et il peut y avoir propagation aux bronches.

Les formes d'emblée broncho-pulmonaires sont les plus fréquentes dans les épidémies graves. La toux est rare, la dyspnée plus ou moins accentuée, et, au début, on trouve à l'auscultation une respiration faible; en même temps, on constate l'existence d'une submatité sans râles. Très rapidement, le poumon est envahi par de gros râles muqueux, sans sibilance, et l'expectoration devient phtisogène; le souffle est rare. La suppuration, très rare, indique bien le caractère infectieux de la maladie. L'examen du sang a, du reste, été fait par MM. Chantemesse, Vidal, Laveran, du Canai, et l'on a toujours constaté de la leucocytose; jamais on n'a trouvé de microbes. Ce qu'il faut bien mettre en relief dans les formes graves, c'est l'importance des phénomènes de collapsus et de paralysie cardio-pulmonaire.

Chez les personnes vigoureuses, il y a souvent des phénomènes de congestion aiguë brusques suivis de fausse défervescence et de recrudescence, avec envahissement de parties nouvelles du poumon. Cette allure rappelle tout-à-fait celle de la broncho-pneumonie érysipélateuse. Les hémoptysies sont rares, mais il y a fréquemment des crachats mousseux avec filets de sang.

Chez les individus adynamiques, affaiblis, il y a des phénomènes de congestion passive et d'asphyxie par paralysie du pneumogastrique. Le pouls est très petit, et tantôt il y a de la tachycardie, tantôt un ralentissement considérable des battements du cœur. La tension artérielle est très faible, les bruits du cœur assourdis, la face pâle et cyanosée. Dans ces cas, il n'y a pas de réaction vive ni d'hyperthermie.

La pneumonie grippale a une marche essentiellement insidieuse. Il y a une absence fréquente de point de côté, absence de souffles et de crachats rouillés. Comme signes physiques, on ne constate guère que de la submatité, de la faiblesse de la respiration et de gros râles mu-

queux. Cependant cette pneumonie arrive très rapidement à la supuration.

C'est un des caractères fondamentaux de la grippe d'agir rapidement sur le système nerveux en déterminant de l'asthémie fonctionnelle des centres.

L'action sur la moelle est rendue évidente par la fatigue excessive, la rachialgie et les douleurs articulaires. Celle sur le cerveau se manifeste par du délire, de l'excitation cérébrale, alternant ou non avec un état de stupeur et de coma. Ce sont les formes pseudo-méningitiques, simulant soit les méningites franches, soit l'urémie ou les méningites tuberculeuses.

Un de nos malades, entré le même jour que les autres, était arrivé à la consultation avec l'aspect d'un typhique, la démarche titubante, la parole embarrassée ; il se plaignait de mal de tête et sa température était de 39°5. Le lendemain, il présentait un tremblement général de tout le corps, des soubresauts des membres, du subdilerium et la langue était sèche et trémulante ; dans la nuit, il survint du délire violent et de l'agitation ; en un mot, l'apparition était celle de la fièvre typhoïde ou de l'alcoolisme. Cependant, c'était simplement un grippé, et ce matin, nous avons constaté de l'obscurité du son dans la fosse sus-épineuse, de la faiblesse du murmure vésiculaire, quelques râles en bas, ce sont là les signes d'une congestion centrale du poumon. Nous sommes donc là en présence d'une forme d'intoxication grippale portant sur les centres nerveux.

On peut donc penser que le bulbe est atteint, en présence des troubles de paralysie pulmonaire qui surviennent dans certaines formes que M. Huchard a appelées bronchoplégiques ; les crises de collapsus cardiaque sont justiciables de la même interprétation. En 1890, j'ai assisté à un fait typique de ce genre. La malade était une femme de 40 ans, qui venait de perdre son mari en quelques jours de la maladie régnante. En vingt-quatre heures, elle tomba dans un état comateux, avec rétrécissement de la pupille, dyspnée paroxystique, petitesse du pouls, respiration de Cheyne-Stokes, cyanose et anuries. Je fis mettre un vésicatoire derrière la nuque, des sangsues derrière les oreilles et ordonnai des injections de caféine. Au bout de trente-six heures, la malade revint à elle et eut ensuite les phénomènes d'une grippe ordinaire dont elle guérit.

A ces formes peuvent se rattacher les accidents syncopaux et angineux avec mort subite. Des malades sont pris, au bout de quelques jours, d'un état général très mauvais, de phénomènes d'angine de poitrine, ou meurent subitement en se retournant dans leur lit. Peut être y a-t-il, dans ces cas, une myocardite, mais il s'agit plus probablement

d'une lésion des centres ou d'une altération du pneumogastrique. La lenteur de la convalescence montre encore que le système nerveux est profondément touché ; il y a des douleurs persistantes, une émaciation prolongée et parfois des parésies tenaces. Certaines formes de la grippe sont plus rares, telles sont les formes intestinales, caractérisées par un embarras gastrique persistant, de la fétidité de l'haleine et des selles, du tympanisme et parfois de la diarrhée. La courbature est énorme et l'anorexie infinie.

Je veux, en terminant, vous donner quelques indications thérapeutiques.

Il est indigné dans la grippe : 1^o de combattre l'élément infectieux ; 2^o de stimuler le système nerveux.

L'élément infectieux est mal connu, il s'agit probablement du streptocoque, mais devenu plus virulent que d'habitude ou trouvant des conditions de propagation spéciale dans l'épidémie.

La quinine et l'antipyrine sont deux médicaments très utiles. La première sera donnée à la dose de 1 gramme par jour. Quant à l'antipyrine, on l'administrera de préférence en lavements, et à la dose de 2 grammes ; on évite ainsi d'irriter l'estomac et l'on provoque souvent une sudation très utile. Le lavement peut être répété matin et soir, l'on abaisse ainsi la température.

D'une façon générale, il faut éviter les narcotiques à haute dose ; cependant, une petite quantité d'opium est un excitant cérébral, et ce médicament devient très utile quand il y a des irrégularités cardiaques.

Dans les bronchites au début, quand il n'y a pas d'asthénie, on peut, avec un ipéca sans tartre stibié, provoquer utilement une perturbation générale. Les révulsifs, ventouses sèches et scarifiées, pourront être indiqués, mais il faut se méfier des vésicatoires.

Je vous recommande, dans les fortes broncho-pneumonies, l'emploi du drap mouillé, que l'on peut appliquer deux ou trois fois par jour. On obtient ainsi une stimulation générale, une soustraction de calorique et une réaction avec transpiration et diurèse. La température s'abaisse et il n'y a pas de danger d'intoxication comme avec l'antipyrine. Les injections d'éther et de caféine sont ce qu'il y a de mieux à faire contre le collapsus bulbaire.

(L'Union Médicale.)

Moyens d'administrer l'huile de foie de morue.

L'huile de foie de morue est un agent des plus employés, et à juste raison, dans les états lymphatiques, chez les enfants délicats rachitiques. C'est à la fois un aliment par l'huile, un médicament par les principes iodés et autres qu'elle contient. Mais la saveur n'en est pas des

plus agréables et plus d'un bébé ne prend pas sa cuillerée d'huile qu'en rechignant, en pleurant : il faut que la maman, bon gré, mal gré, le fasse avaler de force.

Bien des moyens sont employés pour masquer ce mauvais goût. On le mélange avec un peu de sirop de café, avec du vin de Malaga, avec du jus d'orange ; on fait prendre aussitôt après une pastille de menthe, un peu de liquide aromatisé.

Un petit procédé assez efficace, mais difficile à réaliser pour un enfant, consiste à humecter la bouche avec un peu de vin liqueux, à avaler d'un trait l'huile qui glisse dessus et finir par un verre à liqueur du même vin qui emporte les derniers résidus d'huile.

La *Médecine moderne* donne un moyen qui me paraît très bon et qui je crois, a été utilisé par les pharmaciens pour faire des émulsions d'huile de foie de morue. On mélange, à parties égales, l'huile avec de l'eau de chaux médicinale. On obtient ainsi un liquide laiteux, inodore, de consistance sirupeuse, auquel on peut ajouter des essences aromatiques, menthe, citron, anis, à titre de correctif. L'huile de foie de morue, saponifiée de la sorte, a un goût presque agréable ; elle n'adhère pas aux parois de la bouche, ne développe pas cet arrière-goût rance et répugnant qui suit l'ingestion de l'huile en nature. Le mélange se conserve pendant très longtemps ; il est d'une assimilation très facile, même chez les personnes qui ont un estomac délicat. Enfin le prix de revient du mélange est relativement peu élevé, détail qui a bien son importance.

Je n'ai pas parlé de l'huile mise en capsules gélatineuse ; l'ingestion de ces capsules est fort difficile pour les enfants, et, en raison des hautes doses auxquelles on prend ce médicament, ce moyen est un peu dispendieux.

