

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for filming. 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 filming, are checked below.

- Coloured covers/  
Couverture de couleur
- Covers damaged/  
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated/  
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing/  
Le titre de couverture manque
- Coloured maps/  
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black)/  
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations/  
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material/  
Relié avec d'autres documents
- 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
- Blank leaves added during restoration may appear  
within the text. Whenever possible, these have  
been omitted from filming/  
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 filmées.
- Additional comments: /  
Commentaires supplémentaires:

L'Institut a microfilmé 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 filmage sont indiqués ci-dessous.

- Coloured pages/  
Pages de couleur
- Pages damaged/  
Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated/  
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/  
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached/  
Pages détachées
- Showthrough/  
Transparence
- Quality of print varies/  
Qualité inégale de l'impression
- Continuous pagination/  
Pagination continue
- Includes index(es)/  
Comprend un (des) index
- Title on header taken from: /  
Le titre de l'en-tête provient:
- Title page of issue/  
Page de titre de la livraison
- Caption of issue/  
Titre de départ de la livraison
- Masthead/  
Générique (périodiques) de la livraison

# L'UNION MÉDICALE

DU CANADA.

---

**Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.**

---

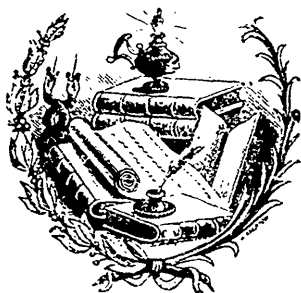
*Propriétaire et Administrateur : -- DR A. LAMARCHE,*

*Rédacteur-en-chef : DR H. E. DESROSIERS.*

*Secrétaire de la Rédaction : -- DR M. T. BRENNAN.*

VOLUME XXII.

NOUVELLE SERIE, - - - VOLUME VII.



MONTREAL :

CIE DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME

30 rue St-Gabriel.

1893

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

Propriétaire et administrateur : Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : - - - - Dr H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la rédaction : - Dr M. T. BRENNAN.

Volume XXII. MONTREAL, 1893.

NOUVELLE SÉRIE  
VOL. VII.

## TRAVAUX ORIGINAUX

Trois cas de calculs biliaires: autopsie et opération; succès;

par Horace MANSEAU, M.D., Montréal. (1)

Pour me conformer au but de notre association, dont le nom : "Société de médecine pratique," indique clairement l'objet, je désire offrir quelques remarques sur les calculs biliaires et rapporter trois cas de cette affection, que je considère très intéressants, surtout au point de vue du beau rôle que la chirurgie est appelée à jouer comme traitement curatif. Le praticien général est assez souvent aux prises avec la colique hépatique, et vous savez que, malheureusement, il n'en triomphe pas toujours.

Il n'y a pas longtemps que la chirurgie, surmontant une timidité classique, a poussé le scalpel inquisiteur vers la région hépatique. La découverte de Lister a ouvert la voie à la chirurgie moderne. Grâce à l'asepsie et à l'antisepsie, le chirurgien peut maintenant ouvrir les cavités viscérales pour y chercher et en chasser la maladie insidieuse que le médecin ne peut atteindre, soulageant ainsi non-seulement des douleurs indescriptibles, mais arrachant même à la mort des existences précieuses et chères.

La cholélithiase est connue depuis longtemps. Sa genèse, son évolution et ses symptômes sont également du domaine de la science. Il n'est pas de même de son traitement. A peu près impuissante à prévenir la formation des calculs biliaires, la médecine reste complètement paralysée en face de la cholélithiase

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique de Montréal, le 16 décembre 1892.

développée. Je ne mentionne que pour mémoire le traitement avocassé par quelques médecins du Sud des Etats-Unis et qui consiste à faire ingérer au patient de huit à seize onces d'huile d'olive. Ils prétendent, en ce faisant, lubrifier, je devrais dire macérer les conduits biliaires et les calculs eux-mêmes au point de rendre possible l'expulsion spontanée de ces derniers dans le duodenum. Au point de vue théorique la prétention paraît enfantine, et les cas de guérison rapportés à l'appui dans les journaux ne méritent pas une considération sérieuse ou scientifique.

Le diagnostic des calculs biliaires n'est pas toujours facile. Leurs symptômes sont souvent rapportés à une congestion hépatique, à un accès de bile, à une occlusion intestinale ou même à une affection maligne du foie ou de l'intestin. Il est même arrivé qu'une concrétion biliaire énorme a pu donner à des médecins pourtant bien doués l'illusion d'un rein flottant.

Les trois cas que je vais rapporter font voir que le diagnostic est parfois difficile, que le pronostic est souvent très grave et que l'opération peut donner de brillants résultats.

*Premier cas.*— M. G..., Suédois d'origine, marié, âgé de 43 ans, menuisier de son métier, très actif, avait toujours joui d'une bonne santé; alimentation presque exclusivement animale. Un soir, après une course inaccoutumée d'environ deux cents verges vers la gare du chemin de fer, il tomba malade. Une douleur vive à l'épigastre, des nausées, et des vomissements bilieux se produisirent; des frissons accompagnèrent ces premiers désordres. Un médecin qui fut appelé lui administra  $\frac{1}{4}$  grain de morphine hypodermiquement et tout le mal disparut.

Diagnostic du médecin: accès de bile.

Quelques mois plus tard, sans cause apparente, nouvelle attaque de bile, plus grave et plus prolongée, au cours de laquelle l'anurie, la douleur, les vomissements, la constipation et la diarrhée formaient le cycle des symptômes les plus prédominants. Un intermède de santé, puis une troisième atteinte de la terrible maladie accompagnée de jaunisse. Une occlusion du canal cholédoque est appréhendée et l'ouverture de l'abdomen proposée, mais le patient effrayé par les risques de l'opération qu'il s'exagère à lui-même, refuse toute intervention. Il succombe au milieu d'une nouvelle poussée qui fait croire que la rupture de la vésicule est la cause immédiate de la mort, car l'état de notre patient, quoique mauvais, ne laissait pas prévoir une fin aussi prochaine. L'autopsie faite deux heures après la mort permit de vérifier le diagnostic quant à l'existence du calcul, mais non quant à la rupture. La vésicule, non rompue mais fort distendue et adhérente aux organes voisins, contenait trois calculs de forme rectangulaire pesant en tout 1 once  $\frac{7}{8}$ ; le canal cystique emprisonnait aussi un petit fragment qu'il fut difficile de faire rétrograder vers la vésicule. Le foie était noir, plus volumineux, et adhérait au péritoine. La cavité péritonéale

contenait environ deux litres d'un liquide pâle; l'intestin, en apparence très congestionné, était libre de toute obstruction. L'examen des organes ci-haut mentionné ne révélait aucune lésion mortelle *per se*. Le choc peut être avéré avoir tué le malade.

*Deuxième cas.*—Ce cas offre plus qu'un intérêt ordinaire vu la multiplicité, la gravité et l'obscurité des symptômes. Madame N... âgée de 60 ans, bien prise, mère de huit enfants, de taille au dessus de la moyenne, le type même de la vigueur et de la santé. D'une activité fiévreuse, son genre de vie était plutôt celui de l'homme que celui de son propre sexe. A part de violents maux de tête et de vomissements dont elle souffrait de temps en temps, sa santé ne laissait rien à désirer. Ces attaques, toujours de courte durée, se répétaient tous les 3 ou 4 mois. Dans ces derniers temps, ces intervalles de repos avaient été plus courts et, ce qu'elle appelait sa migraine, d'une violence outrée. Un jour qu'elle avait éprouvé beaucoup de fatigue à la suite d'une course en voiture, dans un chemin difficile et après un repas copieux dans lequel étaient entrées des substances étrangères à son alimentation ordinaire, elle ressentit au bout de quelques heures les prodromes d'une nouvelle attaque, et le soir même elle était devenue plus souffrante que jamais. C'est en vain qu'elle eut recours à de simples remèdes domestiques. Vers onze heures du soir je fus appelé à son chevet. Je la trouvai souffrante de douleurs atroces, pleurant à chaudes larmes et incapable de rester un seul instant dans la même position: "Soulagez-moi ou je vais me suicider," me dit-elle. Ses efforts pour vomir faisaient pitié à voir, des évacuations aqueuses se produisaient sans interruption et avec une intensité inouïe. Le pouls était rapide, petit et irrégulier; la température au-dessous de la normale. La région abdominale était douloureuse à la pression mais ne présentait rien de caractéristique. Aucune distention dans l'hypochondre droit. J'injectai hypodermiquement  $\frac{1}{2}$  grain de morphine, plus  $\frac{1}{60}$  d'atropine. Cette première injection suivie d'une seconde rétablit le calme. J'ordonnai un vésicatoire volant à l'épigastre et des bouteilles d'eau chaude le long des extrémités inférieures. Toutefois, l'aspect du cas n'avait rien d'encourageant. La respiration se faisait mal et semblait parfois suspendue, dû probablement à la dose de morphine. Je prescrivis les stimulants *per rectum* puis je laissai ma patiente aux soins d'une garde-malade intelligente. A 8 heures a.m. nouvelle crise, les mêmes symptômes d'étranglement se montrent avec non moins d'intensité, on s'alarme, l'on vient chez moi, l'on va ailleurs, et nous nous trouvons quatre médecins au chevet de la malade. Après une injection hypodermique de  $\frac{1}{3}$  grain de morphine, nous nous consultons dans une chambre voisine. Deux confrères croient à un empoisonnement et deux autres à un étranglement qu'il nous est impossible de localiser. Le pouls est petit, filiforme et irrégulier, il y a un état de choses grave. Les vomissements continuent à intervalles;

une perforation paraît avoir eu lieu et la péritonite se généraliser. Il faudrait intervenir chirurgicalement ; mais avec un tel conflit d'opinions, ce n'est pas possible. La morphine, la digitale et les stimulants sont continués et une nouvelle consultation aura lieu à 6 heures p.m. Les forces s'épuisent rapidement mais l'intelligence reste lucide. Le soir, le thermomètre marque 101.5 ; aucune évacuation ne s'est produite, les vomissements ont continué, une teinte icterique marque les yeux ; les urines sont chargées de bile. Tout fait maintenant croire à une occlusion du canal cholédoque commun. Sur cet organe est donc fixé la cause de tout le mal ; mais au lieu d'intervenir sans délai, au lieu d'assister la nature dans ses efforts d'expulsion, par une intervention directe, l'on espère qu'elle accomplira seule la guérison. Vain espoir, le mal fait son œuvre, et cinq jours après le début de l'attaque, après cinq jours de cruelle anxiété, la patiente meurt.

*Autopsie.*—La cavité abdominale contenait beaucoup de bile mêlée à du mucus. Le péritoine et l'épiploon gastro-hépatique étaient littéralement jaunes. Tout l'intestin était fortement congestionné, le duodénum et le jéjunum, bleuâtres et sans vitalité, se déchiraient facilement sous la pression des doigts. Le canal alimentaire était libre d'une extrémité à l'autre. La vésicule biliaire, élargie dans tous ses diamètres, contenait 17 calculs à quatre, cinq et six facettes. Le volume de ces cholélithes variait depuis deux c. m. de diamètre à la grosseur d'un grain de maïs ; à la partie inférieure de la vésicule, à sa jonction avec le foie, il y avait une petite ouverture par où la bile s'échappait. Nous avions assisté à une rupture de cet organe dont les parois internes étaient couvertes de pus. Le canal cholédoque commun renfermait deux pierres qu'il fut impossible de déloger sans inciser les parois du canal ; elles y étaient enkystées.

Le foie, de grosseur normale, était jaunâtre. La vessie ne contenait pas d'urine. Les autres organes ne furent pas examinés. A un moment donné, il avait été question d'aller à la recherche d'une obstruction intestinale en laparotomisant. Une rupture de la vésicule causée par la migration de deux calculs arrêtés dans leur marche avait causé la mort.

*Troisième cas.*—Madame C. de cette ville, âgée de 35 ans, mère de quatre enfants, dont deux vivants, avait toujours joui d'une santé robuste. Elle me consulta un jour au bureau pour des douleurs abdominales dont elle souffrait de temps en temps. Un examen général révéla une endométrite chronique ; quelques semaines après, je fus appelé chez elle : " Mon mal me revient pire que jamais," me dit-elle. Douleurs à l'épigastre, s'irradiant vers l'ombilic, nausées, soif ardente, dégoût des aliments, constipation, sensibilité à la pression dans tout l'abdomen, mais plus accentuée dans l'hypocondre droit. La respiration est entrecoupée, il y a des frissons. Le pouls est rapide, la température

marque 99° F.; une injection hypodermique de morphine et la continuation des opiacés pendant quelques jours mit fin à tous désordres. Dans le cours de l'an 1890, quatre ou cinq attaques se produisirent avec ou sans signes prémonitoires. Je la rencontrai un soir chez une de ses amies, dans un état de santé en apparence parfaite, causant avec vivacité et me raillant plaisamment de ce qu'elle appelait mes mauvais calculs de son foie. Je ne l'avais pas quittée depuis vingt minutes qu'un courrier arrivait à toute vitesse me mandant auprès d'elle; à mon arrivée je ne retrouvai plus cette physionomie enjouée et empreinte de l'expression de bien être que seule une santé parfaite peut procurer; c'était la détresse personnifiée. Pleurant, elle se roulait tantôt sur son lit, tantôt sur le plancher; elle vomissait incessamment, le pouls était petit et rapide (120), le thermomètre marquait 100 F. Tel fut le début d'une attaque qui dura six semaines, mettant sa vie sérieusement en danger.

Après une période de santé de deux mois, nouvelle poussée plus insidieuse débutant avec l'année 1892. Pour six mois consécutifs ce fut une attaque non interrompue; pendant ce laps de temps elle passa par les phases de cent maladies diverses: mal de dents opiniâtre, sans dent cariée, névralgie de la septième paire se manifestant à intervalles réguliers et pouvant faire croire à l'absorption de mataria; rhumatisme articulaire et musculaire, bronchite aiguë, pleurésie, péritonite, néphrite, manuel vivant de pathologie interne; un ensemble en même temps qu'une diversité de signes tous caractéristiques de telle ou telle autre maladie aiguë ou subaiguë, prise séparément. Avec une excellente histoire de famille, une santé robuste jusqu'à ces dernières années, quelle diathèse pouvait donc causer une telle complication de maladies? Je n'en vois aucune si ce n'est celle qui produit le calcul biliaire. Nouvelle période de santé, puis le 2<sup>o</sup> octobre dernier nouvelle attaque: douleurs, vomissements, élévation de la température, rapidité du pouls, hyperesthésie générale; le 27, consultation avec un confrère qui ne peut arriver à aucun diagnostic défini; les symptômes ayant changé de caractère, la douleur et la sensibilité se manifestaient du côté gauche dans la région de la rate. Madame C....., absolument découragée de son état, s'en remet complètement à ma discrétion; il est temps et la position est presque désespérée. Le 4 novembre, le pouls était à 130, température 102° F., j'espère encore une amélioration, mais je suis prêt à intervenir au moindre signe d'aggravation. Le 5, à 11 h., a.m., le pouls 136, temp. 102.5. F., respiration entrecoupée et irrégulière. A 3 h., p.m., la patiente est mise sur la table; pendant ces dernières quelques heures, aucune amélioration ne s'était produite. Les docteurs Laforest, Chartrand et H. Archambault avaient bien voulu me prêter leur concours; une chambre avait été préparée exprès, tapis et ornements enlevés, le plancher lavé

à la brosse, les murs et les chassiss également passés à la lessive puis à une solution au trois millièmes de bichlorure; le docteur Laforest administre le chloroforme. Je pratique une incision oblique de quatre pouces de long à partir du cartilage de la neuvième côte; les diverses couches de tissus sont divisées successivement, le péritoine ouvert, et avec deux doigts introduits dans la plaie je cherche la vésicule et je la trouve remplie de calculs; au lieu de descendre au niveau du bord inférieur du foie, la vésicule est rétractée de six à sept centimètres vers le diaphragme; ses parois sont plus épaisses que normalement. L'incision ayant été agrandie, les adhérences, en bon nombre, furent brisées autant que possible, ce qui permit d'arriver au siège de la maladie; néanmoins ce ne fut qu'en faisant déprimer fortement les côtes et le bord libre du foie que je pus arriver à la vésicule, l'inciser et en retirer huit concrétions calcaires de forme cubique, jaunâtres, très légères, juxtaposées ensemble à la manière des jointures digitales. Le premier calcul, plus volumineux que les autres, fut broyé au moyen d'une pince, et n'est pas au nombre de ceux qui sont maintenant devant vous. L'entrée du canal cystique était obstrué, le cholédoque était libre, la vésicule ne renfermait pas une goutte de liquide et ses parois s'accolaient intimement aux concrétions inorganiques. Maintenant vient le temps le plus difficile de l'opération et celui dont dépend en grande partie le succès; les sutures de la vésicule, les côtes et le bord libre du foie furent élevés par la main droite d'un aide tandis qu'avec sa main gauche munie d'une éponge plate il abaissa vers le rachis l'épiploon et telle partie de l'intestin qui se présentait dans le champ opératoire, je pus alors fixer la vésicule avec une pince et appliquer non sans difficultés des sutures en surjet. Un tube de drainage en caoutchouc est ajusté, le péritoine et les muscles réunis et le pansement appliqué. L'opération avait duré 50 minutes, et la majeure partie du temps avait été employée à vaincre les adhérences et à faire les sutures de l'organe vésiculaire. Une demi-heure, le pouls marquait 150. Des stimulants furent donnés, des bouteilles d'eau chaude mises le long des extrémités, et quatre onces de lait peptonisé injectés *per rectum*.

