

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

DRS. A. LAMARCHE, S. LACHAPPELLE ET H. E. DESROSIERS.

L'UNION

paraît au commence-
ment de chaque mois.

ABONNEMENT :

\$3.00 par Année
payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTINS.



Adresse de la Rédaction et de
l'Administration :

Boîte 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

Tout ouvrage dont il
sera adressé deux exem-
plaires à la rédaction
sera annoncé et analysé
s'il y a lieu.

SOMMAIRE :

- TRAVAUX ORIGINAUX.**—De la phthisie pulmonaire, lu devant la Société Médicale de Montréal par le Dr J. I. Desroches (*suite et fin*)..... 197
- HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal..... 203
- REVUE DES JOURNAUX.** PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Du spray phénique dans le croup. — Invagination et élimination de 48 centimètres d'intestin. — Abscès multiples dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — De l'utilité des injections sous-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique. — Traitement de l'aphonie des chanteurs et de orateurs. — Du traitement local de la toux. — Traitement local de la diphtérie par l'acide boracique en solution. — Traitement de l'épilepsie. — Traitement de la chorée par l'arsenic..... 209
- PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Traitement subséquent de la lithotritie. — Empoisonnement chronique des chirurgiens par l'acide carbonique. — De l'erysipèle — Mort dans l'erysipèle 219
- HYGIÈNE. — De l'obésité..... 224
- OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Tumeur du col utérin. — Menstruation et phthisie pulmonaire..... 226
- FORMULES ET PRESCRIPTIONS. — Traitement de l'angine diphthérique. — Adémie. — Bronchite chronique. — Dyspepsie des jeunes filles nerveuses. — Disménorrhée..... 229
- BULLETIN.** — Fiat lux! — Examens de licence. — Petite correspondance. — Bibliographies. — Brochures reçues..... 231
- NOUVELLES MÉDICALES. — Concours pour l'Internat. — Hôpital Notre-Dame. — Réception. — Nouveaux étudiants — Concert au profit de l'Hôpital Notre-Dame. — Université Laval, Montréal : Faculté de Médecine — Hôpital Notre-Dame. — Condamnation d'un charlatan. — Construction à la Longue-Pointe d'une maison de refuge..... 238
- VARIÉTÉS. — Le thermomètre et la simulation. — Le comble de l'art pharmaceutique. — Gausserie. — Necrologies. — Naissance 241

Ceux qui désirent communiquer verbalement avec l'administration peuvent s'adresser soit au Dr A. LAMARCHE, No. 276, Rue Guy, soit au Dr H. E. DESROSIERS, 70, rue St. Denis.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la phthisie pulmonaire (1).

(Suite et fin.)

Je terminerai cette étude par des considérations sur la thérapeutique dans le traitement de la phthisie. Des doctrines exprimées dans le cours de cette lecture découle toute la médication. Le traitement varie suivant la part que prend, à l'évolution du tubercule, l'activité nutritive locale ou générale. Pour bien répondre à toutes les indications, il faut diviser les phthisiques en deux grandes classes : les phthisiques à forme éréthique ou hypersthénique et ceux à forme torpide ou hyposthénique. L'éréthisme ou l'hyposthénie peut porter sur l'innervation, sur la circulation, sur la digestion et sur les diacrisis. L'éréthisme se montre habituellement dans les formes aiguës et porte sur une ou plusieurs fonctions. L'hyposthénie caractérise les formes chroniques et implique l'asthénie de ces mêmes fonctions, c'est-à-dire la débilité fonctionnelle qui se trahit par l'impuissance ou la suspension de ces mêmes fonctions. Aussi nous pouvons dire phthisie avec éréthisme nerveux qui provoque des désordres nerveux ; phthisie avec éréthisme vasculaire qui cause des congestions et des hémoptysies ; phthisie avec éréthisme diacritique qui donne les formes catarrhales et les flux seroux ; phthisie irritative ou floride qui est caractérisée par l'abondance des exsudats plasmatiques qui tendent rapidement à la calcification. Il faut remarquer que l'hypersthénie et l'hyposthénie peuvent se rencontrer sur un même sujet sur deux fonctions différentes, ou encore peuvent se substituer successivement l'une à l'autre dans une même fonction. La vigilance du médecin doit tendre sans cesse à la connaissance parfaite de ces fonctions qui demandent une indication thérapeutique spéciale indépendamment des conditions étiologiques.

L'hygiène doit être d'abord employée pour préserver des

(1) Lu devant la Société médicale de Montréal, séance du 6 mars 1882.

germes infectieux les sujets prédisposés par la débilité. Pour le tuberculeux elle est une indication précieuse et indispensable à l'espoir de guérir. L'hygiène des organes respiratoires exige ici une considération. Au début de la phthisie à forme torpide, un certain exercice de la voix, le chant surtout sont utiles pour activer la circulation et faciliter l'hématose et l'élimination des sécrétions bronchiques. Dans les formes avec éréthisme le repos de ces organes est nécessaire. Dans l'une et l'autre forme un exercice musculaire modéré aidera à entretenir l'appétit et à activer l'hématose et la circulation. L'hydrothérapie doit aussi faire partie intégrante de la bonne hygiène. Et comme la tuberculose implique une déchéance organique, nous devons la combattre par les toniques reconstituants, les hydrocarbures et les stimulants. Ainsi l'huile de foie de morue à hautes doses (ʒiii à ʒxii par jour) ou la glycérine à la dose de ʒi à ʒii, le quinquina, les vins généreux, le brandy, le rhum, devront être employés. L'arsenic aussi répond à l'indication fondamentale tirée de l'insuffisance nutritive. Comme l'huile il est un eutrophique par excellence et propre à toutes les formes de phthisie. Il répond bien aussi à deux indications symptomatiques en calmant l'excitabilité nerveuse et l'hyperkinésie cardio-vasculaire.

Maintenant, Messieurs, vous dirai-je un mot de la créosote qui est indiquée du moment que les phénomènes du catarrhe broncho pulmonaire s'accusent par l'expectoration. Ce remède, par son action antiseptique puissante, diminue l'expectoration en desséchant les bronches; il restreint les lésions catarrhales et par conséquent agit sur les lésions pulmonaires elles-mêmes et par là favorise l'évolution scléreuse qui est le mode de guérison. C'est l'agent dont l'influence approche le plus du tubercule lui-même pour le modifier. Généralement après huit jours d'administration l'oppression diminue puis cesse complètement: du huitième au vingt-unième jour l'expectoration diminue et la toux aussi; après un mois ou six semaines la purulence et la fétidité des crachats disparaissent et l'appétit revient peu à peu, la fièvre s'amointrit, les sueurs nocturnes se suppriment mais lentement. Bouchard et Gimbert nous prouvent, par des tableaux, que la créosote leur a été avantageuse dans tous les cas au 1er degré, dans plus de la moitié au 2e degré et dans $\frac{1}{2}$ au 3e degré. Reuss confirme les succès de MM. Bouchard et Gimbert en nous soumettant un tableau de 93 malades dont 54 ont bénéficié de ce remède. Il y aussi un autre tableau de 20 malades où il y a eu 8 guérisons et 6 améliorations. Mais la créosote, par son action irritante, demande un mode d'administration choisi afin de ménager le larynx et

Estomac. Bouchard et Gimbert la donnent en suspension dans l'huile de foie de morue. Reuss trouve plus convenable de la donner avec le baume de tolu qui la dissout. Voici la formule :

R Baume de tolu..... 4 gouttes.
 Créosote 1 goutte.
 Excipient..... Q. S.
 Pour une dragée.

La créosote employée doit être bien pure. Voici des moyens pour distinguer la vraie créosote de celle du commerce. La gravité spécifique de la vraie créosote est de 1,070, et de 1,069 pour celle du commerce. Dans la vraie créosote le collodion conserve sa transparence et dans celle du commerce il se coagule. Si une faible solution alcoolique de vraie créosote est versée dans une solution très étendue de perchlore de fer, la créosote prend la coloration verdâtre, puis brune, tandis que celle du commerce offre une coloration bleue qui passe au violet.

Parce que le tubercule dépend d'un processus appelé irritation phymatogène localisée au poumon, nous devons pressentir l'importance des révulsifs. C'est surtout au début de cette affection qu'ils présentent incontestablement leur maximum de puissance. Et pour retirer avantage des révulsifs, il faut les poursuivre avec une infatigable persévérance. Jaccoud donne la préférence aux cautères à la pâte de Vienne qu'il fait placer au nombre de trois sous la clavicule sur l'un ou les deux côtés. Tous les révulsifs peuvent être employés indistinctement.

Dans le cours d'une maladie aussi complexe que la phthisie pulmonaire, le danger peut venir de bien des côtés. Aussi, outre le traitement général, le médecin a encore à s'occuper des phénomènes intercurrents auxquels répondent des indications spéciales. Mais pour ne pas abuser plus longtemps de votre patience, je terminerai en vous parlant brièvement du traitement des hémoptysies, de la fièvre et enfin de l'alimentation forcée. Pour bien traiter l'hémoptysie il faut distinguer celle qui précède l'excavation de celle qui la suit. La première est une hémorrhagie congestive et l'autre le plus souvent une hémorrhagie par rupture. La distinction doit aussi porter sur la forme apyrétique ou fébrile. Une hémoptysie apyrétique et de moyenne intensité cèdera presque toujours aux moyens ordinaires. Celle-ci est sérieuse qui persiste plus de 36 à 48 heures. Il arrive aussi qu'une hémoptysie antérieure à la période d'excavation devienne assez abondante

pour constituer un danger. Pour ces deux derniers cas il faut une médication énergique : injections hypodermiques d'ergotine, inhalations au perchlorure de fer, etc., etc. Si la fièvre s'allume dans le cours d'une hémoptysie, il faut suivre la même médication que dans l'hémoptysie fébrile d'emblée. Outre les moyens ordinaires, on donne l'ipécac à doses nauséuses jusqu'à abaissement de la température et diminution du pouls. Alors on supprime le remède que l'on reprend si la fièvre et le pouls l'indiquent. Il faut soutenir les forces du malade par des vins, bouillons et brandy glacés. Ici nous devons être en garde contre le collapsus qui succède quelquefois rapidement à la fièvre. Si l'hémoptysie est peu abondante, on peut remplacer la médication nauséuse par l'ergotine et la quinine. L'ergotine doit être administrée jusqu'à fourmillement ou engourdissement dans les doigts ou les orteils. Il y a aussi indication du perchlorure de fer quand il y a danger imminent.

Vous vous rappelez, sans doute, ce que je vous ai dit de la fièvre chez le tuberculeux. Je vous en ai fait quatre groupes distincts. Dans les trois premiers groupes se trouvent la fièvre de granulation ou de tuberculisation, la fièvre d'inflammation et la fièvre d'excavation ; dans le quatrième groupe la fièvre de résorption ou fièvre hectique. Il faut traiter ces différentes variétés de fièvre pour en diminuer au moins l'intensité, ne fût-ce que d'un degré, parce que la fièvre représente en elle-même un processus de consommation. L'agent antipyrétique qui convient le mieux à la fièvre des trois premiers groupes est la quinine. Cependant si la fièvre de résorption s'était montrée antérieurement, il vaudrait mieux traiter par l'acide salicylique. Le bromhydrate de quinine par son action peu irritante sur l'estomac est préféré au sulfate. Mais vu sa grande rareté nous employons le sulfate de quinine à la dose de 15 à 18 grains 6 hrs avant l'accès. Jaccoud fait alterner cette médication de trois jours avec autant de jours de repos. Avec ce traitement le mouvement fébrile disparaît quelquefois, ou diminue presque toujours, considérablement. La fièvre d'excavation est celle qui présente le moins de prise à la médication. Sa résistance nous oblige de recourir à l'acide salicylique, parce que la fièvre peut être liée à la résorption de produits putrides dans les poumons. La fièvre de résorption est la plus redoutable, vu sa mauvaise nature. C'est un empoisonnement par la résorption de matières septiques qui encombrant les poumons. Le malade est voué d'une manière presque inévitable à la mort prochaine. Cependant, comme toujours, le médecin doit combattre. "On réussit ou on échoue, peu importe, dit Jaccoud,

il faut agir, agir énergiquement, agir toujours, on peut obtenir de l'insistance ce que l'on n'a pu obtenir de l'intervention initiale." Les agents modificateurs de cette fièvre sont l'acide salicylique et le salicylate de soude qui agissent par leurs propriétés antiputride et antipyrétique sur les effets et sur la cause elle-même. Si l'acide salicylique n'est pas toléré par l'estomac, alors on doit recourir au salicylate de soude. Voici ce que dit Jaccoud du mode d'administration. " Chez les malades qui sont pris de fièvre de résorption à une période peu avancée, dont la constitution primitivement forte n'est pas encore ruinée par la maladie et dont les fonctions gastriques sont en parfait état, je donne le premier jour deux grammes d'acide salicylique, le second et le troisième jour un gramme et demi à un gramme, suivant les cas ; si après ces trois jours la fièvre n'a pas cédé, je viens à deux grammes, recommençant ainsi la série, soit sans interruption, soit après un intervalle de repos. Chez les malades qui ne sont pas dans des conditions aussi satisfaisantes, j'administre un gramme et demi le premier jour et un gramme les jours suivants, restant à cette dose ou l'augmentant après un intervalle de trois jours, suivant l'effet produit. En tout cas, je maintiens le médicament à la dose tolérée jusqu'à chute de la fièvre ou au moins jusqu'à ce que je n'observe plus d'abaissement thermique d'un jour à l'autre ; la résistance de la fièvre tient à la complexité de son origine et la persistance aveugle du traitement n'aboutirait qu'à une révolte de l'estomac ou à des accidents cérébro cardiaques d'une réelle gravité. Voici la formule de Jaccoud :

Rhum ou cognac ʒiiss ; Acide salicylique grs 36 ; Vin cordial ʒv. La dose totale doit être prise dans l'intervalle d'une heure et chaque ingestion suivie d'un verre d'eau pure. La manifestation thermique de cet agent antipyrétique commence une demi-heure ou quarante minutes après son ingestion et n'est complète qu'après 3 ou 4 heures. Conséquence pratique : ne le donner que quatre heures avant l'exacerbation fébrile. Si l'acide salicylique n'est pas toléré parce qu'il cause de la gastralgie ou des vomissements, il faut s'adresser au salicylate de soude qui a une action moins irritante sur l'estomac. La dose du salicylate de soude pour le 1er jour est de 72 à 108 grs, le deuxième jour de 54 à 72 grains, et le troisième jour de 36 à 56 grains. On peut aussi le donner en injections hypodermiques à la dose de 15 grains dissout dans autant d'eau. Mais il faut remarquer que les effets se manifestent généralement 24 à 36 heures après.