Le Mouvement Thérapeutique

De l'action de l'éther sulfurique sur les fonctions stomacales chez des sujets bien portants

N. Gourieff (thèse Saint-Petersbourg, 1891) administra à six sujets bien portants XXX gouttes d'éther pendant le dîner (400 grammes de bouillon, côtelette de 90 grammes et pain blanc 125 grammes). Il résulte de ses recherches que l'éther à la dose de XXX gouttes, active la sécrétion des glandes stomacales, augmente le contenu du suc gastrique en acide chlorhydrique libre, rend plus énergique les mouvements péristaltiques et le pouvoir absorbant de l'estomac, et en somme exerce une influence favorable sur la digestion stomacale. Le même effet étant produit par l'éther en injections sous-cutanées, il est impossible d'attribuer cette action à l'irritation locale de la muqueuse

stomacale : aussi l'auteur est-il plutôt enclin à incriminer l'action de l'éther sur les centres encéphaliques. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que, les fonctions de l'estomac se trouvent sous la dépendance du système nerveux central.

Les Nouveaux Remèdes.

De l'atropine dans le traitement de la colique de plomb.

On sait combien est long le traitement de la colique de plomb, surtout lorsque le malade (appartenant toujours à la classe pauvre de la société) désire ou est contraint de se faire soigner à domicile. Il serait donc désirable de posséder un médicament d'une action sûre et prompte, qui puisse soulager rapidement les souffrances du malade et lui permettre ainsi en peu de temps de reprendre son travail. La morphine employée habituellement dans ce but, sous forme d'injections hypodermiques, rend sans doute de précieux services ; mais ses effets ne sont le plus souvent que passagers, ce qui exige un usage prolongé du médicament ; d'autre part, son action sur la constipation si opiniâtre des saturnins laisse souvent à désirer.

Dans ces conditions, il est bon de noter que, suivant l'expérience d'un confrère, M. le docteur F. Rowland Humphreys (de Londres), l'atropine, employée soit en injections hypodermiques, soit simplement par voie buccale, guérirait avec une rapidité étonnante les accès de colique de plomb.

En effet, dans six cas successifs de colique de plomb, notre confrère a obtenu en quelques jours la disparition de tous les symptômes morbides (douleurs, constipation, etc.) et le rétablissement complet du malade par quelques injections d'atropine à la dose habituelle ou, le plus souvent, par l'administration à l'intérieur d'une dose d'un demi-milligramme de ce médicament, répétée trois ou quatre fois par jour. Déjà une première dose était suivie d'un soulagement considérable ; dès le lendemain, les malades avaient des selles et se sentaient bien.

Pour parachever le traitement, M. Humphreys donnait l'iodure de potassium à titre d'éliminateur. (*La Semaine Médicale*)

Le traitement d'un cas de rhumatisme articulaire aigu.

Leçon faite à l'hôpital de la Pitié par M. ALBERT ROBIN,
Membre de l'Académie de Médecine.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui du traitement d'un cas de rhumatisme articulaire aigu, et étudier les indications de ce traitement.

Le malade, homme de 26 ans, journalier, entra dans mon service le 11 octobre 1891. Les antécédents héréditaires et personnels étaient

bons ; notre homme n'avait jamais été malade, et c'est à peine s'il avait souffert de temps en temps de quelques douleurs musculaires et articulaires. Le 5 octobre, il fut pris, après des fatigues assez fortes, d'une grande lassitude qui bientôt devint une extrême courbature. Il put encore travailler tant bien que mal pendant quelques jours, mais il dut s'arrêter le 10 octobre, et, le 12, les douleurs étant revenues très violentes dans les reins et les membres inférieurs, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 13, je vis le malade ; il était immobilisé dans son lit par des douleurs si vives qu'elles lui interdisaient tout mouvement ; les souffrances occupaient les articulations des membres inférieurs et celles des membres supérieurs, mais ces derniers étaient moins atteints ; cependant les petites jointures des doigts étaient prises. Le malade était anxieux lorsque l'on s'approchait de son lit et redoutait le moindre ébranlement ; il souffrait de douleurs exquis, suivant l'expression de Gubler.

Notre homme répandait une odeur de sueur fétide ; il était, en effet, baigné par la transpiration et devait changer de chemise plusieurs fois par jour. En même temps, la température était très élevée, car, au moment de la visite, elle atteignait 41°. Les urines étaient relativement abondantes, pas très foncées. L'acide azotique ne décelait pas l'existence d'albumine, mais il se développait, sous son influence, une couleur rose de chine très intense. Cette couleur a été attribuée à l'urohématine, chromatogène urinaire étudié par Harley et par moi, et redécouvert récemment par Nencki, qui l'a appelé urososine.

A l'examen du cœur, on trouvait un souffle intense au niveau de la base, au bord gauche du sternum ; il ne se prolongeait ni dans l'aisselle ni au bord droit de l'os sternal.

Le malade était extrêmement pâle, d'un ton de cire, et c'est là un point sur lequel j'attire spécialement votre attention.

Quels sont maintenant, dans cette symptomatologie, les éléments morbides principaux ?

Le diagnostic était simple. Il s'agissait, évidemment, d'un cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé et hyperpyrétique, présentant, comme éléments morbides principaux, la généralisation, la pâleur extrême, et, enfin, la température très élevée.

A quoi était due la pâleur ? Le souffle va nous donner la clef du phénomène. Ce souffle siégeait au bord gauche du sternum au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire ; il naissait et mourait sur place ; son timbre était très doux, il fuyait sous l'oreille. Tous ces caractères nous permettaient d'éloigner l'idée d'une endocardite, car il n'y avait pas de modification du bruit morbide par les changements de position. Enfin, dans les vaisseaux du cou, il était facile de constater l'existence

d'un bruit de diable. Il s'agissait donc d'un souffle anémique et l'anémie entraînait tout naturellement la pâleur.

Le rhumatisme articulaire aigu, Messieurs, est une maladie déglobulisante par excellence. Pendant sa durée, on rencontre, dans les excrétiions, dans l'urine, une grande quantité de substances indiquant la destruction des globules sanguins. L'urohématine est une de ces substances. C'est un pigment rouge qui dérive d'un chromatogène incolore; ce chromatogène se dédouble sous l'influence des agents oxydants et le pigment prend naissance. On a discuté beaucoup sur la nature du chromatogène. Actuellement, on tend à admettre qu'il est constitué par du skatol combiné avec de l'acide sulfurique et avec la potasse; le skotoxylsulfate de potasse se doublerait sous l'influence de l'acide nitrique. Ce qui est certain, c'est que, quand on constate la présence de ce corps, on peut dire que les globules rouges se détruisent rapidement,

De tout cela, on peut conclure que les éléments morbides principaux sur lesquels devait se baser une thérapeutique rationnelle étaient le rhumatisme et l'anémie. Il y avait aussi deux éléments secondaires: la douleur et l'hyperthermie; ce dernier était, du reste, négligeable, car il est certain qu'il dépendait des actes chimiques qui sont de l'essence du rhumatisme et de la déglobulisation.

Il m'est impossible de passer en revue ici toutes les médications que l'on a préconisées contre le rhumatisme articulaire aigu, car il y a eu autant de traitements que de doctrines médicales. Un moment, on a voulu faire rentrer la maladie dans la pathologie nerveuse; actuellement on tend à en faire une affection d'origine microbienne, et j'ai lu dernièrement un mémoire où l'on préconisait, comme traitement, les injections d'acide phénique. Je vous l'ai déjà dit, il est certain que tel antiseptique, qui agit *in vitro* sur un microbe donné, n'agit plus quand un facteur nouveau, la cellule vivante, entre en jeu. Certes, je ne présage pas de l'avenir; mais, jusqu'à présent, les quelques essais tentés du côté de la médication antiseptique n'ont rien donné dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Il en est de même d'un grand nombre de médicaments qui ont eu leur moment de vogue: véraltrine, triméthylamine, colchique, bains froids, vésicatoires, alcalins à haute dose, jaborandi, etc.

Deux médicaments seuls sont employés avec succès: le sulfate de quinine et le salicylate de soude.

Lequel des deux fallait-il prescrire dans le cas que je viens de vous résumer! Au premier abord, il semblait que ce dût être le sulfate de quinine, qui a fait ses preuves comme antiseptique, comme tonique, et

même comme antirhumatismal, et, par conséquent, pouvait répondre aux trois principales indications.

A quelle dose fallait-il l'administrer? A dose faible? Non, puisque le malade s'anémiait très rapidement et qu'il n'y avait pas de temps à perdre. On devait donc ordonner une dose forte. Eh bien, non encore, et vous allez voir pourquoi. Le sulfate de quinine, quand on l'emploie à fortes doses, 1 gramme, par exemple, restreint les oxydations, et notez que je ne dis pas qu'il diminue les destructions, mais seulement les oxydations. A petites doses, 0,75 et moins, données par doses fractionnées, il stimule, au contraire, les oxydations organiques. Or, j'ai démontré que, dans les affections fébriles, il faut activer les oxydations par tous les moyens, car elles engendrent des produits solubles, faciles à éliminer, peu toxiques. Il est donc nécessaire d'activer les oxydations dans les maladies fébriles, et tout médicament qui diminue les oxydations, sans diminuer en même temps les désintégrations, est à repousser.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, la désintégration cellulaire est considérable, et il faut oxyder le plus possible ces produits de désintégration. Le sulfate de quinine est donc à rejeter si on le prescrit à hautes doses, et, si on l'emploie à petites doses, il n'agit pas assez vite dans les cas qui, comme le nôtre, exigent une intervention active.