11 hrs. p.m., pouls 132, temp 101°. F.

Le 6 novembre, 9 hrs. a.m., pouls 125, temp. 99; à 6 hrs. p.m., pouls 108, temp. normale.

Le 7, à 9 hrs. a.m., pouls 125; même jour, à 6 hrs. p.m., pouls 140, temp. 99°. Tympanite et sensibilité de l'abdomen; sous l'influence d'un énéma, il se produisit une selle blanchâtre et des gaz en abondance.

Le 8, 6 hrs. p.m., pouls 100, temp. normale.

Le 9, pouls 80, temp. normale, selle jaunâtre.

Le 10, le pansement est changé, le tube de drainage avait donné issue et contenait encore une substance muco-sanguinolente. Le



15, ou dix jours après l'opération, le drain est enlevé et la plaie achève de guérir sans laisser de trajet fistuleux. A partir du troisième jour après l'opération, la convalescence n'a pas été interrompue.

S'il était permis de se baser sur trois cas pour justifier une intervention chirurgicale, je crois que les cas ci-haut relatés pourraient fournir une indication assez précise; l'étude d'un plus grand nombre de cas permettra seule cependant d'établir une règle. L'obstacle sérieux qui se présente est naturellement l'incertitude du diagnostic, car dans les deux principaux symptômes de la maladie, savoir: la douleur et les vomissements, nous n'avons aucune preuve certaine de la présence de substances calcaires dans le foie, on ne peut donc, même dans les cas graves, agir tout au plus que sur de fortes probabilités. La plus dangereuse colique biliaire est peut-être celle qui débute le plus brusquement. Ce phénomène est d'une grande valeur symptomatique, il m'a permis de former une opinion bien fondée dès le début de l'attaque, dans les trois cas rapportés. Les dangers de la colique hépatique semblent être en raison directe du nombre des calculs contenus dans l'organe vésiculaire et en raison inverse de leur volume; ceux-ci prennent la forme de l'intérieur du réservoir, se dessinent sur ses parois, les plus volumineux à la base, les plus petits au sommet. Leur petit volume comme leur situation à l'ouverture du canal cystique constitue une menace permanente. La répétition fréquente de coliques hépatiques semble indiquer que la vésicule biliaire est à moitié ou même tout à fait remplie de dépôts. L'élimination des calculs sera en quelque sorte l'élimination du trop plein. Le danger ne consiste pas dans la présence du cholélithe dans le fiel, mais dans sa migration à travers les canaux cystique et cholédoque. Si les observations que nous avons faites sont bien fondées, et elles reposent sur des faits, je crois que nous pourrions nous appuyer sur les données suivantes pour intervenir chirurgicalement avec une histoire de plusieurs attaques, étant donné des symptômes de migration ou d'une occlusion des canaux cystique et cholédoque, accompagnée d'une élévation de la température de un à deux degrés, un pouls de plus de 100, un certain état de choc. Dans ces circonstances, je crois qu'il est du devoir du chirurgien d'intervenir sans délai, car dès lors, la continuation de l'attaque fait courir au malade plus de risques que l'opération elle-même. La pathologie et la symptomatologie de la lithiase biliaire sont mieux connues depuis ces dernières années; il y a dix ans, et moins, l'on confondait souvent les corps étrangers de l'intestin avec ceux de la vésicule. Les douleurs abdominales accompagnées tantôt de constipation opiniâtre et tantôt d'évacuations liquides d'une grande violence et attribuées à l'expulsion d'un calcul situé dans l'intestin, ne sont pas le plus souvent dues à cette cause. L'intestin est fort tolérant, il est très hospitalier; il

s'émeut difficilement au contact des substances étrangères; des noyaux de prune, de pêche, des pièces d'argent, des petits cailloux beaucoup plus volumineux, plus durs et plus irritants que ces concrétions inorganiques, passent souvent par le canal digestif sans produire les moindres désordres. Les calculs intestinaux sont moins fréquents qu'on ne le croyait à une époque non encore éloignée, tandis que les calculs biliaires le sont plus. Ces perturbations intestinales graves, voir même des symptômes d'étranglement, sont provoquées par la migration d'un petit calcul la plupart du temps de la grosseur d'un grain de maïs par le canal cystique et cholédoque. De même qu'un calcul rénal, engagé dans un des uretères, produit des désordres vésicaux d'une grande intensité, et que ces mêmes désordres cessent dès que le corps étranger s'échappe dans la vessie, également le calcul biliaire cause des douleurs atroces de l'abdomen, accompagnées d'évacuations cholériformes ou de constipation opiniâtre. Le calcul n'est pas aussitôt tombé dans le duodénum que le malade se croit guéri.

*REMARQUES. — Première observation.* — Dans ce cas, les perturbations abdominales étaient des plus prononcées: constipation opiniâtre, état de choc, pouls petit, irrégulier, crampes dans les extrémités inférieures, enfin tous les symptômes d'un étranglement grave, et cependant après la mort l'intestin depuis le pylore jusqu'à l'anus ne renferme aucun obstacle; la vésicule biliaire et le canal cystique seuls sont directement intéressés.

*Deuxième observation.*—Ici le diagnostic d'une occlusion des boyaux avait été fait, on avait même été sur le point d'aller à sa recherche au moyen d'une laparotomie, à l'autopsie nous découvrons une rupture de la vésicule et une obstruction du canal cholédoque commun

*Troisième observation.*—Au cours d'une de ces attaques répétées, l'un des plus brillants diagnosticiens de cette ville ayant vu le malade en consultation, se prononce pour une péritonite dont la cause devait être un calcul intestinal, ou des matières fécales retenues dans la fosse iliaque droite; et cependant la malade ayant été opérée au milieu d'une attaque offrant la même trainée de symptômes, la vésicule biliaire ayant été vidée de ses concrétions inorganiques, tout le mal cessa comme par enchantement.

---

—Ne vous attendez pas, chez les enfants, à constater la matité de la tuberculose au sommet du poumon, comme cela a lieu chez l'adulte. C'est ailleurs qu'il faut la chercher.

—Chez l'enfant, ne prenez pas la température dans l'aisselle; les tissus n'y sont pas assez abondants pour que le bulbe du thermomètre soit suffisamment recouvert. Le rectum est préférable.

—Dr N. DOBLAND, in *Medical Progress*.

## Dermoïde de la cornée ;

par A. A. FOUCHER, M. D.,

professeur de la clinique ophthalmologique à l'Université Laval, Montréal,  
oculiste de l'hôpital Notre-Dame. (1)

Il y a quelque temps, une fille d'une quinze d'années s'est présentée à ma clinique pour être traitée d'une excroissance occupant les 2/3 inféro externes de la cornée gauche et s'étendant de là sur la conjonctive oculaire sous forme d'une bande épaisse ressemblant au ptérygion. La patiente n'offrait d'ailleurs aucune autre anomalie appréciable pouvant être rattachée à un arrêt de développement. La tumeur que je soumis à votre examen avait le volume d'une fève, la macération dans l'alcool en a depuis réduit un peu les proportions, elle était de couleur gris jaunâtre, recouverte de quelques poils et proéminait en avant des paupières à la façon d'un staphylôme. La paupière inférieure présentait une légère dépression, une concavité correspondant à la convexité de la tumeur. Les mouvements de l'œil étaient limités ; quant à la vision elle était réduite à une perception quantitative de lumière.

L'examen à l'ophtalmoscope n'a pu être pratiqué. Questionnés au sujet de la marche suivie par cette affection, les parents m'ont répondu qu'elle datait de naissance ; mais que cependant, la paupière n'offrait alors aucune difformité. La tumeur s'est accrue graduellement sans faire éprouver à la patiente d'autres symptômes que du malaise et un affaiblissement de la vue de ce côté.

L'opération a été pratiquée à l'aide de ciseaux pointus, la portion cornéenne fut d'abord détachée, sans difficulté, l'épithélium seul paraissant envahi. Au-delà du limbe scléro cornéen, les attaches étaient plus profondes et plus solides. J'ai rencontré là une petite artère qui a donné un jet de sang de la grosseur d'une épingle. A l'aide du galvano cautère, cette hémorrhagie fut arrêtée, les limites externes de la plaie cautérisées puis réunies par une suture conjonctivale, et la malade soumise à des pansements réguliers. Après quelques semaines, la patiente put quitter l'hôpital pour retourner chez elle. La plaie était cicatrisée.

Aux dernières nouvelles de la patiente, un mois ou deux après son départ, tout allait bien, sauf la vision qui ne s'est guère améliorée, soit parce que la cicatrice est trop étendue ou qu'il existe quelques désordres du fond de l'œil, dans le premier cas une pupille artificielle pourrait peut être trouver une indication, mais s'il existe une maladie profonde de l'œil, elle doit être aussi d'origine congénitale et par conséquent laisser peu d'espoir de guérison.

(1) Note lue à la Société de Médecine pratique de Montréal, le 13 janvier 1893.

Cette observation offre les particularités suivantes : 1<sup>o</sup> elle se rapporte à une véritable tumeur dermoïde congénitale de la cornée ; à défaut d'examen histologique, la présence de poils en grand nombre l'atteste d'une manière évidente ; 2<sup>o</sup> la présence de ces poils est un phénomène qui n'existe pas dans tous les autres cas relatés ; 3<sup>o</sup> l'échancrure de la paupière inférieure, qui ne s'accompagnait pas d'ailleurs de la disparition des cils à ce niveau n'a pas originé en même temps que la tumeur, mais a paru plutôt en être le résultat ultérieur par compression ; 4<sup>o</sup> l'hémorragie qui a suivi son excision vers le limbe scléro-cornéen semble résulter du développement exagéré et anormal d'une artère ciliaire.

---

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

---

### **Le charlatanisme dans la province de Québec. Illégalités de certains diplômés universitaires en rapport avec la licence du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec :**

par le docteur M. J. PALARDY, de St. Hugues (1).

La Cour d'Appel de Montréal vient de décider, en août 1892, une cause très importante qui intéresse à un très haut degré les médecins du pays. Un monsieur Pavlidès, médecin grec, diplômé de l'Université de Paris, a intenté, en mai dernier, une action contre le Collège des médecins de la province de Québec, pour forcer celui-ci à lui accorder une licence pour pratiquer la médecine dans la province, et cela sur la seule présentation de son diplôme. Le Collège refusa, prétendant que monsieur le docteur Pavlidès devait se conformer à la loi du pays, qui exige de l'applicant étranger de nouveaux examens devant le Bureau, pour prouver sa qualification classique et médicale. Voici le texte de la loi : clause 3981, 42 et 43 Vict. ch. 37, v. 11<sup>ème</sup>.

“ Toute personne venant d'un collège reconnu en dehors des possessions de Sa Majesté et désirant obtenir la licence du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, doit au préalable subir l'examen préliminaire, ou prouver à la satisfaction du Bureau, qu'elles ont passé un examen équivalent à part d'un cours complet de six mois de lectures dans une des écoles de médecine de cette province. Elle doit aussi subir l'examen professionnel devant le Bureau Provincial.”

---

(1) Travail lu devant l'Association Médico-Chirurgicale de St. Hyacinthe, le 3 novembre 1892.

En interprétant une autre clause d'une certaine façon, monsieur le docteur Pavlidès crut bon de poursuivre en Cour Supérieure, et gagna sa cause par un jugement rendu par M. le juge de Lorimier, qui obligeait le Collège à l'admettre sans examen. lui, Pavlidès, porteur d'un diplôme d'une université d'un autre pays.

Le Collège des médecins interjeta appel de cette décision de la Cour Supérieure. Le *mandamus* pris par le demandeur vient d'être annulé par la Cour d'Appel et M. le Docteur est tenu de se conformer à la loi, qui laisse le Bureau Provincial seul juge des qualifications des porteurs de diplômes universitaires. C'est juste ; car on sait qu'il y a des universités qui vendent des diplômes, pour considérations pécuniaires. La chose se pratique et a été prouvée dans la république voisine. Il aurait donc été absurde et dangereux d'enlever, par une législation intempestive ou par trop libérale, cette garantie qui est et demeure heureusement sous le contrôle du Bureau Provincial.

Le jugement que vient de rendre la Cour d'Appel à l'unanimité est d'une grande portée et d'une justice parfaite, en mettant le public et les vrais médecins du pays à l'abri de l'introduction dans la pratique de certains confrères étrangers ou autres, qui souvent n'ont pas toutes les qualifications nécessaires, et veulent s'imposer malgré nous au moyen d'une interprétation exagérée de la loi.

On se plaint dans notre province de l'encombrement de la profession médicale de toute façon. Dans les grandes villes surtout, on voit sur les journaux politiques de longues files d'annonces de guérisseurs de toute espèce avec certificats à l'appui. Chacun à sa panacée ou sa spécialité. Tantôt, c'est un Racicot avec une patente de racines et d'herbes sauvages. Il a des bureaux partout, à Montréal, à Québec, à Ottawa, à St. Hyacinthe, etc, où il vend ses remèdes et donne même des consultations. Dans ces villes, les vitrines de ses bureaux sont remplies de ces herbages ou racines. Il pousse l'audace jusqu'à se transporter dans les campagnes du pays, pour administrer lui-même ses remèdes au lit des malades, mais une fois arrivé, ce ne sont plus des racines, ce sont toutes espèces de pilules, de teintures, de poudres, etc. Il agit comme un vrai docteur licencié. Il y a quelques années, il est venu de Montréal à St. Hugues en pleine nuit voir un de mes patients. Il est retourné après l'avoir maltraité de la belle façon et en avoir obtenu un joli montant d'argent. Il a déjà été poursuivi pour pratique illégale et il a gagné sa cause en se retranchant derrière sa patente obtenue du gouvernement, qui ne s'est pas occupé de la loi médicale pour délivrer un pareil permis. Le gouvernement a-t-il, dans ce cas, outrepassé son pouvoir, ou bien la cause a-t-elle été mal défendue ? D'ailleurs ne sait-on pas que presque tous les remèdes les plus puissants de la pharmacie sont pris dans le règne végétal ? Et en vertu d'une patente, on en re-

mettrait la médication entre les mains du premier charlatan venu !

Il y a là une contradiction *patente* dans l'interprétation de la loi, au préjudice des médecins licenciés du pays. Tantôt c'est un docteur sauvage, à longs cheveux, qui distribue à foison son *baume des montagnes vertes* avec portrait lithographié sur le journal ou sur ses bocaux, ou un monsieur Chrétien avec son *sauveur du peuple*. Quel nom pompeux pour un remède où dominant l'ammoniaque et la teinture de poivre rouge ! D'autre fois, c'est une charmante veuve, qui prétend guérir avec ses remèdes secrets toutes les maladies inhérentes à son sexe, promettant aussi d'enlever tous les poils et les taches anormales sur la face. Comme c'est charmant et alléchant pour une femme de réparer du temps le cruel outrage ! D'autres promettent aux vieillards de leur rendre la virilité, en réparant certaines indiscretions de jeunesse, au moyen d'une médication des plus merveilleuses ou extraordinaire. Nous avons encore un Destrampes, un Lorde, un Dragon, un Courchènes, etc., autres charlatans de renom, chacun avec une spécialité. Dans nos endroits, on voit la petite fille d'un rebouteur à qui le grand père a remis son don avant de mourir. Que de patients vont la trouver !

Mais voilà qui surpasse tout ! Il y a en ce moment, dans une paroisse près de Montréal, une vieille fille qui *soigne* les tumeurs. Elle a une maison achalandée de patients qui viennent de loin pour se faire ôter des bosses ou des cancers qu'ils ont ou croient avoir. Elle les guérit tous avec des emplâtres à elle connus, et qu'elle donne comme infaillibles, "pour arracher même les pattes de ces animaux là, lesquelles pattes, dit-elle, s'étendent au loin sous la peau," et qu'elle a soin de montrer après son emplâtre enlevé à ses chers patients qui demeurent étonnés d'un tel puits de science et d'un pareil succès ! "Ce qu'il y a de plus merveilleux dans la médication, dit elle, c'est que l'emplâtre prend, quand il y a cancer, et quand il n'y en a pas, l'emplâtre n'a pas d'action sur la peau ?... Aussi quel diagnostic facile et admirable, qui se fait tout seul, mécaniquement, par la puissante prédilection du remède qui se charge de prendre le cancer par les pattes ! (1)

A l'instar des spécialistes de renom, cette fille garde des malades chez elle. Et dire que des hommes et des femmes vont en grand nombre, à la porte d'une grande ville, se faire tâter et appliquer ces emplâtres merveilleux. Quelle dérision ! ou quelle immoralité ! Vous n'avez qu'à jeter les yeux un instant sur un journal quotidien pour juger du nombre de ces annonces, sans parler d'une foule d'autres personnes qui n'annoncent pas, mais qui sont répandues dans tout le pays.