Notre vigilance doit aussi porter sur l'état de l'estomac. La dyspepsie chez les phthisiques peut avoir diverses origines.

Elle peut dépendre d'une altération pathologique du pancréas qui ne sécrète plus un suc de composition normale, soit en quantité ou en qualité, ce qui explique l'intolérance des substances grasses et indique l'usage de la pancréatine. Elle peut dépendre aussi d'une inertie musculaire de l'estomac et encore d'une altération et même d'une destruction des glandes à suc gastrique. Indication de la strychnine dans le premier cas et de la pepsine dans le second.

J'aborde la dernière partie de mon travail qui est l'alimentation. En thèse générale la viande et les stimulants conviennent mieux à la forme torpide, et la diète relative, le régime végétal et lacté à la forme éréthique. La viande crüe convient à presque tous les malades.

Messieurs, je me répète et je dis : parce que la tuberculose est une déchéance de nutrition nous devons chercher, par tous les moyens imaginables, à restaurer les forces vitales. Chez le tuberculeux qui a perdu l'appétit, qui a de l'anorexie et qui cependant a besoin de réparer les pertes qu'il fait tous les jours, à quel moyen aurons-nous recours ? M. Debove nous présente un puissant moyen de soutenir notre malade en l'alimentant artificiellement. Pour cela on se sert du tube mou en caoutchouc de Faucher, surmonté d'un entonnoir en verre et que l'on introduit dans l'estomac. Il est d'un usage facile, car il suffit de le placer dans de l'eau tiède puis de le présenter à la base de la langue, pour que, aidé de mouvements de déglutition, on arrive dès la première séance dans l'estomac. Mais quand la pénétration du tube devient douloureuse par les ulcérations à l'épiglotte et à l'orifice laryngé, on se sert alors du cathéter rigide de Debove. Chaque fois qu'il y a dyspepsie, Dujardin Beaumetz fait le lavage de l'estomac avant l'ingestion des aliments. Pour cette fin, il se sert d'eau simple ou d'eau et de bicarb. de soude (72 grs. p. xxvj) ou du sulfate de soude (108 grs. p. xxvj). Il donne la préférence à ce dernier agent qui serait légèrement antiseptique. En général il faut faire passer dans l'estomac une certaine quantité de liquide. Aussi pour mieux enlever les mucosités et les débris contenus dans l'estomac, il serait bon de se rappeler les moyens que voici : "Elever à des hauteurs variables l'entonnoir qui contient le liquide et l'abaisser plus ou moins quand il s'agit de vider l'estomac." De même quand on se sert de la pompe il faut varier la force des poussées du liquide dans l'estomac dans le but aussi d'en mieux faire le nettoyage. Ceci fait on introduit le mélange alimentaire suivant : 4 œufs, jaune et blanc compris ; xxiii à xxvj de viande crüe et râpée ; xi de sel marin et une quantité de lait tiède suffisante pour liquéfier l'en-

semble du mélange. Après cette introduction on verse dans le tube une chopine de lait pur. Quand il y a diarrhée on ajoute à ce mélange le sous-nitrate de bismuth. Lorsque l'huile de foie de morue n'est pas supportée, M. Dujardin Beaumetz fait comme suit : Il introduit d'abord 100 à 150 gram. d'huile de foie de morue, 100 gram. de peptone, le mélange alimentaire et enfin le lait pur. On peut alimenter de la sorte le malade deux fois par jour.

Je ne crois pas mieux terminer qu'en vous citant un extrait du rapport de la Société médicale des Hôpitaux relativement à ce sujet : "Les malades gavés par M. Beaumetz étaient tous porteurs de cavernes plus ou moins étendues; tous avaient une anorexie profonde et vomissaient sous l'influence du moindre effort de toux. Or les aliments introduits par le tube n'ont jamais été vomis, ils ont toujours été bien digérés et la diarrhée n'est apparue que lorsqu'on élevait trop la proportion d'huile de morue. L'appétit a reparu, les malades demandent à manger; même au milieu de la nuit ils réclament de la nourriture. Quant au poids du corps il reste à peu près stationnaire. L'état général est bien meilleur. Les malades se sentent plus forts; ceux qui ne quittaient pas leur lit se promènent maintenant; leur sommeil est plus calme et plus profond, les sueurs moins profuses, les retours de la fièvre moins fréquents. Les lésions pulmonaires, la toux et l'expectoration ne sont pas modifiées." Voilà, Messieurs, qui est satisfaisant et doit nous engager à nous servir d'un moyen aussi puissant de soutenir les forces vitales chez le tuberculeux.

DR J. I. DESROCHES.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Pelvi-péritonite; abcès iliaque — Adénome du sein; corysiple généralisé.—Aphasie.

Pelvi-péritonite puerpérale; abcès iliaque.—Rose M., 24 ans, accoucha le 30 décembre dernier, de deux jumeaux dont le dernier fut mis au monde au moyen de la version. Les deu-

leurs utérines qui suivirent la délivrance furent considérables mais ne s'accompagnèrent d'aucun autre accident quand, vers le 25 janvier, la malade se plaignit de sensibilité abdominale siégeant surtout au côté gauche. Les douleurs s'accrurent, s'accompagnèrent d'un mouvement fébrile prononcé, et le 8 février, la malade fut admise à l'Hôpital, salle Ste-Marie, No. 27. On constate alors que les douleurs et la sensibilité siègent surtout et presque exclusivement dans la fosse iliaque. A la palpation, on perçoit au même endroit une induration occupant toute la fosse iliaque, très sensible à la moindre pression, et donnant à la percussion une matité absolue. Le reste de l'abdomen est tympanisé. Les intestins sont paresseux, cela va sans dire; le pouls est à 100° et la température à 103° Fahr. On prescrit des applications chaudes fréquemment renouvelées, *loco dol*, l'opium et la morphine pour calmer la douleur, une diète généreuse, etc. Du 8 au 23 l'état de la malade se maintient à peu près au même point si ce n'est que la tuméfaction augmente graduellement et apparaît bientôt à la simple inspection au niveau de la fosse iliaque, près du pli inguinal, qu'elle dépasse même d'un travers de doigt. La fluctuation y est évidente. La température se maintient de 102° à 103° le soir pour tomber à 100½° ou 101° le matin, le pouls variant entre 90 le matin et 100 le soir. La patiente suit un traitement tonique stimulant, fer, quinine, vin, etc., etc. Le 23, on pratique la ponction aspiratrice de l'abcès au moyen de l'appareil de Dieulafoy, et on retire environ 8 onces de pus inodore, épais et louable. La piqûre est recouverte d'un diachylon et on exerce une compression méthodique au niveau de l'abcès. En dépit de cette ponction la température se maintient à peu près au même degré pendant quelques jours encore. La tuméfaction qui avait rétrocedé augmente de nouveau, et la fluctuation révèle une fois de plus la présence du pus. Cette fois on attend jusqu'au 9 mars avant que de donner issue à la collection purulente, ce que l'on fait par une assez large ouverture pratiquée au moyen d'un bistouri. L'abcès donne du coup à peu près 8 onces de pus. On introduit un tube à drainage et l'on panse antiseptiquement. Le soir de ce jour la température est à 100°, et le lendemain, à 98½°. Le 10, soir, elle remonte à 100° pour redescendre à 98½° le 11, A.M. Pendant toute la durée de la période inflammatoire et de la formation de l'abcès, la malade n'a présenté aucun trouble du côté de l'estomac, ni nausée, ni vomissements. Les forces générales sont encore assez bonnes. On prescrit toujours la quinine et les stimulants alcooliques, la morphine et l'opium *p. r. n.*

Le 11, P.M., le thermomètre marque 100½°. Le pouls est à

96. La malade dort bien. Comme il existe un peu de constipation on prescrit une ou deux doses de *mixture blanche* (carbonate et sulfate de magnésie) qui produisent une légère action des intestins.

Le 12 et le 13, la température est à 100°, matin et soir, même état général : douleurs nulles, pas de frissons. Le pansement est fait deux fois le jour et consiste en injections chaudes d'acide carbolique au 40°, le tube étant continuellement maintenu dans la plaie. La tuméfaction est de beaucoup diminuée. Pas de tympanite. Etat général très satisfaisant. Le 14 A.M., le thermomètre indique 99°; le pouls est à 84. Même état; même traitement. Du 15 au 29, la température varie entre 100° le soir et 99° le matin. La malade souffre un peu de diarrhée contre laquelle on prescrit la poudre de craie composée. On continue l'usage de la quinine et des préparations ferrugineuses, alternant avec les stimulants. Le 15 avril, on fait un examen *per vaginam* et l'on constate que l'utérus n'a pas été déplacé. Une induration persiste encore à la partie supérieure du vagin, à gauche du col utérin. L'ouverture pratiquée à l'abdomen donne encore un peu de pus. On continue le même pansement. La malade est encore sous observation. Elle se lève, peut se tenir debout toute la journée et présente toutes les apparences d'une guérison parfaite prochaine.

Adénome du sein; Erysipèle généralisé.—Dame E. V, 31 ans, mariée depuis trois ans, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital (salle Ste-Marie, No. 43), le 9 mars 1882, pour un adénome du sein gauche. D'après le rapport de la malade, la tumeur s'est développée insensiblement depuis cinq ou six ans, sans occasionner la moindre douleur. Le 9 mars, elle a à peu près le volume d'un œuf de poule, et occupe la partie supérieure du sein; il n'y a pas d'adhérence à la peau; le mamelon est intact ainsi que les lymphatiques de l'aisselle et du cou. Cette malade souffre aussi d'épilepsie, les attaques survenant à peu près tous les mois.

Le lendemain de l'entrée de la patiente à l'hôpital, la tumeur est enlevée; l'hémorrhagie est légère. Vu l'impossibilité d'obtenir une réunion par première intention, on introduit dans la plaie une mèche de charpie et l'on panse comme à l'ordinaire. Le soir même de l'opération la température est à 102° Fahr. La malade a éprouvé peu de douleurs et la sensibilité de la partie n'est pas exagérée. Le lendemain (11) matin, le thermomètre marque 101°; le pouls est à 90. Le premier pansement est fait et consiste dans le lavage de la cavité à l'acide carbolique au 40° et l'introduction de tentes. Dans le cours de l'après-midi, la malade se plaint de malaise général, anorexie,

frissons, etc., et de sensibilité au niveau de l'épigastre. En faisant le pansement du soir on constate une douleur assez vive de cette partie et de la rougeur s'étendant au peu vers le haut de la poitrine, mais n'affectant aucunement la plaie. La sensibilité de la partie est un peu exagérée. La température est à 106° : le pouls à 110. La malade est évidemment prise d'érysipèle. La partie affectée est badigeonnée trois fois le jour avec parties égales de collodion et d'huile de ricin. A l'intérieur on prescrit la quinine à dose de deux grains trois fois le jour ; opium *pro re nata*.

Le 12, A.M., pouls 112. Température $105\frac{1}{2}$. Même état général. L'érysipèle est étendu à toute la partie antérieure de la poitrine excepté au pourtour de la plaie. Celle-ci ne s'est pas unie par première intention ; on enlève les sutures et l'on panse à plat ; au reste il ne s'y forme pas de pus. Le soir, le thermomètre marque $103\frac{1}{2}$. La malade souffre peu : quelques efforts de vomissements ; on prescrit de la glace dont la malade laisse fondre de petits morceaux dans sa bouche. Le 13, la température atteint 105° , et le 14 ainsi que le 15, elle se maintient à 106° ; le pouls battant à 120. L'érysipèle couvre la plus grande partie du tronc, c'est-à-dire, l'abdomen et le dos ; la malade est constamment dans un pénible état de nausée, et fait de fréquents efforts de vomissements. Le pouls est faible et petit mais régulier ; langue humide ; pas de délire. On continue l'usage de la quinine, de plus on prescrit 4 oz. de brandy par 24 heures ; diète généreuse.

Le 16, A.M., la température tombe à $103\frac{1}{2}$ et le 17, soir, à $102\frac{1}{2}$. L'érysipèle est stationnaire : état général le même. Le 18, le thermomètre marque 104° , et le 19, P.M., 106° . L'érysipèle s'est étendu vers les membres inférieurs et a envahi le siège et les cuisses ; les vomissements continuent et fatiguent beaucoup la malade ; le pouls est toujours petit et faible. On continue les badigeonnages au collodion élastique, et, à l'intérieur, l'usage de la quinine et du brandy dont la patiente prend 4 oz. par 24 heures, associées à 6 onces de Xérés. Il y a tendance au délire ; le sommeil est pénible et peu réparateur.

Le 20 et le 21, la température reste à $105\frac{1}{2}$, et tombe brusquement à $102\frac{1}{2}$ le 22 A.M. A cette date l'érysipèle a atteint les deux cuisses et la nuque ; le soir, le thermomètre indique de nouveau 106° ; Ce degré se maintient aussi le 23, A.M. L'érysipèle affecte alors la face toute entière ; il y a délire ; la langue tend à devenir sèche ; le pouls est de plus en plus faible et petit ; les forces générales déclinent. On continue la même médication ; la malade prend actuellement 12 oz. de stimulants (brandy et Xérés) par 24 heures ; les vomissements ne sont

pas aussi fréquents, aussi peut-on administrer une plus grande quantité de nourriture (toujours liquide).