Nous devons donc nous adresser au salicylate de soude. Le mode d'action du médicament est loin d'être parfaitement connu, mais nous savons comment il agit sur la nutrition élémentaire. Quand on donne du salicylate de soude ou de l'acide salicylique, on introduit dans l'organisme un corps non azoté, ternaire; or, dans l'urine, on trouve du salicylurate de soude, qui est du salicylate de soude, plus du glyco-colle, ce dernier étant un produit de dénutrition, type d'un groupe de matières extractives azotées qui dérivent de la destruction des matières albuminoïdes, et non pas de leur oxydation, mais de leur dédoublement par hydratation, ainsi qu'il résulte des belles expériences de Schutzenbarger.

Le salicylate de soude entraîne donc hors de l'organisme des produits azotés peu solubles et à pouvoir toxique généralement assez considérable, et nous savons que, dans les affections aiguës, la destruction globulaire est due, dans une certaine mesure, au contact des globules avec les toxines. Le médicament élimine les toxines, il est donc à utiliser. De plus, le salicylate agit encore comme antithermique, probablement en éliminant des produits pyrétogènes.

Quelques médecins prescrivent de fortes doses de salicylate, jusqu'à 8 grammes en vingt-quatre heures. J'ai l'habitude de ne pas dépasser, comme dose journalière, 2 grammes, 4 grammes au plus.

Vous pouvez donc prescrire :

Salicylate de soude.....	4 grammes.
Hydrolat de tilleul.....	120 "
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 "

A prendre par cuillerées à soupe, de telle façon que la potion soit absorbée en vingt-quatre heures.

En même temps, le traitement local sera le suivant :

Baume tranquille.....	40 grammes.
Extrait thébaïque.....	} àâ 2 "
Extrait de jusquiame.....	
Extrait de belladone.....	
Chloroforme.....	10 "

Ce liniment sera étendu sur de la ouate, avec laquelle on enveloppera les articulations. Le tout sera recouvert de taffetas gommé.

Comme le salicylate a une tendance à abaisser la quantité des urines, on devra prescrire des boissons abondantes, le lait surtout ; à ce dernier, on adjoindra l'infusion de Reine des prés, qui est légèrement diurétique et renferme un peu de salicylate de méthyle.

Le traitement que je viens de vous exposer a été commencé, chez notre malade, le 13 octobre. Le 14, l'amélioration était déjà notable et, le 26, il n'y avait plus de douleurs, c'est à peine s'il restait un peu d'épanchement dans un genou.

Le salicylate fut supprimé.

Nous avons encore à traiter l'anémie. Mais, pendant le traitement, deux éléments nouveaux étaient intervenus : un catarrhe gastro-intestinal léger et une asthénie nerveuse considérable. Or, la médication de l'anémie exige impérieusement que le tube digestif soit en bon état.

Il fallait donc donner un purgatif, mais quel purgatif ? J'ai donné un purgatif salin, le sel de Seignette, et vous allez voir que ce choix a de l'importance.

Les sels, quand on donne un purgatif, n'agissent pas seulement par un effet exosmotique. Une certaine quantité est absorbée et a une grande action sur la nutrition. Dans la destruction des matières albuminoïdes, l'azote, une partie de l'hydrogène et du carbone s'éliminent à l'état d'urée ; le reste de ces deux derniers corps passe à l'état d'eau et d'acide carbonique. Mais le soufre, que devient-il ? Il s'oxyde et forme de l'acide sulfurique qui s'élimine soit à l'état de sulfate de soude et de potasse, ces bases étant empruntées au sang. L'introduction artificielle des alcalis est donc utile, et cela explique les succès qu'a, dans certains cas, le traitement du rhumatisme par les alcalis. Le sel de Seignette passe à l'état de carbonate et fournit ces sels à l'acide sulfurique.

Nous avons donné à notre malade 15 grammes de sel de Seignette et, deux jours après, l'état du tube digestif s'était très amélioré.

Contre la dépression nerveuse, nous possédons un médicament dont l'effet est remarquable, la strychnine. Je n'aime pas beaucoup, dans ces cas, la strychnine en nature, et j'emploie habituellement la fève de saint Ignace, qui contient encore la brucine et l'igasurine, qui ont une action tonique remarquable. J'ai donc prescrit :

Teinture de fèves de saint Ignace.....	} ââ Parties égales.
Teinture de badiane.....	

VI gouttes du mélange après chaque repas.

J'ai donné en même temps, deux fois par jour avant les repas, les paquets suivants :

Phosphate de soude.....	} ââ 0 gr. 10 centig.
Magnésie décarbonatée.....	

Pour un paquet.

Dans une prochaine leçon, je vous donnerai les motifs de cette médication dont l'exposé m'entraînerait trop loin aujourd'hui.

Le malade, sous l'influence de cette médication, a vu son état s'améliorer rapidement. Nous avons pu nous occuper alors de l'anémie et prescrire une préparation ferrugineuse. J'ai choisi le sirop de protoiodure, l'iode qu'il renferme pouvant agir sur les résidus articulaires et activer leur résorption. En même temps, j'ai donné un peu d'extrait de quinquina, associé à une minime dose de sulfate de quinine.

Notre traitement a parfaitement réussi et, le 6 novembre, le malade est sorti dans un état de santé entièrement satisfaisant.

(*L'Union Médicale.*)

Le traitement américain de l'ulcère de l'estomac.

Nos confrères des Etats-Unis d'Amérique, suivant en cela l'exemple de M. le docteur Da Costa, professeur de médecine à Jefferson Medical College de Philadelphie, et de son élève, M. le docteur Hershey (de Denver), ont coutume de traiter l'ulcère rond de l'estomac par les moyens exclusivement diététiques, en s'abstenant autant que possible de toute médication.

Le malade prend des glaces (ou avale des petits morceaux de glace) dans le courant de la journée. En dehors de cela, il lui est interdit de prendre aucun aliment par la bouche. On le nourrit au moyen de lavements nutritifs peptonisés. La constipation est combattue à l'aide de lavements évacuants d'eau simple,

Dans les cas où il existe des douleurs intenses, on a recours exceptionnellement aux injections de morphine.

Par ces moyens, on réussirait à obtenir la guérison des ulcères ronds de l'estomac ayant résisté à tous les autres traitements.

(*La Semaine Médicale.*)

CHIRURGIE

Traitement des ulcères par l'application locale de la chaleur

M., le docteur Stepanow, de Saint-Petersbourg, a essayé de traiter par la chaleur locale les ulcères des membres inférieurs et les anciennes ulcérations syphilitiques rebelles au traitement spécifique. Sa méthode consiste en des applications d'un sac en caoutchouc rempli d'eau chaude que l'on maintient aussi longtemps que possible, et que l'on renouvelle très fréquemment. Au préalable les ulcères doivent être lavés et désinfectés, puis on les recouvre d'une compresse de tarlatane imbibée d'eau boriquée à 3 pour 100 et d'un morceau de taffetas gommé.

La température de l'eau doit être telle que le sac puisse être, sans brûlure, supporté sur la surface dorsale de la main. Cet eau sera renouvelée au moins toutes les heures. Si la chose peut se faire, les applications seront maintenues en permanence ; tout au moins il faudra qu'elles soient continuées pendant sept à huit heures par jour.

Déjà après quelques heures on peut constater les bons effets du traitement par la disparition et des douleurs et des démangeaisons de la partie malade. Après quelques jours et assez souvent même dès le lendemain, l'amélioration s'accuse. On voit alors disparaître la stase veineuse au pourtour de l'ulcère ; les sécrétions cessent d'être fétides ; la plaie se déterge et se couvre de bourgeons charnus de bonne nature. Plus tard, les bords calleux se ramollissent et la cicatrisation marche avec une grande rapidité. Somme toute, la guérison est obtenue beaucoup plus rapidement avec ce procédé qu'avec les autres moyens thérapeutiques ordinairement employés.

Le mouvement Thérapeutique

Le salol camphré dans le traitement de l'otorrhée

Le salol camphré constitue un excellent antiseptique, employé avec avantage dans certaines suppurations rebelles. Dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, il a été préconisé par le docteur Pégon.

Rappelons d'abord que le salol camphré se prépare d'après la formule suivante indiquée par M. Desesquelles :

Salol.....	20 grammes.
Camphre.....	20 —

On mélange et on chauffe doucement jusqu'à fusion complète, sans addition d'aucun dissolvant, alcool ou eau ; on filtre et on conserve dans un flacon de verre jaune hermétiquement bouché.

Ainsi préparé, le salol camphré représente un liquide onctueux au toucher, incolore, insoluble dans l'eau, très soluble dans l'éther, le chloroforme, les huiles. La lumière et l'air le décomposent assez facilement.