(1) J'ai connu il y a quelques années deux personnes qui sont mortes, l'une à St-Hugues et l'autre dans une paroisse voisine, dans des douleurs atroces, par l'absorption du poison d'un de ces emplâtres à base d'arsenic, comme ils le sont toujours, appliqué par un docteur ambulant.

Nous avons à St-Hugues un homme "remarquable," qui soigne le mal de matrice, autrement dit "le beau mal," parcequ'il est connu comme étant le septième garçon. Il paraît qu'il y a un don attaché à ce numéro dans la famille, pourvu qu'il soit mâle. Il est consulté de bien loin. Il va même en pays étranger. Il ne demande rien, dit-il, pour ses services, mais il accepte toujours un petit *bonus* qu'il faut prendre garde d'oublier.

Quel concert d'absurdités ! Que fait-on pour obvier à cet état de choses ridicules ou immorales ? Presque rien. Je vois sur l'UNION MÉDICALE de Montréal, No. de septembre 1892, que le Bureau provincial, lors de son assemblée générale en mai dernier, a pris en sérieuse considération la question de l'encombrement professionnel. Encore des promesses, on nous en fait depuis vingt ans. — Le seul moyen de réussir une bonne fois, serait de nommer un comité permanent avec des inspecteurs qui visiteraient la province de temps à autre, tous les deux ou trois ans, et seraient chargés de faire les investigations et de poursuivre au nom du Collège. On pourrait nommer cette organisation : "*Bureau ou Comité de police médicale.*"

Il y a un proverbe qui dit : "Quand une chose intéresse tout le monde, elle n'est l'affaire de personne." Voilà pourquoi il faudrait une organisation spéciale. Les gouvernements ont bien de ces officiers, pour surveiller certaines administrations ou bureaux publics. D'autres recherches sont aussi confiées à des détectives suivant les circonstances.

\* \* \*

Au charlatanisme, on a ajouté un autre abus ou une autre illégalité, au vu et au su de tout le monde. Voici ce qui arrive tous les ans. Les universités font l'examen de leurs élèves à la fin des cours. Après un examen satisfaisant, les diplômés de ces universités sont octroyés aux candidats heureux, et cela avant l'assemblée générale du Bureau provincial, laquelle a lieu deux fois par an. Comme la loi veut que ces diplômés soient présentés au Bureau qui seul a le droit de donner la licence *ad practicandum*, plusieurs aspirants ne peuvent le faire à temps, ayant échoué à leurs examens, et obligés qu'ils sont de les réparer plus tard pour avoir droit à ces diplômés. Tout de même, dans l'intervalle des deux assemblées du Bureau, ces jeunes médecins en herbe arrivent pompeusement dans les villages, ouvrent un cabinet de praticien, sans être autorisés par la loi, avec un diplôme universitaire, mais sans licence. Et si les vrais médecins pratiquants leur font remarquer leur fautive position ou leur trop grand empressement, ils répondent par des injures. Ils nous accusent de manquer de délicatesse ou de libéralité à leur égard. Ils vont jusqu'à dire que c'est de la persécution ou de la lâcheté. J'ai possédé cet été dans nos environs deux de ces jeunes diplômés sans licence. Je

sais qu'il y en a eu près d'une douzaine cette année, de ces diplômés qui ont ainsi pratiqué illégalement sans être licenciés. J'en ai été informé par un des gouverneurs du Bureau.

Comme vous le voyez, l'abus est considérable, mais pas un seul membre du Bureau n'en a parlé. Et pourtant le Bureau n'avait qu'à dire un mot à ces gradués. "Messieurs, toute telle convention à la loi, commise à l'avenir, sera punie par l'amende, et nous recevons et donnerons suite à toute plainte faite avant comme après la licence que nous aurons octroyée."

Tous les ans, les universités nous envoient quelques uns de ces déclassés. A la fin, je fus obligé d'intervenir pour l'un d'eux, et mettre à découvert sa fausse position, parce qu'il avait donné ou voulait donner des certificats à une société sur la vie, dont j'étais le médecin.

Mais on dira: "Pour quelques mois seulement, cela ne vaut pas la peine d'arrêter ces jeunes intrus." De ce que l'on ne veut pas se donner la peine de réprimer un pareil abus, ou de sévir contre eux, s'en suit-il que la loi soit devenue lettre morte pour eux, et que ces actes illégaux doivent être maintenus ou encouragés par un silence coupable, par le Collège des médecins ou par les universités, ou enfin par un certain esprit de bienveillance ou de libéralité qui n'a pas sa raison d'être? Au bout de quelques mois de pratique illégale, ces jeunes gradués se présentent devant le Bureau provincial avec un diplôme qu'ils n'ont pu obtenir à temps. On leur accorde alors une licence *ad practicandum* qui les met à l'abri de tout trouble, di-ent-ils, sans doute pour l'avenir, mais pour le passé, peuvent-ils en dire autant?

Que dit l'article 3976, section 3 de la loi qui régit la profession médicale dans la province de Québec? "Aucune personne ne peut pratiquer la médecine, la chirurgie, l'art obstétrique dans la province, à moins d'avoir une licence du Bureau provincial qui seul est autorisé à l'accorder, et sans avoir été enregistrée conformément à la présente section. 42 et 43 Vict., sect. 6, et 45 Vict., chap. 32, sect. 3."

Une loi est faite pour être respectée et exécutée surtout par les membres d'une société et par ceux qui aspirent à le devenir. Dans la profession médicale nous avons assez des chariatans qui nous encombrent et il n'est pas convenable de permettre aux jeunes gradués sans licence de commencer leur vie publique par un acte illégal et malhonnête. C'est aussi un acte de tolérance de la part du Bureau, qui, à mon avis, est répréhensible. Il est, de même, d'un mauvais exemple. Le Collège des médecins, qui doit être le gardien public de l'honneur professionnel et des droits acquis à tous ses membres, devrait se montrer toujours prêt à sévir contre tous les abus qui entravent l'exercice légal de la médecine du moment qu'il y a plainte portée devant lui. Aucun mal ne se guérit s'il n'est pris dans la racine.



Le Bureau des Gouverneurs a bien fait de porter en Appel la cause du docteur Pavlidès. Il a réussi à gagner un procès important qui décide en notre faveur un point d'une très grande valeur, savoir : que l'on est maître chez soi, et que le premier venu d'un pays étranger est tenu de prouver sa qualification autrement que sur une simple présentation d'une feuille de papier, et pour d'autres, d'une seule affiche sur leur porte. On a vu, quelquefois, altération et substitution de diplômes ou de personnes.

Mais si les gouverneurs du Collège des médecins méritent les félicitations de tous les praticiens du pays pour l'acte d'énergie qu'ils viennent de faire, il ne faut pas en rester là. Le meilleur moyen de s'estimer les uns les autres est d'avoir un grand respect pour la loi qui nous régit. De cette manière, on évite l'occasion de léser les droits d'autrui et les chocs qui peuvent en résulter. Dans toute société bien organisée la vie sociale n'est possible qu'à ces conditions. Je prie donc le Collège des médecins de continuer dans la bonne voie de la réforme, et de faire disparaître de nos usages l'illégalité que je mentionne, et donner suite à toute plainte qui serait faite dans ce sens, avant comme après la licence octroyée par le Bureau provincial, ou bien laisser à chacun la faculté de se faire rendre justice si le Bureau ne veut procéder en son nom.

Je sais que quelques uns des Gouverneurs du Collège auraient dit à quelques uns de ces diplômés de "*vivre tranquilles,*" que ce Bureau ne procéderait pas contre eux pour cette pratique illégale par eux commise. Pourtant, s'il y en avait un de ces intrus qui serait condamné, on n'en verrait plus d'autres payer d'audace, et traiter leurs confrères depuis longtemps établis avec une indépendance qui n'est pas de bon aloi. Ces jeunes empressés, comptant sur l'impunité, agissent comme si la loi et l'étiquette professionnelle n'existaient pas pour eux. Mais on dira : "C'est d'une trop grande sévérité d'exiger l'application de la loi dans ces cas-là, puisque ces jeunes messieurs sont tout de même qualifiés." Mais dans une enquête ou expertise médicale, soit pour une compagnie d'assurance sur la vie, soit dans un cas de médecine légale, que vaudrait aux yeux de la justice leur qualification sous licence? Dans certains cas, ils pourraient être contestés.

On dit encore : "Il n'y a jamais eu de plainte de cette nature devant le Bureau, et la coutume était de laisser faire ces diplômés pratiquer sans licence." La coutume ne peut être invoquée, quand il y a une loi explicite et parfaitement définie, et qu'on en demande l'application. L'interprétation d'un statut n'est jamais laissée à la discrétion ou à l'arbitraire dans ces cas là.

On ajoute aussi : "Du moment que ces jeunes gradués se sont mis en règle avec la loi, il n'y a plus raison de sévir contre eux." Alors que l'on indique un autre moyen de faire respecter la loi, et forcer ces jeunes médecins à ne plus abuser de leurs diplômes universitaires avant le temps prescrit, je ne vois pas d'autre chose

que l'amende. Après avoir été diplômés, ils ont droit à une demande de licence, voilà tout. Il leur faut attendre pour la prendre, et pratiquer ensuite.

Ce laisser faire de la part du Bureau ou des membres du Collège aura pour résultat inévitable de maintenir en permanence la porte ouverte à cet abus de pratiquer illégalement avec un diplôme et sans licence. Le droit de pratiquer dans de telles circonstances n'appartient pas plus aux diplômés du pays qu'à ceux des pays étrangers. Dans l'application de la loi, il ne faut pas paraître se contredire sur la même question. Cet abus amènera toujours des désagréments entre confrères et même des conséquences fâcheuses pour les intéressés, puisque comme je l'ai dit plus haut les actes officiels que ces médecins peuvent faire, n'ont pas force de loi, et peuvent être attaqués.

L'article 3,995 de la loi dit : " Nul certificat requis par la présente section ou par toute autre maintenant en vigueur, de la part d'un médecin, d'un chirurgien, ou d'un médecin pratiquant, n'est valide à moins que la personne qui l'a signé se soit enregistré d'après la présente section 42 et 43, Vict. chan. 37, sect. 26."

L'article 3,998. dit encore :

" Toute personne qui assume dans une annonce, dans un papier nouvelle, sur des cartes d'adresse ou sur des enseignes, une désignation de nature à induire le public à croire qu'elle est dûment enregistrée ou a qualité à pratiquer la médecine, etc., si elle n'est pas dûment autorisée et enregistrée dans cette province, etc., est passible dans chacun des cas où elle donne ses services, etc., d'une amende de cinquante piastres."

\* \* \*

Dans cette dissertation, je n'entends pas faire prévaloir la question lucrative et personnelle, quoiqu'elle puisse avoir sa raison d'être. C'est la question de droit que je veux établir.

Comme médecin pratiquant et membre du Collège des médecins, je désire et j'exige, en ma capacité individuelle, que tous les médecins qui se présentent devant le public pour demander ses faveurs, soient en règle avec la loi, c'est-à-dire, licenciés et enregistrés par le Bureau Provincial. On ne peut pas sortir de là, sans commettre une illégalité, que ce soit avec un diplômé du pays, ou avec un diplômé de pays étranger. Il y a dans la province de Québec quatre universités ou facultés de médecine, qui forment des docteurs en masse. Par conséquent il n'y a rien de surprenant que les besoins de la société ne répondent pas à la demande des nouveaux sujets trop nombreux qui surgissent et qui ont hâte de commencer leur carrière publique. Si nous sommes obligés de subir l'encombrement professionnel, vu notre système d'éducation, au moins que ceux qui nous viennent ne nous arrivent pas en

contrebande. Même pour cela, je suis pour un *tarif* protecteur. La réciprocité même dans les convenances sociales est impossible si vous n'êtes pas traités sur un pied d'égalité. Dans le monde professionnel, il faut aussi que la qualité fasse excuser ou accepter de bon cœur la quantité.

Pour moi, étant sur le point de terminer ma carrière professionnelle, j'ai moins qu'un autre à m'offusquer des illégalités commises par ces porteurs de diplômes non licenciés, sachant que la place peut toujours être occupée par un confrère plus qualifié. Dans le fond, la différence n'est pas bien importante, à part la question d'étiquette médicale. Cependant, me trouvant encore dans la pratique active, n'étant pas dans un âge avancé, ayant bonne santé et aimant le travail, je veux finir ma vie médicale en défendant les droits, que je crois être ceux de la justice et de la légalité. Le bénéfice pourra en être pour mes successeurs.

Tout de même, ma protestation ou ma réclame dans la circonstance, faite sans récrimination contre qui que ce soit, devra servir comme défense d'un droit ou de leçon de déontologie médicale pour quelques uns. Les droits acquis aux anciens méritent d'être respectés, et ne doivent pas être foulés aux pieds par l'invocation d'une coutume ou l'exercice d'une tolérance coupable, à défaut d'une juste et équitable interprétation d'une loi explicite. Mon but surtout est d'attirer sur cette illégalité commise par les porteurs de diplômes des universités du pays l'attention du Bureau des gouverneurs et des membres du Collège des médecins, que je sollicite avec confiance dans leur intérêt comme dans le nôtre. On devra donc comprendre qu'il est temps de mettre fin à un pareil désordre, si on ne veut pas le voir aller en augmentant.

J'espère, Messieurs, que vous partagerez mes vues sur la question, que je viens de vous soumettre avec une énergique franchise et une parfaite indépendance. Vous seconderez mes efforts pour faire respecter au moins dans nos endroits, par tous les membres de la profession médicale la loi qui nous régit, et les vrais principes de l'honneur et de l'équité qui consistent à rendre à chacun ce qui lui est dû dans l'exercice de l'art comme dans la pratique des convenances sociales et de l'étiquette professionnelle.

---

**Traitement des démangeaisons de l'urticaire.**—M. le docteur BOURDEAUX, médecin militaire belge, fait connaître une formule qu'il emploie avec succès dans le traitement des démangeaisons de l'urticaire, de même que pour combattre le prurit dans les affections de la peau :

R. Eau de chaux, eau de laurier-cerise, glycérine pure en parties égales.

Lotionner avec cette solution les parties souffrantes, et recouvrir ensuite d'une légère couche d'ouate, sans essuyer. Le soulagement est presque immédiat.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

## REVUE DES JOURNAUX

## THÉRAPEUTIQUE.

**Le salol.**—Le salol est formé par l'acide salicylique, dans lequel un atome de phénol remplacé un atome d'hydrogène, avec élimination d'une molécule d'eau. Il se présente sous la forme d'une poudre blanche, à peu près insipide, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et les huiles.

C'est Nencki qui, en 1883, a, pour la première fois, préparé le salol; en 1884, Sabli l'a introduit dans la thérapeutique.

Ewald a proposé d'employer le salol pour s'assurer de l'état de la motilité de l'estomac; en effet, ce corps, une fois arrivé dans l'intestin, se dédouble sous l'action du suc pancréatique, et l'acide salicylique apparaît alors dans l'urine. Lorsque cette apparition tarde, cela indique que le dédoublement a été retardé et que, par conséquent, l'estomac a perdu de sa motilité.

D'autre part, il est évident que le salol peut servir à étudier la fonction du pancréas, bien que (Lombard) il soit légèrement soluble dans des liquides organiques alcalins, tels que la bile. Lépine a vu le salol passer dans l'intestin de certains typhiques sans se décomposer, et il attribue ce fait à la suppression de la sécrétion du suc pancréatique. Le même auteur a constaté l'atrophie ou la dégénérescence graisseuse du pancréas chez les sujets sur lesquels le salol se montrait presque inactif.

Gley a recherché ce que devient le salol chez les chiens sur lesquels le pancréas a été détruit. Il a constaté la présence de l'acide salicylique dans les urines et a vu que "la réaction se produisait aussi vite, aussi énergiquement et à peu près aussi longtemps que dans les urines de chiens témoins." Il est donc probable que le dédoublement du salol se produit aussi sous l'influence des ferments sécrétés par l'épithélium intestinal. Lépine avait déjà montré que l'épithélium de l'intestin peut dédoubler une petite quantité de salol.

Maintenant, la décomposition ne se fait-elle jamais dans l'estomac? Il est au moins probable qu'elle peut s'y produire, d'après les expériences de Reale et Grande, qui ont introduit le salol dans l'estomac de chiens laparotomisés auxquels on avait ouvert le pylore. On sacrifia les animaux quelques heures plus tard. L'urine et les matières vomies présentèrent la réaction de l'acide

salicylique et le contenu de l'estomac donnait la réaction caractéristique par le perchlorure de fer. Le salol peut donc se dédoubler dans l'estomac, au moins dans une certaine mesure.

Le salol est toxique surtout par son acide salicylique.