Le 23, P.M., pouls 100, température 104°. Le 24 et le 25, pouls 100, température 103°, matin et soir. Etat général amélioré; intelligence plus lucide; langue humide; peu de vomissements. Du 26 au 28, nouvelle poussée de l'érysipèle qui est rendu aux jambes et aux pieds. Pouls 120, température 104° le matin et 106° le soir. On continue le même traitement. Enfin, le 29, A.M., la température qui était à 105½° la veille (soir) tombe à 98½° pour remonter à 104° le soir, et tombe de nouveau à 100°, le 30, A.M. L'érysipèle disparaît à la face et un peu aussi aux jambes. Les symptômes généraux se sont sensiblement améliorés; il n'y a plus de vomissements; le pouls a pris de l'ampleur; les forces générales renaissent; appétit passable. Du 30 mars au 4 avril, la température varie entre 96½° le soir et 98½° le matin. Au niveau de la malléole externe du pied droit l'érysipèle a pris le caractère phlegmoneux et passe à la suppuration; l'abcès est ouvert, pansé antiseptiquement, et guérit avec rapidité. A l'intérieur on donne le citrate de fer et de quinine, et on continue l'usage des stimulants mais en quantité modérée.

Pendant toute la durée de la maladie, la plaie du sein a montré peu de tendance à la guérison, en dépit des pansements à l'iodoforme. A peine trouvait-on quelques gouttes de pus sur les pièces de pansement, le matin. Aussitôt que la fièvre fut tombée, la cicatrisation devint plus active et, quand la malade est devenue assez bien pour laisser l'hôpital, (le 12 avril) cette plaie était presque entièrement cicatrisée.

Malgré toutes les précautions qu'on a pu prendre, il a été impossible d'empêcher la malade de rester dans le décubitus dorsal plus longtemps qu'il n'aurait fallu, et une plaie de lit s'est faite au niveau du sacrum. On la panse à la pommade phéniquée, alternant avec l'onguent d'oxyde de zinc.

Aphasie.—Deux cas d'aphasie se sont présentés à la clinique dans le cours d'avril dernier. L'un était âgé de 45 ans, l'autre de 32 ans à peine. Chez tous deux il y eût perte subite de la parole, hémiplegie du côté droit, conservation apparente de l'intelligence. Le premier de ces malades, c'est-à-dire le plus âgé, est resté aphasique et hémiplegique depuis le début de son affection qui remonte à plus d'un an; ce malade avait été un alcoolique confirmé, tandis que l'autre a recouvré graduellement la parole, mais l'aphasie avait persisté deux mois et le début de son attaque datait de six mois; cependant l'hémiplegie n'est pas complètement disparue. Chez ce dernier on découvrait un bruit de souffle, à la pointe du cœur, au premier temps. Aucun n'avait eu la syphilis.

Remarques de M. le Prof. Laramée.—Dans la grande majorité des cas l'aphasie est liée à une embolie cérébrale, c'est-à-dire qu'un fragment de valvule, de pilier ou de caillot fibrineux suit presque toujours la carotide gauche pour pénétrer dans l'artère sylvienne gauche, dans la troisième circonvolution frontale du même côté, ce qui explique pourquoi l'hémiplégie, quand elle existe, est à droite. L'hémorragie cérébrale détermine rarement l'aphasie; mais, outre l'embolie, la thrombose ou une tumeur gênant l'artère nourricière de la troisième circonvolution frontale peuvent produire l'aphasie. Il y a encore l'aphasie sans lésion matérielle profonde qui se présente parfois chez des rhumatisants, des goutteux, des syphilitiques ou durant la convalescence de maladies graves, etc., mais ces variétés d'aphasie sont généralement transitoires, non accompagnées de paralysie et reconnaissent pour cause un trouble passager de la circulation. Chez le premier malade qui nous intéresse l'examen attentif du cœur, n'ayant rien révélé d'anormal, il est rationnel de soupçonner une thrombose cérébrale due à ses excès alcooliques, et chez l'autre malade le bruit de souffle à la pointe du cœur, au premier temps, répond à une insuffisance de la mitrale et est de nature à expliquer l'aphasie par embolie. Il est admis qu'il y a une certaine relation entre les affections du cœur, l'oblitération de l'artère sylvienne, le ramollissement du cerveau et l'aphasie. Ces deux malades ont perdu la parole subitement, ce qui ne veut pas dire que le ramollissement cérébral déterminé par une embolie, une thrombose ou même une tumeur, soit également subit, car le ramollissement, qu'il soit limité à une partie des lobes frontaux ou étendu ailleurs, n'est pas un accident subit; mais ce qui est subit, c'est la famine du cerveau par oblitération vasculaire.

Ces deux malades paraissaient jouir de l'intégrité de leur intelligence, mais leur ayant fait suivre du doigt, à différentes reprises, une page d'un livre que je lisais à haute voix, ces malades n'ont pu se rendre au milieu du feuillet sans se tromper presque à chaque ligne. En effet, généralement les aphasiques sont, pour l'intelligence, au-dessous du commun des hommes.

Si les aphasiques perdent l'usage du langage artificiel ils conservent, néanmoins, le langage naturel; ainsi chez le premier malade, qui est resté aphasique, les sentiments se traduisent par certains gestes qui prouvent qu'il n'est pas indifférent à ce qui se passe autour de lui, et s'il a perdu la faculté du langage il conserve celle de proférer certains sons, comme ha! ha! hon! hon!—l'autre malade, durant le temps de

son aphasie, prononçait le mot *oui* à tout propos, c'est-à-dire, qu'il n'avait à son service que le monosyllable *oui* pour tout ce qu'il voulait prononcer. Enfin, l'aphasique ordinairement sa langue et ses lèvres avec facilité. Le traitement est à peu près impuissant contre l'aphasie véritable, mais ces malades peuvent vivre assez longtemps, car le ramollissement suit une marche lente et n'a pas la gravité rapidement fatale du ramollissement étendu; cependant il arrive que l'aphasie se termine assez souvent par hémorrhagie cérébrale foudroyante. Les aphasiques peuvent guérir quelquefois, mais quand la lésion a été profonde le cerveau reste boiteux, suivant l'expression de Trousseau.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES

Du spray phéniqué dans le croup — Dans une communication faite à la Société de Médecine de Chirurgie de Bordeaux (séance du 10 février 1882) M. le Dr Albert Demons, chirurgien de l'hôpital St. André et professeur agrégé à la Faculté de Médecine a rapporté trois cas de croup traités avec succès au moyen de pulvérisations phéniquées (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 19 Mars). Nous reproduisons *in extenso* ce travail dont les conclusions pratiques nous semblent de nature à venir en aide à la thérapeutique de l'angine couenneuse.

Depuis fort longtemps on a conseillé de placer dans les chambres des malades atteints de croup, ayant ou n'ayant pas subi l'opération de la trachéotomie, des vases remplis d'eau bouillante. On a pensé que la sécheresse des fausses membranes et des muqueuses sous-jacentes constituait un des graves dangers de la diphthérie, et l'on a conçu l'espoir d'y remédier au moyen de vapeurs répandues dans l'atmosphère où respire le patient. Ces vapeurs pourraient peut-être ramollir les fausses membranes, les dissocier et les détacher. Cette idée semble bonne: elle s'appuie au moins sur un fait d'observation, car tout le monde sait, par exemple, que si la canule reste sèche après la trachéotomie, le pronostic s'assombrit. On n'hésite

même pas, en pareil cas, à verser de l'eau tiède dans les canaux respiratoires. Quant à la valeur thérapeutique de la vapeur d'eau employée de la manière indiquée tout à l'heure, elle est difficile à établir, à cause de la multiplicité des éléments qui composent d'ordinaire la gravité du croup et sa thérapeutique. Cependant un médecin autorisé, très réservé dans ses jugements, le Dr Archambeault, n'hésite pas à attribuer certains avantages marqués à ce moyen si aisé d'ailleurs à mettre en pratique. Dans plusieurs cas, il en a retiré des bénéfices incontestables.

Puisqu'il en est ainsi, il me paraît utile de perfectionner cette médication, d'abord en augmentant la quantité de vapeurs projetées dans l'atmosphère, puis en y ajoutant un agent thérapeutique ayant ou pouvant avoir une action modificatrice sur la maladie elle-même. J'ai donc été tout naturellement amené à utiliser le spray phéniqué à l'aide des pulvérisateurs à vapeur dont se servent la plupart des chirurgiens qui suivent les préceptes de Lister.

Jusqu'à ce jour, je me suis servi trois fois de cette méthode : deux fois dans des cas de croup après tracheotomie—j'avais été appelé seulement pour pratiquer l'opération—et une fois dans un cas d'angine diphthéritique. Les trois enfants ont guéri. Je suis d'autant plus heureux de ces succès que les petits malades appartenaient à des familles médicales. Chez le premier, garçon âgé de six ans, le croup, parfaitement confirmé, était consécutif à une angine couenneuse. L'opération fut faite au commencement de la période asphyxique ; une longue fausse membrane fut expulsée par la plaie trachéale dans un accès de toux. On commença, aussitôt après, à placer sur un meuble assez éloigné du lit, un pulvérisateur à vapeur (modèle Lucas Championnière) et à lancer dans l'air de la chambre des vapeurs d'eau phéniquée (50 grammes d'acide phénique pour 1,000 grammes d'eau), sans les diriger spécialement du côté du malade. Au bout d'un quart d'heure environ, quand la chambre fut manifestement remplie de vapeurs, on suspendit la manœuvre, pour la recommencer un peu plus tard (une demi-heure après). On agit de la sorte pendant les douze jours que demanda la guérison, un peu retardée par l'apparition de fausses membranes sur la plaie, avec des intervalles plus ou moins longs entre chaque séance de pulvérisation.

La canule ne resta pas un moment sèche ; elle fut constamment lubrifiée par des mucosités abondantes.

La sœur de ce petit garçon, tenue absolument éloignée de son frère pendant deux mois consécutifs, fut mise en contact avec lui au bout de ce temps, mais dans une localité éloignée.

Elle eut néanmoins une angine couenneuse qui fut traitée principalement par des attouchements avec le jus de citron et le perchlorure de fer. On employa aussi, et de la même manière, les pulvérisations d'eau phéniquée. J'attire votre attention, en passant, sur les conditions dans lesquelles la contagion s'est ici produite : c'est là un fait qu'il est bon de méditer.

Enfin, je fus obligé, tout récemment, de pratiquer une trachéotomie urgente sur un enfant de deux ans et demi chez qui le mal semblait avoir débuté par une bronchite.

Au moment où je vis ce petit garçon, il y avait de petites fausses membranes dans l'isthme du gosier ; de chaque côté du cou un gros ganglion tuméfié. Dans la poitrine, on entendait difficilement çà et là des râles de bronchite. Chacun sait qu'il est le plus souvent impossible dans les cas semblables de discerner l'existence d'une bronchite pseudo-membraneuse. Mais je partage entièrement l'avis émis par de bons esprits qu'une bronchite—simple ou pseudo membraneuse—ne constitue point une contre indication à l'opération de la trachéotomie, mais seulement une aggravation du pronostic. Je me rappelle notamment avoir obtenu un succès sur lequel je ne comptais guère chez un enfant qui fut apporté mourant à l'Hospice des Enfants, et qui rendit par la canule, immédiatement après l'opération, des fausses membranes ramifiées, d'origine évidemment bronchique. Le garçon de deux ans et demi dont je vous parlais tout à l'heure expectora lui aussi, deux jours après l'opération, une fausse membrane dichotomisée, ayant le calibre d'une plume de pigeon, et provenant sans doute d'une petite bronche. Dans ce cas aussi on s'est servi de pulvérisations d'eau phéniquée pendant une quinzaine de jours. La canule resta toujours humide.

Notre confidère, M. Creuzan, père de l'enfant, qui ne quittait pas le petit malade et observait attentivement la marche de l'affection, a pu se rendre compte de l'influence favorable des pulvérisations. Toutes les fois qu'il survenait de l'agitation, avec une tendance à la sécheresse de la canule et de la difficulté dans la respiration, il voyait disparaître ces accidents après une séance de spray de quelques minutes.

Je ne veux pas tirer de ces faits si peu nombreux des conclusions hâtives. Je n'ignore pas les difficultés de toutes sortes que comporte la solution d'un problème thérapeutique aussi compliqué que celui des affections diphtéritiques. Je tiens compte également de la possibilité d'une série heureuse. Mais, en tout état de cause, je suis résolu à employer de nouveau, quand l'occasion se présentera, le moyen que je viens d'indiquer : il est utile en théorie, pratiquement il est facile et

pour le moins inoffensif. Au lieu d'effrayer les enfants, les pulvérisations les amusent.

Invagination et élimination de 48 centimètres d'intestin.— La *Revue des sciences Médicales* rapporte, d'après le *Deutsh med. Wochen*, un fait qui montre une fois de plus que dans les cas d'invagination, même les plus graves, la guérison est possible après l'élimination d'une partie considérable de l'intestin.

Une femme de quarante-quatre ans, au huitième jour de sa douzième couche, éprouve des douleurs atroces dans le bas-ventre, ses selles se suppriment, et elle vomit. L'auteur, appelé auprès d'elle au bout de cinq jours, constate tous les symptômes de l'étranglement interne; il reconnaît, à droite de la cicatrice ombilicale, la présence d'une bride résistante, longue de 10 centimètres et mate à la percussion. Ne pouvant risquer une opération qui n'aurait d'autre résultat que de hâter la terminaison fatale, l'auteur se contente d'appliquer des cataplasmes et de prescrire l'opium, et fait des injections d'eau, suivant le procédé d'Hégar. Pendant les procédés qui suivent, les selles font défaut, les vomissements continuent. Au bout de ce temps, le malade prend 20 centigrammes de calomel, d'où selle copieuse, amélioration très notable de l'état général.

Cette transformation si brusque fait croire au médecin qu'il s'est trouvé en présence, non d'une invagination, mais d'un volvulus; mais le jour suivant, à sa grande surprise, il trouva dans le vase un morceau d'intestin grêle, long de 48 centimètres, parfaitement reconnaissable et avec toutes ses couches, perforé seulement sur quelques points. En même temps les douleurs de ventre s'apaisent et les vomissements cessent complètement.

Un mois et demi après ce remarquable événement, la malade meurt de phthisie pulmonaire, et l'auteur procède à son autopsie. Il trouve l'intestin absolument libre dans la cavité abdominale sans adhérence à la paroi, sans soudure d'anse à anse. A 15 centimètres de la valvule de Bauhin, il constate une cicatrice résistante au niveau de laquelle le calibre intestinal est légèrement rétréci; il est facile de voir que c'est le bout supérieur qui a pénétré dans l'intérieur en s'y invaginant.—*Journal de Médecine*.

