

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL NOTRE-DAME—M. BROUSSEAU.

Hypertrophie de la prostate.

(Leçon recueillie par M. J. SURPIENANT. M. B.)

Messieurs,

J'ai à vous entretenir, aujourd'hui, de l'hypertrophie de la glande prostate.

Cette affection est très fréquente chez les hommes d'un âge avancé; elle cause des désordres graves; il importe donc au chirurgien d'en bien connaître la pathogénie et le traitement.

Étudions avec soin le développement de cette glande, les difficultés fonctionnelles qui résultent de son hypertrophie, et les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition.

L'hypertrophie de la prostate n'est pas un produit de l'action inflammatoire: cette augmentation de volume provient d'une production exagérée des tissus normaux de l'organe.

Afin de faciliter l'étude du sujet et de mieux adapter nos divers modes de traitement aux changements anatomiques qui surviennent dans la prostate, on la divise en trois lobes, deux latéraux et un moyen. (Fig. 1).

Le développement se fait d'une façon à peu près égale dans chacune de ces trois principales divisions. Cependant, tantôt les lobes latéraux, tantôt le lobe moyen se développent avec plus de rapidité.

La prostate entourant le col de la vessie, le résultat de l'hypertrophie est, presque uniformément, l'obstruction à la miction, d'où nécessité du cathétérisme.

Le praticien doit donc étudier avec un soin particulier l'influence de cette augmentation de volume sur la forme, le calibre et la déviation de l'urèthre prostatique, afin de choisir de suite des instruments convenables au cathétérisme.

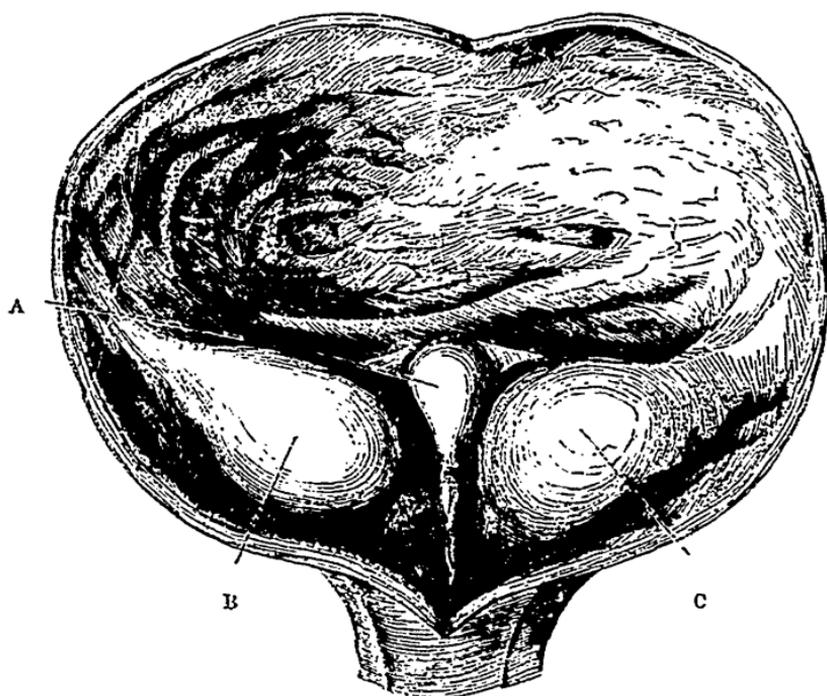
Lorsqu'il y a hypertrophie de la portion moyenne, un changement de direction commence à se montrer à peu près au milieu de la portion prostatique de l'urèthre; sa paroi postérieure est portée en haut, ou en haut et en avant, en sorte que l'on y trouve une courbure plus ou moins anguleuse au lieu d'une ligne droite; l'urèthre est coudé. S'il y a prédominance du lobe droit ou gauche, il s'en suit une déviation du canal soit à droite soit à gauche. Le canal est comprimé, latéralement resserré, aplati; il a la forme d'une fente, d'une rigole. C'est cette compression qui nécessite des efforts considérables de la part de la vessie. (Fig. 2).

On compare les lobes latéraux aux amygdales, car, comme les amyg-

dales, ces lobes s'hypertrophient. Le tissu prostatique peut aussi s'indurer et devenir friable. Cette friabilité occasionne des déchirures sous la pression des instruments, surtout des instruments rigides, d'où fausses routes, écoulement de sang, etc. Les instruments souples au contraire s'accommodent mieux au canal induré et dévié, et passent sans le blesser.

Le bas-fond de la vessie se creuse derrière la prostate hypertrophiée qui surélève le col, d'où stagnation de l'urine et difficulté de vider complètement la vessie.

Quoiqu'il soit reconnu que l'hypertrophie prostatique est due à une condition particulière de *structure* comparable à celle des amygdales, tout de même il n'y a point de doute que les circonstances qui amènent le sang en grande quantité vers l'organe, n'aident à son développement, par exemple, les excitations sexuelles, une nourriture trop stimulante, l'exercice à cheval, les habitudes sédentaires, etc.



(Fig. 1.) HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE. (*)

L'hypertrophie n'apparaît que dans un âge avancé, sans en être toutefois un accompagnement naturel et absolu.

L'hypertrophie commence très rarement avant 55 ans et très rarement après 70 ans; ceux donc qui atteignent 70 ans sans en être affectés en sont ensuite exempts.

Thompson disait souvent dans ses leçons cliniques "que l'hypertrophie de la prostate apparaissait en même temps que le grisonnement des cheveux et de la barbe."

Cette affection existe environ chez 34 pour 100 des sujets de 55 ans et au-dessus.

(*) a, lobe moyen; b, lobe latéral droit; c, lobe latéral gauche.

Un des principaux signes de l'hypertrophie prostatique, c'est la *diminution* manifeste dans la *force de projection* du jet d'urine, qui apparaît aussi moins vite. Ce *retard* dans l'apparition de l'urine veut dire qu'il existe une *résistance anormale* du col vésical.

Les contractions expulsives ne triomphent que difficilement de la rigidité du col. Cette rigidité est due à l'*hypertrophie prostatique* qui augmentant l'*épaisseur* des tissus oblige la vessie à de pénibles efforts pour en obtenir l'*écartement*. Par comparaison, voyez ce qui se passe chez la femme; jamais de rétention sénile ni d'inertie, son urètre étant toujours droit et perméable. Ces efforts occasionnent souvent des hernies et des hémorrhoides, la chute de la muqueuse rectale, etc.

Il importe de préciser si l'effort a lieu au commencement ou à la fin, ou s'il se continue pendant toute la durée de la miction. L'effort du *début* se produit habituellement chez les *prostatiques*. L'effort de la *fin* s'observe chez les *calculueux* atteints de cystite; la vessie enflammée s'irrite en se contractant sur un corps qu'elle ne peut chasser de sa cavité. L'effort de toute la *durée* de la miction appartient à ceux atteints de rétrécissements, ils ne peuvent uriner qu'au prix de poussées violentes et continues.

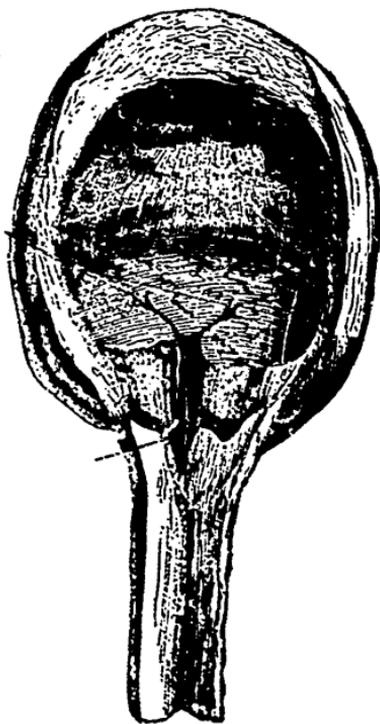
Si la prostate hypertrophiée se congestionne ou s'enflamme, la difficulté de la miction s'accroît davantage et la porte s'ouvre encore plus difficilement. C'est ordinairement sous le coup d'une congestion ou d'une inflammation que se présentent le plus souvent à nous les prostatiques.

L'augmentation de volume de la prostate est la condition prédisposante à la rétention, et la rétention prédispose à l'inflammation. Il est donc nécessaire que le chirurgien cherche à *prévoir* et à prévenir cette rétention, car le traitement préventif n'a pas moins de valeur que le traitement curatif.

Souvent les rétentions incomplètes passent inaperçues. Souvent aussi les malades cachent ces rétentions afin de ne pas être sondés.

Les prostatiques doivent éviter les infractions à l'hygiène, telles que le décubitus prolongé, l'exercice à cheval, l'alimentation trop riche et *en particulier le refroidissement*. Comme conséquence de l'hypertrophie de la prostate et du changement produit sur l'urine, un calcul phosphatique peut se former. Sa présence sera marquée par les symptômes de l'hypertrophie.