Hesselbach a vu une malade succomber après deux jours de coma, consécutivement à l'absorption de 8 grammes de salol. A l'autopsie, outre les traces d'une ancienne affection cardiaque, on trouva une néphrite parenchymateuse aiguë très intense. D'après les expériences qu'il a instituées, Hesselbach admet que les accidents sont dus à l'acide phénique provenant du dédoublement du salol, car l'acide salicylique s'est montré fort peu toxique.

L'empoisonnement par le phénol a provoqué, chez le lapin, des lésions identiques à celles produites par l'empoisonnement par le salol. Pour l'auteur, l'emploi du salol est absolument contre indiqué dans les affections aiguës et chroniques des reins.

Dérignac a vu se produire, à la suite de l'administration de trois doses de 0,20 de salol données pour une gastro-entérite causée par des huîtres, des douleurs de ventre, des vertiges, de l'engourdissement des extrémités, un retour de la diarrhée et de l'abaissement de la température. Les urines devinrent noires. M. Dérignac a observé des accidents du même genre chez un enfant, mais sans coloration spéciale des urines, à la suite de l'administration de trois doses de 0.10.

Cependant Lowenthal a pu prendre 10 gr. de salol en vingt-quatre heures, en deux doses, 5 gr. le matin et 5 gr. le soir à sept heures. A la suite de la première dose, l'expérimentateur eut un peu de vertige. Les urines restèrent colorées en noir pendant quarante-huit heures.

C'est surtout comme antiseptique que le salol a été employé. Papuli a étudié expérimentalement cette action du salol. Il a constaté d'abord que le pus le décompose en acide salicylique et en phénol, puis a cherché la durée du temps que mettent les différents microorganismes pour effectuer cette décomposition. Il a vu que le staphylococcus pyogenes albus dédoublait le salol en huit heures, le citreus en six heures, l'aureus en cinq heures. Le streptococcus pyogenes et le bacille du choléra de Finkler ont une action beaucoup moins rapide sur le salol.

Lesensemencements faits avec les cultures traitées par le salol se développent lentement, mais ne restent pas stériles. La bactérie charbonneuse n'a pas d'action sur le salol, le bacille du choléra détermine un commencement de dédoublement au bout de quatre jours, celui de la fièvre typhoïde au bout de sept jours. Lesensemencements faits avec les cultures traitées par le salol n'ont pas été modifiés dans leur développement.

En thérapeutique chirurgicale, le salol est utile dans les ulcères atoniques, dans ceux du décubitus et fait rapidement disparaître l'odeur fétide des sécrétions. Corner a montré qu'il devait être

appliqué sur les plaies que l'on doit d'abord désinfecter au moyen de l'acide phénique à 10/0 si elles ne sont pas aseptiques. Le salol ne peut, en effet, arrêter la putréfaction si elle existe déjà, mais il l'empêche de se produire. Il forme une croûte dure et friable avec les sécrétions de la plaie et la cicatrisation s'opère au-dessous. Le pansement peut être rare si la plaie donne peu de liquide; dans le cas contraire, il faut le renouveler souvent. Des plaies en partie gangrenées, poudrées au salol, restent sans odeur.

Dans un cas de myélite, de Renzi a guéri un catarrhe vésical très accentué par le salol, dont il fallut donner jusqu'à 4 grammes par jour en huit paquets.

Denys et Sluys ont regardé le salol comme le meilleur remède contre les cystites, tout en reconnaissant que le salol n'a pas d'action dans la cystite tuberculeuse et que l'urine salolée permet parfois le développement du streptocoque.

Pour Guyon, le salol à l'intérieur ne peut réaliser l'antisepsie des voies urinaires, et Bazy ne lui reconnaît pas grande action sur le ferment ammoniacal. Pour ce dernier, il peut être utile lorsque l'on a à faire des opérations chez des malades dont les urines sont infectées.

E. Desnos a associé le rétinol au salol dans le traitement de la blennorrhagie. Le mélange conviendrait dans les cas d'urétrites très irritables supportant mal les médications topiques. Il est aussi usité dans les cystites subaiguës. Desnos conseille 6 parties de salol pour 100 de rétinol.

Dreyfous a beaucoup prescrit le salol dans les blennorrhagies aiguës et chroniques, et il a surtout obtenu de bons effets en l'associant au canbèbe et au copahu. Le médicament aurait une action analgésique très nette.

Barraud a constaté que l'action du salol dans la blennorrhagie était faible, mais réelle, surtout au début des cas aigus, tandis que, dans les cas subaigus ou à la période d'état, le médicament est peu utile.

E. Hirtz, Love, Talamon ont aussi employé le salol avec succès dans la blennorrhagie. Il semble réussir à peu près dans les deux tiers des cas, mais il faut aller jusqu'à des doses assez fortes, 4 gr. en moyenne par jour.

Le salol a été très employé comme antiseptique intestinal.

Fassel y a eu recours dans 33 cas de fièvre typhoïde; 15 malades ont guéri. La diarrhée s'arrête ou n'apparaît pas, les selles se désinfectent, la sécheresse de la langue et de la bouche diminue.

Il est à remarquer que les malades ne présentent pas de signes de néphrite, bien que la coloration brune des urines se soit montrée dans quelques cas. L'albaminurie n'empêcherait même pas d'adi. nistrer le médicament.

Fassel a du reste, varié le salol dans la plupart des cas de diarrhée, diarrhée causée par les écarts de régime, diarrhée d'été

des enfants, etc. Il lui accorde le pouvoir de calmer les douleurs abdominales aussi bien que l'opium, mais reconnaît qu'il est inutile dans la dysenterie.

On peut le prescrire de la façon suivante :

Salol.....	4 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.....	8 —
Craie, q. s. pour faire.....	100 —

A diviser en 12 paquets ; un toutes les deux heures.

Fussel vante le salol même dans le choléra ; nous avons vu récemment qu'il ne donnait guère de bons résultats.

Mensi s'est très bien trouvé du salol pour l'antisepsie intestinale chez des enfants de tout âge atteints de diarrhée aiguë ou chronique. Le flux intestinal cesse rapidement ; les coliques et le ténesme diminuent, l'état général s'améliore. On peut prescrire de 0,25 à 1 gr., selon la gravité des cas, sans irriter la muqueuse de l'estomac, ni provoquer de symptômes toxiques.

Moncorvo a combattu par le salol l'entérite de la malaria infantile. Il le donne associé à la quinine à la dose de 0,15 à 2 gr. par vingt-quatre heures. Dans 27 cas l'action du médicament a été constante et rapide.

T. Wright a employé le salol dans un grand nombre de cas d'amygdalite aiguë et de pharyngite, et l'a vu produire les plus heureux effets. Le médicament agit favorablement dans tous les angines aiguës et diminue la douleur et la dysphagie avant qu'il y ait atténuation des phénomènes objectifs. Wright recommande la dose de 4 gr. comme minimum, autrement on n'obtiendrait pas de résultat.

Jacquemart a étudié, dans sa thèse, l'emploi du salol dans le traitement des affections rhumatismales qui tendent à la chronicité : les douleurs sont parfois très amendées lorsqu'elles ne sont pas trop invétérées, et il est même probable que les lésions articulaires sont arrêtées dans leur évolution. Le salol est ainsi indiqué à la période de convalescence du rhumatisme articulaire aigu peu intense, pour prévenir les rechutes.

On doit administrer le médicament au coucher ; la dose pour un adulte est de 4 à 6 grammes par jour.

On a conseillé de recouvrir de salol les pilules qui ne doivent que traverser l'estomac sans s'y dissoudre, et on emploie généralement, pour ce faire, une solution étherée renfermant 2 gr. de salol et 0.50 de tannin pour 10 gr. d'éther. Il vaut mieux recourir à l'enrobage dans le salol fondu suivant le procédé de M. Suchomel. On fait fondre au bain-marie, dans une capsule de porcelaine, la quantité nécessaire de salol et on y plonge simplement les pilules fixées sur la pointe d'une aiguille. L'enduit se dessèche très rapidement. Cet enrobage est bien plus facile que la kératinisation proposée dans le même but. On peut l'utiliser

pour les pilules d'extrait de fougère mâle, d'écorce de racine de grenadier, etc.—Paul CHÉRON.

**Les injections médicamenteuses hypodermiques.**—Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker. — Je viens vous parler aujourd'hui de la médication hypodermique, en exposant d'abord celle qui a fait ses preuves, puis celle qui est en train de faire ses preuves.

Faire pénétrer dans l'organisme un médicament intact, non altéré par l'estomac et par le foie, c'est l'idéal de la thérapeutique. Les médicaments n'agissent que lorsqu'ils sont absorbés; s'ils passent par le tube digestif, ils ont toujours subi une altération, tandis que si on les fait pénétrer directement dans le torrent circulatoire, ils conservent toute leur activité: c'est là le grand avantage des injections hypodermiques.

D'autre part, l'injection, sous la peau, de substances médicamenteuses agit sur les expansions terminales des nerfs; il y a donc: 1° absorption directe; 2° impression des centres nerveux par le système circulatoire; 3° action sur les expansions terminales des nerfs.

Les expériences de Roger prouvent que les substances alcaloïdiques perdent une partie de leur action, après avoir passé par le foie, tandis que par les injections sous la peau, on a la pleine puissance du médicament. Cela est démontré depuis longtemps pour la morphine, et la démonstration est bien plus évidente encore pour le curare, mortel par les injections hypodermiques, et d'un effet nul, s'il passe par l'estomac. Cela est vrai aussi de la nicotine, de la strychnine, etc.

I. Voyons quelles sont les injections ayant fait leurs preuves.

Il faut parler d'abord de celles qui sont devenues tout à fait banales, ce sont les injections de *morphine*. Il résulte des expériences de Roger, que leur action est deux fois plus puissante que celle de la morphine donnée par la voie buccale. Cette puissance d'action a rapidement conduit à l'abus, mondain et médical.

L'abus mondain est la morphinomanie: les injections procurent un tel sentiment de bien être, que bientôt le patient devient impatient de morphine; il est obligé de répéter les injections de plus en plus souvent; c'est l'abus, c'est la morphinomanie.

L'abus médical vient de ce que les médecins emploient intempestivement les injections de morphine. Leurs indications sont la douleur et l'insomnie. La douleur on la calme, mais l'insomnie, pas toujours. Si l'insomnie tient à la douleur, c'est très bien, le sommeil arrive quand celle-ci est calmée. Si l'insomnie ne vient pas de la douleur, ce n'est pas la morphine, c'est le choral qu'il faut donner.

Mais si l'on a raison de donner la morphine contre la douleur, on a souvent le tort de croire avoir tout fait en la calmant. Pre-



nous comme exemple la douleur qui vient de la pleurésie, et notamment la *pleurésie diaphragmatique*, une des formes les plus douloureuses : le malade désire par-dessus tout être soulagé, et le médecin se fait facilement son complice. Il y a douleur, mais son origine est l'inflammation, la phlogose; et l'actie thérapeutique est incomplet, car il faut combattre, et l'inflammation, et la douleur. Il faut donc d'abord mettre des ventouses scarifiées pour combattre l'inflammation; puis on fait une injection, parce que l'action des ventouses ou des sangsues n'est pas immédiate.

Dans la *névralgie sciatique*, la névralgie est consécutive à une névralgite; il y a inflammation du tissu fibreux qui se gonfle et étrangle les fibres nerveuses, cela est évident. C'est une inflammation *a frigore*, comme certaines manifestations rhumatismales : donc, ventouses scarifiées ou vésicatoires, si le fait est récent; puis injection de morphine contre la douleur.

Deux mots maintenant sur les injections de *cafféine*. L'indication est de combattre la débilité cardiaque ou générale. Il arrive que, sous l'influence, soit d'une névralgie cardiaque, soit d'une myosite cardiaque, le pouls devient faible et lent, et l'indication est formelle. Il faut faire des injections de 0 gr. 25 de *cafféine* chaque fois, à trois ou quatre reprises, dans le courant de la journée.

Voici comment je formule la solution :

Cafféine .....	1 gr.
Benzoate de soude.....	1 gr.
Eau distillée.....	4 gr.

L'effet est extrêmement rapide : le cœur devient plus fort et plus fréquent; la débilité organique s'amende.

Une autre substance encore a fait ses preuves, c'est l'*éther*. Injecté à la dose de 1 gramme, non sous la peau, mais dans les muscles, il relève le pouls et les forces : il agit donc qualitativement plutôt que quantitativement.

Dans l'épidémie de choléra, j'injectais à chaque cholérique 0 gr. 25 de *cafféine*, et 1 gramme d'*éther*, et je m'en suis très bien trouvé : le pouls et les forces se relevaient aussitôt. *Il faut injecter l'éther dans le muscle, parce que, sous la peau, il cause une douleur très vive, et parfois une eschare*; or, dans la fièvre typhoïde, où les eschares se produisent facilement, l'*éther* peut donner facilement une nécrose du derme.

L'*éther* agit avec une telle puissance que dans des cas de perte utérine considérable, après l'accouchement (un kilo de sang, et plus), une injection d'un gramme suffit pour ranimer le cœur et faire reparaitre les pulsations. Le fait est indubitable. J'ai vu à la Pitié une femme qui avait perdu tant de sang par un fibrome de l'utérus, qu'elle en était exsangne et sans pouls. Le médecin qui la soignait, ne croyait ni à l'*éther*, ni à l'*ergotine*. Il me laissa,

malgré cela, lui faire des injections. Je lui fis une injection d'un gramme d'éther, puis une seconde, puis une troisième, et le pouls se releva. Mais l'hémorrhagie continuait. Alors je lui fis une injection de liqueur d'ergot; on répéta cette injection quatre ou cinq fois dans la journée, l'hémorrhagie s'arrêta, et la malade survécut. Vous voyez qu'ici, c'est la qualité qui a agi bien plus que la quantité.

Voici un autre fait analogue. Un jeune homme, de mes parents, avait une fièvre typhoïde extrêmement grave. Au 17<sup>e</sup> jour, survinrent des hémorrhagies intestinales abondantes, et en même temps des épistaxis: au troisième jour de ces hémorrhagies, l'écoulement n'avait presque plus couleur de sang: c'est à ces injections associées qu'il a dû de renaître.

II. Nous allons parler maintenant des formes de cette médication qui sont en train de faire leurs preuves.

Au premier rang se place une médication quelque peu scabreuse, mais légitimée par la pureté des intentions et par l'intérêt scientifique: ce sont les injections de Brown-Séguard. Elles sont destinées, non pas à ressusciter la virilité, mais à donner de la vigueur à l'organisme; et c'est pour cela que nous avons le droit de nous en occuper.

Mais d'abord un mot sur la puberté et la virilité. La puberté n'est pas marquée simplement par l'apparition de poils au pubis, mais aussi par une modification du larynx, telle que l'homme, par sa voix, annonce, à l'autre sexe, qu'il est mûr pour la reproduction.

Il n'est pas douteux que les glandes sécrètent incessamment; la sécrétion est plus active au moment physiologique, mais elle n'en existe pas moins toujours, pour les glandes qui n'ont pas de tube excréteur, comme pour les autres: une preuve, c'est que l'absence de la glande thyroïde donne naissance à la cachexie myxœdémateuse. A la puberté, sous l'influence d'excitations visuelles, ou autres, les désirs sont éveillés, et font saliver les glandes; mais les désirs inconscients, involontaires, ne sont pas assouvis et l'organisme reprend les éléments à son profit: il y a résorption du suc spermatique. C'est ainsi, jeunes gens, que vous vous faites des auto-injections: de là vient la virilité. L'eanuque en est la preuve, il n'a plus de désirs, plus de virilité.

Quand on devient sénile, les recherches de Duplay père et de Gosselin prouvent que chez les vieillards le sperme est très peu riche, il y a décadence de la virilité, par absence de résorption spermatique.

C'est Brown-Séguard qui a constaté le premier que les glandes sécrètent toujours. Mais il a un précurseur: Buffon a eu la prescience de ce que Brown-Séguard a démontré. En 1774, il recevait d'un prêtre un long mémoire où celui-ci raconte les misères qu'il éprouva d'une continence forcée. Dès l'âge de 11

ans, il avait des désirs virils; mais ses parents désiraient ardemment qu'il fût prêtre, et, pour ne pas leur causer de déplaisir, il obéit et se refusa toute satisfaction vénérienne. Il arriva que, lorsqu'il voyait une femme, il éprouvait des hallucinations, la femme lui paraissant entourée d'une auréole lumineuse. Puis survinrent des accès convulsifs épileptiformes et du délire qui dura pendant six mois. Avant cette dernière période, il avait, de temps à autre, des pertes séminales nocturnes qui le soulageaient.