Abcès multiples dans la convalescence de la fièvre typhoïde.— M. Dupont a consacré sa thèse soutenue à

la Faculté de Nancy à l'étude de cette complication assez rare de la fièvre typhoïde. M. le professeur Hecth donne de ce travail, dans la *Revue médicale de l'Est*, une analyse que nous reproduisons en partie.

Deux variétés d'abcès multiples peuvent s'observer chez les convalescents de fièvre typhoïde : les uns sont cutanés ou superficiels, situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, s'observent habituellement seuls chez le même malade. Les autres, abcès profonds, peuvent être dus à l'inflammation du tissu cellulaire qui se trouve sous les aponévroses, entre les muscles ou dans leurs gaines (abcès phlegmoneux des muscles) ; cette seconde catégorie peut se rencontrer isolément ou coexister avec les abcès superficiels. Généralement considérés comme des manifestations favorables, des phénomènes critiques, c'est ainsi que bon nombre de praticiens les regardent encore aujourd'hui, les abcès multiples survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde furent pendant longtemps tenus pour des abcès du tissu cellulaire, les altérations des muscles volontaires, la suppuration de leur tissu étant niées, ou à peine notées. Mais qu'elle qu'en soit l'origine, on peut dire que ces abcès superficiels et profonds présentent sensiblement les caractères des abcès chauds en général. Leur diagnostic est en général facile : l'examen histologique, en démontrant dans le pus d'un abcès des débris de fibres musculaires plus ou moins altérés, indiquera sa nature. Bien que, par l'abondance de la suppuration ou l'infection putride ou purulente consécutive, les abcès puissent entraîner la mort, leur pronostic est rarement grave. L'incision des abcès aussitôt qu'ils sont fluctuants ou le drainage associés aux antiseptiques en constituent le traitement. Vingt observations cliniques, dont deux sont personnelles à l'auteur, complètent cet intéressant travail. — *Journal de Médecine*.

De l'utilité des injections sous-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique. — *Le Lyon Médical*, nous parle de l'utilité des injections sous-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique, c'est le Docteur BARRH qui préconise ce traitement. On connaît les résultats des injections sous-cutanées d'éther dans la variole, on sait le retentissement qu'a eu le mémoire de M. du Castel sur ce sujet. D'autre part, tous les praticiens ont pu constater les effets stimulants rapides, presque instantanés obtenus à l'aide des injections d'éther. M. Barth a employé les injections d'éther dans la pneumonie. Les 14 observations qu'il rapporte sont relatives à des pneumo-

nies et à des broncho pneumonies très-graves. Sur ces 14 cas, il y a eu 3 morts et 11 guérisons. Aussi l'auteur, loin de prétendre à la découverte d'un spécifique de la pneumonie, indique seulement une application nouvelle d'un puissant moyen stimulant déjà éprouvé en d'autres occasions.

L'injection sous-cutanée d'éther détermine d'abord une douleur assez vive pour faire pousser des cris au malade. Cette douleur, dont la durée est très courte, peut être atténuée si on a soin de faire l'injection dans des points peu sensibles; elle a d'ailleurs l'avantage de réveiller le malade de sa torpeur. Peu d'instants après, les effets stimulants et réconfortants de l'injection commencent à se faire sentir, la respiration devient plus facile, le pouls prend plus de force et d'ampleur, la langue s'humecte et le visage se colore. Au bout de 2 ou 3 minutes, l'odeur de l'éther exhalée par la bouche du malade montre que le liquide volatil est arrivé dans les vaisseaux pulmonaires. Pour obtenir ces effets remarquables, une forte dose n'est pas nécessaire; une seule seringue de Pravaz, c'est-à-dire environ 1 gramme, est ordinairement suffisante; il est bon de répéter l'injection au moins deux fois par jour et, dans les cas très-graves, on peut sans inconvénient, aller jusqu'à quatre. L'auteur n'a jamais dépasser cette dose.

Les injections d'éther doivent être pratiquées avec une seringue de Pravaz ordinaire. On aura soin de faire pénétrer l'aiguille très obliquement de façon qu'elle n'atteigne pas les muscles. Après s'être assuré que l'aiguille est libre dans le tissu cellulaire sous-cutané, on poussera l'injection assez vite, et retirant la seringue d'un coup sec, on appliquera le doigt sur la piqûre afin d'éviter que l'éther très-fluide, comme on sait, ne vienne à s'échapper.

Les inconvénients des injections d'éther sont nuls quand elles sont convenablement pratiquées. Néanmoins, on en a signalés quelques-uns. Sans parler de l'emphysème dû à la vaporisation de l'éther, suivant M. Barth, et qui disparaît de lui-même au bout de quelques minutes, on a observé des eschares et des anesthésies ou des paralysies motrices localisées.

Les eschares peuvent se produire si l'injection est poussée dans l'épaisseur du derme ou dans un tissu cellulaire déjà induré. Aussi on l'évitera en poussant l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané et en évitant de répéter deux fois l'injection à la même place.

L'anesthésie localisée ou la paralysie motrice limitée à un ou deux muscles ne surviennent guère qu'à la suite d'une injection pratiquée à l'avant-bras. M. Reles en a signalé un exemple et M. Barth en a observé deux autres. Il suffit pour les

éviter de faire les injections dans les points où les nerfs sont rares, tels que la face externe des cuisses, le dos et les flancs.—
Lyon Médical.

Traitement de l'aphonie des chanteurs et des orateurs.—Le *Paris Médical* conseille dans l'aphonie des chanteurs, de mettre dans la bouche un petit fragment de borax de 15 à 20 centigrammes et de laisser fondre. On a une abondante sécrétion de salive dans la bouche et l'arrière bouche. Les orateurs, les avocats, les prédicateurs, etc., prendront, la veille du jour où ils doivent beaucoup exercer la voix, un verre d'eau sucrée dans lequel ils auront fait dissoudre 15 grammes de nitrate de potasse, de manière à provoquer une transpiration abondante. On peut aussi employer dans les mêmes conditions le gargarisme suivant :

Décoction d'orge.....	200 grammes.
Alun.....	5 à 10 gr.
Miel rosat	20 gr.

Un autre moyen consiste dans l'emploi d'une *infusion de jaborandi*, 3 grammes pour une tasse d'eau bouillante à prendre le matin dans le lit pour obtenir une bonne transpiration.
—*Le Praticien.*

Du traitement local de la toux.—Nous trouvons dans le *Chicago Medical Review* une étude succincte du Dr Louis Elsberg, professeur à l'Université de New York, sur le traitement local de certaines formes particulières de toux. “ Nous savons, dit M. Elsberg, que la toux est un acte réflexe ayant pour but l'expulsion des matières étrangères hors des voies aériennes. Elle peut être produite par une accumulation de mucus, pus, etc., ou par une irritation quelconque des différentes parties de ces mêmes voies. La cause la plus fréquente est l'irritation de la partie supérieure du larynx, surtout à sa portion postérieure, c'est-à-dire du repli interaryténoïdien et du bord libre de l'épiglotte. Si l'irritation siège plus bas dans l'arbre aérien ou sur la paroi postérieure du larynx et de la trachée, à la bifurcation des bronches ou enfin sur la muqueuse bronchique elle-même, elle peut aussi produire la toux, tandis que l'irritation du parenchyme pulmonaire lui-même ou de la plèvre ne saurait, ce semble, amener un tel effet. Le fait est que la toux qui accompagne

les maladies du poumon ou de la plèvre est ordinairement due à quelque complication concomitante du côté des bronches, de la trachée ou du larynx. D'un autre côté, la toux peut être produite par une cause siégeant au-dessus du larynx; ainsi nous constatons de la toux dans les cas de catarrhe du pharynx et de prolapsus de la luette. Dans le premier cas, la sécrétion qui descend continuellement le long du pharynx vient irriter l'ouverture de la glotte; dans le second, le même effet est produit par l'extrémité inférieure de la luette en prolapsus. Quelquefois des causes éloignées, comme dans les cas de toux hystérique et nerveuse, toux *stomacale*, etc., agissent par action réflexe, soit au moyen de quelque centre sensoriel particulier, soit par l'entremise des nerfs vasomoteurs.

“ Dans tous les cas, il ne saurait y avoir de doute que dans la grande majorité des cas de toux, soit primaire, soit secondaire, il y a irritation de l'ouverture supérieure du larynx, soit à sa partie antérieure, soit à sa partie postérieure, et qu'un traitement local appliqué à l'endroit irrité soulage cette toux et quelquefois la guérit tout à fait.

“ Si le médecin se donne, dans ces cas, le trouble d'examiner au laryngoscope le larynx de son malade, il sera à même de reconnaître les lésions de tissus, causes de la toux. En certains cas, ces lésions sont tout à fait en dehors du contrôle de l'art; en d'autres, elles demanderont à être traitées par un spécialiste plutôt que par un praticien ordinaire. Mais en dehors de ces cas on rencontrera fréquemment des érosions, fissures ou ulcérations du repli inter-aryténoïde, ou encore une érosion de l'épiglotte, toutes conditions morbides que le premier médecin venu doit être en état de pouvoir traiter convenablement.

“ Le miroir laryngéen étant tenu de la main gauche, et le malade pouvant lui-même tenir la langue en dehors, le médecin peut, de sa main droite, appliquer aux surfaces malades, au moyen d'une éponge montée, une solution saturée d'iodoforme dans l'éther sulfurique (1 partie pour 4) ayant soin d'exprimer l'éponge avant de l'introduire, de peur qu'il ne tombe quelques gouttes de la solution dans la cavité du larynx. Cette application d'iodoforme peut être renouvelée tous les jours ou tous les deux jours pendant une semaine ou plus. Quelquefois, d'autres médicaments peuvent être aussi appliqués avec succès, mais l'iodoforme réussit bien dans la généralité des cas.”

Traitement de la pneumonie.—Le Dr Alix, de Toulouse, nous donne dans le *Bulletin de Thérapeutique*, son traitement de la pneumonie. Comme on pourra le voir, l'on est loin de la médication antiphlogistique violente de Couillard.

Le plus ordinairement on doit se borner à l'hygiène, à une surveillance attentive, abstention d'une intervention médicale qui peut gêner l'évolution de la pneumonie. Dans les cas plus graves et pneumonie double: usage de la digitale au début, modérément. Emploi de l'alcool pendant toute la durée, si c'est nécessaire; il n'y a nul danger à l'exagérer.

Enfin, quand l'évolution ne se fait pas et qu'il y a bronchite: extrait d'ipéca pour favoriser l'expectoration. Y joindre des excitants, boissons aromatiques chaudes, le thé, le vin, le café même, et, si besoin est, employer les moyens mécaniques pour l'expulsion des sécrétions.

Ne pas se préoccuper du délire, quand il n'y a pas complication cérébrale; le délire dépend des prédispositions du malade: un sujet qui rêve beaucoup en bonne santé, délire étant alité.

Rejeter l'emploi de l'opium, sauf le cas de pleurodynie intense; alors, faire des injections hypodermiques.

Repousser impitoyablement les vésicatoires qui immobilisent le thorax, favorisent les concrétions, les hépatisations mortelles. Un vésicatoire aggrave toujours la situation.

La défervescence obtenue, se hâter de nourrir le malade, de reconstituer tout ce que son économie a perdu.

—

Traitement local de la diphthérie par l'acide boracique en solution. — Ce traitement, selon M. Harris, a d'autant plus de cas d'application que la diphthérie commence le plus souvent sur des parties accessibles à l'emploi du traitement local, sur les amygdales et les piliers du voile du palais.

La solution dont l'auteur fait usage est ainsi formulée: acide boracique, 7 gr.; glycérine, 15 gr.; eau, 15. On en badigeonne la surface malade, d'abord toutes les heures, puis à intervalles de plus en plus longs, à mesure que diminuent la formation des fausses membranes et les symptômes de la maladie. Les dépôts fibrineux semblent, sous cette influence, se flétrir et tomber par pièces plutôt que se dissoudre.

Il importe de continuer ce traitement quelque temps encore après que la membrane muqueuse paraît débarrassée du produit morbide. Faute de ce soin, on peut presque avec certitude s'attendre à un retour de l'exsudation, ainsi que des symptômes généraux. C'est une règle posée par l'auteur de continuer les applications jusqu'au huitième jour.

Cette solution peut être avalée sans qu'il en résulte d'effets nuisibles : c'est ce qu'on a observé chez les enfants même âgés de moins de cinq ans. (*The Lancet* 25 février 1882.) *Lyon Médical*.

Traitement de l'épilepsie.—James David conseille de traiter l'épilepsie par l'emploi simultané de l'atropine et des bromures de potassium et d'ammonium.

Pendant six mois il fait donner, trois fois par jour, au malade une prise de :

Bromure de potassium	1 gr. 30
Bromure d'ammonium.....	0 gr 60

En même temps il fait prendre matin et soir un granule de 1 milligramme de sulfate d'atropine.

Au bout de ce temps il prescrit des pilules contenant :

Valérianate de zinc.....	4 centigr.
Extrait de belladone.....	6 milligr.
Acide arsénieux.....	2 milligr.
Extrait de gentiane	q. s.

Le malade prend 2 pilules par jour pendant deux mois ; puis on double la dose de valérianate de zinc, et l'on fait continuer ce traitement pendant deux mois encore. On revient ensuite au bromure pendant six à huit mois et on alterne avec les pilules pendant deux ou trois ans. (*Abeille médicale*.) *Lyon Médical*.

Traitement de la chorée par l'arsenic.—*La Revue de Thérapeutique Médico Chirurgicale* nous donne les traitements suivants de la chorée rhumatismale :

Acide arsénieux.....	1 gramme.
Eau distillée.....	1.000 —

Faire bouillir pendant un quart d'heure.

La dose varie suivant l'âge. Pour un enfant de six à dix ans, on peut prescrire la potion suivante :

Julep gommeux	60 grammes.
Liqueur de Boudin de.....	5 à 6 —
(selon la force du sujet).	

La potion doit être administrée par cuillerées à café, à intervalles rapprochés de manière à être complètement prise dans les vingt-quatre heures. Avec ce mode de procéder, la tolérance s'établit parfaitement.