L'application du pansement se fait de la façon suivante : On commence par nettoyer le conduit auditif, la caisse du tympan, à l'aide d'injections antiseptiques, d'eau boriquée faible ; on introduit ensuite, dans l'oreille, un petit tampon d'ouate imbibé de salol camphré, en ayant soin, autant que possible, de mettre le tampon en contact avec la partie malade. Si la suppuration est abondante, le malade doit retirer lui-même le tampon au bout de vingt-quatre heures, avant même si cela était nécessaire. Ce pansement est renouvelé tous les deux jours et, dans l'intervalle, le malade fait des injections d'eau boriquée tiède, dont le nombre varie suivant l'intensité de la suppuration. En général, une ou deux par jour sont suffisantes.

Ces pansements au salol camphré, qui ne sont pas douloureux ni irritants, sont très bien supportés, et on réussit par eux à guérir des otites purulentes au bout d'un temps qui varie de quatre à vingt jours. Bien entendu, le traitement général est de rigueur. Ce traitement paraît posséder plus d'efficacité que les autres, car il réussit là où les autres échouent et, s'il est des cas où il ne réussit pas complètement, il a toujours l'avantage de diminuer la fétidité, ainsi que l'abondance de la suppuration.

(*L'Union Médicale.*)

Empoisonnement par la cocaïne.

M, QUÉNU.—Mon expérience est assez limitée et ne porte que sur soixante cas de diverses natures : loupes, comédons, vaginalites, circoncisions et diverses opérations de petite chirurgie courante. Récemment, j'ai utilisé la cocaïne pour les injections de chlorure de zinc, qui sont assez douloureuses. Je n'ai pas eu d'accidents de mort, mais chez trois malades, j'ai vu survenir des phénomènes graves. J'ajoute que je me sers d'une solution au 50^e et que la dose injectée n'a jamais dépassé 7 centigrammes.

Dans mon premier cas, il s'agit d'une injection pour l'ablation d'un ganglion axillaire. Les accidents ont consisté en larmolement, légère dilatation pupillaire, accélération du pouls et quelques phénomènes convulsifs du côté des muscles. Tous ces accidents se dissipèrent au bout d'une demi-heure. Les mêmes phénomènes furent observés sur un garçon auquel j'avais pratiqué la circoncision.

Mon troisième cas se rapporte à un homme de 34 ans auquel je voulais faire la cure radicale d'une hydrocèle simple. J'avais, à cet effet, injecté 4 centig. de cocaïne sous la peau et 1 dans la vaginale. Cinq minutes après, le malade fut pris de fourmillements dans les bras, d'angoisse, douleurs et de contractions auxquelles succéda une impotence complète de l'avant-bras, avec anesthésie. La respiration parut gênée. Peu de temps après tachycardie avec dilatation pupillaire, puis les accidents disparurent peu à peu. Le malade n'était ni névropathe, ni alcoolique.

Je continue à considérer la cocaïne comme un agent excellent, mais je fais des réserves au sujet de la dose. En principe il ne faut injecter dans une cavité que ce qu'on croit utile comme résorption.

M. SCHWARTZ.—J'ai fait environ 300 opérations avec la cocaïne et je n'ai jamais eu un accident. Sur la face et les membres je n'ai pas employé plus de 0,05 à 0,07 centigrammes quand même je me servais de la bande d'Esmarch. Une seule fois j'ai eu des accidents chez un homme âgé de 60 ans que je voulais opérer d'un kyste spermatique. Après les ponctions j'injectai 0,10 centigr., et immédiatement le malade fut pris d'accidents convulsifs. Je retirai la solution et les accidents se dissipèrent au bout de 30 minutes.

Au point de vue de la dose, on peut distinguer trois régions : 1. la face et le tronc où l'on ne peut appliquer de liens constricteurs ; 2. les membres ; 3. le scrotum et le testicule. Pour la face et les membres il ne faut pas dépasser 0,05 centigr. ; pour les membres, avec la bande d'Esmarch, on peut se servir de doses plus fortes, car Kümmer, de Genève, a montré dans ses expériences sur les chiens que l'application de la bande d'Esmarch diminue considérablement l'absorption de la cocaïne. Enfin pour la vaginale, il faut être très réservé, comme le montre le cas que je viens de rapporter ainsi que ceux de MM. Berger et Labbé.

On peut parler des "doses maniables", mais je crois que ces doses varient pour chaque cas.

M. REYNIER.—J'admets qu'il faut toujours se servir des doses minimes. Jamais je n'ai eu des accidents sauf chez un cardiaque auquel j'avais injecté un centigramme de cocaïne. Le malade a eu une syncope dont il revint rapidement.

Dans un autre cas, il s'agit également d'un cardiaque auquel on avait injecté un centigramme de cocaïne pour l'avulsion d'une dent. En descendant l'escalier, le malade fut pris d'une syncope et d'accidents asphyxiques. Ces accidents disparurent pour faire place à une asystolie qui emporta le malade au bout d'un mois.

Il me paraît donc qu'il faut être très réservé dans l'emploi de la cocaïne chez les cardiaques.

M. MOREY.—J'ai employé souvent la cocaïne en injection dans les gencives. J'en ai fait un grand nombre et ce n'est que tout dernièrement que j'ai eu des accidents dans le genre de ceux qui viennent d'être décrit, mais qui, chez mes malades, ne se terminèrent pas par la mort. Je crois qu'il vaut mieux employer des solutions non concentrées. On peut de cette façon injecter avec plus de sûreté des doses plus considérables.

M. RECLUS.—Il me semble que la question est la suivante : existe-t-il des doses maniables de cocaïne, c'est-à-dire y a-t-il des limites entre lesquelles le chirurgien peut agir avec sécurité, ou bien la cocaïne est-elle si incertaine que son emploi doit être rejeté ?

Mais auparavant une rectification relative aux onze autopsies faites par M. Richardière. Ce matin même j'ai reçu une lettre de M. Richardière dans laquelle il me dit n'avoir personnellement fait qu'une seule autopsie pour empoisonnement par la cocaïne, mais connaître 15 cas analogues. Voyons donc ces 15 cas de mort en détail :

Sur ces 15 cas, il y en a 2 qu'il faut éliminer parce qu'il s'agissait d'un empoisonnement par ingestion de fortes doses de cocaïne. Dans 3 autres cas la dose n'a pu être connue, car il s'agissait des pulvérisations du pharynx et de la gorge. Le sixième cas c'est celui de M. Labbé, où nous ne savons pas la dose.

Restent 9 observations de mort. 5 sont à laisser de côté parce que la dose variait de 1 gr. 50 à 0,50 centigr.

Ces observations sont intéressantes à titre d'expérimentation *in vivo*, mais elles n'ont rien à voir avec l'emploi chirurgical de la cocaïne. Nous arrivons ainsi aux deux cas de mort de M. Berger avec 37 centigr., et un avec 22 centigr., où les détails de l'observation nous manquent. Mais la conclusion à tirer c'est que 22 centigr. de cocaïne peuvent tuer. Or, je n'avais pas besoin de cet enseignement pour diminuer les doses car les doses précédentes m'ont paru non pas dangereuses mais inutiles. Avec 10 centigr. j'ai fait des opérations telles que les hernies étranglées, les colotomies, des anus iliaques, etc. Avec des doses de 12 centigr. au maximum j'ai pu faire des opérations très étendues.

Mais entre 10 et 22 centigr. il reste une marge encore assez large pour les idiosyncrasies.

Je possède deux observations inédites d'empoisonnement par la cocaïne. Dans un cas, celui d'Abadie, il s'agit d'une femme de 72 ans qui tombe raide après une injection de 0,04 centigr. sous la paupière, mais n'existait pas un seul symptôme d'accident cocaïnique. Cette malade avait eu 3 mois auparavant une congestion cérébrale. Ce cas paraît être attribué à une autre cause, peut-être à un nouvel ictus apoplectique.

Dans le cas de Boceltaide (de Lyon), la quantité de cocaïne resta inconnue, mais toujours au dessous de 0,10 centigr. La maladie très peureuse s'était attaché une corde autour du thorax et la striction fut telle qu'il a fallu couper la corde avec le couteau. La syncope était-peut-être attribuable à la striction.

En dernier lieu nous arrivons donc aux 2 cas de mort avec 22 centigrammes, et c'est ainsi que nous pouvons maintenir la théorie des doses "maniables."

Mais j'admets, après les faits qui viennent d'être rapportés, qu'on peut baisser la dose, et qu'on peut arriver avec 6 centigrammes à des résultats fort satisfaisants.

Il y a encore une question de concentration. La même dose peut donner ou non des accidents suivant l'état de concentration. J'ajoute encore qu'il ne faut pas injecter dans les vaisseaux, et que les séreuses doivent être comparées aux vaisseaux.

Grâce à ces précautions, j'ai fait environ 1,700 injections sans avoir d'accidents.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—Je considère la cocaïne plus dangereuse que le chloroforme. Ce dernier, nous le tenons pour ainsi dire dans la main, tandis qu'avec la cocaïne, l'injection faite, on n'est plus maître de la situation. Quoi qu'il en soit, je crois qu'il est du plus haut intérêt de faire connaître tous les méfaits de la cocaïne dont l'usage se répand de plus en plus tous les jours.