Il n'était pas douteux que la virilité avait déterminé ces accidents, mais ce qui est intéressant, c'est ce que dit Buffon à ce sujet: " La liqueur séminale, *liqueur de vie*, la nature ne veut pas qu'on en renferme la surabondance; elle l'a destinée à se répandre et à passer de corps en corps. Mais ce n'est que dans la force de l'âge; elle n'est même salubre que pour ceux qui savent se modérer. Pour peu qu'on exagère, on en éprouve des maux bien plus grands que ne peut en faire naître la continence. A partir de 50 à 60 ans, on peut facilement garder cette liqueur; c'est même un baume pour l'âge avancé "

On peut encore citer comme exemple ce fait que les animaux ayant des testicules hors de proportion avec le volume de leur corps, les petits chiens, les petits chevaux, sont bien plus actifs que les animaux de même taille d'autres espèces.

Comment prépare-t-on le suc testiculaire? Des testicules de cobaye, de lapin, de bouc, de taureau, sont incisés, pilés, infusés dans la glycérine dans la proportion de  $\frac{1}{2}$  de substance pour  $\frac{3}{4}$  de glycérine; ce liquide, infusé pendant quelque temps, est filtré et étendu d'une égale quantité d'eau bouillie. Mais ce n'est pas aseptique. La chaleur et les antiseptiques ne peuvent être employés, parce qu'ils altèrent profondément le liquide et lui enlèvent ses qualités. Alors M. d'Arsonval a eu l'heureuse idée de stériliser cette liqueur, en la soumettant à une pression considérable, dans l'autoclave (53 atmosphères). Les germes n'étant pas encore détruits par cette pression, il a placé l'autoclave dans un bain à 43° environ, et il a obtenu par ce moyen une pression de 90 atmosphères, qui détruit tous les germes. C'est cette substance aseptique qui est injectée, à la dose de 4 grammes de liqueur efficace, c'est-à-dire 8 grammes de liquide; Brown-Séquard conseille de renouveler cette injection deux fois par semaine.

Il a employé cette liqueur sur lui-même, alors que, depuis un certain temps, il était incapable d'un travail de quelque durée, et très affaibli physiquement, étant âgé d'ailleurs de 72 ans. Dès les premières injections, l'aptitude au travail revint, et toutes les fonctions, notamment la miction, la défécation, redevinrent faciles et normales.

Brown-Séquard ne s'en tint pas à cette action sur la sénilité; il a généralisé, et il a eu l'idée d'employer ces injections dans l'ataxie locomotrice, non pas contre la sclérose des cordons posté-

rieurs de la moelle, mais contre les troubles fonctionnels. Il a obtenu de grands succès, au moins chez ceux qui sont au début de la maladie; les douleurs fulgurantes s'arrêtent, les mouvements réflexes s'amoindrissent. On s'adresse donc bien à la vigueur, et non à la virilité.

Le mode d'action, selon Brown-Séguard, serait d'amoindrir les phénomènes réflexes, qui ne sont autre chose qu'un trouble fonctionnel de la moelle; si donc on donne une certaine puissance à ce qui reste intact, les troubles sont diminués d'autant.

En résumé, les injections peuvent être bienfaisantes dans la sénilité, et dans certaines formes d'ataxie locomotrice. Il ne faut pas croire qu'elles puissent être efficaces dans la phthisie, le cancer, etc.; elles ne peuvent que donner un regain de vigueur.

D'autres injections, inspirées par la même idée, ont été faites avec un grand succès. C'est Bouchard qui a eu l'idée ingénieuse de faire des injections de *suc thyroïdien*, dans le myxœdème; la pensée première remontait à 1887, il l'a mise en pratique en 1892.

Le myxœdème, cachexie pachydermique, est une affection caractérisée par un œdème plus ou moins généralisé, parfois fruste à la face, aux paupières, dans quelques parties du corps; il y a en même temps des troubles fonctionnels, de la nature la plus grave, une grande langueur des facultés intellectuelles, un affaiblissement de la voix, une déperdition des forces, une tendance au refroidissement telle que les malades couchent tout habillés dans leur lit; c'est le contraire de ce qui a lieu dans le goître exophtalmique, où il y a excitation intellectuelle, tachycardie, calorification exagérée. Or ces individus n'ont plus de corps thyroïde, cela est démontré par l'examen direct et l'autopsie: il est donc évident que c'est à l'absence de cette glande qu'ils doivent leur maladie, et c'est à l'absence de résorption du *suc thyroïdien* que sont dus les phénomènes morbides.

L'idée rationnelle est donc qu'il faut rendre du *suc thyroïdien* à ces malades. La chose a été faite et la clinique a confirmé ces déductions: on a noté une amélioration à la suite des injections.

De plus, Bouchard a songé à faire des greffes du corps thyroïde. Voici l'expérience: il a pris treize lapins auxquels il a enlevé le corps thyroïde, et il a mis les treize corps thyroïdes dans le péritoine de l'un d'eux; douze sont morts en 4 à 5 jours; celui dans le péritoine duquel on avait fait la greffe, a vécu 13 jours; à l'autopsie, on a vu que les glandes s'étaient résorbées et non greffées; elles avaient agi par résorption; c'est donc par une action chimique qu'agit le *suc thyroïdien*.

Une greffe tentée par Lannelongue, sous l'inspiration de Legroux, n'a pas pris. Ces greffes ne prennent que chez les animaux inférieurs.

Il semble donc que les injections seules peuvent agir. Faites dans le service de Bouchard, elles ont donné de l'amélioration, la

vitalité a été augmentée. Mais l'action n'est pas de longue durée; si on suspend les injections, les accidents myxoœlémateux reparaissent comme auparavant. Il faut à ces malades des injections continuelles; il leur faudrait sans cesse près d'eux un médecin thyroïdien.

Il y a eu, chez des malades de Bouchard, de petits accidents dus à la quantité de suc injecté; quand on dépasse un centimètre cube, on peut donner de la fièvre. Avec l'injection de deux, trois, quatre centimètres cubes dans les cuisses, deux fois par semaine, l'œdème a disparu, la sécrétion urinaire a été augmentée, le poids et les dimensions ont diminué, la parole a été plus vive, la température a subi des modifications, il y a eu réchauffement après l'injection. Les effets fâcheux furent de la céphalée et des douleurs dans les bras; elles disparurent quand on cessa les injections; mais dès qu'on les reprit, elles reparurent très vives.

D'après Bouchard, ce ne sont pas les cellules, c'est le suc qui agit, car il est filtré; il y a une substance alcaloïdique, analogue à la spermine, qui est le principe actif du liquide testiculaire.

On voit que cette médication est pleine de promesse, et que les liquides normaux, injectés dans certaines conditions, peuvent être utiles et donner de la vitalité et de la vigueur: ce sont des sortes de béquilles pour l'organisme qui fléchit.

---

## MEDECINE.

---

**Difficultés du diagnostic des angines blanches et traitement de ces angines.**—Les idées se sont bien modifiées depuis quelques années, en ce qui concerne les angines, et particulièrement les angines à dépôts pseudo-membraneux. Les cliniciens avaient cru trouver des caractères spéciaux, absolument nets et tranchés, permettant de différencier, les unes des autres, chaque variété d'angines membraneuses. L'angine pultacée, l'angine herpétique, l'angine diphthérique étaient, dans les livres classiques surtout, d'une délimitation et d'un diagnostic relativement facile. Cependant, quelques angines regardées comme pultacées et par suite comme non contagieuses, avaient parfaitement donné suite à des diphthériques graves et à des croups. Plusieurs praticiens devinrent alors plus circonspects; les uns, comme M. Jules Simon, dirent: "Angine à points blancs..... hem! angine douteuse, pouvant, bien être diphthérique, donc à isoler;" les autres, comme Lasègue, inventèrent une nouvelle variété: entre l'angine pultacée et l'angine diphthérique, ils admirent l'existence d'une angine diphthéroïde. Le nom ne servait qu'à masquer l'hésitation du médecin, mais n'éclaircissait pas la question.

Quant au traitement, on s'en tenait toujours au miel rosat, aux borax, au chlorate de potasse en gargarismes et aux décoctions de pavot et de guimauve en rince-bouche, pour la plupart des angines. L'angine diphthérique, bien confirmée, était seule combattue à l'aide d'antiseptiques dérivés du goudron, du perchlorure de fer, de la teinture d'iode, du nitrate d'argent.

Or, les recherches modernes, les travaux de Wurtz et Bourges, de L. Martin, de Catrin et Sallard, de William Halbock Park, prouvent qu'il faut modifier la manière d'envisager les angines blanches au point de vue du diagnostic et du traitement.

I.—*Diagnostic des angines blanches.*—Nous prendrons un exemple pour plus de netteté :

Le Dr Icard, de Lyon, communique à la Société médicale de Lyon, l'observation suivante :

Le 18 mai 1892, mandé le soir auprès d'une domestique de 30 ans, malade depuis le matin, M. Icard constate chez elle les symptômes d'une amygdalite pultacée avec vive réaction fébrile. En raison des nombreux points blancs disséminés sur les amygdales, il la déclare suspecte et fait éloigner les cinq enfants de la maison, qui dans la journée ont plusieurs fois visité la malade.

Le 19 au soir, un garçon de 13 ans se plaint d'un mal de gorge avec nombreux dépôts pultacés sur les amygdales. Moins de fièvre que chez la domestique. Il n'est pas isolé de ses frères et sœurs. L'une d'elles avait eu la scarlatine, deux mois auparavant. Celle-ci n'a pas eu d'amygdalite.

Le 23, amygdalite blanche avec fièvre intense et délire chez un garçon de 11 ans, et le 24, même localisation chez une jeune fille de 14 ans. Chez aucun il n'existe trace d'éruption.

En quatre ou cinq jours, tout est terminé sous l'influence de la médication suivante : vomitif, purgatif, antipyrine, chlorhydrate neutre de quinine, gargarisme miellé avec addition de vinaigre rouge et quelques attouchements des points blancs avec une solution d'acide salicylique à 3 pour 100.

Quelle était la nature de ces amygdalites blanches? S'agissait-il d'une diphtérie atténuée?

Résumons l'état local présenté par les quatre malades. vives douleurs dans la gorge, dépôts pultacés sur les deux amygdales, les uns s'enlevant facilement, les autres non. Dans trois cas, extension sur les piliers antérieurs sous forme de fausses membranes, blanches, minces, se détachant plus ou moins facilement, pas d'ulcération de la muqueuse; érosions polycycliques très nettes dans un cas, engorgement ganglionnaire; traces d'albumine chez une malade; disparition rapide des dépôts pultacés, dans un seul cas (la domestique) une fausse membrane existait encore au bout de six jours; chez deux malades, herpès facial, mais mal formé.

Voilà bien des caractères qui plaident en faveur de la nature herpétique de ces angines (herpes de la gorge); mais la contagion,

des plus évidentes dans ces cas, légitime un doute et justifie la dénomination banale d'*angine blanche*.

Angine pultacée, angine herpétique, angine diphthérique? A laquelle des trois a-t-on eu affaire? La difficulté est saisissable dans cette histoire clinique d'angines polymorphes, et chacun de nous peut chaque jour se trouver en présence d'embaras aussi inextricables. Je sais bien qu'il y a un moyen héroïque, ou plutôt un moyen infallible! c'est de considérer toutes les angines blanches comme des angines diphthériques et de les traiter comme telles. Mais cela n'est pas scientifique; et puis, il est quelquefois fort important de se prononcer catégoriquement, quand il s'agit d'éviter les dépenses d'un déplacement souvent coûteux à des familles qui ont plusieurs enfants à isoler du malade. S'il s'agit d'une légère angine pultacée, durant deux jours, et que le médecin, pour ne courir aucun risque de contagion, prescrive l'isolement immédiat des autres membres de la famille, ce qui nécessite parfois des voyages, il est certain que la famille verra l'erreur du médecin et ne lui saura pas grand gré des frais inutiles qu'il aura provoqués. Autre inconvénient: Dans un hôpital où il y a un pavillon d'isolement pour les diphthéries, il ne faudra pas y envoyer indistinctement toutes les angines blanches; car dans le nombre, il y aura certainement des malades atteints d'angines herpétiques et d'angines pseudo-membraneuses non diphthériques, qui courront le risque de se contaminer secondairement et de contracter une diphthérie grave, d'une durée d'au moins trois semaines, peut être même mortelle, alors qu'avec leur angine primitive ils auraient été guéris en huit jours. Voilà certes des exemples qui justifient pleinement une étude sérieuse du diagnostic.

Les travaux modernes ont clairement montré que les signes diagnostiques, que l'on admettait autrefois en clinique pour différencier l'angine diphthérique de l'angine herpétique et des autres angines membraneuses, sont sans valeur. Que la luette soit ou non encapuchonnée par les membranes; que les piliers soient ou non recouverts; que les membranes soient blanc nacré ou grisâtres; qu'elles soient légèrement adhérentes ou très intimement enfoncées dans la muqueuse, que les ganglions soient engorgés ou idemnes, cela ne signifie plus grand'chose, pour le clinicien moderne, en faveur de la nature contagieuse ou non contagieuse d'une angine. M. Kolman Szego n'a-t-il pas démontré, par exemple, le polymorphisme remarquable de l'angine diphthérique? Sur 35 cas observés au cours d'une épidémie, un certain nombre revêtait l'aspect d'amygdalites folliculaires; quelques autres ressemblaient à de l'herpès pharyngien.

D'ailleurs, il ne faut plus, aujourd'hui, croire que les angines pseudo-membraneuses ne comprennent que deux ou trois variétés, comme autrefois.

La classification en est bien complexe; le microscope et les

études bactériologiques ont révélé la nature bien différente d'angines que l'on regardait auparavant comme pultacées ou diphthériques. Chaque variété d'angine correspond à chaque variété de microbe pathogène : l'angine est blanche, parce que la fausse membrane est le produit de réaction inflammatoire du pharynx en présence d'une infection microbienne, mais l'aspect seul de la membrane, je dirai même plus, sa disposition, sa répartition topographique ne saurait renseigner sur la véritable cause de l'angine.

A côté de l'angine herpétique vraie, de l'amygdalite folliculaire, viennent se placer l'angine du bacille de Loeffler (diphthérie vraie) ; l'angine du streptocoque (érysipèle, scarlatine), du staphylocoque blanc ou doré, tantôt isolé, tantôt associé, l'angine du pneumocoque de Fraenkel, l'angine du bacille d'Eberth, et probablement d'autres actuellement inconnus.

Le microscope et les cultures sont donc les seuls moyens certains du diagnostic des angines blanches. Nous n'en voulons pour preuve que le travail de M. Louis Martin dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (16 mai 1892) :

Sur 112 enfants, atteints d'angine blanche, sans complications laryngées, qu'il a examinés au point de vue bactériologique et clinique, 69 avaient la diphthérie de Loeffler, 43 n'avaient de cette maladie que les apparences extérieures, surtout en ce qui concernait la fausse membrane. La plupart même avaient été considérés comme des diphthéritiques, et cependant l'examen bactériologique montra qu'aucune de ces angines n'était due au bacille spécifique ; c'était là une erreur de diagnostic impossible à éviter. Or fait important, la proportion des cas de ce genre n'est pas à négliger, puisque le nombre des cas a été de 43 sur 112 ; si l'on admet que 7 fois sur 43 cas, le diagnostic de diphthérie aurait pu être cliniquement écarté, il n'en reste pas moins une proportion de 36 sur 112, c'est à dire de plus de 32 %.

Sur ces 43 cas d'angine à apparence diphthéritique, vingt-cinq fois la maladie était due à la présence d'un coccus, huit fois à celle du streptocoque.

Les angines dues à ce coccus, signalé par MM. Roux et Yersin, sont souvent accompagnées d'une température élevée, atteignant parfois 40°5 et 41°.

Ces angines présentent des degrés d'intensité variable, depuis la forme grave jusqu'à la forme bénigne tout à fait passagère ; néanmoins elles guérissent habituellement assez vite et ne laissent point après elles de signes d'intoxication.

Dans les angines à streptocoques, l'enduit pultacé est adhérent, parfois même très épais ; elles débent par de la fièvre et de vives douleurs dans la gorge. Les fausses membranes, blanc-grisâtres, parfois rougeâtres, entourées d'une muqueuse qui les dérobe et les enchatonne sur les bords, s'étendent non seulement



sur les amygdales, mais aussi sur la luette; peu connues encore cliniquement, ces angines ne semblent cependant pas mortelles.

Dans 69 cas d'angine diphthérique, 52 fois le bacille de Lœffler a été retrouvé seul ou presque seul dans les fausses membranes; 17 fois il était associé à d'autres micro-organismes; dans ce dernier cas, la gravité de la maladie variait dans des proportions considérables suivant l'association du bacille diphthérique avec tel ou tel micro-organisme. C'est ainsi qu'on peut dire que, le pronostic est toujours d'une extrême gravité lorsqu'on constate avec le bacille de Lœffler le streptocoque (sur 10 cas, 8 décès); il l'est beaucoup moins s'il se trouve associé au coccus; la présence même de ce micro-organisme est plutôt un indice favorable.

D'autre part, M. Beverley Robinson, dont la compétence en la matière est certainement éprouvée, professe l'opinion suivante:

L'absence de *bacille de Lœffler* n'implique pas la non existence de la diphthérie; on peut observer des ulcérations membraneuses de la gorge, d'aspect vulgaire, qui sont très difficiles à diagnostiquer de la diphthérie. Toutes les fois que règne cette incertitude, il serait imprudent de porter trop tôt le diagnostic de diphthérie vraie, et d'alarmer la famille avec une nouvelle de ce genre.