Nous avons actuellement dans nos salles un vieillard que nous avons soigné il y a deux ans pour une cystite chronique provenant d'une rétention d'urine de cause prostatique. Ce vieillard nous est revenu



(Fig. 2.) Déviation de l'urètre prostatique s'ouvrant dans la vessie en deux rigoles.

ces jours-ci, encore pris de rétention. L'exploration de sa vessie nous a fait constater deux calculs phosphatiques. Nous allons lui faire l'opération de la taille dans quelques jours.

La rétention d'urine chez les prostatiques n'a aucune disposition à une terminaison spontanée; ils doivent être soumis à l'introduction de la sonde pendant plusieurs semaines, plusieurs mois, et plusieurs fois par jour. Leur vessie est presque toujours agrandie. La couche musculaire est irrégulièrement hypertrophiée; de nombreuses colonnes charnues font relief sur la face interne du réservoir, et par contre l'élément musculaire fait presque complètement défaut dans les intervalles qui les séparent (vessie à cellules et à colonnes).

Vu l'âge des prostatiques, la vessie finit par perdre de son activité contractile, et il en résulte ce que M. Guyon appelle *inertie secondaire*.

Le clinicien doit tenir le plus grand compte de cette inertie secondaire. L'intervention chirurgicale devra être la règle, c'est-à-dire le cathétérisme évacuateur qui est aussi nécessaire chez les prostatiques que la dilatation chez les rétrécis. L'hypertrophie de la prostate est la principale cause de rétention chez les vieillards. L'urine non évacuée se décompose, irrite la vessie, et si on en fait l'examen, on y découvre du pus, du mucus, etc.

La vessie engorgée, distendue, laisse couler l'urine par *regorgement*, et indépendamment de la volonté du malade. La vessie est alors comme le vase trop plein, elle renverse.

Le terme *incontinence* ne convient pas à cet état. Au contraire, on sait qu'un écoulement continu et involontaire d'urine indique la *rétention* et non l'*incontinence*. Si la rétention complète arrive, la fonction sécrétoire des reins se trouble, puis vient l'urémie qui amène le coma et la mort. L'empoisonnement urémique est dû au manque de fonctions éliminatrices du rein.

Le diagnostic de l'hypertrophie ne sera certain que par l'examen simultané par le doigt dans le rectum et la sonde dans la vessie.

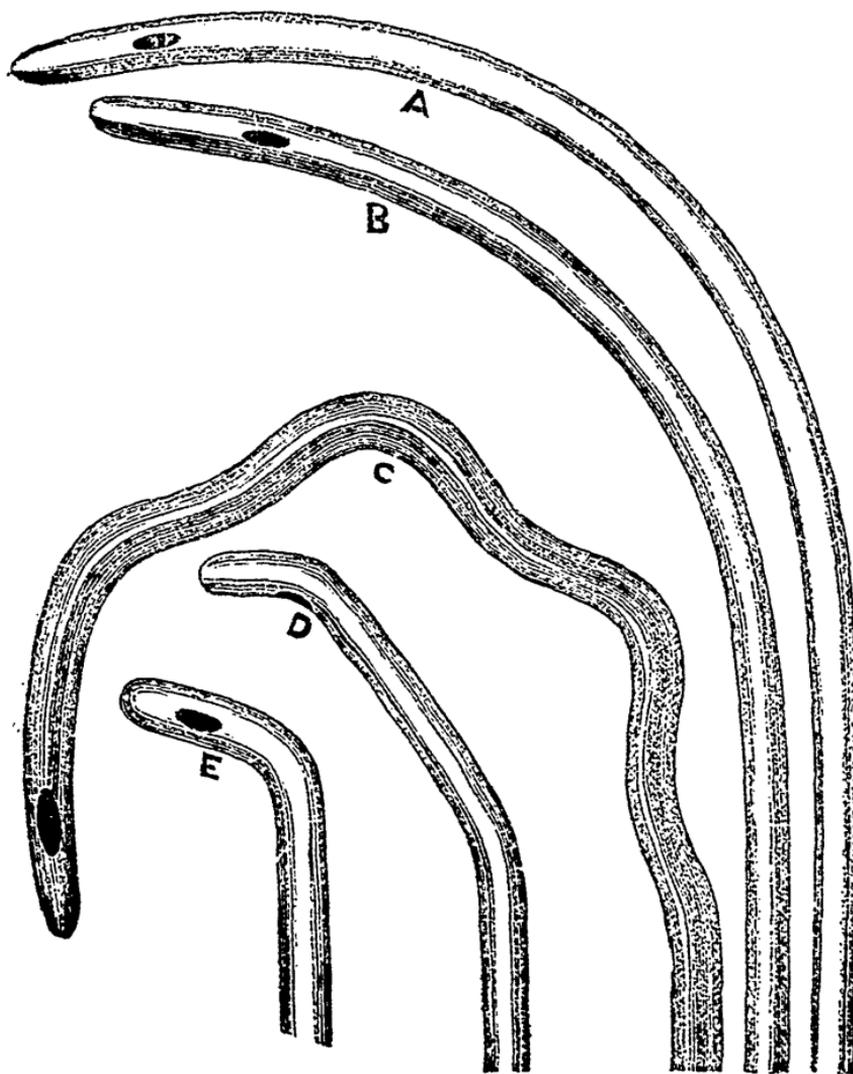
On a rencontré des prostatites mesurant jusqu'à quatre pouces de diamètre, et pesant douze onces; on sait que le diamètre transversal d'une prostate d'adulte est d'environ dix-huit lignes et que sa pesanteur est de quatre drachmes et demie.

Afin de bien choisir l'instrument qui convient dans un cas donné d'hypertrophie prostatique, M. Guyon conseille de faire avec la bougie à boule une exploration méthodique. Le doigt introduit dans l'intestin, on constate si la boule incline à droite ou à gauche ou remonte brusquement, suivant qu'il y a une hypertrophie plus prononcée du lobe gauche ou droit ou du lobe moyen.

En règle générale quand il s'agit de cathétérisme pour hypertrophie de la prostate, il faut exclure les instruments rigides au profit des instruments souples. Cependant il se présente des cas où la rigidité de l'instrument peut seule permettre à l'opérateur de sûrement le conduire. Le doigt dans le rectum, le bassin bien élevé sur son oreiller, facilitent beaucoup la manœuvre. Si l'on se sert d'une sonde en gomme avec son mandrin, il faut donner à ce mandrin une forte courbure; l'introduction en est quelquefois rendue plus facile en enlevant le mandrin avant de franchir la prostate. On ne doit jamais y mettre de force.

La forme de l'instrument est pour beaucoup dans la pratique de

cathétérisme. (Fig. 3) En principe, les instruments droits ne sauraient être acceptés, car ils longent la paroi inférieure du canal, et nous savons que c'est sur cette paroi inférieure que siègent les obstacles dus à l'hypertrophie, savoir : l'utricule dilatée et la courbure brusque due à l'hypertrophie du lobe moyen. Les instruments courbes ou coudés suivent la paroi supérieure de l'urèthre et c'est la voie qui conduit le plus facilement à l'orifice vesical déplacé et surélevé. On doit montrer au malade à faire le cathétérisme sur lui-même, s'il en a besoin plusieurs fois par jour, ou encore laisser le cathéter à demeure la nuit et ne faire de cathétérisme que le jour ; le cathéter de caoutchouc convient bien



SONDES LES PLUS CONVENABLES POUR LE CATHÉTÉRISME DE LA PROSTATE.

- . A. Sonde en gomme à longue courbure permanente.
- . B. Sonde métallique à longue courbure.
- . C. Sonde en caoutchouc très molle et flexible.
- . D. Sonde bicoudée.
- . E. Sonde coudée.

dans ces cas. Si le cathétérisme devenait impossible, on aurait pour dernière ressource la ponction de la vessie. On conseille aussi aux prostatiques d'uriner au moins une fois par jour en se tenant sur les coudes et les genoux afin de mieux vider la vessie. Lorsqu'il survient une cystite violente et que le cathétérisme est très douloureux, la question se présente, à savoir s'il ne vaudrait pas mieux faire une incision nette jusqu'à la vessie, comme dans la taille, afin que l'urine s'écoule librement. A l'appui de ce traitement hardi, que les américains appellent la "*cystotomie antiphlogistique*", nous pourrions citer un cas qui nous est personnel où une cystite très grave a été guérie par ce moyen énergique.

Un nommé Hogue avait des rétrécissements de l'urèthre très étroits qui lui avaient causé une cystite et une prostatite des plus rebelles à tout traitement. Son urine n'était qu'un magma glaireux et purulent. Je fus obligé de lui faire l'uréthrotomie externe, à la portion membraneuse, et d'introduire de grosses sondes par la plaie pour le débarrasser de son urine chargée de muco-pus, et cet homme, avec son nouveau canal aussi court et aussi dilaté que celui de la femme, urinait acroupi comme cette dernière, et s'est trouvé guéri de maladies qui l'avaient tant fait souffrir pendant 13 ans.

Un instrument souple, tel que la sonde en caoutchouc vulcanisé, pourra contourner, sans les froisser, les saillies de la prostate, en raison de son admirable flexibilité et la douceur extrême de son contact.

Pour se produire, la rétention d'urine n'exige pas toujours une déformation prostatique ; il suffit que l'équilibre soit rompu et que la force de la vessie ne suffise plus à vaincre la résistance du col.