Les naphthols en dermatologie.

A. A l'extérieur :

1. Dans le traitement de certaines *affections parasitaires de la peau*. Sans posséder une supériorité marquée sur les autres agents, il présenterait l'avantage de ne pas produire d'éruption et de combattre efficacement le prurit qui accompagne la plupart des maladies cutanées. En outre, les solutions, dépourvues d'odeur, n'incommodent pas les malades, tout en agissant comme un puissant désinfectant : elles pré-

viennent et arrêtent toute fermentation et sont moins douloureuses que les solutions phéniquées.

Le professeur Kaposi, de Vienne, qui a tenté les premiers essais, a démontré que dissout dans un corps gras, même à la dose de 10 à 20 pour 100, il ne produisait aucune irritation sur une peau saine, mais qu'en contact avec un eczéma, il déterminait, au contraire, une inflammation aiguë, même à 1 pour 100.

Il ne colore ni la peau, ni les cheveux ; mais, au contact de l'air, le lin et le coton prennent une teinte rose, puis rouge, qui disparaît par le lavage à l'eau chaude et au savon. Il est rapidement absorbé, mais son élimination par les urines a lieu plus lentement. Aussi, vu sa toxicité, doit-on prévenir les phénomènes de résorption qui peuvent résulter de son accumulation dans l'économie et éviter de l'appliquer sur des malades, dont les fonctions rénales ne se font pas régulièrement. Pour empêcher les effets cumulatifs, Kaposi l'emploie dans le *prurigo* et l'*ichthyose*, sous forme de savon à 2 pour 100. Des frictions pratiquées chaque soir, avec ce savon, pendant 5 à 6 jours, guériraient rapidement l'*herpès tonsurans*, et, dans le traitement du *favus*, ces frictions seront pratiquées alternativement avec le savon sulfureux et le savon au naphthol. Enfin deux frictions seulement suffiraient en un jour pour guérir la *gale*. Dans le *psoriasis*, on doit lui préférer la chrysarobine et l'acide pyrogallique.

Après Kaposi, Rapen, de Vienne, a employé la pommade naphtolée au 10e, suivie d'un pansement occlusif contre la *gale*, et a obtenu la guérison en 24 heures. Au 20e, elle réussirait aussi fort bien contre le *prurigo*. Enfin, pour éviter les inconvénients du naphthol dans le traitement prolongé de l'*eczéma*, il conseille d'alterner la pommade ou le savon au naphthol avec une pommade simple, toutes les 3 ou 4 semaines.

Shoemaker, de Philadelphie, se montre également partisan du naphthol dans la *gale*, le *psoriasis* et certains *eczémas chroniques*. Mélangé à la poudre de talc ou d'amidon, il la conseille aussi pour neutraliser la sueur fétide des pieds, des mains, des aisselles, de la région inguinale.

On a recommandé la solution aqueuse de 30 centigrammes pour 30 grammes pour désodoriser et déterger les *ulcères indolents*, les plaies, et, aussi en injections vaginales dans la leucorrhée, le carcinome utérin, les affections blennorrhagiques : de même pour désinfecter les matières fécales des fébricitants et les chambres des malades.

Le Dr Guérin, qui a expérimenté la pommade vaselinée au naphthol (1 pour 10), dans le traitement de la *gale*, prétend qu'il faut continuer les frictions pendant 15 jours pour obtenir une guérison complète

D'un autre côté, Hensiger est venu confirmer les résultats obtenus par Kapost, tout en conseillant de ne recourir qu'aux solutions faibles afin de ne pas augmenter la douleur et l'inflammation. (*Bull. général de Thérapeutique*).

Relation de l'albuminurie et les opérations chirurgicales

Le docteur J.-W. LONG se demande : 1. Si une opération chirurgicale peut déterminer de l'albuminurie par elle-même ou par suite de l'emploi des anesthésiques lorsque les reins sont sains ; 2. Si l'opération augmente les dangers de l'albuminurie par elle-même ou par le moyen de l'anesthésique administré ; 3. Si cette opération peut guérir l'albuminurie. Il conclut ; 1^o Que ni l'éther, ni le chloroforme n'exercent d'action nocive sur les reins sains 2. Que quand un trouble de cette nature se produit après l'administration d'un anesthésique, il tient : à l'anesthésie prolongée et au refroidissement ; ou à l'influence combinée de l'opération et de l'anesthésie. 3. Qu'une albuminurie légère n'est pas une contre indication de l'emploi de l'éther ou du chloroforme. 4. Lors même qu'il existe des désordres avancés, on peut employer les anesthésiques, mais, il est bon de prévenir la famille que le malade court un peu plus de risques que dans d'autres conditions 5. Lorsque l'albuminurie se montre après une opération, elle peut être due en partie à cette opération elle-même, en partie aux anesthésiques. 7. C'est une albuminurie de cause réflexe ou septique. 8. Les opérations sur les organes abdominaux et génito-urinaires et sur le rectum sont celles qui produisent le plus facilement l'albuminurie. 9. Lorsque les reins sont sains les dangers sont moindres sans être complètement nuls. 10. L'albuminurie indique toujours une lésion rénale ; on ne saurait la regarder sans anxiété ; ce n'est pas cependant une contre indication opératoire absolue. 11. Si en même temps que l'albuminurie, il existe d'autres phénomènes indiquant manifestement une lésion rénale avancée, il ne faut entreprendre aucune opération sans prévenir la famille des dangers qu'elle comporte. 12. L'albuminurie disparaît quelquefois après une opération. 13. On ne peut jamais en entreprendre une sans une recherche soigneuse du côté des reins.

Le docteur W. W. Porter croit que l'on peut hardiment employer le chloroforme chez les sujets sains pourvu qu'on sache le donner ; il l'a administré plus de 3,000 fois sans avoir jamais eu un cas de mort.

Le docteur Baxter a vu de l'albuminurie à la suite de traumatismes accidentels ; il croit qu'elle résulte plutôt du choc que de l'administration des anesthésiques.

Le docteur Davies qui a expérimenté sur les animaux, croit que l'anesthésie produit souvent l'anurie.

Le docteur Westmoreland, croit que l'examen microscopique des urines est indispensable ; tant qu'il n'existe pas de cylindre ; la présence de l'albumine quelle que soit sa quantité ne contreindique pas une opération.

Le docteur Joseph Price dit qu'il est souvent difficile de savoir si la mort est produite par l'anesthésique ou par l'opération ; cependant il est convaincu d'après des observations recueillies dans différents hôpitaux, que ceux ci sont souvent les vrais coupables. Certains malades meurent à cause de la durée même de l'opération lorsqu'elle demande par exemple une heure ou une heure et demie. Il est persuadé que bien des gens succomberaient si on les tenait aussi longtemps sous l'influence de l'éther et du chloroforme, même quand aucune opération chirurgicale ne serait tentée.

Le Courrier Méd.

Cicatrisation des plaies profondes favorisée par l'iodure de potassium à l'intérieur.

En remplissant les plaies profondes des os chez les chiens et les lapins avec des éponges décalcifiées trempées dans des solutions de différents sels, le Dr Schleigh a remarqué que l'iodure de potassium favorise plus fortement la pénétration des leucocytes dans les éponges. Il en conclut que l'iodure de potassium augmente la leucocytose là où une intervention chirurgicale a troublé la circulation ; et, peut-être, favorise-t-il la résorption des exsudats et des néoformations graisseuses. Se basant sur ces faits, Schleigh a donné de l'iodure de potassium à 72 malades atteints de larges plaies des os et des parties molles. Une solution de 5 pour 200 pour les adultes et de 3 pour 200 pour les enfants ; une cuillerée à bouche trois fois par jour. Pour contrôler les effets de la medication, l'auteur observait les plaies avant le traitement et interrompait souvent le médicament pour s'assurer de son effet. Chez 77 malades, dont les plaies étaient couvertes de bonnes granulations, l'auteur a remarqué que, sous l'influence de l'iodure de potassium la durée du traitement était notablement réduite. Chez les autres 25 malades, qui avaient des plaies d'aspect gris sale, lisses et couvertes de fibrine, après 4 jours de traitement ioduré, les plaies commençaient à se vasculariser et à prendre un aspect granulé : la sécrétion devenait abondante. Les grandes doses augmentaient encore plus la sécrétion. Des bourgeons charnus de bonne nature et peu vascularisés se formaient rapidement.

(J. de Méd. de Paris.)

Traitement des hernies étranglées par les applications d'éther.

M. Finkelstein a préconisé les applications locales d'éther dans le traitement de l'étranglement herniaire ; voici comment il procède :

Verser toutes les dix à quinze minutes, sur l'anneau ou la tumeur herniaire, une à deux cuillerées à bouche d'éther, jusqu'à ce que la tumeur commence à diminuer de volume et à devenir moins tendue. Ce résultat obtenu, la réduction s'opérera au moyen d'un léger taxis, si toutefois elle n'a pas lieu spontanément.