Notre conclusion sera donc, étant donné l'état actuel de la question, que pour différencier les unes des autres les diverses variétés d'angines blanches, il ne faut pas compter sur les données cliniques: aucune particularité ne peut être considérée comme caractéristique, ni la fausse membrane, ni l'engorgement ganglionnaire, ni l'albuminurie, etc.

A la période d'état, la marche même de la maladie permet toujours de se prononcer. Une angine à points blancs, qui s'accompagne de phénomènes généraux très intenses et qui se termine brusquement en quatre, cinq ou six jours, est bien incontestablement une angine simple herpétique; une angine blanche qui s'accompagne d'empâtement énorme du tissu cellulaire périganglionnaire cervical, de cyanose, de teint blafard de la face, de constriction pharyngée atroce est toujours une angine diphthérique, due au bacille de Lœffler. Nous ne donnons pas les paralysies du voile, ni même les paralysies généralisées comme signes diagnostiques infaillibles de la diphthérie, car nous savons que toute angine infectieuse peut produire ces paralysies, quoique moins fréquemment que la diphthérie (Trousseau).

Entre ces cas extrêmes bien tranchés, il en est une foule d'autres fort embarrassants pour le clinicien, même pendant plusieurs jours, quand il ne peut se livrer à des constatations microscopiques et bactériologiques.

Eh bien! dans de tels cas, il ne faut pas hésiter, comme le veut M. Jules Simon, et, au risque de faire dépenser quelques sommes de plus aux familles pour assurer l'isolement du malade, la

prudence commande d'isoler tous les malades atteints d'angine blanche et de leur appliquer, immédiatement, un traitement rigoureusement antiseptique.

L'examen de la courbe thermométrique rend des services très considérables pour établir le pronostic : celui-ci est favorable lorsque la courbe évolue dans les régions peu élevées ou lorsqu'elle est régulièrement descendante ; il est grave, au contraire, lorsque la courbe est régulièrement ascendante ou lorsqu'elle se maintient en plateau, ou bien lorsqu'elle présente des oscillations ascendantes dans les régions élevées. — *A suivre.*

**Traitement de la colique hépatique dans les hôpitaux de Paris.** — Le Dr M. BAUDOIN a interrogé un grand nombre de médecins des hôpitaux de Paris sur la conduite à tenir dans la colique hépatique. Voici quelques unes des réponses :

Pour M. Rendu, dans la grande crise, très douloureuse, rien ne vaut la morphine en injections sous-cutanées. L'huile d'olive, que M. Rendu a essayée, ne lui a pas paru produire grand effet ; d'ailleurs, presque toujours, les malades ont de la répugnance pour ce remède peu agréable. Comme adjuvant de l'injection de morphine, ce médecin recommande les boissons chaudes, les grands bains chauds, les cataplasmes chauds sur l'abdomen, qu'on peut remplacer par des serviettes ou des compresses. Quand l'attaque se prolonge et dans l'intervalle des crises, M. Rendu est partisan de l'huile de Harlem, à la dose de 6 à 8 gouttes, dans un verre de lait, le matin. Ou bien encore il donne, tous les trois ou quatre jours, un purgatif léger, tel que le calomel, qu'il formule ainsi :

Calomel.....	5 centigr.
Extrait de belladone.....	2 —
Savon médicinal .....	Q. s.

F. s. a. une pilule.

Dans la colique légère, il ne faut pas faire de piqûre de morphine ; on doit se contenter des potions opiacées et éthérées, de façons à tenir le malade dans un état d'assoupissement. Il est évident qu'il faut recourir, en même temps, à la chaleur intus et extra.

Dans l'intervalle des crises et comme moyen préventif de ces crises, M. Ferrand conseille différentes médications sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici ; mais il nous faut mentionner pourtant l'usage de la glycérine, que ce médecin a préconisé dans une communication à l'Académie de médecine. On doit prendre chaque matin un demi-verre à un verre d'eau de Vichy, additionnée de 5 à 15 grammes de glycérine purifiée. Et, pendant la durée de la colique, M. Ferrand insiste encore sur l'emploi de la glycérine. Il fait usage d'une potion formulée sur le type suivant :

Infusion de fleurs d'oranger.....	100 grammes
Eau chloroformée.....	30 —
Glycérine pure.....	15 à 20 gr.

Concurremment avec cette potion il pratique une ou plusieurs injections hypodermiques d'une solution ainsi composée :

Eau distillée de laurier-cerise.....	10 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine.....	1 —

Au moment de la crise, on ordonnera, en outre, avec profit, un lavement purgatif au séné (5 à 10 grammes) ou additionné d'une même dose de sulfate de soude; un régime privé de graisse et peu fourni de féculents; des perles d'éther amylovalérianique; des applications chaudes sur la région douloureuse et au besoin de grands bains tièdes, à réchauffer à volonté pendant le bain.

Au début de la colique et lorsque les douleurs ne sont pas vives, M. Dujardin-Beaumetz use soit de l'huile d'olive, soit de la glycérine. Pour l'huile, il conseille la dose massive de 200 grammes prise en une fois. Pour la glycérine, il ordonne 20 grammes par jour, et cela pendant trois à quatre jours. Ces deux procédés lui ont toujours donné de bons résultats; mais il reconnaît que la méthode de Ferrand est plus agréable et préférée par les malades. Quand les douleurs deviennent atroces, il recourt aux injections de morphine et d'atropine. La chloroformisation à la reine est la ressource extrême quand les accidents douloureux sont véritablement intolérables. A ces traitements, il faut ajouter les cholagogues, en particulier les pilules d'évonymine.

Le traitement médical de l'accès comporte de même, pour M. Xavier Gouraud, deux indications principales: calmer la douleur et, avec elle, tous les phénomènes réflexes auxquels elle donne lieu, et faciliter la migration des calculs. On répond à la première indication en utilisant l'injection sous-cutanée de morphine avec addition d'atropine, selon la formule suivante :

Eau distillée.....	10 grammes
Chlorhydrate de morphine.....	10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine.....	1 —

Le mélange de ces deux médicaments a toujours paru réussir: elle prévient l'état nauséux que la morphine seule produit assez souvent. Si l'on ne prend pas cette précaution, la nausée morphinique, s'ajoutant en quelque sorte aux envies de vomir créées par l'angoisse de la crise, rend quelquefois la situation du malade absolument intolérable. Accessoirement, M. Gouraud a recours aux compresses imbibées de chloroforme pur et laissées en place aussi longtemps qu'on peut les supporter; c'est là un bon sédatif, comme d'ailleurs les sachets de glace, dont l'efficacité est indiscutable.

Les cholagogues seront en même temps utilisés pour faciliter la migration des calculs; parmi eux il faut choisir l'huile d'olive pure, administrée en deux fois, à une demi heure d'intervalle, à la dose de 200 à 400 grammes. La répugnance des malades pour ce remède est plus apparente que réelle. En tout cas, il faut tout faire pour la vaincre, cette substance paraissant destinée à rendre les plus grands services dans le traitement des lithiasiques à coliques.

D'après M. Desnos aussi, le traitement de l'accès doit avoir deux objectifs: calmer la douleur, favoriser l'expulsion des calculs, sables ou graviers biliaires. Les injections de morphine restent au premier rang pour combattre les accidents douloureux. Si, pour des raisons diverses, il faut en cesser l'emploi, on peut s'adresser avec avantage à l'exalgine.

Comme la colique s'accompagne toujours de phénomènes congestifs, les révulsifs, les émissions sanguines locales sont aussi absolument indiquées. On favorisera l'expulsion des calculs à l'aide des purgatifs salins, du calomel, de l'évonymine. Les bains, les grands cataplasmes sur la région du foie, les larges cataplasmes sinapisés par incorporation rendent encore de grands services.

M. Desnos a essayé l'huile d'olive à hautes doses. Dans quelques cas il a obtenu des résultats favorables. Il a l'intention d'essayer l'ingestion de 100 grammes de glycérine, suivant le *modus faciendi* de M. Ferrand.

La pratique de M. Gingeot consiste en bains prolongés, qui pourtant ne lui ont pas fourni des résultats bien remarquables. L'extrait thébaïque, à doses fractionnées, lui paraît plus utile; malheureusement l'extrait favorise la constipation et cause souvent un embarras gastrique plus ou moins rebelle. Les injections sous-cutanées de morphine sont préférables, car elles sont plus promptement utiles et dépourvues, ou peu s'en faut, de grands inconvénients. Les simples applications locales de chloroforme (en compresses) ont donné des guérisons et M. Gingeot commence volontiers par ce moyen toute thérapeutique. La glace, la potion de Rivière lui servent à modérer les vomissements et un peu d'eau de Vichy étanche la soif. Il déclare n'avoir eu le plus souvent qu'à se louer de l'huile d'olive administrée à hautes doses (200 à 400 grammes.) Ce médicament, dont la prescription, paraît *a priori* si répugnante aux malades, est d'ordinaire beaucoup mieux toléré par eux qu'ils ne l'auraient supposé; il ne provoque pas de vomissements, entretient la liberté du ventre et dispense des purgatifs. L'effet le plus remarquable de l'huile, c'est le prompt soulagement qu'elle procure, soulagement encore plus radical et presque aussi prompt que celui qui suit l'administration de la morphine. M. Gingeot a aussi la plus grande confiance dans la glycérine proposée, à la dose de 20 grammes seulement à la fois, par M. Ferrand. Et si ce médicament produisait des effets ana-

logues, il le préférerait à l'huile, en raison de la facilité avec laquelle les malades l'absorbent; mais il n'a pas d'expérience personnelle sur ce point.

Dans l'attaque de colique hépatique, voici ce que fait M. Le Gendre. Si l'y a pas de vomissements empêchant toute thérapeutique par la voie gastrique, il prescrit une mixture selon la formule suivante :

Glycérine neutre.....	50 grammes
Eau chloroformée saturée.....	50 —
Eau de tilleul.....	50 —
Teinture de belladone.....	30 gouttes
Teinture de badiane.....	20 —

Mélez.—A prendre par cuillerées à bouche de quart d'heure en quart d'heure.

Un grand cataplasme très chaud, placé sur la région épigastrique et l'hypocondre, est renouvelé fréquemment. On administre en même temps un lavement de chloral ou d'antipyrine (2 grammes).

Mais dans l'immense majorité des cas (intolérance gastrique, douleurs très intenses), M. Le Gendre a promptement recours à l'injection d'une solution de morphine et d'atropine (1 centimètre cube contient 1 centigramme de morphine et 1 demi-milligramme d'atropine). Il injecte d'emblée 1 centimètre cube; puis, 1 demi-centimètre cube à intervalles plus ou moins éloignés. La soif est calmée par de l'eau de Soultzmatt ou de Vichy glacée. M. Le Gendre a essayé l'huile d'olive (200 grammes d'un coup, en ayant soin de faire rincer la bouche avant et après avec un peu de chartreuse ou de cognac). L'huile est avalée plus facilement qu'on ne le croirait, surtout dans l'obscurité. Quant aux résultats, ils sont variables. Le lendemain de l'attaque, il est utile de veiller à l'exonération de l'intestin par une grande irrigation d'eau boriquée.

En s'en tenant aux expériences qu'il a vu tenter, M. Brault a l'impression que l'huile d'olive a peu d'action sur le cheminement des calculs biliaires arrêtés dans les canaux d'excrétion; mais il n'a aucune expérience personnelle à ce sujet. Il croit, par contre, à l'efficacité très réelle des anti-spasmodiques et des narcotiques qui, tout en supprimant la douleur, n'empêchent pas l'expulsion du calcul, laquelle se fait, au contraire, plus facilement, puisque les spasmes sont supprimés. L'expérimentation et la clinique démontrent, d'ailleurs, que les contractions des conduits à fibres lisses se continuent même sous le chloroforme, du moment où un corps étranger est introduit dans leur cavité. La morphine et le chloral agissent de même, tout en supprimant ou en diminuant la douleur.

Plusieurs fois, M. Brissaud a vu réussir le valérianate d'amyle,

à la dose de 6 à 8 capsules ; mais c'était dans des crises de moyenne intensité. Pour les crises très douloureuses, la morphine lui paraît être le seul médicament efficace. Cependant, l'unique fois qu'il a employé l'huile d'olive, il a obtenu un succès immédiat. En moins d'une heure les coliques cessèrent, et dans ce cas la morphine n'avait pas été employée.

M. Raymond n'a rien de particulier à signaler en ce qui concerne sa manière de traiter la colique hépatique. Après divers essais, en plusieurs sens, après avoir en particulier eu recours à l'huile d'olive, il est revenu au traitement classique.

M. Dreyfus Brisac n'a employé la glycérine et l'huile d'olive que pour combattre la lithiase. Dans la colique, le seul médicament efficace, à son avis, est l'injection sous cutanée de morphine ; quand l'accès est modérément douloureux, on doit se borner à des onctions chloroformées et à des applications de sacs remplis d'eau chaude sur la colonne vertébrale ; lorsqu'il y a une série de petites crises, la sulfate de quinine est d'une réelle utilité. Enfin, lorsque la crise se prolonge, les bains chauds de longue durée sont à recommander.

**L'œdème pulmonaire critique dans la pneumonie.**—L'œdème pulmonaire qui survient comme phénomène ultime au cours de la pneumonie athénique des alcooliques, des vieillards et en général des individus affaiblis par les excès ou les privations est bien connu de tous les praticiens ; il n'en est plus de même de l'œdème critique du poumon, qui est encore peu connu.

M. KORNFIELD vient de rapporter un cas intéressant de ce genre d'œdème qu'il a observé à l'Hôpital général de Vienne.

Il s'agissait d'un homme robuste de 37 ans, à antécédents alcooliques, atteint de pneumonie double. Vers la fin du septième jour de la maladie, on vit survenir brusquement chez lui les symptômes de la crise : température de 39° S, perte de conscience, délire, respiration stertoreuse, cyanose, signes évidents d'œdème pulmonaire.

Malgré tous ces phénomènes de collapsus, il n'y avait que 100 contractions cardiaques par minute et la tension du pouls était bonne. Au bout de trois heures, l'œdème du poumon et tous les symptômes menaçants se dissipèrent. La guérison survint vingt jours après la disparition complète d'un épanchement pleurétique double.

Le malade avait pris de la digitale pendant les sept premiers jours, à la dose de 1 gramme pour 200 grammes d'infusion. Cette médication a peut-être contribué à maintenir l'énergie des contractions cardiaques. Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins établi que, dans cette observation, l'œdème pulmonaire a présenté un caractère critique et qu'il est survenu en l'absence de tout signe de collapsus cardiaque. Ce fait doit le faire considérer comme un œdème angionévrotique.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**Traitement médical de la pelvi-péritonite aiguë.**—Voici comment le Dr J. CHÉRON comprend le traitement de la pelvi-péritonite aiguë, et comment il l'a exposé au congrès de Bruxelles :

“ Quand la pelvi-péritonite survient en dehors de l'état puerpéral et en dehors des interventions chirurgicales, on doit la traiter :

1o par le repos *absolu* dans le décubitus horizontal et dorsal ;

2o par une alimentation uniquement liquide : lait, bouillons, eau alcaline, champagne frappé ;

3o respecter le repos de l'intestin et en même temps éviter la constipation, en donnant chaque jour quatre des cachets suivants :

Magnésie calcinée..... 5 grammes.  
en dix cachets.

2 cachets avant déjeuner,

2 cachets avant diner.

4o Il faut s'abstenir de purgatifs et de lavements laxatifs.

5o Au début, il est très utile de faire une petite saignée de la paroi, en appliquant une dizaine de sangsues au-dessus de l'aîne, au point correspondant au maximum des douleurs.

6o Aussitôt après, on immobilise la paroi abdominale en appliquant, sur tout le bas-ventre, une carapace épaisse de collodion élastique.

7o Combattre les vomissements, avec la potion de Rivière donnée, de préférence, dans une petite quantité d'eau alcaline.

8o Pour combattre les douleurs et les syncopes, pour relever les forces, pour ramener la tension artérielle à son chiffre normal et favoriser ainsi la résolution des exsudats, faire de une à quatre transfusions hypodermiques de sérum artificiel, de 10 grammes chaque, ou même de 20 à 40 grammes, si l'hypotension artérielle est considérable et si la première transmission n'a pas fait monter suffisamment la pression sanguine.

Le sérum artificiel que j'emploie, dans les cas dont je parle, a la formule suivante :

Acide phénique neigeux.....	1 gramme.
Chlorure de sodium. ....	2 grammes.
Phosphate de soude.....	4 grammes.
Sulfate de soude.....	8 grammes.
Eau distillée.....	100 grammes.