Ce que la vessie ne pourra plus faire, la sonde pourra très aisément l'effectuer.

Lorsque l'introduction de la sonde en caoutchouc est impossible, vu son extrême flexibilité, c'est avec les instruments en gomme courbes ou coudés, avec ou sans mandrins, que vous arriverez à triompher des difficultés.

Il vaut ordinairement mieux se servir de sondes en gomme, rendues rigides et courbées à volonté par un mandrin approprié, que de sondes métalliques.

Le chirurgien doit se préoccuper du calibre de la sonde à employer. On a beaucoup préconisé les sondes volumineuses, mais l'expérience a prouvé que les Nos. 16, 17, 18, filière française, répondent mieux aux indications.

Quant à l'introduction des sondes, c'est leur forme et non leur volume qu'il importe de bien mesurer.

La position horizontale est une excellente garantie contre la syncope à la suite d'une évacuation rapide.

Dans la rétention des prostatiques, la première évacuation n'est que le prélude de beaucoup d'autres.

Deux moyens, dit M. Guyon, peuvent assurer le régulier fonctionnement des mictions artificielles : le cathétérisme répété ou la sonde à demeure. Pour que le cathétérisme répété soit utile et sans inconvénients, il faut qu'il puisse être pratiqué facilement et régulièrement.

Si le cathétérisme est bien difficile, il sera plus prudent de laisser la sonde à demeure. La sonde peut être laissée à demeure pendant 24 à 48 heures, même pendant trois ou quatre jours.

Le cathétérisme, après avoir été facile, peut devenir pénible, même impossible.

Ces difficultés peuvent être surmontées par un simple changement de sonde, la substitution d'une sonde en gomme à une sonde en caoutchouc, ou encore en prenant une sonde d'un moindre volume ou en appropriant mieux la forme de la sonde à la forme du canal.

Le cathétérisme doit avoir pour but de ne pas laisser la vessie se distendre et de ne pas résister à ses besoins réels.

Quatre évacuations par jour peuvent suffire dans les cas de tolérance vésicale, tandis que vous vous trouverez, dans d'autres cas, obligés de renouveler le cathétérisme toutes les 4 ou 3 et même 2 heures.

Le cathétérisme répété est le véritable et le meilleur agent du traitement.

L'emploi de la sonde à demeure ne doit être que transitoire, en attendant que le cathétérisme puisse être pratiqué facilement.

Il y a chez un bon nombre de prostatiques une telle diminution dans la projection du jet d'urine, qu'il est d'habitude de dire que cette catégorie de malades pissent sur leurs bottes.

Les effets d'expulsion de l'urine congestionnent tout l'appareil urinaire, c'est ce que l'on évite par une évacuation régulière de la vessie.

L'orchite, la prostatite, la cystite, (complications fréquentes du cathétérisme) ne doivent pas le faire suspendre.

Il est rare que les urines ne deviennent pas purulentes ou ammoniacales sous l'influence de la rétention et du cathétérisme.

Les injections intravésicales à l'eau tiède, à l'eau de graine de lin ou toute autre préparation émolliente, sont de véritables lavages de la vessie et la débarrassent des produits dus aux sécrétions pathologiques et aident à sa guérison.

Les injections laudanisées soulagent quelques malades. On sait que les narcotiques ne sont pas absorbés lorsque l'épithélium de la vessie est intact, mais qu'ils le sont lorsque cet épithélium est érodé, de là l'indication de ne pas dépasser les doses ordinaires quand on soupçonne que la vessie peut absorber les narcotiques.

L'état alcalin ou ammoniacal des urines semble réclamer des injections acides; l'acide borique est celui qui a fourni les meilleurs résultats, cependant les injections à l'acide phénique, à l'acétate de plomb, au sulfate de zinc sont bien efficaces, à condition toutefois de ne les donner qu'à très faible dose, une à deux gouttes, et gr. $2\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ à l'once.

Résumons cette leçon en quelques propositions qu'il vous sera facile de retenir dans votre mémoire.

1^o La prostate s'hypertrophie chez 34 pour 100 des hommes qui dépassent 55 ans.

2^o La cause prédisposante de cette hypertrophie dépend de la structure même de cette glande, mais la cause déterminante se trouve dans ce qui est propre à y attirer un afflux de sang (excitations sexuelles, vie sédentaire).

3^o Les symptômes principaux de l'hypertrophie prostatique, sont : miction pénible, efforts du commencement, retard dans l'apparition du jet d'urine; l'examen avec le doigt permet de constater l'augmentation de volume, le col de la vessie comprimé et surélevé par l'hypertrophie

résiste aux contractions de l'organe qui finit par se laisser distendre, d'où rétention d'urine puis miction par regorgement.

4° Le traitement vient de soi, ce que la vessie n'a plus la force de faire, le cathétérisme l'opère aisément.

5° Ce cathétérisme répété a pour effet 1° d'empêcher le vieillard de s'épuiser dans des efforts continuels, 2° d'empêcher aussi la décomposition de l'urine, son absorption et la mort.

6° Les sondes les plus inoffensives et par conséquent les plus usitées sont celles en caoutchouc, celles en gomme, sans mandrin, puis avec mandrin, en dernier lieu viennent les sondes métalliques.

7° Le cathétérisme devra être pratiqué régulièrement et aussi souvent que la vessie l'exigera, les lavages de la vessie avec des substances médicamenteuses sont très efficaces.

Abcès iliaque ; carie probable de l'os innominé ;

par J. N. BERGERON, M.D., Stanfold.

Dans le cours de novembre dernier, j'étais appelé auprès de Madame J. B., âgée de 30 ans, récemment arrivée des États-Unis où elle était employée dans une fabrique. Cette dame portait une fistule abdominale et me fournit les détails suivants au sujet de sa maladie.

Un jour, il y a à peu près sept ans, étant à jouer avec ses compagnes, elle éprouva soudain une sensation de *craquement* dans l'abdomen, comme si quelque chose s'y fût brisé. Aussitôt il se produisit une douleur abdominale violente accompagnée de fièvre et de l'apparition d'une tumeur à peu près grosse comme une muscade, au-dessus de l'ombilic; cette tumeur disparut au bout de huit ou dix jours. La douleur siégeait surtout à la région iliaque droite et se compliquait d'une grande sensibilité à la pression; elle dura près de deux semaines, après quoi elle se fit sentir principalement dans la région iliaque gauche où elle prit un caractère pongitif; il y avait un mouvement fébrile assez prononcé, frissons, etc. Au bout de cinq semaines, on aperçût, au haut du pli de l'aîne de ce côté, une induration grosse environ comme une pièce de vingt cinq centins et très douloureuse, la douleur étant à caractère rémittent et s'accompagnant de spasmes et de roideurs dans le membre abdominal gauche. Malgré cela la malade se remit à l'ouvrage et continua de travailler pendant trois ans, mais la douleur continuait toujours et la tuméfaction s'accroissait de plus en plus, s'accompagnant de sueurs nocturnes, mouvement fébrile, frissons, etc. Un médecin appelé alors constata au niveau de la fosse iliaque gauche la présence d'une tumeur mesurant sept pouces dans son plus grand diamètre. Une incision de deux ou trois pouces de profondeur (au dire de la malade) fut pratiquée sur le point le plus douloureux de la région tuméfiée, mais ne donna lieu à aucun écoulement de pus. Une tente fut introduite dans l'ouverture qui, au bout de 24 heures, donna passage à à peu près quatre onces d'un pus fétide. On pratiqua des injections détersives et désinfectantes à l'eau phéniquée. Au bout de quelques jours, ouverture d'un second abcès à deux pouces plus bas que le premier et dans la direction du pubis; introduction d'un tube à drainage par les deux ouvertures. Quatre jours plus tard, enfin, ouverture

d'un troisième foyer et écoulement de deux onces de pus. Cet abcès semblait ainsi formé par plusieurs foyers séparés les uns des autres par des cloisons membraneuses que le chirurgien était obligé de perforer au moyen d'un stylet afin de faciliter la sortie du pus.

La malade continua l'usage des injections antiseptiques pendant environ sept mois, époque à laquelle elle vint en Canada. Alors les tubes à drainage furent enlevés et les injections continuées nonobstant pendant deux années. Le pus s'écoulait assez facilement mais en petite quantité, les ouvertures des fistules ayant grande tendance à se cicatrizer.

A cette époque, la patiente se sentait assez bien pour prendre la direction de six métiers dans une fabrique de coton, ce qu'elle fit sans trop de souffrances jusqu'en janvier dernier. Alors la douleur devint plus intense dans la fosse iliaque gauche; les ouvertures fistuleuses permettaient à peine l'introduction d'une grosse aiguille; le pus coula en plus grande abondance et se fit jour à travers le vagin; il y eut perte de sommeil et d'appétit, diarrhée, affaiblissement graduel, douleurs fortes dans l'os iliaque de ce côté, etc.