D'autre part, nous savons que le Dr Sottmann, à sa clinique de Breslau, prescrit la solution suivante aux enfants atteints de la danse de Saint Guy :

Liqueur de Fowler..... 4 à 6 gouttes
Eau 7 g. 80.

et il obtient une guérison complète dans un temps variant entre seize et vingt-et-un jours. Quelquefois il ajoute à sa prescription de cinquante centigrammes à un gramme de chloral. Les enfants anémiés et à prédisposition nerveuse héréditaire tolèrent assez bien la préparation.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Traitement subséquent de la lithotritie.—L'article suivant reproduit du *Lancet* par le *Medical and Surgical Reporter* de Philadelphie, résume les opinions de Sir Henry Thompson sur cette question d'actualité :

“Quand l'éther a complètement fini de produire son effet sur le patient, si la douleur est très forte, trois ou quatre heures après l'opération, ce qui n'arrive pas souvent, un bain de siège aussi chaud qu'il est possible de l'endurer, pendant un quart-d'heure, produit beaucoup de soulagement. Pendant les trois ou quatre premiers jours le malade devra rester en décubitus dorsal; on maintiendra la chaleur de la peau, et on administrera fréquemment des bains de siège chauds et des doses faibles mais souvent répétées de solution de potasse pour neutraliser l'acidité de l'urine. Si l'urèthre est trop distendu ou contusionné, un cathéter de caoutchouc sera appliqué à demeure pendant vingt-quatre heures ou plus. Si la vessie avait déjà perdu le pouvoir de se vider, il vaudrait mieux appliquer un cathéter à demeure pendant un jour ou deux plutôt que d'avoir recours au cathétérisme répété. Il survient quelquefois vers le quatrième ou cinquième jour, même dans les cas favorables, un peu d'excitation; la vessie devient irritable, l'urine trouble, et, vingt-quatre heures après, survient

une cystite sub-aigüe qui peut quelquefois durer une semaine ou deux. Pour éviter ces accidents il importe d'insister sur le repos pendant les premiers jours.

“ L'auteur n'a eu que trois décès par cent avec la lithotritie rapide, tandis que dans quatre cents cas opérés par l'ancienne méthode, rapportés par la *Royal Medical and Chirurgical Society*, la mortalité a été de sept et demie par cent. L'âge des 101 hommes qu'il a opérés dépassait en moyenne 62½ ans. Il se croit justifiable de conclure que l'état morbide de la vessie survenant à la suite de la lithotritie pour des calculs d'acide urique et d'oxalate de chaux dans des organes précédemment sains, est beaucoup plus rare qu'autrefois. Pour éviter le danger, on doit éviter autant que possible l'emploi d'instruments qui pourraient distendre outre mesure et irriter l'urèthre et le col de la vessie. On doit avoir pour principe d'employer des instruments d'un calibre proportionné au volume de la pierre à broyer. On ne saurait trop prémunir l'opérateur inexpérimenté contre le danger inutile auquel il expose son malade en employant de gros et puissants instruments, comme on en a récemment introduit dans le pays, pour broyer des calculs de petit ou moyen volume (et ce sont de beaucoup les plus fréquents). Il n'est pas du tout nécessaire, il n'est même pas permis d'introduire dans la vessie un brisepierre ou un évacuateur numéro 18 ou 20 de la mesure anglaise pour en enlever deux ou trois cents grains de débris de calculs ; or, beaucoup de pierres pèsent moins de cent grains et on devrait toujours pouvoir constater leur existence avant qu'elles aient atteint ce poids. Je suis convaincu que la rupture (car ce n'est pas une dilatation) de l'urèthre et du col de la vessie que produit quelquefois l'introduction de semblables instruments peut produire des symptômes extrêmement douloureux, de longue durée et quelquefois fatals.

“ Il est assurément plus prudent de consacrer deux ou trois minutes de plus à l'opération et de prendre le temps nécessaire pour broyer les fragments assez tenus pour être enlevés avec un évacuateur numéro 15 ou 16, plutôt que de faire un broiement incomplet et d'employer une sonde évacuatrice qui produit inévitablement des lésions graves dans un certain nombre de cas.

“ En résumé : La lithotritie rapide, entre des mains habiles, est la méthode la moins dangereuse pour le patient.

“ Elle paraît aussi produire moins d'irritation persistante subséquente de la vessie que la méthode des séances répétées.

“ Cette opération n'exige aucun instrument nouveau. La valeur du procédé rapide consiste dans l'enlèvement immédiat

et complet de tout corps étranger de la vessie, de façon à ce qu'il ne reste rien pour enflammer un organe déjà irrité par l'opération. Moins l'opération aura causé d'irritation et plus la guérison sera certaine et prompte.

“ Dans les cas de calculs durs, le chirurgien novice ne devra employer le procédé rapide que si ces calculs sont de grosseur moyenne. Si le calcul est gros et dur, un jeune chirurgien réussira probablement mieux par la lithotomie. Pour les calculs phosphatiques friables, la grosseur est une objection moins grave.

“ La lithotritie rapide pour un calcul dur, pesant plus d'une once et *a fortiori* plus de deux, ne doit certainement être tentée que par un chirurgien d'expérience.”

—

Empoisonnement chronique des chirurgiens par l'acide carbolique. — Nous trouvons dans le *New York Medical Record* quelques remarques intéressantes du Professeur Czerny d'Heidelberg, à ce sujet :

La quantité d'acide carbolique introduite dans l'organisme par le chirurgien pendant une seule opération peut être très considérable, comme il le démontre. Falkson dit que pendant les vingt-quatre heures qui suivirent une opération de deux heures et demie de durée, pendant laquelle on fit usage d'une solution carbolique au cinquantième, il excréta par ses urines 2.0655 grammes d'acide carbolique. Or la dose la plus forte d'acide carbolique est de deux à trois minimes, c'est-à-dire quatorze fois moins que la quantité ainsi rejetée par les reins seuls et l'on sait que la peau et les poumons en secrètent aussi leur part.

Le professeur Czerny dit que l'histoire des souffrances du chirurgien par l'empoisonnement chronique par l'acide carbolique est encore à écrire. Voici la symptomatologie qu'il en ébauche : Le marasme carbolique, comme il l'appelle, débute par une légère céphalalgie, une irritation des bronches, de la langueur et la diminution de l'appétit. Quand l'empoisonnement est de vieille date, ou intense, la toux devient continuelle, le malade se plaint de douleurs gravatives à la région lombaire, les membres inférieurs semblent lourds, la circulation abdominale est ralentie, il y a des nausées, surtout le matin ; prurit cutané et plus tard insomnie qui peut être due surtout au fourmillement et autres sensations désagréables des mains. Le sang s'appauvrit et la face prend une apparence anémique. Les symptômes ressemblent, dit Czerny, à ceux qu'on assigne

à la neurasthénie. Mais c'est une neurasthénie qui disparaît après une marche forcée au grand air, et une absence de quelques jours de la clinique.

On conçoit que les symptômes varient avec l'idiosyncrasie du sujet et il serait à désirer qu'on possédât plus d'observations sur cette forme d'empoisonnement.

Czerny n'a jamais vu l'absorption constante d'acide carbonique produire aucun changement anatomique. Il conclut cependant, que le chirurgien ne saurait, sans danger, employer constamment le phénol surtout par la méthode de Lister.

Si on le compare à l'iodoforme, on peut dire que celui-ci est plus inoffensif pour le chirurgien et le phénol plus inoffensif pour le patient. Cependant, ni l'un ni l'autre de ces deux agents ne présente de dangers, si on en fait un usage judicieux.

—

De l'érysipèle, par M. VERNEUIL. — Plus une maladie est commune et rebelle à tous les moyens de traitement, grave et souvent même mortelle, douteuse dans ses origines, incertaine dans sa pathogénie, plus il faut s'en occuper, et, à ce titre, l'érysipèle mérite toute l'attention des chirurgiens. Il faut reconnaître que cette maladie a considérablement diminué dans les hôpitaux. Autrefois il y avait toujours des érysipèles dans les salles de chirurgie; on ne voit plus à Paris ces grandes épidémies ni ces endémies constantes d'érysipèle qui souvent arrêtaient la main du chirurgien. La méthode antiseptique nous a rendu des services au point de vue de l'érysipèle, mais elle a porté un coup bien plus rude à la septicémie. Aujourd'hui encore, en effet, on meurt d'érysipèle.

Nous commençons à savoir ce que nous avons à craindre quand nous opérons un diabétique, un alcoolique, etc. Qu'avons-nous à craindre, quand nous opérons un malade qui a déjà eu un ou plusieurs érysipèles? Ces érysipèles antérieurs influent-ils sur le pronostic opératoire? C'est ce qu'il importe d'étudier. J'ai par devers moi trois observations pour servir à cette étude.

Etant tout jeune chirurgien, je fus appelé auprès d'un négociant atteint de l'alcoolisme des classes aisées, qui avait un érysipèle spontané de la face dont il guérit bien, mais qui laissa un engorgement ganglionnaire qui, au lieu de se dissiper, persista; deux ou trois mois après survint un abcès dans la gaine du sterno cléido-mastoidien; je l'ouvris; deux jours après se développa un érysipèle qui envahit toute la face, se compliqua de delirium tremens et entraîna très rapidement la mort.

En 1866, je fus appelé par M. Brown Séquard auprès d'un créole, en France depuis longtemps, et qui était atteint d'une ostéite des os du pied. J'appris que deux ans auparavant il avait eu un érysipèle spontané de la face. Comme il avait des douleurs très vives dans le pied, je fis faire des injections sous-cutanées de morphine; au niveau d'une des piqûres se développa un érysipèle qui envahit toute la jambe; des abcès vinrent à se former; l'un des trajets fistuleux fit un érysipèle qui devint ambulatoire et envahit successivement toutes les parties du corps. Quelque temps après, de nouveaux accidents inflammatoires très intenses se déclarèrent; l'amputation tibio-tarsienne fut nécessaire.

L'amputation s'accompagna d'un écoulement sanguin considérable; le troisième jour se déclara un érysipèle; puis survint une hémorrhagie secondaire, qui nécessita la ligature de la tibia postérieure; le malade mourut le lendemain soir.

Je fus consulté par un homme de cinquante et un ans, d'une belle santé, d'une stature herculéenne, très gras, qui avait été opéré par M. Cusco d'un épithélioma de la lèvre. Il y avait un ganglion sous-maxillaire. A Vichy, cet homme avait eu une poussée d'eczéma à la cuisse. En septembre il eut, sans cause connue, un érysipèle de la face qui guérit en neuf jours. Je l'opérai de son ganglion à la fin de septembre, chez lui, à la campagne, dans d'excellentes conditions hygiéniques, un dimanche, sans avoir été préalablement à l'hôpital, muni d'instruments neufs, assisté de deux confrères qui n'avaient pas, à ce moment, d'érysipèles dans leur clientèle. J'appliquai la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Quatre jours après, ce malade eut froid; il y eut une lymphangite au bras droit, puis un érysipèle phlegmoneux au bras droit et à la jambe gauche, qui nécessita plusieurs incisions. Le quatrième jour, il eut un violent mal de gorge; les joues se prirent; il eut un érysipèle de la face d'origine pharyngée, auquel il succomba vingt-trois jours après l'opération.

Existe-il un état pathologique particulier déterminé par des érysipèles à répétitions? On sait que dans certaines régions, au Brésil, par exemple, il y a très fréquemment des attaques de lymphangite. Je connais une femme qui en est à son soixante-dix-neuvième érysipèle de la face. Quelle sont donc les chances que court le chirurgien qui opère un malade ayant eu un ou plusieurs érysipèles? Les récidives d'érysipèles dans la même région, pourraient, à la rigueur, s'expliquer par les conditions anatomiques de cette région déjà plusieurs fois atteinte. Mais comment expliquer la récidive des érysipèles à distance?—
Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.

Mort dans l'érysipèle. — Conclusions de la thèse inaugurale du Dr Valleteau :

1^o Lorsque l'érysipèle se termine fatalement, la mort peut être le fait de plusieurs complications dont l'une des plus rares est la formation de coagulations sanguines (thromboses et embolies).

2^o Les complications cardiaques (endocardite, péricardite, myocardite) sont un peu plus fréquentes que les précédentes, et entraînent également la mort, mais d'une façon moins certaine.

3^o La propagation de l'érysipèle au larynx et aux bronches peut causer la mort, soit par l'œdème de la glotte, soit par la violence de l'inflammation broncho-pulmonaire.

4^o Il existe des exemples d'absorption de pus, formés dans les points où siège l'érysipèle, par les troncs lymphatiques. Dans ces cas, on peut observer parfois les symptômes de l'infection purulente.

5^o On a admis que la douleur causée par les ulcérations intestinales, survenant dans le cours de l'érysipèle, pouvait déterminer une syncope mortelle; il est toutefois possible que ces ulcérations, vraisemblablement produites par des infarctus, se terminent par perforation de l'intestin et péritonite mortelle.

6^o Les rapports de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale, s'ils ne sont pas définitivement établis, semblent bien près de l'être, si l'on s'en rapporte aux faits publiés, assez nombreux pour qu'on ne conclue pas purement et simplement à une coïncidence fortuite.

7^o Quelle que soit la complication qui domine dans la léthalité de l'érysipèle, ce qui est évident, dans la grande majorité des cas, c'est le caractère infectieux de la maladie. — *Revue de Thérapeutique Médico Chirurgicale.*

HYGIENE.

De l'obésité. — Nous trouvons dans la *Revue scientifique* du 21 Janvier 1882, une analyse du traitement hygiénique de l'obésité par M. de Saint-Germain. — Le grand danger de l'obésité, dit M. de Saint-Germain, réside dans les lésions du cœur. L'influence du sexe ne paraît pas bien établie : tandis que les uns déclarent que les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes, d'autres veulent que l'homme soit la victime de prédi-

lection de cette... malformation, puisque malformation il y a. Pour M. de Saint-Germain, c'est la femme qui est le plus souvent atteinte ; pour peu qu'elle soit adonnée à l'alcoolisme, à la prostitution et à l'inaction dit-il, elle verra apparaître un embonpoint merveilleux. Il y a des obèses de tout âge, à deux ans même. M. Hillairet a présenté, il y a peu de temps, à l'Académie de médecine un petit monstre féminin, âgé de six ans, dont on pouvait dire, comme cet Allemand qui vantait les charmes plastiques de sa fiancée, que " la graisse lui coulait dans le dos ".