Depuis que j'emploie les transfusions hypodermiques, je n'ai plus que très exceptionnellement recours aux injections sous-

cutanées de morphine. Si on ne pouvait pas, pour une raison ou pour une autre, pratiquer les transfusions de sérum artificiel, ou si les douleurs étaient intolérables, malgré leur emploi, on userait de la morphine de la façon suivante : cinq milligrammes seraient injectés sous la peau toutes les six à huit heures, c'est-à-dire cinq gouttes de la solution que voici :

Chlorhydrate de morphine ..... 20 centigrammes.  
Eau distillée ..... 10 grammes.

Je tiens à répéter, en terminant, que les transfusions de sérum artificiel calment presque toujours les douleurs, dès les premiers instants, de telle façon que les injections de morphine deviennent inutiles ; seules ces transfusions ont une action puissante sur la tension artérielle ; aucun moyen ne relève aussi rapidement l'état général, permettant ainsi à la malade de résister à l'affection ; aucun moyen non plus ne limite plus rapidement l'extension du travail inflammatoire et ne favorise à un plus haut degré la résolution."

**De la conduite à tenir dans l'accouchement gémellaire, par le Dr PURCH.**—Se rappeler que l'accouchement gémellaire se compose de deux accouchements, dont le second est réduit à la période d'expulsion.

Si donc il n'existe aucune des indications habituelles à terminer rapidement l'accouchement, abandonner à la nature l'expulsion du premier enfant comme pour un accouchement simple. Avoir soin de placer sur le cordon deux ligatures, afin d'éviter l'hémorragie qui pourrait se faire par le bout maternel du cordon, et qui serait fatale au second fœtus en cas de circulation commune.

Immédiatement après l'expulsion du premier enfant, porter le doigt, et au besoin la main, dans le vagin, pour se rendre compte du mode suivant lequel se présente le second enfant.

S'il s'agit d'une présentation transversale, aller à la recherche des pieds et pratiquer la version par manœuvres internes.

Si l'enfant se présente par le sommet ou par le siège, et s'il n'y a pas de danger pressant, attendre le réveil des contractions utérines et la terminaison naturelle de l'accouchement.

Si au bout d'une demi heure les contractions n'ont pas de tendance à se produire, alors même que le placenta du premier enfant aurait suivi son expulsion, et que la grossesse ne serait pas près du terme, provoquer la réapparition des douleurs par des frictions sur la paroi abdominale et la rupture de la poche des eaux. Dès lors se conformer au point de vue de la terminaison de l'accouchement aux indications et aux contre indications qui règlent l'intervention dans un accouchement ordinaire.

Relativement à la délivrance, ne procéder à l'extraction du placenta après la sortie du premier enfant, qu'autant que ce placenta



complètement décollé est bien senti dans le vagin et gêne l'issue du second enfant.—Si aucun des placontas n'est sorti, attendre le passage du délivre dans le vagin, et alors opérer des tractions sur le cordon de l'enfant né le second (Dubois, Depaul). S'il y a de la résistance, abandonner ce cordon pour tirer sur celui du premier enfant.—*Nouveau Montpellier médical.*

**Traitement des hémorrhagies post-partum**, par M. HERMAN.—L'auteur insiste sur la compression vasculaire comme le moyen rationnel d'arrêter l'hémorrhagie. Comme moyens préventifs de l'hémorrhagie, les points suivants sont les plus importants :

- 1o. Enlever le délivre quand l'utérus reste inactif ;
- 2o. Attention extrême portée au troisième temps de l'accouchement.

Comme traitement, M. Herman conseille :

1o. Pratiquer le massage utérin, à l'aide de la main, sur l'abdomen ;

2o. S'il ne réussit pas, introduire la main dans l'utérus pour s'assurer qu'il est parfaitement vide ;

3o. Laver l'utérus avec des injections d'eau chaude.

Si ces moyens échouent, faire la compression bimanuelle persistante de l'utérus. L'application du froid ne doit être considérée que comme un moyen temporaire substitué au massage et à la compression utérine. Donner le sein à l'enfant constitue un adjuvant utile et sans danger.

Les injections de perchlorure de fer sont dangereuses parce qu'elles ont déterminé l'un des accidents suivants :

- 1o. Mort soudaine par distension de l'utérus ;
- 2o. Embolie ;
- 3o. Péritonite ;
- 4o. Septicémie.

Elle laissent l'utérus comblé par des caillots. Bien qu'on les fasse dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, on ne réussit pas toujours. En conséquence, c'est là une pratique qui n'est sûre, ni certaine. Le tamponnement de l'utérus avec de la gaze n'entraîne point toutes les fois le résultat cherché, amène quelquefois l'entrée de l'air dans les veines ; enfin l'utérus ne peut se contracter normalement quand il est comblé par de la gaze.—*Rev. gén. de méd., de chir. et d'obstétrique.*

**L'asa foetida contre l'avortement habituel.**—TURAZZA, de Padoue, recommande la méthode de Laferte contre l'avortement habituel, qui se produit sans cause connue (syphilis, maladies de l'utérus et des annexes, la tuberculose, etc.). La méthode de L., qui a donné des bons résultats, consiste dans l'emploi à l'intérieur de l'asa foetida :

Gomme-résine d'asa foetida, 6 grm. pour 60 pilules. Donner d'abord 2 pilules par jour, ou augmenter la dose en allant jusqu'à 10 par jour; ensuite on diminue graduellement ainsi jusqu'à l'accouchement.

Le médicament a également été employé avec succès par Giordano, Cazzani et Neyri. Turazza l'a employé dans quatre cas d'avortement avec un bon résultat.—*Centralb. f. Gyn.*, 1892, n° 2.

**Du danger des applications de forceps suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.** — M. le Dr PORAK communie à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris* les deux observations suivantes :

*Première.*—Trois accouchements antérieurs longs et terminés par la version podalique; premier enfant, mort, les deux autres vivants.—Quatrième accouchement à terme.—Procidence du cordon réduite.—Application de forceps suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, cinq heures après la dilatation complète du col.—La tête de l'enfant, qui est volumineuse, se présente en O. I. G. T., inclinée sur le pariétal postérieur, est légèrement redressée.—Sa tête s'engage légèrement, mais l'instrument tend à déraper.—Deuxième application de forceps suivant le diamètre oblique.—Extraction facile avec tractions modérées. Large déchirure du cul de sac postérieur du vagin.—Tampounement à la gaze iodoformée, sans injections. Suites de couches normales et guérison de la malade, avec cicatrisation spontanée de la déchirure, sans sutures.—Enfant bien portant à la sortie du service.

*Deuxième.*—Trois accouchements antérieurs à terme.—Enfants vivants; 1er, sommet, 2e, siège, 3e, sommet.—Quatrième accouchement.—Sept applications de forceps, trois en ville, quatre à l'hôpital.—Insuccès.—Symphyséotomie; application de forceps facile, et extraction de l'enfant, qui ne put être ranimé.—Mort de la mère, peu de temps après l'accouchement.—A l'autopsie, on constata une perforation très petite de la paroi postérieure du col.

*Conclusions de M. Porak.*—La première est qu'on ne doit pas faire d'applications de forceps, suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, parce qu'on n'est jamais certain de ne pas déterminer des accidents graves de perforation.

La seconde est qu'on ne doit pas faire d'applications vaginales ou intra utérines, lorsqu'on s'est décidé néanmoins à pratiquer cette opération.

La troisième est que la gravité des lésions n'est pas toujours en rapport avec leur étendue, parce que les petites perforations sont difficiles, voire impossibles à reconnaître.

M. PAJOT.—Après sept applications de forceps, vous ne pouviez espérer avoir un enfant vivant; la symphyséotomie était inutile et ne pouvait qu'aggraver la situation; il fallait faire la craniotomie et la céphalotripsie.

M. CHARPENTIER.—Je suis absolument de l'avis de M. Pajot. De plus, M. Porak, mû par le désir de sauver l'enfant, a compromis l'avenir de la symphyséotomie, opération qui donne des résultats merveilleux quand la femme est dans de bonnes conditions.

M. GUÉNIOT.—Les applications antéro postérieures du forceps au détroit supérieur, dans un bassin rétréci, font courir à un échec certain. Mais je serai moins sévère que MM. Pajot et Charpentier, relativement à la symphyséotomie dans ce cas ; car la perforation de l'utérus était faite avant la symphyséotomie.

M. PAJOT.—On peut néanmoins lui imputer une large part dans la mort de la femme ; la rupture utérine n'était peut-être pas fatalement mortelle, témoin la première observation de M. Porak.

M. BUDIN.—Deux points me frappent dans la communication de M. Porak. Chez l'une de ces femmes, on avait eu deux enfants vivants venus par les pieds, ce qui semblerait montrer que, dans certains bassins rétrécis, la version n'est pas toujours plus défavorable que le forceps.

Le second point, c'est qu'une application de forceps, pratiquée suivant le diamètre antéro-postérieur du bassin, n'a pas réussi à engager la tête, tandis qu'une application oblique, faite immédiatement après, lui a permis de franchir le détroit supérieur, — Ce dernier résultat concorde absolument avec celui d'expériences que j'ai faites, il y a quelques années, à l'École pratique, à ce sujet. De plus, l'étude des faits publiés de ce mode d'application de forceps, montre que cette intervention n'est pas toujours très facile. On peut en outre produire des lésions sur la tête d'abord, et aussi sur la face postérieure des pubis et le promontoire. Je pourrais également rapporter une observation analogue à celle de M. Porak, et émanant de la clinique d'accouchements, en 1888, observation dans laquelle une application oblique et une antéro-postérieure du forceps ayant successivement échoué dans un bassin pas très rétréci, je fus obligé de recourir à la basiotripsie. La malade mourut le lendemain, et l'autopsie révéla des lésions dans la face interne de l'utérus, et une petite ouverture faisait communiquer la cavité de celui-ci avec celle de la vessie. Je rapportai ces lésions à l'application des cuillers dans le diamètre antéro-postérieur du bassin, et je renonçai, depuis, à ce mode d'application du forceps. Les observations de M. Porak ne font que me confirmer dans mon opinion.

M. PORAK.—Je ne regrette pas d'avoir soulevé un problème dont la solution est enseignée officiellement dans un sens qui ne me paraît pas juste. Quant à l'application antéro-postérieure du forceps au détroit supérieur, je suis d'accord avec mes collègues sur ces dangers, puisque le but de ma communication est de les prouver.—Pour la symphyséotomie, je ne regrette pas de l'avoir pratiquée ; la constatation de la rupture utérine, à l'autopsie, prou-

ve bien que cette opération n'est pour rien dans l'issue fatale. M. Charpentier me dit que cette observation imprime un recul à la généralisation de la symphysiotomie ; c'est un argument de sentiment. Tant pis pour ceux qui incriminent dans ce but cette opération.

M. PAJOT.—P. Dubois l'a dit il y a 40 ans : c'est en voulant sauver les deux individus, qu'on les perd tous les deux.

M. PORAK.—Je ne pourrai pas me résoudre à perdre un enfant vivant dans des cas semblables quand je croirai faire mieux que ceux qui m'ont précédé.

**Un étrange jugement.**—La stérilité est-elle une maladie ? Non, si l'on en croit un récent jugement du tribunal de Dublin.

Un médecin de Dublin réclamait en justice vingt guinées à un avocat dont il avait traité la femme pour stérilité. Cette dame avait réclamé les soins du praticien dans le seul espoir de voir cesser cette stérilité qui la désolait et qui n'était causée, dit-on, par aucune maladie. Le médecin l'avait traitée de son mieux, mais sans s'être informé au préalable du consentement du mari : il s'était servi, à maintes reprises, de spéculum, de sondes ; il avait dilaté le col à l'aide d'éponges préparées et de divers instruments, le tout sans obtenir le résultat désiré.

Au reçu de la note, notre avocat refusa de payer : 1<sup>o</sup> parce que le traitement de la stérilité ne saurait être regardé comme indispensable et que la loi ne lui constituait de ce chef aucune obligation ; 2<sup>o</sup> parce que ce traitement avait été entrepris sans son assentiment.

Le tribunal décida : 1<sup>o</sup> que tout mari est tenu de procurer à sa femme les soins médicaux quand elle est malade ; 2<sup>o</sup> qu'il est obligé d'en payer le prix que le traitement ait eu lieu avec ou sans son assentiment ; 3<sup>o</sup> que la stérilité n'est pas une maladie et que le mari n'est pas tenu en justice à faire soigner sa femme pour ce motif. La stérilité en effet, ne compromet ni la vie, ni la santé ; elle n'apporte aucune entrave aux soins domestiques (au contraire) et ne cause aucune douleur. Il n'est donc pas nécessaire, au sens légal du mot, d'avoir recours à un traitement médical.

Le médecin, en conséquence, a été débouté de sa demande. Ce jugement, aussi bizarre au point de vue de la physiologie, qu'injuste au point de vue de l'équité, mérite de ne pas passer inaperçu. Il se passe de commentaires.

## FORMULAIRE.

### Poudres nasales contre les rhumes.

Dans le journal *La Médecine moderne*, Capitan recommande d'employer dans la période de début d'un rhume la poudre suivante :

Salol .....	15 grammes
Acide salicylique.....	3 “
Tannin.....	2 “
Acide borique.....	60 “

L'emploi de cette poudre ne doit durer que pendant douze heures, parce qu'elle irrite la muqueuse nasale, aussi est-il bon de n'en prescrire que la sixième partie : le patient pourrait continuer par la poudre suivante :

Acide borique,  
Talc de Venise, à parties égales.

D'autres praticiens prescrivent le mélange suivant :

Talc de Venise.....	7 grammes	50
Antipyrine.....	1 “	50
Acide borique.....	3 “	00
Acide salicylique .....	0 “	50.—M.

La *Deutsche Medicinal Zeitung*, recommande la préparation suivante :

Sous-nitrate de bismuth.....	6 grammes
Benjoin pulvérisé.....	6 “
Acide borique.....	4 “
Menthol cristallisé.....	0 “ 20

Dans les affections aiguës de la muqueuse nasale, il est bon d'appliquer sur les parties enflammées la pommade suivante :

Salicylate de bismuth .....	1 gramme
Pétréoline Lancelot.....	4 grammes.—Mél.

Dans le coryza chronique, on conseille comme poudre nasale :

Chlorate de potassium.....	10 grammes
Biborate de sodium.....	10 “
Menthol .....	0 “ 50

Faire une poudre, à priser quatre à six fois par jour.

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: Dr H.E. DESROSJERS.

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTREAL, JANVIER 1893.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 164, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PANCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette Paris, France sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

## BULLETIN.

### A propos du traitement de la diphtérie.

D'après les renseignements que nous fournit le *Medical Record*, de New York, plus de trente auteurs ont publié, depuis un an, les résultats de leurs observations au sujet du traitement de la diphtérie. Sur ce nombre, douze étaient allemands.

L'opinion générale a été qu'il faut avant tout détruire le bacille et les streptocoques, combattre les effets de leurs produits toxiques et soutenir les forces du malade. Quant aux meilleurs moyens à prendre pour en venir là, l'accord est loin d'être fait,

surtout chez les allemands. Ainsi, Baginsky est d'avis que le meilleur antiseptique local est le sublimé, en solution de 1 p. 3.000 pour gargarismes, et de 1 p. 500 pour usage local. Il approuve aussi les vaporisations à l'acide lactique et à la papaïne dans le but de dissoudre les membranes. Comme résultat : mortalité de 40 p. 100.

Strübing emploie, localement, des solutions de codo-phénol, la teinture de fer et le soufre, conjointement avec des gargarismes à l'eau de chaux et l'usage interne du cyanure de mercure. Plus tard, il se sert, localement, du phénol, de l'essence de térébenthine et de l'alcool.

Wilhelmy, de Berlin, cautérise les surfaces malades avec une solution de chlorure de zinc à 20 p. 100, puis fait faire des gargarismes à l'eau de chaux combinée à l'essence de menthe.

Barbin est d'avis que l'application locale la plus efficace consiste en une solution d'acide sulfo carbolique à 20 p. 100, appliquée toutes les heures durant le jour, moins souvent la nuit.

Stein préconise beaucoup la méthode de Burghardt : Diète générale, gargarismes à l'eau de chaux et insufflations d'un mélange de fleur de soufre et de sulfate de quinine.

Le violet de méthyle est employé, à titre d'agent bacillicide, par Janicke qui s'en sert en solution sous forme de badigeonnages répétés toutes les deux ou trois heures. Houng est aussi en faveur de ce traitement et se sert d'une solution à 3 p. 100. Traube emploie une solution à 10 p. 100 et le Dr Berger conseille une poudre composée de 2 parties de violet de méthyle et de 98 parties de sucre.

Le Dr E. Güntz prétend contrôler le processus diphtéritique au moyen de l'eau de chrome, dont il fait prendre chaque jour un flacon entier, lequel renferme un tiers de grain de bichromate de potasse.

Depuis dix ans le Dr Ozegowski pratique sur l'arrière gorge des badigeonnages avec un mélange de trois à cinq parties chaque d'acide phénique, d'acide citrique et de teinture d'iode associés à cent parties d'eau de vie. Ces badigeonnages se font toutes les deux ou trois heures. L'auteur recommande aussi les badigeonnages à l'eau salée.