La malade ayant fait venir le médecin qui lui avait donné des soins sept ans auparavant et qui avait ouvert le premier abcès, une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire. La patiente étant chloroformisée, on débrida largement les fistules sur une étendue de plus de deux pouces. Ce que l'on avait pris tout d'abord pour un abcès siégeant dans la profondeur des muscles abdominaux est évidemment un abcès enkysté de la cavité pelvienne. La malade prétend que des matières fécales et des gaz intestinaux s'échappent par la plaie, mais le chirurgien affirme que celle-ci ne communique pas avec l'intestin.

Un tube à drainage est établi dans la cavité et d'abondantes injections à l'eau phéniquée et à l'eau iodée y sont faites tous les jours; une partie du liquide ainsi injecté sort par le vagin. Tout va bien pendant une quinzaine de jours quand tout-à coup, après une injection, des douleurs violentes se déclarent, accompagnées de vomissements, frissons, etc., indices d'une péritonite que l'on traite par les moyens ordinaires. Depuis lors, chaque fois que le liquide antiseptique est injecté avec force, il donne lui à beaucoup de coliques. Un traitement tonique est institué, consistant en diète généreuse, vin, quinine, etc. et la malade reprend graduellement ses forces. En novembre, elle est assez bien pour revenir au Canada. C'est alors que je la vis et qu'elle me raconta l'histoire de son cas telle que je viens de la rapporter. En l'examinant attentivement, je constatai ce qui suit: tuméfaction considérable dans la fosse iliaque gauche; sensibilité très grande de l'épine iliaque antérieure supérieure et de l'éminence iléopectinée. A deux pouces au-dessus du pli de l'aîne, et à trois pouces à gauche de la ligne médiane, ouverture d'une fistule mesurant trois pouces et demi de profondeur et permettant l'introduction d'un tube ayant un demi pouce de diamètre; la direction de cette fistule est verticale à la paroi abdominale; le pus coule abondamment par cette ouverture, ainsi que par le vagin.

Voici le traitement que j'ai institué depuis qu'elle est sous mes soins: Diète généreuse, vins, fer et quinine. Lavages méthodiques de la plaie et de la cavité tantôt à l'eau phéniquée, tantôt à l'eau iodée; un tube à drainage en caoutchouc est maintenu à demeure.

Les douleurs vont sensiblement en diminuant et l'état général s'améliore beaucoup. Quelques questions restent maintenant à résoudre :

1^o La sensibilité de l'os iliaque indique-t-elle une carie de cet os ?

2^o Est-il préférable de laisser un tube à demeure ?

3^o Un tube métallique conviendrait-il mieux ?

4^o Serait-il avantageux pour la malade de porter un bandage compressif ?

5^o Quelles seraient les meilleures injections à pratiquer dans la cavité de la plaie ?

NOTE DE LA RÉD.—A la première question nous répondrons : C'est très probable. A la seconde : Oui. A la troisième : Non. A la quatrième : Cela est tout-à-fait indifférent. A la cinquième : Les injections que vous employez sont celles dont on se sert généralement dans ces cas. Vous pourriez peut-être y joindre l'alcool camphré, l'iode forme et les acides borique et salicylique. En principe, ces injections doivent être antiseptiques et stimulantes. Mais on comprend que si l'os est carié ou nécrosé, il ne saurait y avoir de guérison tant que cette dernière lésion persistera.

De l'action physiologique et thérapeutique de la Nitro-Glycérine ; (1)

par H. E. DESROSIERS, M.D.,

Professeur à l'Université Laval, Montréal, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Le sujet sur lequel je me permets d'attirer votre attention, ce soir, est d'une actualité trop évidente pour qu'il y ait lieu de la discuter. Depuis quelque temps, nos journaux politiques ne parlent que de nitro-glycérine et de dynamite, mais en se plaçant à un point de vue tout autre que celui sous lequel nous allons nous placer ici. Si, dans le monde des révolutions, on regarde la nitro-glycérine comme un puissant engin de destruction, faisons, nous, la contrepartie de cette ligue antiphilantropique, et voyons quels bons effets nous pouvons tirer de la redoutable substance qui demande droit de cité dans notre thérapeutique.

Découverte en 1847, la nitro-glycérine fut expérimentée, paraît-il, dès l'année suivante, par Héring. Depuis lors, habituellement prescrite par les homéopathes, elle fut cependant, occasionnellement mise en usage par quelques allopathes, et en 1879, Murrell, de Londres, après une série d'observations, en exposa les propriétés thérapeutiques. De tous côtés on se mit alors à étudier le nouveau médicament, et ce sont les résultats de ces études que je veux vous soumettre ce soir.

Les propriétés physiologiques de la nitro-glycérine ressemblent beaucoup à celles du nitrite d'amyle que vous connaissez. Comme celui-ci, et plus encore, la nitro-glycérine est toxique à petites doses, aussi ne l'emploie-t-on qu'en dilution dans la proportion de un pour cent d'alcool.

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

La nitro-glycérine agit spécialement, nous devrions dire exclusivement, sur le système nerveux, et, par lui, sur les différents appareils de l'économie et en particulier sur l'appareil circulatoire. A dose de 1 à 6 gouttes de la solution alcoolique au 100e, (représentant de 1,100 à 1,50 de goutte de nitro-glycérine pure), elle produit, au bout de trois ou quatre minutes, de la céphalalgie, tantôt fugitive et transitoire si la dose est minime, tantôt persistante si la dose est plus forte. Avec cette céphalalgie, il y a sensation de plénitude dans la tête, comme si un lien comprimait les tempes et le front, vertiges, amblyopie, bourdonnement d'oreilles, confusion des idées, quelquefois même perte complète de connaissance, d'après Murrell qui ne semble cependant pas regarder ce dernier accident comme étant bien dangereux, tant que la dose administrée n'est pas trop élevée.

Sur la circulation, les effets de la nitro-glycérine ne sont pas moins marqués. La face se congestionne, devient vultueuse et se couvre de sueurs; le cœur bat plus fortement et plus rapidement, et les artères carotides et temporales sont le siège de pulsations exagérées.

La respiration est également accélérée. Le sujet sent parfois une douce chaleur se répandre à la surface du corps. Souvent il y a de la diaphorèse, et, en quelques cas rares, des nausées.

Nous avons donc là, comme le fait remarquer Hammond, des symptômes indiquant une excitation cardio-vasculaire intense, en même temps qu'une hyperémie du cerveau et de ses membranes. Or, cette action de la nitro-glycérine sur la circulation et le système nerveux est en tout semblable à celle du nitrite d'amyle. Comme le nitrite d'amyle, la nitro-glycérine accélère les battements du cœur, parfois de vingt par minute, et en augmente la force d'impulsion.

Comme le nitrite d'amyle aussi, la nitro-glycérine amène la dilatation des capillaires sanguins périphériques et des artères de petit calibre, d'où un pouls plein, bondissant, large, quelque-peu mou cependant, mais jamais irrégulier ou intermittent.

Comme conséquence de cette augmentation de force et de vitesse des pulsations cardiaques, il y a accélération du courant circulatoire, accélération qui est modifiée, il est vrai, par la dilatation des capillaires, celle-ci ayant pour effet de diminuer la résistance offerte au cœur par les vaisseaux de la périphérie. Par le fait même de la dilatation des capillaires sanguins, nous avons l'hyperémie et ses divers phénomènes, tels que nous les avons vus se produire sous l'influence d'une goutte ou deux de la solution de nitro-glycérine, hyperémie du cerveau, de la face, etc.

L'action de la nitro-glycérine sur la circulation, tant sur le cœur que sur les vaisseaux, s'exerce, avons-nous dit, par l'intermédiaire du système nerveux, mais comment? La nitro-glycérine agit-elle exclusivement sur le cœur, ou exclusivement sur les vaisseaux, ou sur les deux à la fois?

Suivant les uns, ce remède produirait une paralysie incomplète ou parésie des nerfs vasomoteurs et du pneumogastrique. Les nerfs vasomoteurs étant paralysés, il y a dilatation capillaire et hyperémie périphérique. La dilatation exagérée des capillaires a, à son tour, pour effet d'abaisser la tension artérielle et d'augmenter la fréquence des battements du cœur; mais ce dernier effet serait encore produit par la paralysie du nerf vague. Celle-ci, poussée trop loin, par l'effet de

doses toxiques, amènerait non-seulement la précipitation des battements cardiaques, mais aussi leur affaiblissement.

Suivant d'autres, la nitro-glycérine, donnée à petites doses, stimulerait directement le sympathique, augmentant par là la vitesse et la force des battements du cœur et produisant la dilatation des capillaires par stimulation des vaso-dilatateurs, tout comme le fait l'alcool à petites doses. A doses plus élevées, la stimulation ferait place à la paralysie.

D'après une troisième théorie enfin, la nitro-glycérine n'agit que sur les nerfs vasomoteurs (vaso-constricteurs), qu'elle paralyse ainsi que les fibres musculaires lisses des petits vaisseaux. De là, dilatation des artérioles et capillaires, abaissement de la tension artérielle et augmentation de la fréquence et de la force des pulsations cardiaques.

Quoiqu'il en soit de la théorie que l'on adopte, l'effet reste le même, c'est l'abaissement de la tension vasculaire, la paralysie des vasomoteurs, en un mot l'hyperémie périphérique.