Comme cause de l'obésité, l'auteur relève l'excès de nourriture et de boissons alcooliques, le sommeil trop prolongé, quelquefois le mariage. Cependant le veuvage, qui engraisse les hommes, fait maigrir les femmes. Les traitements par le mercure, la castration, agissent en général en provoquant une tendance à l'obésité.

Au point de vue du traitement, M. de Saint-Germain se borne à raconter celui qu'il infligea à un de ses meilleurs amis—peut-être même le meilleur—médecin des hôpitaux, etc., déguisé sous un voile si transparent qu'on n'a pas de peine à l'apercevoir.

Ayant atteint le poids respectable de 230 livres, le malade en question eut le désir de réprimer cet envahissement de la chair. Il commença par le traitement classique : eaux de Vichy et de Marienbad, pain de gluten, exercice, etc. En six semaines, il perdit 29 livres, mais avec elles toute sa force. Il y renonça, laissa revenir le poids perdu et recupéra sa santé primitive. Pendant huit ans, peu de changements : des fluctuations légères dans son poids, voilà tout. Au bout de ce temps, le démon de l'équitation s'empara du malade : cela dura jusqu'au jour où il fut averti que les reins du cheval ne tiendraient plus longtemps encore. La-dessus, grand emoi du patient, qui s'imposa de suite un traitement rigoureux. Il se levait dès cinq heures du matin, montait à cheval pendant une heure ou deux, au grand trot (pauvre cheval !) puis faisait à pied trois kilomètres au pas gymnastique, en vingt minutes. Au bout de deux mois, il changea le programme en intervertissant l'ordre des divertissements ; au lieu de commencer par l'équitation, il finissait par là. Dès qu'il le put, il joignit à ses exercices du matin une demi-heure d'escrime.

Pour le régime, il fut dur. Pas de repas le matin, après ces exercices fatigants : un cigare pour tromper l'estomac. Pour déjeuner, deux œufs à la coque, une côtelette avec salade et fruit, du café sans sucre ni eau-de-vie ; ni pain ni vin. De l'eau ou du thé non sucré comme boisson. Pour dîner, pas de

potage, un plat de viande, un plat de légumes verts, du fruit : ni pain ni vin. Ne pas dîner en ville. Éviter les réjouissances de famille. Résultat : le poids descendit vers 85 kilogrammes, et chose intéressante, l'appétit sexuel, quelque peu atténué, se réveilla avec vigueur. Avis aux intéressés ! (*Union médicale de Paris*, nos 165, 166, 168 de 1881, analyse dans la *Revue scientifiques* du 21 janvier 1882.)—*Lyon Médical*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Tumeur du col utérin—M. DEPAUL met sous les yeux de ses collègues une tumeur très volumineuse qu'il a enlevée sur une femme arrivée à peu près au terme de sa grossesse, tumeur qui eût rendu l'accouchement impossible et eût amené la mort de la mère et de l'enfant.

Le sujet de cette observation est une femme de 32 ans, ayant eu déjà trois accouchements ordinaires dont le dernier remonte à 1878. Depuis cette époque sa santé générale et locale n'avait présenté rien de particulier.

Entrée à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, dans la soirée du mercredi 11 janvier dernier, elle raconte que sa grossesse, actuelle date du mois d'avril, et cependant la hauteur à laquelle est arrivé le fond de l'utérus indique une gestation à terme.

Pendant les premiers mois de la grossesse elle a eu des vomissements qui se sont arrêtés après le troisième mois ; elle a eu, en outre, l'écoulement blanc jaunâtre habituel aux femmes enceintes, qui s'était depuis sept à huit jours teinté un peu en rouge.

Cette femme, dans les derniers jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, avait senti quelque chose qui lui sortait entre les lèvres de la vulve, et qu'une sage-femme et même un médecin, d'après elle, avaient attribué à la sortie d'une portion de placenta décollé.

M. Depaul, en examinant la malade, constata la présence, hors de la vulve, d'une tumeur rouge violacé, ayant le volume de l'extrémité de la main, de consistance assez ferme, quoique souple et élastique, exhalant une odeur horriblement fétide, due au contact de l'air et à la malpropreté, car il n'existait pas trace de gangrène. Au toucher, rendu très difficile par la présence de la tumeur dans le vagin, M. Depaul trouva une masse considérable remplissant toute la cavité pelvienne, et ne

permettant pas au doigt d'arriver jusqu'à l'orifice du col utérin.

Il se borna à prescrire un grand bain et renvoya le reste de l'examen au jour suivant.

Le soir même, à huit heures et demie, M. Depaul trouva la malade en travail. La partie saillante de la tumeur avait considérablement augmenté de volume, et était devenue grosse comme les deux poings; elle était accolée à la vulve et ne permettait même pas l'introduction des doigts dans le vagin. Les eaux s'étaient écoulées; l'enfant souffrait, ce qui était indiqué par le ralentissement des battements du cœur.

Il fallait agir immédiatement, M. Depaul attira peu à peu la tumeur avec la main et vit sortir du vagin une masse énorme. Par un examen attentif, il acquit la certitude qu'elle avait son point d'implantation sur la partie gauche de la lèvre antérieure du col; en l'attirant au dehors, il avait entraîné avec elle une partie de cette lèvre antérieure, et l'on voyait manifestement que là était l'origine de la masse fibreuse à laquelle on avait affaire.

M. Depaul pratiqua avec le bistouri la section du pédicule de la tumeur, large de 5 à 6 centimètres, il n'y eut pas d'hémorragie, ce qui est l'ordinaire lorsqu'il s'agit de corps fibreux utérins.

Cette tumeur est remarquable par son volume, car elle ne pèse pas moins de 1,700 grammes; c'est la plus volumineuse qui ait été observée jusqu'à ce jour.

Après l'extraction de la tumeur, l'enfant qui se présentait par le siège, fut extrait à son tour à l'aide du crochet mousse appliqué sur le pli de l'aine; il était encore vivant; il se mit bientôt à respirer et à crier; il est aujourd'hui parfaitement bien portant et est allaité par sa mère, qui va également aussi bien que possible.

La tumeur, examinée par M. Doleris, chef du laboratoire histologique de l'hôpital des Cliniques, a été trouvée constituée par les éléments du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse; il existe, par places, des cavités contenant des collections sanguines.

M. Depaul termine son intéressante communication par la relation de fait analogues dont l'un a été communiqué par Danyau, en 1851, à l'Académie, et dont l'autre est consigné dans le traité d'accouchements de Cazeaux.

Dans le cas de Danyau, la tumeur pesait 640 grammes; la femme survécut, mais l'enfant avait succombé avant l'extraction.

Quant au fait de Cazeaux, il est remarquable par l'erreur de diagnostic auquel il entraîna des praticiens aussi habiles que

Paul Dubois Danyau et Cazeaux, qui tous, prenant cette tumeur pour un kyste, à cause de la fausse sensation de fluctuation qu'elle donnait à la palpation, enfoncèrent jusqu'à six ou sept fois le trocart dans la tumeur, sans résultat. L'enfant fut retiré vivant, mais la femme succomba peu après l'extraction.

M. BLot dit que le fait si intéressant de M. Depaul lui rappelle un cas analogue qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a vingt-cinq ans, sur une femme qui habitait place des Vosges et auprès de laquelle il avait été appelé par le médecin qui croyait à la présence d'une portion du placenta à la vulve. C'était une tumeur ayant le volume du poing, implantée également sur la lèvre antérieure du col, qui avait été, comme dans le cas de M. Depaul, confondue avec le placenta. C'est pour montrer la possibilité de cette confusion que M. Blot a rappelé ce fait.—*Le Médecin Praticien.*

Menstruation et phthisie pulmonaire.—Voici les conclusions thérapeutiques que M. G. Daremberg tire d'une étude approfondie de ce sujet :

Chez les femmes phthisiques, il faudra toujours surveiller les poumons aux environs de l'époque menstruelle. A la moindre alerte de ce côté, il faudra calmer l'excitation nerveuse et vasculaire par l'emploi modéré de la digitale, du bromure de potassium ou du sulfate de quinine, selon les indications spéciales, recommander le repos absolu, et agir sur les lésions pulmonaires par des révulsifs énergiques (visicatoires, cautérisation ponctuée, huile de croton, cautères volants). Et cela pendant plusieurs époques consécutives.

Quand, chez les femmes phthisiques, à la période menstruelle ou à la période critique de la ménopause, l'écoulement sanguin cesse, pendant que le molimen ovarien continue son cours, il faut prescrire le traitement précédent et essayer de faire revenir les règles d'abord par les moyens externes : révulsions des membres inférieurs (sinapisation, frictions sèches, affusions tièdes, sangsues aux cuisses) ; puis, si on ne réussit pas, par l'emploi très prudent des purgatifs et des emménagogues internes (stimulants généraux : alcool, acétate d'ammoniaque ; — excitants locaux : rue, sabine, aloès, uva ursi ; apiol, ergot de seigle, borax ; — toniques : strychnine, quinquina) ; même si on ne réussit pas à rappeler les règles, on obtient l'effet dérivatif que l'on cherchait.

Lorsque l'écoulement menstruel persiste, quand l'ovulation a disparu, il faut, avec la plus grande prudence, chercher à

diminuer ce flux, ordinairement assez intense. Un arrêt brusque pourrait être dangereux. Il en est de même pour la leucorrhée.

Après l'accouchement, il importera de modérer l'apport sanguin chez les femmes phthisiques.

Lorsque la fonction menstruelle, utérine et ovarienne, sera entièrement disparue, il faudra bien se garder de chercher à rappeler les règles qui, dans ce cas, deviendraient une cause inutile d'anémie.

Quand, après une longue cessation des règles, celles-ci apparaissent, sans que l'état général et l'état local indiquent une grande amélioration, il faut bien se garder d'un pronostic favorable. Ce retour fallacieux est souvent l'indice d'une altération nutritive des vaisseaux et d'une gêne circulatoire très avancée, et le précurseur d'accidents graves.—*Revue de Thér. Méd. Chir.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Traitement de l'angine diphthéritique.—M. le Dr Loli (de Trieste) préconise le traitement suivant de l'angine diphthéritique, qui paraît avoir donné d'excellents résultats entre ses mains. 1^o Il rejette la cautérisation, les émissions sanguines, les purgatifs, les vomitifs, sauf dans quelques cas rares. 2^o Son but est d'exciter et de favoriser les fonctions de la peau : à cet effet, il applique des compresses tièdes, des sinapismes, prescrit le repos au lit pendant tout le cours de la maladie. 3^o A l'intérieur, il fait exclusivement usage du liquide suivant :

Eau de chaux.....	450 gr.
Sesquichlorure de fer.....	de 1 à 3 —
Acide phénique.....	de 1 à 3 —
Miel rosat.....	30 —

Toutes les demi-heures, badigeonner ou se gargariser avec cette solution. — A l'intérieur, il fait prendre la même solution mêlée avec trois fois son volume d'eau ou de thé, par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures, en alternant avec les badigeonnages ci-dessus indiqués. Il prescrit, en outre, des toniques, une nourriture fortifiante.

Quant au résultat de ce traitement, sur 60 cas observés : la

mortalité est inférieure à 2 %. La durée de la maladie est de huit à dix jours ; la propagation à la muqueuse des voies respiratoires étant très rare ou tout au moins fort légère.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

Anémie. (Hôpital Bellevue, N.Y.)—

R Quin Sulph.....	gr. xlviij
Strychniæ Sulph.....	
Acid arsenios.....	àà grss.
Acid phosphoric dilut.....	ʒss
Syrup ferri superphosphat.	ad ʒvi

M.—Dose une cuillerée à thé, trois fois par jour, après les repas.

—

Bronchite chronique. (Hôpital Bellevue, N.Y.)—

R Pot iodid.....	ʒi
Acid nitric dilut	ʒiii
Tr. Bellad (E. U).....	ʒi
Aquæ Camphor ad.....	ʒiii

M.—Deux cuillerées à thé dans un peu d'eau, trois ou quatre fois par jour.

—

Dyspepsie des jeunes filles nerveuses.—

R Tr. Calumbæ	ʒv
Tr. Belladon	
Tr. Aconit rad.....	
Tr. Opii Comp.....	àà ʒii ss

M.—Cinq à dix gouttes dans un peu d'eau, avant chaque repas

—

Dysménorrhée. (R. Bartholow).—

R Extr. ergotæ fluid.....	ʒvii
Tr. gelsemii con.....	ʒi
Tinct aconit rad	gtt. xvi

M.—Une cuillerée à thé toutes les 2, 3 ou 4 heures.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, MAI 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE,
ET H. E. DESROSIERS.

Fiat lux!

Les journaux quotidiens de notre bonne ville ont été tout dernièrement saisis d'un fait assez particulier et de nature à intéresser la profession médicale de la province toute entière. Qu'on en juge plutôt.

Le 31 mars, la *Patrie*, la *Minerve*, etc., publiaient la note suivante :

“NOUVEAUX MÉDECINS.—Les messieurs suivants ont été admis à la pratique de la médecine, après avoir subi les examens ordinaires à l'Université Bishop :

P. Lamothe, Jos. Cathudal, Rémi Lafond, Louis Geoffroy, Emile de Lorimier, Onézime Saint-Jacques, William Hart, Nazaire Turcotte et Paul Hurtubise.”

Quelques jours après, ces mêmes journaux publiaient une lettre du Dr F. W. Campbell, Régistrateur de la Faculté de Médecine de l'Université du Collège Bishop, dans laquelle ce monsieur affirmait de la manière la plus positive qu'aucune des personnes ci-haut nommées n'avait été admise à la pratique de la médecine ni même aux examens au Collège Bishop. On ne pouvait être plus catégorique.

En réponse à la communication du Dr Campbell, M. Emile de Lorimier et ses confrères émanèrent une déclaration officielle par laquelle ils reconnaissaient avoir été admis à la pratique de la médecine, non devant le bureau des examinateurs du Collège Bishop, mais devant un *bureau privé* ; qu'ils étaient porteurs de certificats qu'ils entendaient garder jusqu'à l'expiration de leur cléricature, c'est-à-dire au terme de quatre années, tel que pourvu par la loi concernant les médecins, et que là et alors, ils sauraient se protéger contre les fausses accusations qui planaient sur leurs têtes.

Ils terminaient ainsi :

“ Nous ajoutons de plus que nous n'avons pas l'intention de pratiquer dans cette province avant d'avoir obtenu nos *Diplômes* et *Licences*, et qu'au besoin nous sommes prêts à subir un nouvel examen quelque rigoureux qu'il puisse être.