Le Dr André Martin applique localement un mélange formé de une partie de phénol, une partie de cataphe, cinquante parties d'eau et cinquante parties de glycérine.

Pour les Drs Moskowicz, de Budapest, et Klein, de Lugos, il suffit de frictionner la région cervicale avec de l'onguent napolitain; le traitement expectant, suivant eux, est aussi efficace qu'aucun autre.

Moins sceptique, le Dr Wissing croit à l'efficacité d'une atmosphère saturée de vapeurs de térébenthine dont il fait évaporer cinq onces par jour dans la chambre du malade et tout près de celui-ci.

Le Dr Schwarz recommande le sozo-iodol, en solution ou en poudre, tandis que Hagedorn, de Hambourg, a recours au galvanocautère.

Il ressort de tout cela que le traitement local de la diphtérie doit être avant tout antiseptique. Quant au meilleur antiseptique à employer, l'expérience et l'observation minutieuse et bien conduite nous le diront plus tard. Il ne suffit pas d'une série heureuse de vingt ou trente cas pour décider de l'excellence d'une forme particulière de traitement ou de l'efficacité d'un médicament. Si l'observation doit être minutieuse, elle doit aussi être prolongée, et l'avenir seul, plus ou moins lointain, tranchera la question.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

---

LEFERT.—**La pratique Gynécologique et Obstétricale des Hôpitaux de Paris.** Aide-mémoire et formulaire, par le professeur Paul LEFERT. 1 vol. in-16 de 300 pages, cartonné, 3 fr.

Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.

Tous les praticiens sauront gré à M. le professeur P. LEFERT de leur présenter en un petit volume clair et précis, *la pratique des gynécologistes et accoucheurs des Hôpitaux de Paris*, — MM. AUVARD, BAR, P. BERGER, BOISSARD, BOUILLY, BUDIN, L. CHAMPIONNIÈRE, CHAMPETIER DE RIBES, CHARPENTIER, DOLÉRIIS, FÉLIX GUYON, DUPLAY, LEDENTU, MAYGRIER, PÉAN, PINARD, POZZI, QUENU, RICHELLOT, SCHWARTZ, PAUL SEGOND, TARNIER, FÉLIX TERRIER, TERRILLON, TILLAUX, etc., — sur les questions qui se présentent chaque jour à l'observation de tout médecin : *l'antisepsie gynécologique et obstétricale, la castration, le curettage de l'utérus, les déformations de l'utérus, l'électricité en gynécologie, les fibromes utérins, la grossesse extra utérine, l'hystérectomie, les injections utérines, la laparotomie, les métrites, les salpingites, la septicémie puerpérale, les suppurations pelviennes, la symphysotomie, le tamponnement de l'utérus, la tuberculose de l'ovaire, les tumeurs de l'utérus.*

Cet ouvrage, dû à la collaboration de 60 praticiens, renferme plus de 300 consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés.

Le médecin est toujours certain, quel que soit son choix, de s'appuyer sur les conseils d'un confrère, dont le nom fait autorité.

Pour faciliter les recherches le livre est complété par deux tables alphabétiques l'une par noms d'auteurs, l'autre par ordre de matières.



**JAMES.**—**Aide-mémoire de pharmacie chimique**, par Ludovic JAMES, pharmacien de 1ère classe, inspecteur des pharmacies, 1 volume in-18 de 280 pages avec fig., cart. 3 fr.

Ce volume fait partie du *Manuel de l'étudiant en pharmacie* de M. JAMES ; c'est une collection d'élégnants petits volumes exposant, en un tableau clair, précis et en même temps complet, les différentes matières des examens de validation de stage, de fin d'année et de fin d'études. Chaque matière est traitée dans un volume à part où les recherches sont aisées, facilitées par un plan net et lucide. la collection est complète en 10 volumes de 300 pages, illustrés de figures et cartonnés, à 3 francs le volume. Voici les titres des 10 volumes : *Analyse chimique et Toxicologie*, *Botanique* ; *Hydrologie* ; *Minéralogie et Géologie* ; *Physique* ; *Chimie* ; *Micrographie et Zoologie* ; *Matière médicale* ; *Pharmacie chimique* ; *Pharmacie galénique* ; *Essais et dosages*.

Cette collection est appelée à rendre les plus grands services aux étudiants en pharmacie et en médecine qui y trouveront, condensé et exposé avec autant de simplicité que de clarté, tout ce qu'il leur est indispensable de connaître pour suivre leur cours avec fruit et passer leurs examens avec succès.

Ces Aide mémoire seront également utiles aux médecins et aux pharmaciens qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes, et qui tiennent néanmoins à ne pas oublier ce qu'ils ont appris sur les bancs de l'école et se tenir au courant des progrès incessants de la science.

**LEDENTU.** — **Etudes de Clinique chirurgicale, Hopital Necker, année 1890-1891**, par A. LEDENTU, prof. de clin. chir. à la Fac. de Méd. de Paris, etc. Avec 36 figures dans le texte, 1892, Paris. G. Masson, éditeur 120, Boul. St-Germain. 1 vol. grand-octavo de 300 pages.

**BOURNEVILLE.** — **Recherches chimiques et thérapeutiques sur l'Épilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie**, (compte-rendu des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1891), par BOURNEVILLE. Au bureau du *Progrès Médical*, 14 rue des Carmes, Paris, 1892.

**JOHNSTON.**—**Fracture of the skull from the discharge of a shot gun into the left orbit.** by WYALL-JOHNSTON, M. D. Montreal

---

N'oubliez pas que chez l'enfant la péritonite tuberculeuse s'accompagne souvent d'une absence marquée de la douleur et de la sensibilité.—DR. N. DORLAND, in *Medical Progress*

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

Il y a actuellement, à Berlin, cent quatre-vingt-trois soi-disant *Polycliniques*, lesquelles en réalité ne sont guère autre chose que de simples dispensaires privés, ce qui en réduit singulièrement l'importance.

**Femmes médecins.** — Londres possède 6 femmes médecins, Edimbourg 5, Dublin 2, Paris 35, Alger 1, et les États-Unis 2,000 !

**Un pari.** — Un sieur Goodman, à Londres, a fait un pari qu'il fumerait dans les 12 heures 86 cigares, en laissant des bouts de 3 centimètres. Cet acte de bêtise fut accompli 42 minutes avant l'expiration des délais.

**Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.** — A sa réunion du 10 janvier, la Faculté a procédé au renouvellement de son Bureau. M. le Dr J. P. Rottot a été élu président, et les Drs H. E. Desrosiers et L. A. Demers réélus secrétaire et trésorier.

**Hopitaux indiens.** — Il existe actuellement dans les Indes 1641 hôpitaux dans lesquels on soigne 12,000,000 malades par an. Grâce à l'initiative de Lady Dufferin, on a construit 48 hôpitaux destinés exclusivement aux femmes, en hospitalisant ainsi chaque année 400,000 femmes de Hindous. — *Brit. Med. Journal.*

**Nécrologie.** — CANADA. — A Montréal, M. le Dr A. B. LAROCQUE, ci-devant médecin officier de santé de la ville de Montréal.

ETRANGER. — A Londres. Sir Richard OWEN, ci-devant professeur d'anatomie comparée à *St. Bartholomew's Hospital* et d'anatomie et physiologie au *Collège Royal des Chirurgiens*, et en dernier lieu directeur de la section d'histoire naturelle au *Muséum britannique*. — A Chicago, le Dr A. Reeves JACKSON, professeur de gynécologie au *Chicago College of Physicians and Surgeons*. — A New-York, M. le Dr J. R. LEAMING, professeur émérite des maladies de la poitrine à la *Polyclinique de New-York*.

## VARIETÉS.

## Le Jubilé de Pasteur.

Mardi, le 20 décembre, a été célébré, dans le nouvel amphithéâtre de la Sorbonne, le jubilé de M. Pasteur. Cette fête, la plus belle de celles auxquelles il nous ait été donné d'assister, et certes l'une des plus touchantes que nous puissions jamais voir, était vraiment faite pour consoler des tristesses de l'heure présente. C'est qu'en effet, devant ce savant, ce *grand homme*, comme on l'a dit, il n'y a plus de querelles de parti, il n'y a plus qu'une France pleine d'admiration et de reconnaissance pour celui dont les longs travaux et les brillantes découvertes ont illustré la mère patrie. Devant Pasteur, il n'y a plus de frontières et les membres du corps diplomatique et les représentants et les délégués de sociétés scientifiques du monde entier s'unissent au gouvernement et aux savants français pour fêter le 70<sup>e</sup> anniversaire de celui qui a tant fait pour l'agriculture, l'industrie, et la science.

Dès 10 heures la salle était littéralement bondée et il était absolument impossible de trouver une place, lorsqu'à 10 h. 35 est entré M. Pasteur, soutenu d'un côté par son fils et de l'autre par le Président de la République.

La séance est alors ouverte par un éloquent discours du ministre de l'Instruction publique, M. Ch. Dupuy. Après lui prennent la parole MM. d'Abbadie, président, et Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, Daubrée, ancien directeur de l'École des mines, Lister qui rappelle tout ce que doivent à Pasteur et la médecine et la chirurgie, et termine en embrassant l'illustre savant français, Bergeron, au nom de l'Académie de médecine, Sauton, président du Conseil municipal de Paris.

Vient ensuite le défilé de délégués des facultés et des sociétés savantes de la province et de l'étranger. Nommer toutes les villes qui sont représentées nous serait impossible, bornons nous à en citer quelques unes : Athènes, Berlin (vivement applaudie), Cologne, Posen, Bruxelles, Gand, Liège, Bucharest, Christiana, Stockholm, Berne, Genève, Lausanne, Utrecht, Varsovie, Saint-Pétersbourg (qui a donné lieu à une inévitable manifestation), Londres, Dublin, Turin, Gênes, etc. Sont aussi représentées : l'École d'Alfort, les facultés de Paris, Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy, Montpellier, de Toulouse et de nombreuses sociétés, l'Association des étudiants de Paris, etc.

Lorsque le défilé est terminé, M. Pasteur, très ému, prononce

quelques paroles et prie son fils de lire un admirable discours dont nous ne saurions trop retenir les conseils si sages donnés à la jeunesse de nos écoles :

“ Jeunes gens, jeunes gens, confiez-vous à ces méthodes sûres, puissantes, dont nous ne connaissons encore que les premiers secrets. Et tous, quelle que soit votre carrière, ne vous laissez pas atteindre par le scepticisme dénigrant et stérile, ne vous laissez pas décourager par les tristesses de certaines heures qui passent sur une nation.

“ Vivez dans la paix sereine des laboratoires et des bibliothèques. Dites-vous, d'abord : “ Qu'ai-je fait pour mon instruction ? ” Puis à mesure que vous avancerez : “ Qu'ai-je fait pour mon pays ? ” jusqu'au moment où vous aurez peut-être cet immense bonheur de penser que vous avez contribué en quelque chose au progrès et au bien de l'humanité.

“ Mais que les efforts soient plus ou moins favorisés par la vie il faut, quand on approche du grand but, être en droit de se dire : “ J'ai fait ce que j'ai pu.”

A la fin de cette admirable séance où tous étaient émus et pendant laquelle plus d'une larme a été versée, M. Carnot se lève et va vers M. Pasteur qu'il serre avec effusion dans ses bras.

Cette journée sera l'une des plus belles de l'histoire de Paris, a dit M. Sauton. Disons aussi, avec M. le ministre de l'Instruction publique, que cette solennité scientifique était à la fois la fête de la France et la fête de l'humanité.—Dr E. DESCHAMPS, in *France médicale*.

## LOUIS PASTEUR.

VERS RÉCITÉS PAR M. COQUELIN AÎNÉ AU GRAND FESTIVAL DONNÉ DANS LA SALLE  
DU TROCADERO, EN FAVEUR DE L'INSTITUT PASTEUR.

1

Il est là tout le jour, depuis trente ans, sans trêve.  
L'œil fixé sur l'autome, — et déjà sur son rêve,—  
Fouillant dans nos contagions:  
Il voit, dans cette nuit, dont il perce les voiles,  
Germer les vibrions, comme ailleurs les étoiles,  
En incroyables légions !

Sans mesurer le temps ni les forces humaines,  
Il est là, recueillant, notant les phénomènes,  
Aspirant ces souffles malsains ;  
Frappé, mais non vaincu ; ne demandant à vivre  
Que pour lutter encore et toujours, et poursuivre  
Le dernier de ses grands desseins :

## II

La rage!—Son nom seul est comme une morsure !  
 Dans le sang et les nerfs, d'une route trop sûre,  
 Le virus glisse longuement ;  
 Et tout à coup, séchant la gorge, étreignant l'âme,  
 Mettant l'angoisse au cœur, où s'allume une flamme,  
 Il tue avec un hurlement.

Qui nous dira pourquoi la Nature,— ô mystère !—  
 Voulant inoculer ce mal qui nous atterre,  
 T'a pris surtout, bon chien joyeux,  
 Compagnon sans pareil, dont les folles caresses  
 Disent tous les désirs et toutes les tendresses.  
 Dont les yeux plongent dans nos yeux ?

Quand tu bondis vers nous et quand tu nous fais fête,  
 Pourquoi rendre suspect ton pauvre amour de bête  
 Et ta vieille fidélité ?  
 Du logis familier serviteur ordinaire,  
 Pourquoi, le plus soumis et le plus débonnaire,  
 En es-tu le plus redouté ?

Sans qu'il ait dans l'esprit l'effroyable peut-être,  
 Désormais tu pourras lâcher la main du maître,  
 Heureux aussi de te choyer ;  
 Et le petit enfant pourra jouer, sans crainte,  
 Si la dent sur son doigt marque sa rose empreinte,  
 Avec l'épagneul du foyer :

Car, dans son officine aux étranges étales,  
 Dosant dans leurs flacons ces monstres redoutables,  
 Il a, — le sublime éleveur,—  
 Accompli lentement son labeur solitaire,  
 Fait du virus mortel un ferment réfractaire,  
 Du mal qui tue un mal sauveur !

## III

Et la France aussitôt a grandi dans le monde,  
 Tant la victoire était en promesses féconde !  
 —Soudain, de partout amenés,  
 Pareils au pâle essaim des infernales ombres,  
 On vit se dérouler, en longues files sombres,  
 Vers le salut tous ces damnés !

Ils viennent, les mordus, en troupes effarées,  
 Du Nord et du Midi, des neigeuses contrées  
 Où chiens et loups ont fait l'hiver ;  
 Les steppes nous cachaient d'atroces bucoliques,  
 Et le croc furieux des bêtes faméliques  
 Est resté parfois dans la chair !

Ils viennent, plus nombreux toujours,—spectacle  
 [unique !—  
 Ils ont foi. C'est en vain que le doute ironique  
 Veut troubler leur farouche espoir.

Et lui, de l'avenir attendant son salaire,  
Trop haut pour ressentir l'orgueil ou la colère;  
Suit son chemin, sans s'émouvoir !

## IV

Et maintenant, savants, chercheurs, allez ! Courage !  
Hier, c'était le charbon ;—aujourd'hui, c'est la rage !  
Demain, qui sait ?... Tout est nouveau !  
L'infiniment petit entr'ouvre ses ténébres ;  
La bataille s'annonce, et vos luttes célèbres  
Iront des membres au cerveau.

Aux foyers empestés, où l'atome est un monde,  
Arrachez leur mystère, et descendez la sonde,  
Dans les horreurs de ce fumier !  
Si Dieu garde la mort, il reste assez de marge !  
De l'enfant au vieillard, la place est encor large !  
Soyez bénis,—toi, le premier.

Ah ! comme en comprend bien que ce rêve te tente !  
Quel triomphe entrevu dans la chair palpitante !  
Quels rayons dans l'abîme obscur !  
De tous ceux qui, prenant corps à corps nos misères,  
Ont refusé de croire à des maux nécessaires,  
Nul n'a marché d'un pas plus sûr.

Pour le long sacrifice ou la courte souffrance,  
Les cœurs sont toujours prêts, dans ce pays de France :  
Les héros ne se comptent pas !  
Mais, loin du champ de mort que l'honneur glorifie,  
Il est temps d'agrandir enfin le champ de vie :  
Ce sont là les futurs combats !

Les offrandes du monde à peine y vont suffire  
Car la science est jeune, et l'infini l'attire :  
Le but marqué n'est pas douteux :  
Et, dans l'œuvre de Dieu, que l'homme calomnie,  
Ceux-là sont les plus grands qui font, par leur génie,  
Reculer la mort devant eux !

EUGÈNE MANUEL.

### Naissance.

DOSTALER.—A la Pointe St. Charles, Montréal, le 24 décembre dernier, la dame du Dr L. J. A. Dostaler, un fils.

### Décès.

RAINVILLE.—A Marieville, le 20 décembre, Joseph-Hubert-Rémi, âgé de 3 mois et 20 jours, enfant du Dr D. E. Rainville.

BROUILLET.—A Ville Maisonneuve, le 3 janvier courant, à l'âge de 4 ans, 9 mois et 6 jours, Marie-Laura-Joséphine-Adine, enfant de V. J. E. Brouillet, M.D.