Nous verrons tout à l'heure que la nitro-glycérine est administrée dans certains cas de maladie organique du cœur contre lesquels on administre souvent aussi la digitale. Or, comme on vient de le voir, le mode d'action de ces deux agents n'est pas du tout le même. La digitale est tonique du cœur et tonique vasomoteur; elle anémie localement et, par l'augmentation de la tension artérielle, elle augmente la résistance périphérique, augmentant aussi par là même la somme de force que le cœur doit mettre en jeu. La nitro-glycérine, au contraire, est stimulant direct ou indirect du cœur et paralysant vasomoteur; elle congestive localement, et, par la diminution de la tension vasculaire qu'elle produit, elle diminue la résistance périphérique, diminuant par là même la somme de force que le cœur doit mettre en jeu pour le parfait équilibre de la circulation générale. S'il arrive donc que l'on prescrive ces deux médicaments dans le cours de la même maladie, ce ne peut être aux mêmes titres ni pour combattre des états pathologiques semblables.

(A suivre)

De la Méningite chez les enfants;

par SÉVERIN LACHAPPELLE, M.D., St. Henri de Montréal.

La méningite est une complication fréquente de plusieurs maladies de la première et de la deuxième enfance.

Les mouvements vitaux portent à l'encéphale dans le premier âge de la vie, comme chez l'adulte ils affectent la poitrine, et la cavité abdominale chez le vieillard.

Cette prédisposition vitale, ce raptus sanguin cérébral de l'enfant doit toujours être surveillé, afin qu'aucune médication imprudente ne vienne l'exagérer et transformer l'état physiologique en état pathologique.

Il est un fait, de peu d'importance de prime abord, sur lequel j'ai tenu à attirer l'attention, parce qu'il est certainement une cause occasionnelle du développement de la méningite; c'est la coupe des cheveux. La coupe des cheveux, dans la santé et plus particulièrement

ment dans la maladie, a pour effet une irritation locale, qui amène un surcroît de nutrition dont le résultat pourra être la maladie qui fait le sujet de cette étude. Nous avons affaire à une organisation si mobile, à une impressionnabilité si susceptible que les ménagements ne sauraient être trop minutieux.

Si donc dans le cours d'une fièvre, cette précaution hygiénique est jugée nécessaire, on ne devra pas perdre de vue le danger auquel elle expose, et on la combattra à l'avance par l'application des réfrigérants; la glace devra être appliquée nécessairement comme préventif de l'afflux sanguin, dangereux alors; dans les cas surtout où l'on voudra avoir recours aux contre-irritants, et que la coupe des cheveux au préalable sera nécessitée, cette précaution ne sera pas oubliée avant l'application de la médication révulsive.

Au sujet de la médication révulsive, c'est bien là la médication par excellence de la méningite, qu'elle soit simple ou qu'elle soit granuleuse, et j'ai à enregistrer à son appui deux cas de guérison, à une période avancée de la maladie, c'est-à-dire alors que le strabisme et la motilité musculaire apparaissaient comme tristes avant-coureurs de la convulsion.

Dans ces deux cas j'ai enduit tout le cuir chevelu d'une couche épaisse de *mouche noire*, dont j'ai continué l'effet révulsif par les cataplasmes; inutile de dire qu'il faut nécessairement alors administrer à l'intérieur d'assez larges doses calmantes associées à l'iodure de potassium.

Les calmants sont un peu l'épouvantail du médecin dans la médication infantile; il renvoie le plus souvent les parents au sirop du commerce de l'épicerie voisine, dans l'espérance *puérile* qu'il ne fera pas grand effet. Et cependant, est-il une maladie qui plus que la méningite nécessite de fortes potions calmantes; la tolérance médicamenteuse dans ces cas-ci est surprenante; comme dans les maladies cérébrales de l'adulte, elle résiste à des doses surprenantes. Le chloral, dont le goût est si facilement masqué par la glycérine, est bien le narcotique auquel on devra avoir recours le plus souvent dans la méningite.

Le diagnostic de la méningite ne saurait être fait trop promptement; nul doute que la promptitude du diagnostic est nécessaire dans tous les cas, au début de chaque maladie, mais ici la lenteur est certainement fatale. On s'informera des antécédents de la vie de l'enfant, de ses habitudes de sommeil, de son humeur, des modifications qu'elle a pu subir; la perte de sommeil, l'irritabilité du caractère, l'abattement simulant la tristesse, sont bien les symptômes précurseurs de la méningite, accompagnés de vomissement et de la constipation, rougeur fugitive aux joues, sans fièvre exagérée, voilà bien les principaux signes de cette maladie; si la douleur à la tête est avouée chez un enfant assez vieux, nul doute dans le diagnostic.

Alors, point de perte de temps; purgatifs drastiques, dérivatifs aux extrémités inférieures et contre-irritants au cerveau. Les symptômes que je viens d'indiquer sont ceux de la méningite granuleuse, qui est la plus fréquente, c'est-à-dire de cette méningite qui a pour cause prédisposante l'hérédité de la tuberculose, ou le développement accidentel d'une organisation scrofuleuse; c'est la phthisie cérébrale des enfants. Les séreuses du cerveau se comportent alors comme la séreuse du

poumon dont mon ami C. Prévost nous a si bien parlé dans sa dernière lettre aux deux Wilfrid : le tubercule conduit à la méningite comme il peut conduire à la pleurésie.

La méningite simple est plus prompte dans son développement, plus intercurrente, c'est contre elle surtout qu'il faut être en garde dans le traitement de la plupart des maladies infantiles.

CHIMIE MÉDICALE.

Des fermentations; (1)

par N. FAFARD, M.D., professeur à l'Université Laval, Montréal.

2°--3° FERMENTATION LACTIQUE ET VISQUEUSE.—Toutes les substances qui subissent la fermentation alcoolique peuvent prendre la fermentation lactique ou visqueuse, si le liquide est neutre ou alcalin. Les ferments, causes de ces fermentations, ressemblent à la levûre de bière.

4° FERMENTATION ACÉTIQUE.—Le liquide fermentescible est l'alcool très dilué. Le ferment est une petite plante (*mycoderma aceti*) dont les propriétés ont été parfaitement décrites par Pasteur. Ce mycoderme agit dans le liquide fermentescible à la manière du globule sanguin; il collecte tout l'oxygène libre qu'il peut trouver et s'en sert pour brûler les matières combustibles qui se trouvent à son contact. Ces matières seront plus ou moins complètement brûlées, selon que le mycoderme aura plus ou moins de vitalité.

A—Dans un liquide contenant de l'alcool, des phosphates et des matières albuminoïdes en quantité, l'alcool sera complètement brûlé et les produits seront de l'acide carbonique et de l'eau : $C^4 H^6 O^2 = 4 CO^2 + 6 HO$.

B—Les substances servant de nourriture au *mycoderma aceti* étant en faible proportion, l'alcool sera à moitié brûlé et nous aurons de l'acide acétique : $C^4 H^6 O^2 = C^4 H^3 O^3 + 3 HO$.

C—Enfin le mycoderme étant à peu près privé de matières albuminoïdes et de phosphates, il brûlera très-incomplètement l'alcool et produira l'aldéhyde : $C^4 H^6 O^2 = C^4 H^4 O^2 + 2 HO$.

Une température de + 25° à + 30° cent. favorise l'action du *mycoderma aceti*. Cette action s'accompagne d'un dégagement de chaleur, phénomène d'ailleurs constant dans toutes les fermentations vraies à ferments figurés vivants.

5° FERMENTATION AMMONIACALE.—Cette fermentation, si commune dans l'urine des vieillards affectés de cystite chronique, a donné lieu à une vive discussion entre le Dr. Bastian, de Londres, et Pasteur et Joubert. Le premier prétendait que la fermentation ammoniacale se produit spontanément dans la vessie des malades. Pasteur, au contraire, a soutenu et prouvé à l'évidence qu'il existe pour cette fermentation un ferment particulier végétal dont l'action est de dédoubler l'urée en eau et en carbonate d'ammoniaque. Une température de + 37° cent. lui est favorable. Ce ferment ne peut venir que du dehors, c'

(1) Voir la livraison de janvier dernier.

c'est lui qui cause le plus grand nombre des ulcérations chroniques de la vessie. L'acide borique, en injection dans la vessie, a été conseillé et employé avec succès.

6° FERMENTATION BUTYRIQUE.—Le sucre, sous l'influence d'un ferment spécial "fermentum butyricum" et qui ressemble aux bactéries, se transforme en acide butyrique. Ce ferment singulier vit aux dépens de l'oxygène déjà combiné dans les matières protéiques; il agit comme réducteur et dégage de l'hydrogène. L'air atmosphérique le tue.

7° FERMENTATION PUTRIDE.—Cette fermentation se produit sous l'influence de deux espèces de ferments bien différents.

Les uns (anaérobies), comme les bactéries de la fermentation butyrique, vivent et se multiplient à l'infini à l'abri du contact de l'air atmosphérique. Ils dédoublent et transforment les matières organiques en composés moins complexes; ce sont les véritables ferments de la putréfaction; on les nomme vibrions. Ehrenberg en a compté six espèces principales: *Vibrio lineola*, *tremulans*, *subtilis*, *regula*, *prolifer* et *bacillus*.