On évitera les brûlures, en enduisant le bas-ventre, les parties génitales et les cuisses d'une couche d'huile d'olive ; de même, on protégera la vulve et l'anus par des tampons d'ouate.

Les différentes statistiques publiées par l'auteur, ainsi que les essais tentés par plusieurs cliniciens, tendent à démontrer l'efficacité de cette méthode.—*Le Courrier Médical.*

Sur la pérityphlite et son traitement.

Notnagel envisage cette question du traitement de la pérityphlite en médecin plutôt qu'en chirurgien. Or, aujourd'hui il existe une tendance très prononcée à intervenir le plus possible par voie opératoire, dans les cas de pérityphlite. M. Lange, qui est chirurgien, adopte une ligne de conduite intermédiaire. Il distingue deux groupes de cas, à savoir :

1. Ceux où les parois de l'appendice iléocœcal sont intactes. Ces cas-là se terminent le plus souvent par résolution ; mais il y a tendance aux récidives, et quand celles-ci se produisent, il peut arriver que la nouvelle poussée de pérityphlite évolue comme les cas du second groupe.

2. Ceux où la paroi de l'appendice iléocœcal est lésée et où le péritoine est envahi par du pus ; le plus souvent, il y a eu perforation de l'appendice vermiculaire par une concrétion fécale.

Règle générale, l'intervention opératoire n'est indiquée que pour les cas du second groupe : Incision au-dessus du ligament de Poupart, ou dans la région lombaire, ou encore à travers le rectum, pour donner issue au pus.

Il y a lieu d'accorder une attention spéciale aux cas où d'emblée l'appendice vermiculaire est envahi par un processus septique, diffus. En pareils cas, l'intervention chirurgicale sera presque toujours trop tardive ; la laparotomie ne fera qu'accélérer le dénouement fatal. Les malades présentent les symptômes d'une intoxication aiguë, peut-être mettra-t-on jour la main sur un antidote du poison septique qui est en cause.

Les recherches cliniques de l'avenir, devront avoir pour objectif de découvrir les signes propres à faire reconnaître le principe morbifique tout à ses débuts.

Dans 5 cas de pérityphlite du second groupe, Lange a incisé la collection de pus à travers la paroi lombaire ; 2 de ces cas ont guéri directement. Dans les 3 autres, il a fallu inciser en outre au-dessus du ligament de Poupert. Dans 3 cas seulement, M. Lange a pratiqué la laparotomie et extirpé l'appendice vermiculaire ; il importe, quand on opère par cette voie, de prendre les plus grandes précautions pour que le pus ne se propage pas à toute la cavité abdominale ; le tamponnement et le drainage s'imposent.—*Le Courrier Médical.*

Traitement des Furoncles

M. Polaillon.

Il ne faut pas laisser croire que les pulvérisations d'acide phénique sont capables de guérir toujours tous les furoncles. Au début, cette médication est bienfaisante, mais dès que la suppuration arrive, elle n'est plus efficace et il faut avoir recours à d'autres traitements plus énergiques et détruire le bourbillon. Pour cela on a d'abord le bistouri que je trouve mauvais à cause des germes qu'il peut faire pénétrer dans la plaie, puis la cautérisation au fer rouge que je préfère au thermocautère, à cause de son plus grand rayonnement, enfin les caustiques chimiques qui donnent les meilleurs résultats.

Les caustiques stérilisent le bourbillon en le transformant en une eschare qui s'élimine rapidement.

Celui que j'emploie de préférence est le chlorure de zinc. S'il a l'inconvénient de faire souffrir pendant deux ou trois heures, il présente l'avantage d'agir très rapidement en provoquant dès le lendemain de son application l'élimination de l'eschare. La cicatrisation se fait ensuite très bien. Actuellement je soigne un homme auquel on a fait subir le traitement des pulvérisations phéniquées, sans obtenir de résultat satisfaisant. J'ai placé dans son furoncle, qui était très développé, des flèches de chlorure de zinc, l'élimination s'est faite très vite et mon malade va bien. Je terminerai en disant que les pulvérisations phéniquées ne sont bonnes qu'au début et qu'elles ne peuvent faire avorter que les furoncles peu volumineux ; que lorsque la suppuration existe, il faut agir énergiquement par les caustiques, le chlorure de zinc en particulier, pour employer ensuite les cataplasmes antiseptiques.

M. TISON.—Quelle différence M. Polaillon fait-il entre le cautère ancien et le thermocautère.

M. POLAILLON.—Le cautère ancien est meilleur pour les furoncles d'un très gros volume à cause de son plus grand calorique. Son rayonnement est très marqué, tandis que, le thermocautère ne rayonne pas du tout et n'est bon que pour les plus petites incisions.

J. de Méd. de Paris.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Les irrigations chaudes du gros intestin comme moyen de soulagement dans les douleurs pelviennes et abdominales.

M. Forest a employé les irrigations chaudes du gros intestin chez plusieurs malades atteints de coliques néphrétiques, de névralgies ovariennes, de phlegmon du ligament large, de pelvi-péritonite, de dysménorrhée, de coliques hépatiques. Ce moyen a procuré un grand soulagement, même dans les cas où la douleur était telle qu'elle avait résisté à la morphine. Parfois, même en dehors de cette action palliative, il a paru avoir une action décongestive et antiphlogistique réelle.

Pour donner cette irrigation, le malade est placé dans la position dite de Sims. Il est couché sur le côté gauche, le bras gauche derrière le dos, les jambes partiellement fléchies, le siège soulevé par un coussin, la tête basse. Il peut, dans cette position, se donner, au besoin lui-même, l'irrigation de la main droite. L'eau doit être au plus à la température de 41 à 44 degrés. La quantité injectée varie d'abord de un demi-litre à un litre. L'injection est faite très lentement et gardée cinq minutes. Son expulsion est accompagnée d'ordinaire de l'évacuation d'une certaine quantité de matières fécales. On répète alors le lavement, en injectant très lentement une quantité du liquide très considérable, et qui est gardée le plus longtemps possible. Le soulagement est d'ordinaire obtenu par cette nouvelle irrigation. Puis le liquide expulsé, on donne un troisième lavement formé, cette fois, d'un demi-litre seulement et qui est d'ordinaire conservé d'abord. Ce troisième lavement est surtout utile dans les coliques néphrétiques. L'eau absorbée s'éliminant par le rein. On peut, au besoin, additionner l'eau d'un sel alcalin, d'un sel de lithine, par exemple, ou le former d'eau minérale.

Comment agit l'irrigation chaude? Dans le cas de colique néphrétique, surtout du rein gauche, d'ovarite, de phlegmon du ligament large, Philippe admet que, par suite des rapports du rectum et du colon avec les organes enflammés et douloureux, il se produit par l'irrigation une sorte de bain tiède indirect de ces organes. Quelle que soit l'explica-

tion théorique, l'effet thérapeutique ne paraît pas moins intéressant à retenir. Philippe est très affirmatif sur les résultats obtenus ; quelques-uns des cas de soulagement qu'il signale, en particulier dans la dysménorrhée, sont vraiment fort remarquables.

(*Med. Record.*)

De l'examen de la diététique des femmes enceintes et nouvellement accouchées.

Par le docteur LANDAU.

Doit-on par une diététique spéciale, préparer l'acte de l'accouchement chez les femmes grosses ? Les classiques disent non. Ernst Brand défend tout ce qui peut favoriser l'accumulation de graisse, par conséquent le sucre, les aliments farineux et gras.

Chez les femmes grosses, à filière génitale étroite, peut-on, par une diététique spéciale, exercer une influence sur le développement du fœtus ? Prochownik l'a essayé dans trois cas avec succès, au lieu de recourir à l'accouchement prématuré artificiel. La diète prescrite par Prochownik se rapproche de celle des diabétiques, sauf la limitation étroite des boissons.

Mouvement thérapeutique

L'indigo comme emménagogue

A la *Tennessee State med. Society*, M. Jones a communiqué les résultats qu'il a obtenus en administrant l'indigo comme emménagogue.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans dont les règles étaient suspendues depuis cinq mois. En vain depuis trois mois on lui avait prescrit tous les médicaments usités en pareil cas, on n'avait obtenu aucun résultat. M. Jones résolut alors d'administrer l'indigo, qu'il fit prendre de la manière suivante :

Poudre d'indigo.....	8 gr.
S.-nitrate de bismuth.....	2 gr.

Faire un mélange parfait, dont on devait prendre trois fois par jour une demi cuillerée à café dans un tiers de verre d'eau.

Ce traitement était suivi rigoureusement depuis environ quatre semaines, lorsqu'un jour la malade fit mander M. Jones en toute hâte. Elle avait été prise tout à coup, sans aucun phénomène pénible, sans douleurs, d'une hémorragie abondante. Les choses se passèrent régulièrement et, au bout de cinq jours, la jeune femme était très bien ; depuis elle n'a jamais eu de retard des règles.

Depuis cette époque, M. Jones a employé l'indigo dans treize cas d'aménorrhée ; douze fois le médicament lui a donné d'excellents résultats ; le treizième cas a été un échec, mais il vient encore à l'appui de la valeur thérapeutique de l'indigo, puisqu'on constata plus tard qu'il s'agissait dans ce cas d'une grossesse méconnue.