Bien que M. de Lorimier avouât n'avoir pas été admis à la pratique de la médecine devant les examinateurs du Collège Bishop, ses explications au sujet du *bureau privé* semblaient passablement compromettantes pour le collège susdit. Evidemment il insinuait que ce bureau privé était composé de professeurs de l'Université Bishop. C'est ainsi que le comprit M. le Dr Campbell qui répondit à M. de Lorimier dans les termes suivants :

“ Je répète que M. de Lorimier et ses confrères n'ont jamais passé aucun examen médical devant nous, c'est-à-dire devant le Collège Bishop.

“ Dans sa lettre, il admet qu'il n'a pas passé d'examen devant le Bureau des Examineurs au Collège Bishop, mais il insinue que nous lui ayons fait passer, ainsi qu'à ses confrères, un examen privé. Ceci est faux. Le Collège Bishop ne lui a jamais fait subir, ni à lui ni à ses amis, et n'a jamais accordé à qui que ce soit un examen privé. Nous n'avons qu'un examen pour tous, que les candidats se proposent de pratiquer dans cette province ou de courir le monde, en quête d'un endroit où se fixer.”

La situation se corsait, comme on dit en style d'argot.

Le lendemain de la publication de cette dernière lettre, M. de Lorimier revenait à la charge dans la *Minerve*, et nous donnait le mot de l'énigme :

“ Je déclare ici, disait-il, au nom de mes confrères et de moi-même que nous avons l'intention de subir un nouvel examen, non pas devant la faculté du Collège Bishop, mais devant une institution qui saura respecter ses élèves.”

Pourquoi ce *nouvel* examen ? Il y en avait donc déjà eu un de subi ?

Cette lettre de M. de Lorimier était suivi d'un P.S. que nous reproduisons en entier :

“ Voici quelques renseignements concernant le *bureau privé* dont il a été si fortement question depuis quelques jours. Il existe une loi dans une certaine partie des États-Unis qui dit que tout candidat qui a l'intention de pratiquer la médecine hors de la province de Québec peut subir ses examens devant un ou plusieurs médecins, et s'il est trouvé capable ces médecins lui délivrent un certificat par lequel ils attestent le fait. Ce certificat a pour but de permettre à l'élève de subir un

nouvel examen aux Etats-Unis sans suivre les cours de ces institutions, et si le candidat est trouvé duement qualifié on lui donne le privilège de pratiquer la médecine aux Etats-Unis."

M. de Lorimier avait donc subi un examen de ce genre de un ou plusieurs médecins; il y a donc eu un ou des *bureaux privés*. Si oui, quelle a été la composition de ces bureaux? Les professeurs de quelques unes de nos écoles en auraient-ils, par hasard, fait partie et signé des certificats attestant la compétence des élèves ainsi examinés? Une rumeur qui a cours dans le public, mais que nous ne pouvons donner que pour ce qu'elle vaut, tendrait à faire croire que tel est le cas. On *nomme* même la faculté de médecine où l'on se serait rendu coupable de l'abus que nous signalons.

Et ce n'est pas tout. Un des jeunes messieurs dont nous avons donné les noms plus haut dit formellement à qui veut l'entendre que le *bureau privé* devant lequel il a subi son examen était composé de huit médecins, appartenant à une faculté de médecine bien connue, et qu'une somme assez ronde a été payée à ce bureau par chacun des élèves examinés.

Enfin on exhibe un certificat, aux armes de la faculté susdite, certificat, au bas duquel s'étale la signature vraie ou fausse, du Secrétaire de la faculté. Il paraît que l'on aurait formellement promis à Messieurs de Lorimier et autres de leur donner, au terme fixé par la loi concernant l'étude de la médecine, un diplôme régulier en échange du certificat si chèrement acheté. Qu'on nous dise donc une bonne fois ce que nous devons croire de tout cela. Le bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens pourrait bien y voir, ce nous semble, et tirer les choses au clair. Il ne serait que temps, car en définitive, cette affaire nous paraît être de nature assez étrange et mérite qu'on s'y arrête.

Examens de Licence.

Si l'on se reporte à dix ans en arrière et si on observe les changements survenus depuis cette époque dans la profession médicale de la Province, il est facile de constater que toutes choses égales d'ailleurs, nous ne sommes pas restés en arrière des autres professions et que nos luttes n'ont pas été stériles. Non pas que nos prédécesseurs soient restés inactifs, il reste

encore plus d'un monument de leur travail et nous admettons qu'on puisse encore s'ériger en "Laudator temporis acti," mais par la force des choses et des années l'organisation médicale a du être remaniée.

Les médecins n'ont pas toujours été proportionnellement aussi nombreux qu'ils le sont aujourd'hui ; il y a à peine dix ans le même médecin *desservait* quatre ou cinq paroisses tandis qu'aujourd'hui il serait difficile de trouver dans la Province un village de deux cents familles qui n'ait pas son médecin. Nous sommes au complet, les cadres sont remplis et même la profession déborde sur la législature, les bureaux publics le commerce, l'industrie etc., et si, il y a dix ans, il fallait avant tout songer au nombre, aujourd'hui, il faut songer à la qualité dans le double but de restreindre le nombre des aspirants tout en améliorant la qualité des médecins.

Nous avons actuellement cinq facultés pour alimenter une population d'un million d'habitants et chacune de ces facultés pour defrayer ses dépenses doit avoir chaque année un certain nombre d'élèves. En outre, chacune de ces facultés a le droit de donner le degré de docteur en médecine à ses élèves et le Collège des médecins est obligé de donner la licence de pratiquer à ces porteurs de diplômes pourvu qu'ils présentent un certificat de quatre années d'étude, voilà l'écueil !

Aux Etats-Unis le pays de l'or et de la mécanique, les écoles de médecine sont devenues tellement nombreuses que, pour subsister, un grand nombre d'entre elles s'ingénient à offrir aux élèves des conditions de nature à inonder le pays de charlatans. Avec deux ans, dix huit mois, six mois d'études et et quelques cents piastres on devient docteur en médecine et même il y a deux ou trois ans le professeur Buchanan n'en exigeait pas tant ; il vendait des diplômes à raison de vingt cinq piastres sans autre formalité. Grâce à Dieu nous n'en sommes pas là. Mais peut-être est il temps de songer à ne pas y arriver. Et le moyen en est unique et énergique il est vrai, mais efficace : établir un bureau central, unique, d'examineurs pour l'admission à la pratique de la médecine, toutes les facultés de médecine n'y trouveraient pas leur profit mais la profession et le public y trouveraient assurément le leur, et c'est là, si non le seul, au moins le meilleur moyen d'élever le niveau de la profession ; nous ne doutons que la chose en principe ne rencontre l'approbation générale, mais c'est dans l'application que surgissent les difficultés. On dit : les écoles ne se dessaisiront jamais de leur droit d'accorder des diplômes. Mais il ne serait pas nécessaire de leur demander ce sacrifice, on n'en aurait pas le droit, pas plus que les écoles ne peuvent empêcher

le bureau d'accorder sa licence à bon escient. Le Bureau des Gouverneurs tel qu'il est constitué offre toutes les garanties nécessaires sous ce rapport. Chacune des facultés y compte deux représentants et la profession, trente de ses membres, choisis par elle-même. Peut-on refuser d'admettre la compétence comme examinateurs d'un semblable corps. Si l'on se rappelle que le barreau est organisé de cette manière, que le bureau des notaires a seul le droit d'admettre à la pratique, que le collège des médecins et chirurgiens d'Ontario se réserve ce privilège, que les examens pour l'admission à l'étude de la médecine dans la province de Québec, sont indépendants des écoles et sous le contrôle d'hommes désintéressés, on comprend difficilement que notre collège des médecins consente ainsi à donner sa licence en aveugle sans oser se renseigner sur la compétence du candidat qu'elle investit du droit de vie et de mort sur ses concitoyens.

Une faculté de médecine doit être autre chose qu'une institution financière destinée à fabriquer des médecins à tant par tête et par an. Qu'on nous donne un bureau central d'examineurs et les écoles dans leur intérêt scientifique et pécuniaire n'auront et ne pourront plus avoir d'autre ambition que de ne former que des médecins compétents. Quoiqu'on en dise, dans l'état actuel des choses, la tentation est trop forte et il en coûte trop cher d'être parfaitement désintéressé. Nous avons bien les assesseurs, mais on en conviendra, c'est un pis aller. Il n'y a pas à se le dissimuler cette compétition pécuniaire et numérique des écoles sera toujours tant qu'on ne l'aura pas supprimée, l'éteignoir de la profession médicale et le plus grand obstacle au progrès scientifique des facultés de médecine.

Petite Correspondance.

Au Dr B... Ste L...—Vous trouverez les renseignements demandés dans le vol. VII de l'*Union Médicale*, pages 518 et suivantes.

Au Dr M... C...—Votre raisonnement est juste et votre thérapeutique rationnelle. Vous êtes précisément d'accord avec Ringer et Bartholow qui préconisent hautement la même méthode de traitement dans des cas analogues à celui que vous nous soumettez.

Dr F...—Quelle est la formule de la pommade d'Helmerich qui est employée dans le traitement de la gale en une heure et demie ?

Rép.—La pommade d'Helmerich est composée de soufre et de bicarbonate de soude. Voici la modification qu'en a faite le professeur Hardy à l'hôpital St. Louis :

Saindoux	100	parties.
Soufre	16	—
Bicarbonate de potasse.....	8	—

Dr L...—Quelle est la méthode de Greene, dans le traitement de la migraine ?

Rép.—Elle consiste à administrer le Haschisch à doses continuées, de manière à tenir le système nerveux légèrement sous l'influence du médicament pendant longtemps.

Il fait prendre 2 centigrammes d'extrait alcoolique avant chaque repas, et augmente la dose à 3 centigrammes au bout de quelques semaines, voilà pour les femmes. Aux hommes il prescrit, pour commencer, 3 et 4 centigrammes et continue pendant trois mois régulièrement, ce traitement ne présente aucun effet physiologique.

Bibliographie.

DE LA LITHOTRITIE RAPIDE, PAR LE DR RELIQUET.

Lauréat de l'Institut, Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Dans ce travail, le Dr Reliquet démontre qu'il est presque toujours possible de broyer, en une seule courte séance de moins de cinq minutes, les pierres les plus fréquentes, celles de deux centimètres à deux centimètres et demi de diamètre. Et cela en se servant de son appareil pour la lithotritie et de son brise-pierre.

Pour donner plus de puissance broyante à son brise-pierre, il a diminué la hauteur du bec femelle en l'élargissant d'autant. Il a mis des coups de limes sur la face interne des bords des dents du bec mâle, ce qui permet à ce bec de gripper sur la pierre sans y glisser.

Ainsi chaque prise est plus complète, et la tranche de pierre retenue entre les becs étant plus grande, la quantité de calcaire réduite en fragments tous assez petits pour sortir par la sonde, est plus considérable dans le même temps.

L'appareil pour la lithotritie du Dr Reliquet a pour action de faire tomber la pierre ou ses fragments dans le brise-pierre, ce qui rend les prises très-faciles pour l'opérateur, et aussi peu irritantes que possible pour la vessie, les aspérités ou dents des deux becs du brise-pierre, si actives dans la prise et le broiement, n'étant jamais mises en contact avec la paroi vésicale.

Toutes les fois que la vessie se vide bien, se contracte bien, l'évacuation par la sonde au moyen des injections, que le Dr Reliquet a toujours faites, est bien plus rapide que par les aspirateurs. Aussi le Dr Reliquet réserve ceux-ci, pour les cas où la vessie ne se contracte pas, ou ne se vide pas, ne se contractant qu'incomplètement.

Enfin, l'auteur insiste sur l'utilité des injections d'eau Phéniquée au millième, faites à la fin de l'évacuation, et sur l'emploi, pour toutes les injections faites pendant l'opération de l'eau Boriquée à 35 pour milla.

Adresse : Delahaie et E. Lecrosnier, Editeurs, place de l'École de Médecine, Paris.

Bibliographie.—Nous venons de recevoir le *Newspaper and Bank Directory of the World* de H. P. Hubbard. Deux volumineux in-octavo de plus de 1200 pages chacun, contenant la nomenclature et la description de plus de trente-trois mille journaux et de quinze mille banques du monde entier.

Voilà tout ce qu'annonce le titre de l'ouvrage et c'est déjà beaucoup. Mais il suffit de le feuilleter rapidement pour constater que c'est une mine inépuisable de science et de connaissances utiles de mille espèces. On se demande avec étonnement comment un homme a pu recueillir tant d'informations et accumuler avec ordre dans un même ouvrage tant de matériaux scientifiques. Histoire, géographie, littérature même, rien n'y manque. Sous le rapport de la typographie l'ouvrage est un véritable chef-d'œuvre. La traduction en 160 langues différentes d'un texte de l'Écriture Sainte en donne un aperçu. Les cartes géographiques des différentes parties du monde et de chacun des États de la République ne laissent rien à désirer. En un mot l'ouvrage est l'expression la plus éloquente du génie entreprenant de la race américaine et constitue un monument national assurément unique en son genre.

Brochures reçues.

Impressions et aventures d'un diabétique à travers la Médecine et les Médecins, par le Dr JULES CYR, médecin inspecteur adjoint à Vichy, 2^{me} édit. chez Ad Delahaye et E. Lecrosnier. Place de l'Ecole de Médecine, à Paris.

Civilisation in its relations to the decay of the teeth, by NORMAN W. KINGSLEY, M.D.S; D. D. S. APPLETON & Co. New-York.

NOUVELLES MÉDICALES.

Concours pour l'internat.—En vertu d'une décision du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame, une place d'élève interne a été créée à l'hôpital, pour l'année finissant le 1^{er} mai 1883 et mise immédiatement au concours. Ce concours a donné le résultat suivant :

Elève interne : M. A. R. Marsolais, M.B.

Internes provisoires : MM. S. Brien, M.B., et J. D. Gauthier, M.B.

Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve :

PATHOLOGIE EXTERNE. — *Comment reconnaîtrez-vous une luxation de l'épaule ? Quelles sont les diverses méthodes de réduction ? Décrivez la méthode de flexion, etc., et la méthode du talon dans l'aisselle.*

— *Le chloroforme favorise-t-il beaucoup la réduction des luxations ?*

— *Comment reconnaîtrez-vous une fracture de l'extrémité inférieure du radius ? Jusqu'à quel point doivent descendre les attelles antérieure et postérieure ? Quels sont les dangers d'une trop forte pression ?*

— *Comment reconnaîtrez-vous que le patient qu'on vous apporte a une fracture de la jambe ? Quel appareil convient mieux dans la généralité des cas ? Décrivez brièvement cet appareil.*

— *Combien de fois par jour devez-vous renouveler le pansement des plaies qui donnent beaucoup de pus ?*

— *Quelle application devez-vous faire sur un ulcère de la jambe qui présente une surface fongueuse, des bords élevés, une atonie complète ?*

— *Dans un cas de blessure de l'artère radiale, qu'avez-vous à faire ? Liez-vous les deux bouts de l'artère et pourquoi ?*

—*Quels sont les avantages du pansement de Lister?*

—*A la suite d'une opération quelconque que vous indiquent un pouls à 120 et une température à 104° Fahr?*

PATHOLOGIE INTERNE.—*Comment reconnaitrez-vous que l'individu qu'on vous apporte sans connaissance, est dans un état d'ivresse absolue ou frappé d'hémorrhagie cérébrale? Quel sera le traitement à instituer dans l'un et l'autre cas?*

—*Comment distinguez-vous les palpitations nerveuses du cœur des palpitations liées aux lésions valvulaires?*

—*Décrivez les symptômes de la seconde période de la fièvre typhoïde?*

—*Quels sont les signes diagnostiques du vertige épileptique?*

—*Quel traitement instituerez-vous dans un cas de péritonite?*

—*Quels sont les bruits stéthoscopiques que vous entendez dans les trois périodes de la pneumonie fibrineuse?*

Le jury de ce concours était composé de MM. Rottot, Brosseau et Laramée.

Hôpital Notre-Dame.—M. le Dr H. E. Desrosiers vient de donner sa démission comme médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame, position qu'il occupait depuis la fondation de cet hôpital en 1880. Il est remplacé par M. le Dr. I. Cormier, ci-devant assistant-interne.

Réception.—M. Jos Cuerrier, a obtenu son diplôme de docteur en médecine aux examens qui ont eu lieu dernièrement à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal.

Nouveaux étudiants.—Les examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine ont eu lieu, jeudi, 4 courant. Sur 48 aspirants, 46 on. subi l'examen complet et 2 l'examen partiel; 27 ont été admis et 21 rejetés.

Voici la liste, *par ordre de mérite*, des heureux candidats :

MM. Alfred Létourneau, H. Ernest Choquette, A. Rolland, C. Ostigny, Chs. Collet, John L. Duffett, Toussaint Charron, G. Pilon, F. Canac-Marquis, Jules Laberge, L. J. H. Roy, Alexandre Boucher, Alfred Poole, A. Faucher de St-Maurice, Aquilas Cheval Auguste F. Schmidt, Wilbrod Hénault, H. Dauth, Anaclet Bernard, J. B. Gibson, Hercule Roy, Eugène McKay, A. Delisle, J. Rodier, A. N. Worthington, M. Rochon et M. Délorme.

Le concert donné au Nordheimer's Hall, au profit de l'Hôpital Notre-Dame a été un joli succès artistique et pécuniaire. M. le professeur Couture qui a bien voulu dévouer gratuitement son talent au succès de cette charité a acquis un titre de plus à notre estime et à notre admiration.

Université Laval, Montréal. Faculté de médecine.

—Durant le troisième terme finissant le 30 juin, les cours de la faculté de médecine sont donnés dans l'ordre suivant :

Histologie.—M. LAMARCHE : 2 hrs. p.m., lundi, mercredi et vendredi.

Hygiène.—M. SÉV. LACHAPPELLE : 2 hrs. p.m., mardi, jeudi et samedi.

Botanique.—M. DUVAL : 3 hrs. p.m., tous les jours, excepté jeudi. Ce cours se donne en entier durant le terme.

Matière médicale et thérapeutique générale.—M. DESROSIERS : 4 hrs. p.m., tous les jours;—Altérants, révulsifs, caustiques, émollients, désinfectants, parasitocides.

Tocologie.—M. DAGENAI : 5 hrs. p.m., tous les jours. Dystocie, fièvre puerpérale, éclampsie, maladies des organes génitaux de la femme.

Hôpital Notre-Dame, 31 rue Notre-Dame.—*Médecin.*—M. LARAMÉE.—Service à 11 hrs. a.m. Visite au lit des malades le lundi; conférences cliniques le mercredi et le vendredi.

Chirurgien.—M. BROUSSEAU.—Service à 11 hrs a.m. Conférences cliniques le mardi et le jeudi. Visite au lit des malades le samedi.

Oculiste.—M. FOUCHER.—Service à midi tous les jours. Visite des malades le vendredi. Examens à l'ophthalmoscope, le samedi, conférences cliniques.

Un individu du nom de Garon, charlatan de son état, a été condamné, ces jours derniers, à vingt cinq piastres d'amende pour exercice illégal de la médecine.

On est à construire, à la Longue-Pointe, une nouvelle maison de refuge de dénomination protestante.

VARIÉTÉS.

Le thermomètre et la simulation.—C'était pendant la terrible épidémie typhoïde de 1874. Le regretté Valette avait horreur de la routine; chacun sait avec quelle verve il faisait annuellement le procès des vieux pansements, et l'on peut dire sans exagération qu'il avait pressenti, sinon deviné, la découverte des doctrines anti-septiques, cette terre promise de la chirurgie qu'il ne devait pas atteindre. Aussi avait-il accepté un des premiers la thérapeutique de Brand, que Frantz Glénard venait de faire connaître et défendait avec le talent d'un véritable écrivain et le prosélytisme d'un croyant. Parmi ses malades se trouvait une petite fille de dix à douze ans qui, dès le début du traitement, avait montré une grande répugnance pour l'eau froide; mais ses protestations étaient vaines, le thermomètre marquait l'heure des bains, et l'on sait que la méthode allemande n'est pas précisément accessible aux transactions; se baigner ou mourir, le dilemme est clair: on se baignait donc.

Un jour, Valette, visitant sa petite malade, apprend qu'une défervescence brusque s'est produite, et que, en conséquence, aucun bain n'a été imposé dans la journée; pourtant le pouls était plus fréquent et l'état général semblait devenir plus alarmant. Le lendemain, même aggravation, et toujours le thermomètre oscillait entre 38° et 36°. Le chirurgien place lui-même l'instrument et reconnaît l'exactitude des constatations faites par les parents.—Mais Valette était d'humeur moins longanime que nos confrères anglais, et il eut vite fait d'éventer la supercherie. Que s'était-il donc passé? Peu convaincue sans doute par les statistiques des savants d'Outre-Rhin, la rusée fillette avait pris l'habitude de s'introduire d'avance dans le rectum un petit morceau de glace spécialement destiné au thermomètre. Les aveux obtenus, la méthode reprit ses droits et l'on peut présumer que la malade ne perdit rien pour attendre. L'histoire ajoute qu'elle guérit.

Le Dr Mackenzie a rapporté au dernier *Congrès de Londres* une observation analogue dans laquelle c'était au contraire l'hyperthermie qui se trouvait habilement simulée.

Le sujet de cette observation, qui a mystifié pendant plusieurs mois médecins et élèves du *London Hospital*, est une femme de quarante-deux ans, névropathique, d'une intelligence assez vive, amputée autrefois de la cuisse, vieille habituée des hôpitaux, où on en était arrivé à ne plus vouloir

l'admettre, à cause des difficultés qu'elle y suscitait, étant, de plus, *mangeuse d'opium*. On la recevait néanmoins à l'hôpital, fin 1879, pour des douleurs de l'estomac et de l'abdomen, des vomissements, de la céphalée, de l'érythème et une légère fistule du moignon. Du 14 au 27 janvier, en particulier, on lui plaçait le thermomètre dans l'aisselle à plusieurs reprises dans la journée, et chaque fois on constatait les températures les plus fantastiques. Il fallut même avoir un thermomètre spécialement gradué pour elle jusqu'à 130° (Fahrenheit) (55° C.) la gradation ordinaire jusqu'à 113° (45° C.) étant insuffisante. Ainsi, le 22 janvier, elle avait 49°1 : le 23, 47°1 ; maintes fois, 46°, 45°, 44°. Et de même pendant plusieurs mois. L'état général était bon ; le pouls et la respiration normaux ; la langue humide, le moignon ni plus ni moins enflammé (on se convainquit qu'elle l'entretenait dans cet état) ; la malade accusait de temps en temps, pour les besoins de la cause, un redoublement de céphalée, du vertige, des vomissements, etc.

Il arrivait qu'après une constatation exorbitante, si on reprenait la température, la malade bien surveillée, on trouvait la normale—normale encore la température prise dans la bouche ou le rectum. Devant le Dr Mackenzie il y avait généralement des températures apyrétiques. Un jour, l'élève remarqua que la malade s'agitait sous ses couvertures pendant qu'elle ne croyait pas être observée. Une autre fois, on trouva le mercure du thermomètre réfugié dans la chambre supérieure. Pas n'était besoin de ces signes plus que suspects pour donner l'éveil ; et on s'étonnera que les mesures n'aient pas été mieux prises et une surveillance plus active organisée pour surprendre le délit. Au lieu de cela, on se contente de morigéner la malade qui nie énergiquement et d'enregistrer scrupuleusement les dites températures. Au mois d'août, la comédie durait toujours, et la malade quittait le service sans avoir capitulé.

Le Dr Stephen Mackenzie, toujours intrigué, ne la perdait pas de vue ; un an après, il la retrouvait dans une infirmerie ; là on ne faisait pas usage du thermomètre. Mackenzie, qui la surprenait, lui trouva une température axillaire normale.

Il fallut encore d'autres démarches pour obtenir des aveux : elle convint enfin qu'elle se servait tout simplement de cataplasmes et de cruchons d'eau chaude qu'elle approchait très adroitement du réservoir du thermomètre.

Il paraît que c'est là une fraude qui tend à se généraliser en Angleterre, car le Dr Mohamed rapportait devant la Société clinique de Londres, le 28 octobre dernier, un cas de *température paradoxale* observé à *Guy's hospital*, caractérisé par la

même ténacité de simulation et la même passivité des observateurs. La malade du *Guy's hospital*, une hystérique de vingt-deux ans, phtisique, était même beaucoup plus forte que la précédente : sur un thermomètre fabriqué à son intention, elle marqua un jour 158° F. (53°3 C.) ; de plus, elle savait actionner un thermomètre placé dans sa bouche.

Quand on voulait la confesser, et qu'on la questionnait sur l'ingénieux prodédé qu'elle mettait en œuvre : "Trouvez-le vous-même", répondait-elle avec un impudent sourire. En somme, on ne le sut jamais ; car, après avoir joué la Faculté pendant dix-huit mois, à l'aide d'un répertoire de fraudes très varié, elle finit par prendre son rôle d'ultra fébricitante tellement au sérieux qu'elle contracta la scarlatine et mourut. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Le comble de l'art pharmaceutique :—" Jeter une solution de sulfate de zinc dans la Seine afin de l'empêcher de couler." Ce mot est attribué à Ricord.—(*Le Praticien.*)

On causait de Ricord :

—C'est un père pour ses clients.

—Oui, répond quelqu'un, on peut dire que ce sont ses enfants gâtés.—(*Ibid.*)

Nécrologie.

LE DR P. A. C. MUNRO.

Le Dr Pierre Antoine Conefroy Munro, décédé le 13 avril dernier, était âgé de 71 ans.

Sa fin tragique a causé une bien douloureuse surprise au monde médical de la Province.

Le 12 avril il s'acquitta comme toutes les années précédentes de sa vie, de son devoir pascal, le 13 il dine comme d'habitude sans que sa physionomie ni ses actes ne puissent faire soupçonner rien d'insolite, il monte à sa chambre et quelques instants après on entend un râlement. On enfonce la porte et

on trouve le vieillard étendu sur son lit, baigné de sang et presqu'agonisant. Près du lit sur une chaise, il y avait un bassin à moitié rempli de sang et un vieux couteau à amputation avec lequel l'infortuné s'était divisé la jugulaire. Les Drs Filiatrault, Hingston et Brunelle appelés en toute hâte eurent un instant l'espoir de le sauver, mais en dépit de tous leurs efforts le malade s'éteignit quelques heures après.

A l'enquête présidée par le coroner Jones, le jury rendit le verdict suivant :

Pierre Antoine Conefroy Munro s'est donné la mort de ses propres mains dans un moment d'aliénation mentale.

Le service funèbre a été chanté à l'Hôtel-Dieu.

Les porteurs du coin du poêle étaient MM. les Drs Coderre, D'Orsonnens, Trudel, Hingston, Reddy et Leprohon.

La plupart des médecins et étudiants de Montreal accompagnèrent le défunt à sa dernière demeure.

Avec le Dr Munro s'éteint le dernier des fondateurs de l'École de Médecine et de Chirurgie.

Savant sans ostentation, le Dr Munro a été considéré à juste titre pendant un grand nombre d'années le plus grand chirurgien de la province. Toujours en tête du progrès ses travaux feront époque dans l'histoire de la chirurgie canadienne.

Trente cinq années d'enseignement lui ont valu dans toute la profession médicale du pays la réputation d'un homme savant, laborieux et dévoué.

On annonce, à Paris, la mort du docteur Junod, l'inventeur de la fameuse botte-ventouse à laquelle il a attaché son nom; à Edimbourg, la mort de Sir Robert Christison, le distingué toxicologiste et auteur bien connu d'un traité sur les poisons; à Paris, la mort de du Dr Aimé Martin, médecin à l'Hospice St-Lazare et connu par un ouvrage sur la syphilis, en collaboration avec le Dr Belhomme; à Philadelphie, la mort du Dr J. Pancoast, professeur d'Anatomie à *Jefferson Medical College*; à New-York, la mort du Dr Erskine Mason, chirurgien de l'Hôpital Bellevue et de l'Hôpital Roosevelt.

NAISSANCE.

A Southbridge, Mass, le 20 d'avril 1882, la dame du Dr J. A. Robillard, un fils.