Les autres (aérobies), analogues au *mycoderma aceti*, s'emparent de tout l'oxygène libre, et ensuite brûlent les matières hydrocarbonées qu'ils transforment en acide carbonique et en eau.

Sans la présence des vibrions, les matières organiques azotées ne subissent aucune altération appréciable: Pasteur, Monoyer, Armand Gauthier ont pu conserver, à l'abri des germes atmosphériques, les matières les plus putréfiables, telles que de l'urine, du sang, des muscles, et cela durant des mois entiers. "Au moment où la fermentation commence, des myriades d'animalcules microscopiques se montrent, à ces animalcules en succèdent d'autres, qui périssent et se décomposent à leur tour de telle façon que la décomposition finale est le résultat d'un grand nombre de réactions successives." (DUMAS.)

Tous ces microbes ne peuvent exercer leurs fonctions qu'entre les températures + 5° et + 75° cent. A 0° ils sont immobiles et paralysés, une température de + 100° les tue; il en est de même de différents sels minéraux, des poisons, de tous les désinfectants, qui empêchent la fermentation putride en détruisant la cause, c'est-à-dire les organismes microscopiques.

Les agents de la putréfaction jouent un grand rôle dans beaucoup de maladies dites putrides et contagieuses. Nous aurons occasion d'y revenir plus tard, lorsque nous parlerons des fermentations pathologiques.

II. FAUSSES FERMENTATIONS (*Catalyses*).

Nous venons de voir les différentes transformations que peuvent subir les matières organiques sous l'influence des microbes atmosphériques. A côté de ces fermentations ayant pour cause un ferment figuré doué de la vie, il existe un grand nombre de modifications de la matière organique qui se produisent sans la présence d'un être vivant. "On donne le nom de zymases, ferments solubles ou non figurés, à certaines substances solubles azotées et oxygénées, formées sous l'influence de la vie, qui possèdent la propriété singulière de déterminer la transformation, le changement d'état moléculaire de quelques composés organiques, par leur seule présence et sans l'intervention de leurs éléments." (J. JEANNEL.)

Les ferments solubles n'étant pas vivants ne se reproduisent pas; c'est la différence radicale qui existe entre les zymases et les ferments vrais ou vivants.

Composition chimique.—Les zymases ont la même composition chimique que les matières albuminoïdes. Elles en diffèrent en ce qu'elles ne contiennent pas de soufre.

A 100° elles se coagulent et deviennent inertes. L'alcool les précipite, mais il ne nuit pas à leur action.

On ne peut distinguer les différentes zymases les unes des autres que par l'action catalytique spéciale qu'elles exercent. Cette action peut être imitée par certains composés minéraux comme l'acide sulfurique, qui transforme l'amidon en dextrine et en glucose par sa seule présence et sans l'intervention de ses éléments constitutifs. Une très petite quantité de zymase suffit pour opérer la transformation de grandes proportions de matières organiques, pourvu que les produits de cette transformation soient successivement séparés.

Les principales zymases sont: 1° La diastase de l'orge germé qui transforme l'amidon en glucose, 2° la diastase de la levûre qui transforme le sucre de canne en glucose, 3° la diastase salivaire et pancréatique qui transforme l'amidon et le sucre de canne en glucose, 4° la pancréatine qui dédouble, en présence de l'eau, les corps gras en acides gras et en glycérine, 5° la pepsine du suc gastrique qui, en présence d'un acide libre tel que l'acide chlorhydrique, lactique, phosphorique, transforme les substances azotées d'abord en syntonines solubles mais précipitables, lorsqu'on neutralise la liqueur, puis en peptones solubles, diffusibles, non précipitables par la neutralisation.

Certains virus, venins, miasmes sont peut-être des ferments solubles ou zymases; la théorie peut nous faire admettre cette hypothèse. L'avenir résoudra sans doute ce problème.

Après avoir donné ces considérations générales sur les fermentations, nous allons entrer sur le terrain des fermentations pathologiques; les réactions étant les mêmes, nous serons en pays de connaissances.

(A suivre.)

Menstruation mammaire.—Le *Lancet* rapporte un nouveau cas de ce genre chez une femme mariée depuis plusieurs années, stérile et normalement menstruée depuis l'âge de treize ans jusqu'à quarante-huit. Le sang coulait des mamelons pendant trois ou quatre jours à époques régulières. De fortes douleurs dans les seins accompagnaient l'écoulement.—(*Maryland Med. Journ.—Quart. Epitome.*)

Résorcine et diphthérie.—L'usage de ce nouveau remède se répand rapidement, suivant le Dr J. Andreer qui l'a prescrit dans les maladies aiguës et chroniques et qui le recommande maintenant dans les cas de maladies infectieuses. Durant les cinq dernières années il a traité au moyen de la résorcine deux cent vingt-deux cas de diphthérie, et tous ont guéri. Dans les formes atténuées de la maladie, il suffirait de cautériser les parties malades avec des cristaux de résorcine ou un pétroléolé à la résorcine. Dans les cas plus graves, il a dû employer le remède *intus et extrâ.*—(*Obstetric Gazette.*)

CORRESPONDANCES.

La vente des poisons.

Messieurs les Rédacteurs de L'UNION MÉDICALE :

Si j'en crois les informations qui me sont demandées tous les jours, je suis dans l'impression que, dans cette province, il existe dans l'esprit d'un grand nombre un malentendu regrettable au sujet de la loi concernant la vente des poisons.

Personne ne peut vendre aucun poison mentionné dans la cédule A de l'Acte de Pharmacie de 1875, à moins qu'il n'ait obtenu du Conseil de l'Association Pharmaceutique une licence l'autorisant à exercer la pharmacie dans cette province, et qu'il n'ait été inscrit au registre de l'Association comme étant licencié en pharmacie, ou encore à moins qu'il ne soit médecin dûment licencié par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Sauf le cas où le poison vendu est prescrit par un médecin, chaque vente doit être entrée dans un livre particulier affecté à cet usage, appelé " Régistre pour la vente des poisons " (*Sale of Poison Register*), et dont on peut se procurer des exemplaires en s'adressant au Régistrateur de l'Association.

La personne qui achète le poison doit être *personnellement* connue du vendeur, ou lui être introduite par une autre personne aussi *personnellement* connue du vendeur. L'usage auquel est destiné ce poison, sa quantité, l'adresse et la signature de l'acheteur et celles de la personne qui a introduit cet acheteur seront entrés au registre des poisons (*poison-book*.)

Dans le cas d'un médecin tenant une pharmacie, celle-ci devra être régie conformément aux dispositions de l'Acte de Pharmacie de la même manière que celle tenue par un licencié en pharmacie, et chaque vente de poison devra être entrée au registre des poisons.

Tous les commis ou apprentis employés, dans une pharmacie, à la vente des poisons ou à la préparation des ordonnances des médecins, devront avoir subi les examens nécessaires, et avoir été inscrits au registre de l'Association en leurs qualités respectives de commis et d'apprentis. Toute contravention à cette règle est passible d'une amende.

Toute personne qui vendra aucun des poisons énumérés dans la cédule autrement qu'il n'y est pourvu, sera passible d'une amende n'excédant pas vingt-cinq dollars, et le propriétaire de l'établissement où un employé aura fait telle vente sera considéré comme étant lui-même le vendeur.

Les ventes au gros (*wholesale*) n'entrent pas dans la teneur de ces dispositions. De même, l'Acte de Pharmacie ne porte atteinte à aucun des privilèges accordés aux médecins par l'Acte médical. La vente des médicaments aux médecins est considérée comme une vente en gros.

Beaucoup de pharmaciens vont au-delà des restrictions de l'Acte de Pharmacie, et refusent absolument de vendre de la morphine, du laudanum, du sublimé corrosif, de la strychnine, etc., à moins que

l'acheteur ne produise une prescription de son médecin. Les dommages faits à la réputation d'un pharmacien, dans le cas d'un accident, suicide, etc., survenant dans ces cas, sont trop graves pour que tous les pharmaciens vraiment soucieux de leur honneur, ne soient pas justifiables de prendre les plus grandes précautions quand il s'agit de la vente des poisons.

Je demeure,

Messieurs les Rédacteurs,

Votre obéissant serviteur,

HENRY R. GRAY.

P. S.—J'ajouterai que la vente illégale et très-dangereuse du Vert de Paris (combinaison de cuivre et d'arsenic) par les épiciers, est actuellement soumise à la considération du Conseil de l'Association Pharmaceutique.

La question du transport des aliénés.

M. le Dr. Duquet, un des médecins attachés au service de l'Asile des Aliénés de la Longue Pointe nous communique la lettre suivante qu'il adressait au *Star* il y a quelque temps. L'importance de la question qui y est traitée n'échappera à aucun de nos lecteurs.