Le Mouvement Thérapeutique

Végétations et Grossesse

Par le docteur P. Bock

Les végétations vulvaires que l'on rencontre assez fréquemment chez les jeunes femmes atteintes depuis un certain temps de vaginite, de syphilides ulcérées de la vulve ou même simplement d'une leucorrhée ou bien encore d'une sécrétion sudorale exagérée, sont dues à une hypertrophie excessive de la couche papillaire du derme et en elles-mêmes ne constituent aucune lésion spécifique. Elles sont le résultat d'une irritation du derme dénudé et peuvent aussi bien survenir chez les personnes atteintes d'une maladie vénérienne, spécifique, que chez d'autres ne présentant aucune maladie particulière,

L'épiderme une fois enlevé, le derme mis à nu peut sous l'influence d'un agent irritant s'enflammer et donner lieu à une hypertrophie papillaire exagérée, finissant par constituer des tumeurs énormes atteignant parfois le volume d'une tête d'enfant, toujours multiples, d'aspect et d'odeur repoussants. Ces tumeurs en grappes dès qu'elle ont atteint un certain volume, semblent sécréter un liquide fétide, parfois très abondant, baignant toute la vulve, devenant par sa présence une cause nouvelle d'irritation et provoquant par cela même l'apparition ou l'accroissement des végétations.

Lorsque les végétations ont atteint un certain volume la base s'indure, devient scléreuse et renferme des vaisseaux artériels d'un calibre considérable.

La nature des végétations, avons-nous dit, est simple ; on a voulu les rattacher aux affections vénériennes. Il n'en est rien ; l'inoculation des produits de sécrétion n'a jamais rien produit, sauf dans les cas où la cause de la végétation était une syphilide ulcérée. On a voulu décrire des végétations syphilitiques : c'est à tort, la végétation peut avoir une base syphilitique et dans ce cas l'inoculation du produit sécrété pourra donner des résultats positifs mais en réalité la végétation en elle-même n'est que le résultat d'une irritation cutanée et non de la maladie générale,

Le traitement des végétations est simple et peut se résumer en quelques mots : soin de propreté, ligature, cautérisation, excision, ou bien

quand elles sont volumineuses, excision au thermocautère ou au bistouri. Il est inutile de cautériser la base et de ne jamais abandonner le traitement tant qu'il s'en reproduit. Aussi est-on obligé d'opérer plusieurs fois. Toutes les poudres préconisées, les lotions, les traitements internes sont inefficaces.

Une question encore discutée et qui est la raison d'être de notre article est celle-ci : faut-il opérer les végétations volumineuses pendant le cours d'une grossesse ?

Certains médecins s'y refusent craignant que la perte de sang et l'appréhension de l'opération ne provoque un accouchement avant terme. Nous ne pouvons souscrire à ces considérations. Il est vrai que souvent surtout si l'on opère par le bistouri ou les ciseaux, la perte de sang est très abondante, mais le thermocautère permet d'éviter ces inconvénients. Quant à l'influence d'une opération sur le cours de la grossesse, en général, elle est nulle, à moins qu'il ne s'agisse de femmes excessivement pusillanimes ou sujettes aux fausses couches,

La règle que nous préconisons est d'opérer sans exceptions toutes les végétations dès qu'elles ont acquis un certain volume et que par là même, elles donnent lieu à cet écoulement fétide, semi-purulent, qui résulte d'une exagération des sécrétions sudorales et d'une transudation séreuse de quelques papilles non recouvertes d'épithéliums.

La rétention de ces produits dans les villosités constitue un foyer d'infection qu'il est à peu près impossible de neutraliser et qui, après l'accouchement, devient une source certaine d'infection utérine. Quant l'origine première est la blennorrhagie, celle-ci s'y localise de telle façon qu'il est impossible de la guérir, d'où cause d'ophthalmie purulente pour le nouveau-né. Ce sont là les considérations qui nous font préconiser l'opération pendant le cours de la grossesse, d'autant plus que celle-ci favorise singulièrement l'accroissement des végétations,

Nous avons ainsi eu l'occasion d'opérer dans le service de M. le professeur Ed. De Smet à l'hôpital Saint Pierre, deux femmes âgées de 19 et de 21 ans, enceintes de 6 et de 7½ mois, et atteintes de végétations vulvaires énormes, multiples, dont quelques-unes atteignaient le volume d'un poing. La sécrétion était excessive, fétide et mélangée de plus blennorrhagique.

L'opération fut faite sous le chloroforme, au thermo-cautère. Dans l'un des cas, une hémorrhagie artérielle très forte se déclara. L'artère enclavé dans un tissu fibreux excessivement dense ne put être saisie, mais nous réussîmes à arrêter l'hémorrhagie en passant sous l'artère un fil et en liant le tissu en masse. Dans les deux cas la guérison fut complète : et la grossesse continua son cours régulier, malgré l'hémorrha-

gie considérable survenue chez une des malades ; et l'accouchement et ses suites furent parfaites.

Ces deux observations viennent donc à l'appui de notre proposition, à savoir qu'il faut toujours opérer les végétations pendant le cours de la grossesse, quand elles peuvent devenir une source d'infection lors de l'accouchement.

La Clinique

PÆDIATRIE.

Vésicatoire contre l'incontinence d'urine

Swan traite avec succès l'incontinence d'urine par l'application d'un vésicatoire à la nuque (procédé de Harkin), la guérison surviendrait même dans des cas invétérés.

Diarrhées Infantiles

Emploi de l'Antipyrine

Je prescris, dit le Dr St-Philippe, l'antipyrine (que je désigne sous le nom *d'analgésine* pour ne pas frapper l'imagination des parents) à la dose de 50 centigrammes délayés dans 50 grammes de sirop de fleurs d'oranger et 50 grammes d'eau de tilleul—pour les enfants de un jour à six mois—et je leur en fais prendre quatre, cinq, six, sept cuillerées à café par jour ou toutes les deux heures si le cas l'exige, en ayant soin de la leur faire absorber un quart d'heure avant la tétée. De six mois à un an, je porte la dose à un gramme et, de un an à trois ans, à 1 gr. 50 c. et 2 gr., ce qui fait 10 ou 20 centigrammes environs pour les tout petits et 60 ou 80 pour les moins petits. Je ne joins jamais aucun autre médicament actif. Parfois quand il y a lieu de redouter la forme cholérique, je remplace la fleur d'oranger par le sirop de punch.

Les enfants prennent le médicament très aisément et sans répugnance aucune, Jamais je ne l'ai vu produire, à cette dose le plus petit accident. La sécrétion urinaire, qui est très abondante chez l'enfant n'en subit aucun dommage, sauf une légère diminution. D'ailleurs, j'ai toujours soin de m'enquérir du détail, qui a son importance. Quand il y a des vomissements—je l'ai dit—ce sont eux qui s'arrêtent d'abord ; vient ensuite la diarrhée, qui se relentit assez vite pour qu'on puisse ralentir parallèlement le remède. Le résultat est donc rapide et saisissant. En fait de contre-indication, je n'en connais pas sinon l'insuccès qui se montre quelquefois dans les circonstances que

j'ai signalées et qui commande une modification dans la méthode.

Des cas que j'ai observés, il résulte des conclusions favorables que je pense devoir formuler nettement et de la façon suivante :

1. L'*antipyrine* ou *analgésine* est le médicament de choix à opposer aux diverses espèces de diarrhée infantile ;
2. Elle agit surtout dans les formes dyspeptiques, douloureuses et réflexes ;
3. Elle est absorbée et supportée le plus souvent avec la plus grande facilité et mérite de remplacer les autres remèdes antidiarrhéiques ;
4. Son mode d'action se rapproche physiologiquement de celui de la morphine, médicament inapplicable en pareil cas ;
5. Aucune contre-indication n'existe à son emploi, sauf de ne pas dépasser les doses compatibles avec le jeune âge des sujets.

Bulletin Médical.

FORMULAIRE.

Potion contre l'entérite.

Sous-nitrate de bismuth. de 0 gr. à	2 grammes.
Eau de chaux.....	20 “
Hydroolat d'anis.....	40 “
Sirop diacode.....	5 “
Sirop de gomme.....	25 “

F. s. a. une potion à donner, par cuillerée à café, aux enfants atteints d'entérite.—Dans le cas d'entérite chronique, on administre un ou deux paquets par jour de la poudre suivante :

Alun pulv.....	3 grammes.
Opium pulv.....	0 gr. 01 cent.
Sucre pulv.....	5 grammes.

Mêlez et divisez en vingt paquets.—N. G.

(*L'Union Médicale.*)

Injection contre la blennorrhagie aigue.

M. P. THIERRY.

Iodoforme.....	10 grammes.
Huile d'amandes douces... 60	—
Vanilline ou coumarine... Q. S.	
Mêlez. — Pour injections dans l'urèthre.	

On fait trois injections par jour et on injecte chaque fois, immédiatement après une miction et le malade étant placé dans le décubitus dorsal, environ 8 grammes du mélange que le malade retient pendant dix à vingt minutes dans l'urèthre. La première injection doit être faite par le médecin.