Au Rédacteur du *Star* :

Monsieur,—Vous avez tout dernièrement livré à la publicité l'opinion de MM. les magistrats Dugas et Desnoyers au sujet de la manière dont sont traités les aliénés dangereux. Il est encore une autre question qu'il importe grandement d'étudier et sur laquelle je voudrais attirer l'attention de nos gouvernants. C'est le transport de nos aliénés des cours de magistrats à la prison et de là aux asiles. D'après la loi telle qu'elle existe actuellement, un aliéné arrêté dans les rues de Montréal ou ailleurs est amené d'abord devant un magistrat, puis, sur certificat d'un médecin, est dirigé vers la prison où il séjourne un, deux, trois, et quelquefois quatre mois ou même davantage jusqu'à ce qu'un ordre du gouvernement le fasse interner dans un asile.

Il y a là, on le comprend, un abus des plus graves et qu'il faut faire cesser immédiatement. Tous ceux qui ont écrit sur l'aliénation mentale sont d'avis que les maladies mentales doivent, pour présenter quelque chance de guérison, être traitées durant la période aiguë, c'est-à-dire au moins dans les premiers mois de l'affection, avant que celle-ci ne passe à l'état chronique. Comment veut-on que les médecins attachés au service de nos asiles traitent avec avantage les patients confiés à leur soin, quand ceux-ci leur arrivent ainsi après un séjour plus ou moins prolongé en prison, alors que la maladie est devenue chronique et n'offre plus que très peu de chances de guérison ?

Quant au traitement que ces aliénés reçoivent durant leur séjour à la prison, sans vouloir émettre aucune accusation contre les geôliers et leurs aides, je me contenterai de constater les faits suivants : Premièrement, l'on n'a pas, dans nos prisons, les moyens, appareils, instruments, &c., de contention ordinairement employés pour maîtriser les cas de ce genre, de sorte que l'on renferme les sujets dans quelque

cellule noire jusqu'à ce que la crise, qui dure parfois longtemps, soit passée. En second lieu, les gardiens des prisons n'étant pas habitués à prendre soin des aliénés, traitent fréquemment ceux-ci avec dureté, et plus d'un de ces malheureux est transporté à l'asile, portant encore sur sa personne les marques de coups, &c., reçus durant son séjour à la prison. Le fait est que les aliénés n'y reçoivent de traitement et de soins particuliers que quand ils sont malades.

Dans le cas de certaines affections mentales, le seul fait d'être enfermés dans une prison peut constituer un véritable danger pour les aliénés. Je citerai en particulier cette forme de folie dite délire des persécutions. Le sujet atteint de ce délire est sous l'impression que des ennemis ou des agents de police l'épient nuit et jour ou le poursuivent. Or qu'arrivera-t-il si cet homme est arrêté et jeté en prison ? Quoiqu'on lui dise, il ne croira jamais être atteint de folie ; au contraire il demeurera de plus en plus convaincu qu'il est effectivement persécuté, puisqu'on le fait enfermer dans un lieu de réclusion, en compagnie de voleurs, etc., sans qu'il ait, dans son opinion, fait quoi que ce soit pour justifier un semblable procédé. Je prétends que cette manière d'agir est plus que suffisante pour confirmer l'aliéné en question dans ses idées de persécution et lui enlever la seule chance qu'il eût eu d'en guérir, si on l'eût immédiatement dirigé vers un asile où son cas aurait été traité d'une toute autre manière.

Voici l'amendement que je suggérerais à la loi actuelle.

1^o Toute personne arrêtée sous soupçon d'aliénation mentale devra, après avoir été examinée par un ou plusieurs médecins et déclarée par eux être sous l'empire de la folie, être envoyée immédiatement et directement dans un asile d'aliénés.

2^o Si le gouvernement désire assurer une protection plus grande et plus efficace aux personnes non aliénées que l'on voudrait peut-être faire admettre dans un asile, qu'il oblige le médecin en chef de l'établissement en question de donner, dans les trois jours qui suivront l'admission de chaque malade, un certificat attestant l'état mental du dit malade et le genre spécial de maladie dont il souffre.

Il est à espérer que cette question très importante recevra de la part de nos législateurs toute l'attention qu'elle mérite.

E. E. DUQUET, M.D.

Longue-Pointe, 20 janvier 1883.

Perforation des intestins par les ascarides.—Le Dr Monens rapporte le cas d'une jeune fille âgée de treize ans et demi qui fut prise soudain de douleurs abdominales tellement violentes qu'elle en devint presque folle et ne put être examinée. Le lendemain se montrèrent les symptômes de la péritonite, et, six jours plus tard, la malade mourut. A l'autopsie on découvrit, outre l'existence d'une péritonite suppurée généralisée, la présence de trois gros vers ronds encore vivants dans la partie descendante du duodénum. Sur la face interne de cette partie de l'intestin il y avait une perforation longue de six millimètres et dont les bords, complètement exsangues, étaient en contact parfait l'un avec l'autre. Quatre autres vers furent trouvés dans le duodénum.—(*Boston Med. and Surg. Journal*).

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

De la valeur des injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par l'hémorrhagie.—Dans une note lue à l'Académie de Médecine de Paris en décembre 1882, M. Hayem a présenté les résultats obtenus à la suite de nombreuses expérimentations au sujet de la valeur des injections d'éther dans les hémorrhagies graves. Voici le résumé de ce mémoire (*Concours médical*):

Lorsque, dit l'auteur, on fait subir à un chien une hémorrhagie assez abondante pour déterminer immédiatement l'apparition des grandes convulsions tétaniques qui sont l'annonce d'une mort fatale et prochaine, les injections sous-cutanées d'éther ne peuvent conjurer le péril et ne sont suivies d'aucune action sensible. Cependant, en pareil cas, la transfusion faite avec du sang complet produit une véritable résurrection. Les résultats sont tout aussi négatifs, lorsqu'on retire aux animaux une quantité de sang calculée de telle sorte (1/19 du poids du corps) qu'après l'hémorrhagie ils se trouvent dans un état presque à la limite entre la mort imminente et la survie possible.

Dans cette dernière condition d'inefficacité des injections d'éther, non seulement la transfusion du sang complet assure la survie des animaux, mais encore, dans certains cas, le même résultat peut être obtenu par la dilution du sang restant dans l'organisme avec du sérum naturel emprunté à un animal de la même espèce.

Il n'est donc pas exact de dire que la transfusion du sang est une opération inutile, pouvant être remplacée par la stimulation que provoque l'éther employé en injection sous-cutanée. Cette stimulation ne se traduit d'ailleurs que par un accroissement dans l'énergie des contractions cardiaques et une accélération notable du nombre des pulsations; elle n'entraîne ni élévation de la pression du sang, ni augmentation de la température rectale.

Du tannate de pelletière comme vermifuge.—Le Dr. A. Judson Gray rapporte dans le *Philadelphia Medical Times* un cas de tœnia chez lequel il a employé la tannate de pelletière. Le sujet était un homme fort et robuste, âgé de 35 ans, et porteur de ce tœnia depuis cinq ans à peu près. A quatre reprises différentes il avait déjà tenté l'expulsion du parasite, la première fois au moyen de la térébenthine, les trois autres fois au moyen de la graine de citrouille, mais tout avait été inutile. Quelques pieds du ver avaient bien été rejetés, mais il y avait toujours eu récurrence. La veille du jour choisi pour l'administration de la pelletière, le malade fit un léger souper, composé de lait et de pain, et, au moment de se mettre au lit, il s'administra un grand lavement d'eau chaude. Le lendemain, vers 9 h. a.m. il prit une once de fluide de la solution de tannate de pelletière dans un grand verre d'eau sucrée, puis, au bout d'un quart d'heure, six pilules cathartiques. Une heure après, le patient se mettait à table et prenait son déjeuner du meilleur appétit possible. A 1 h. p.m., une selle

produisit qui amena l'expulsion du ver *en entier*, corps et tête, le tout ayant 24 pieds et 6 pouces de longueur. Dans ce cas, la pelletière ne occasionna aucun symptôme désagréable: il n'y eut ni nausée, ni vertige. Environ une demi-heure après l'avoir prise, le malade accusa une sensation de bien-être et de *légèreté* extraordinaire; il lui semblait qu'il ne pesait guère plus de *trois livres*. A tout prendre le succès a été complet et le résultat très satisfaisant.

L'introduction de la pelletière dans notre arsenal thérapeutique date de 1878, époque à laquelle M. Tanret annonçait à la *Société de Thérapeutique* la découverte qu'il venait de faire d'un principe actif de l'écorce de racine de grenadier. Entre les mains de MM. Tanret, Dujardin-Beaumetz, Béranger-Féraud, de Rochemure et Landrieux, le tannate de pelletière a donné de bons résultats. La dose est de 40 centigrammes, soit 8 grains.