D'après M. Thiery, les douleurs disparaissent après la première injection et la guérison s'obtient au bout de douze jours.

La Clinique.

Injection contre la leucorrhée

HENSKE.

Chlorate de potasse.....	30 grammes.
Teinture d'opium.....	30 —
Eau de goudron.....	470 —

Faites dissoudre.—Deux ou trois cuillerées à bouche dans un litre d'eau tiède, pour injections matin et soir, dans le cas d'écoulement leucorrhéique.— N. G.

L'Union Médicale

Le chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections du foie.

Stewart, se fondant sur un grand nombre de faits observés dans les hôpitaux de l'Inde, place le chlorhydrate d'ammoniaque au premier rang des médicaments à essayer dans les affections du foie. C'est en particulier dans la congestion du foie et l'hépatite aiguë que les résultats seraient remarquables. Ils peuvent l'être également dans les abcès et Stewart rapporte un fait détaillé d'abcès profond du foie qui avait guéri en un mois par cette médication. Les hépatites chroniques, les cirrhoses alcooliques et cardiaques sont beaucoup moins modifiées, Le chlorhydrate est surtout utile au début, à la période de simple congestion.

Les doses données ont varié de 1 gr. 50 à 3 grammes par jour, administrés en trois fois dans les vingt-quatre heures. Les sueurs abondantes qui surviennent fréquemment ne sont nullement une cause d'affaiblissement et ne doivent pas faire suspendre l'emploi du chlorhydrate.— *The Lancet.*

BULLETIN

British Medical Society

Il nous fait plaisir d'apprendre que M. le Docteur Hingston a été choisi pour prononcer le discours d'ouverture à la prochaine réunion de cette société, qui aura lieu à Londres en juin prochain.

Cet honneur, qui n'est accordé qu'aux médecins et aux chirurgiens les plus éminents des deux mondes, rejaillit sur la profession canadienne toute entière.

M. le Docteur Brunelle

Nous apprenons avec plaisir que M. le Docteur Brunelle, qu'une maladie assez sérieuse retenait chez lui, depuis le mois de décembre, commence à prendre du mieux.

Décès

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort du docteur Lamothe-Ramsay, médecin de l'Hôpital de St-Cloud, Minn., qui avait été un des collaborateurs de notre journal.

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de l'honorable docteur A. H. Paquet, sénateur, professeur d'hygiène et de clinique médicale à l'École de Médecine et de Chirurgie, l'un des fondateurs et directeurs actuels de "La Gazette Médicale."

M. le docteur Paquet est décédé à St-Cuthbert, sa paroisse natale le 23 décembre 1891 à l'âge de 61 ans et quelques mois.

Par un travail continu et une énergie opiniâtre. M. le Sénateur Paquet avait su se créer une position enviable non seulement dans le monde médical, mais encore dans le monde politique. C'est une perte pour le pays.

Bibliographie

L'Hygiène dans l'éducation : conférence donnée devant l'Union catholique, par M. le Dr J. I. Desroches.

Les préceptes de l'Hygiène scolaire,—par M. le Dr J. I. Desroches.

S'il est un homme de mérite parmi les membres de la profession médicale canadienne-française, c'est bien M. le Dr Desroches. On pourrait à juste titre lui décerner le nom de promoteur de l'hygiène en Canada—Il y a bientôt neuf ans qu'il s'est consacré à l'étude spéciale des questions de l'hygiène. Il commença alors, au milieu de bien des difficultés la publication du " Journal d'Hygiène Populaire "—qui est aujourd'hui l'organe officiel du Conseil provincial d'hygiène. Depuis cette époque, M. le Dr Desroches ne s'est pas écarté de la tâche ardue qu'il avait entreprise : et " Le Traité d'hygiène privée et le Catéchisme d'Hygiène " sont venus ajouter à ses mérites.

Nous recevons aujourd'hui :

L'Hygiène dans l'éducation Préceptes de l'Hygiène Scolaire

Ce dernier opuscule qui est un résumé du premier, a été fait à la demande de son Eminence le cardinal Taschereau, qui désirerait qu'il fut entre les mains de tous les instituteurs et même des élèves.

Les suggestions qui y sont contenues, tant sous le rapport de la situation, de l'orientation des écoles, que sous celui de leur arrangement intérieur, sont éminemment pratiques. Ces opuscules devraient être distribués à foison par le gouvernement sinon dans toutes les municipalités au moins dans un certain nombre, ou les commissaires ignorent ou semblent ignorer que pour la construction des écoles, l'hygiène a des lois.

Nous sommes heureux d'apprendre qu'à sa dernière session, le Conseil de l'Instruction Publique a approuvé ces ouvrages—C'est certainement beaucoup mais ce n'est pas encore suffisant.

AIDE-MÉMOIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET DE BACTÉRIOLOGIE, par le professeur PAUL LEFERT, 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné 3 francs.

Ce volume fait partie du *Manuel du doctorat en médecine*.

LES AIDE-MÉMOIRE DE LEFERT continuent à paraître régulièrement et les 8 volumes déjà publiés de cette collection sont aujourd'hui entre les mains de tous les étudiants à qui ils rendent de grands services en leur permettant de revoir les matières de leurs examens. Les praticiens qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes où l'auteur et les éditeurs ont réalisé un véritable tour de force en faisant tenir autant de connaissances en de petits volumes aussi élégants et aussi portatifs.

LE L'AIDE-MÉMOIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, qui vient de paraître, rendra pas moins de services que ses aînés.

C'est l'exposé très clair des conquêtes les plus récentes de la bactériologie.

Les descriptions, en style télégraphique, sont réduites au strict nécessaire ; elles sont pourtant très exactes, très au courant et très complètes.

Comme précédemment on retrouve consignées dans cet aide mémoire les idées professées par les maîtres de nos écoles et l'on retrouvera à chaque page les noms de Pasteur, Bouchard, Cornil, Straus, Charcot, Grancher, Hayem, Peter, Jaccoud, Laveran, Germain Sée, Potain, Verneuil, Hallopeau, Brissaud, A. Robin,—Lépine, Teissier (de Lyon).—Picot (de Bordeaux).—Grasse (de Montpellier).—Leloir (de Lille).—Macé (de Nancy), etc.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr Ludwig Hirt, professeur à l'Université de Breslau. Traduit de l'Allemagne par le Dr M. Jeanne, assistant à la Clinique médicale. Préface et annotations par le Dr X. Francotte, professeur à l'Université de Liège.—MARCEL NIERSTRASZ, éditeur, rue de la Cathédrale, 66, à Liège, Belgique.

Tandis qu'en Allemagne, les manuels pratiques de maladies nerveuses abondent, la littérature française en est presque totalement dépourvue. Aussi accueillera-t-on sans doute, avec la plus grande satisfaction, la traduction que M. le Dr Jeanne vient de faire de l'excellent livre de HIRT : *Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux*.

Ce traité remplit parfaitement les conditions qu'on est en droit d'exiger d'un manuel destiné aux étudiants et aux médecins praticiens. Il est concis sans sécheresse ; il est complet, clair et méthodique. Le vaste domaine des maladies nerveuses y est exposé sous une forme condensée et aucun point important, aucun renseignement utile n'y a été oublié.

L'auteur a mis son livre au courant de l'état actuel de la science et même les acquisitions les plus récentes, comme celles qui concernent l'*hypnotisme*, la *thérapeutique suggestive*, s'y trouvent mentionnées. La distribution de la matière a été l'objet d'une innovation très heureuse : l'auteur étudie successivement les *maladies du cerveau* (enveloppes, nerfs crâniens, substance cérébrale), les *maladies de la moelle* (enveloppes, nerfs spinaux, substance médullaire), et les *maladies du système nerveux en général*.

Des préliminaires d'anatomie et de physiologie préparent fort utilement à l'étude clinique des différentes questions ; de nombreuses et

bonnes figures contribuent, pour leur part, à rendre plus facile l'intelligence du texte. Ces figures, en partie originales, en partie empruntées aux auteurs les plus compétents, tels que Charcot, Wernicke, Edinger, Eichhorst, Schwalbe, etc., font de ce traité un ouvrage précieux et, pour ainsi dire, unique.

* * *

VADE-MECUM D'OBSTÉTRIQUE, à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr A. Dührssen, traduit de l'allemand par le Dr Ch. Van Aubel, avec 31 figures dans le texte.—Marcel Nierstrasz, éditeur, 66 rue de la Cathédrale, Liège, Belgique, 1891.

Ce que désirent l'étudiant et le médecin occupé qui étudient l'art obstétrical, c'est un manuel complet mais concis. C'est la qualité que présente le Vade-Mecum d'obstétrique que nous avons sous les yeux. D'une concision vraiment remarquable, il résume en un petit nombre de pages toute l'obstétrique moderne. Une autre qualité que nous trouvons dans ce manuel, c'est d'être à la hauteur de la science actuelle : la narcôse obstétricale, l'antisepsie y sont étudiés à fond.