Maladie de Bright.—A la suite d'observations cliniques portant sur soixante-deux cas de néphrite albumineuse observés en pratique privée, le Dr. Arthur V. Meigs présente les conclusions suivantes que nous empruntons à l'*American Practitioner*:—1. Dans aucun cas ordinaire (non compliqué) de maladie de Bright, il ne faut pronostiquer une mort prompte ni même déclarer la maladie incurable, car j'ai rapporté des cas où l'affection était chronique et avait persisté pendant plus de deux ans, et qui cependant ont guéri complètement, et d'autres où les malades ont pu être prolongés jusqu'à neuf ans. 2. La dyspnée se présentant sous forme d'asthme rénal est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et quand ce symptôme est interprété comme il doit l'être, il devient très précieux dans le diagnostic de cette maladie; un violent coryza constitue également dans ces deux cas un signe de quelque valeur. 3. Le chiffre de la mortalité par maladie de Bright va actuellement en augmentant. 4. Cette maladie est une cause très fréquente de mort chez les vieillards; il est même probable qu'elle est la cause directe de la mort d'un grand nombre de personnes âgées. 5. Le passage de calculs, même microscopiques, et à plus forte raison s'ils sont assez gros pour causer des coliques néphrétiques, est une cause puissante de maladie de Bright. 6. La présence de cylindres dans l'urine, avec ou sans albuminurie, est très fréquente; par contre, un sujet peut mourir de maladie de Bright, sans que cependant un examen très attentif puisse faire découvrir de cylindres urinaires alors même qu'il y avait beaucoup d'albumine. 7. L'abus de l'alcool est certainement une cause de maladie rénale, ainsi que la chose est prouvée par un cas que j'ai rapporté précédemment et chez lequel l'alcool a produit, à plusieurs reprises, de l'hémorrhagie rénale avec albuminurie et cylindres urinaires, tous symptômes qui cessaient de se manifester aussitôt que le malade abandonnait l'usage des spiritueux.

Traitement de l'angine de poitrine.—Günsburg (*Wien. Med. Presse*) traite l'angine de poitrine, quand elle est due à une affection des nerfs cardiaques, par des compresses froides placées sur la région précordiale. Il se produit bientôt une diminution notable dans l'intensité des battements du cœur, et la douleur s'apaise. Ce traitement convient surtout aux jeunes sujets. Chez les personnes plus âgées, les

compresses froides ne font pas autant de bien que les applications chaudes, conjointement avec lesquelles on administre de petites doses d'opium et de belladone, répétées toutes les quatre heures. Günsburg n'a jamais employé les injections hypodermiques de morphine sur la région précordiale, mais il incline à croire qu'elles seraient avantageuses. Il recommande la gymnastique comme mesure préventive.—(Physician and Surgeon.)

Coma Diabétique.—1. Le coma diabétique est apte à se montrer principalement chez les sujets jeunes et dans les cas aigus. 2. Les malades ainsi que leurs amis doivent être avertis du danger qu'entraînent après eux, dans les cas de diabète, la constipation, l'exercice musculaire, l'excitation nerveuse et le froid. 3. La découverte dans l'urine de la réaction au chlorure de fer doit être regardée comme un signe prémonitoire du coma. 4. Une respiration accélérée, un pouls rapide et la douleur abdominale sont les premiers symptômes prémonitoires de cet accident. 5. Malgré la dyspnée, il peut y avoir absence de cyanose, ou celle-ci peut ne se montrer qu'au moment de la mort. 6. Il n'est pas rare de rencontrer des mouvements convulsifs au moment même de la mort. 7. Le coma diabétique, avec ses symptômes ordinaires, se montre indépendamment de tout excès de matière grasse dans le sang, et l'importance de cette lipæmie, quand on la rencontre, n'est pas encore déterminée. 8. La théorie toxæmique, qui conclut à un empoisonnement par l'acétone ou par toute autre substance est celle qui explique le mieux ces symptômes remarquables.—(Drs. Foster et Saundby in *Birm. Med. Rev. et New York Med. Abstract.*)

De l'emploi du *Convallaria Maialis* dans les maladies organiques du cœur.—Le Dr. Beverley Robinson, professeur de clinique médicale à l'Hôpital Bellevue, communique au *New York Medical Journal* les résultats de ses observations au sujet de l'emploi de ce nouveau médicament, qu'il déclare être un tonique cardiaque d'une grande valeur, et dont il assimile les effets à ceux de la caféine et de la digitale.

« Lorsque, dit-il, l'extrait fluide de la racine de *convallaria* est administré à doses convenables (5 à 10 gouttes, toutes les deux ou trois heures), à des sujets souffrant de maladie cardiaque non compensée et présentant les symptômes ordinaires, tels que dyspnée, douleur précordiale, palpitations, etc., on peut constater une diminution notable dans l'intensité de ceux-ci. Quand, outre ces troubles purement fonctionnels, nous avons les signes physiques habituels à ces sortes de cas, *e. g.*, pouls faible, rapide et irrégulier, pulsations cardiaques tumultueuses et irrégulières avec bruit de souffle intense à l'un ou l'autre orifice, œdème des extrémités inférieures avec plus ou moins d'effusion dans les principales cavités, on obtiendra également de bons effets de l'emploi de ce remède. Ainsi le pouls devient plus fort et plus régulier, les bruits du cœur seront mieux entendus, et les palpitations toujours si pénibles cesseront.

« La dyspnée est souvent très-notablement soulagée et la respiration devient plus lente et plus profonde. Ordinairement l'anasarque ne diminue pas beaucoup sous l'action du *convallaria*, la quantité d'urine sécrétée reste la même, et les constituants solides de ce liquide con-

servent leurs proportions relatives. L'estomac se fait généralement bien à ce médicament, et dans les cas où j'ai remarqué de l'intolérance, j'ai attribué la nausée et les vomissements à un commencement d'intoxication urémique."

M. Robinson est d'avis que le muguet exerce son action tonico-sédative sur le cœur par l'entremise des nerfs pneumogastriques, et non pas en agissant directement sur la fibre musculaire de l'organe. Comme tonique du cœur il le met au-dessous de la digitale, mais il lui accorde d'avoir sur celle-ci l'avantage de ne pas donner lieu à des symptômes d'empoisonnement et de ne pas exposer les malades au danger résultant d'une accumulation de doses. Comme diurétique, la caféine est, à son avis, supérieure au muguet, ce dernier étant à son tour un tonique cardiaque plus puissant que ne l'est l'alcaloïde du café.

Enfin, M. Robinson émet l'opinion basée sur l'expérience, que le muguet est plus facilement toléré par les estomacs délicats et irritables que ne le sont la caféine ou la digitale.

Les résultats obtenus par M. Robinson sont identiques à ceux obtenus par M. Germain Sée, en ce qui regarde l'action du *convallaria* sur le cœur. Ils en diffèrent totalement au sujet des propriétés diurétiques de ce nouveau médicament. Pour M. Germain Sée (1), l'effet le plus puissant, le plus constant, le plus utile du muguet, c'est l'action diurétique. On vient de voir que, d'après M. Robinson, "la quantité d'urine sécrétée reste la même." On pourrait peut-être voir la raison de cette différence dans le fait que M. Sée a expérimenté avec des extraits de toute la plante, tandis que son émule de New York n'a employé qu'un extrait de la racine du muguet. Ensuite on se rappellera que la médication diurétique est une des plus incertaines de toutes les médications; qu'un médicament tel que la digitale ou la scille, administré dans le but d'activer la sécrétion urinaire, manquera totalement son effet dans un certain nombre de cas. Quoiqu'il en soit, le *convallaria* semble être, dans l'opinion de la plupart de ceux qui l'ont essayé, un remède précieux comme auxiliaire de la digitale, et qu'en certains cas il lui est supérieur.

H. E. D.

Coryza et atropine.—Gentilhomme emploie l'atropine contre le coryza aigu. Il la prescrit à dose de $\frac{1}{2}$ milligramme et dit n'avoir qu'à se louer de son usage.—(*Un. méd. et scientif. du Nord-Est*).

Effets de divers médicaments sur la sécrétion lactée.—L'iodure de potassium diminue la sécrétion du lait, l'acide salicylique l'a stimule; l'alcool, la morphine et le plomb ne l'affectent aucunement, non plus que la pilocarpine (?). L'acide salicylique augmente la proportion de sucre dans le lait, l'alcool augmente la proportion de matière grasse; la morphine, la pilocarpine et le plomb ne produisent aucun de ces effets, tandis qu'au contraire l'iodure de potassium trouble la sécrétion lactée. L'alcool n'est pas éliminé avec le lait; le plomb et l'acide salicylique ne le sont qu'en très minimes proportions.—(M. Stumpf, in *Deut. Arch. f. klin. med. et Therapeutic Gazette*).

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, novembre 1882, p. 534.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Compression par épanchements sanguins dans le crâne.—Leçon de M. DEPLAY recueillie par P. POIRIER, interne des hôpitaux.—Les épanchements sanguins compliquent assez fréquemment les fractures du crâne, les contusions et les plaies de l'encéphale. Ils peuvent déterminer des symptômes de compression; le fait n'est plus à démontrer, contrairement à l'opinion de Malgaigne, les observations et les expériences ne permettent aucun doute à cet égard. Ils peuvent exister seuls et ne s'accompagner que de lésions très peu graves de l'encéphale, par suite ils sont souvent justifiables d'un traitement chirurgical, seul capable de sauver la vie du blessé. Il importe donc d'étudier avec la plus grande attention leurs symptômes. Malheureusement cette étude est fort délicate et complexe, pour des raisons qu'il n'est plus nécessaire de vous expliquer, et quelque soin qu'on y apporte, l'esprit n'en revient point complètement satisfait.

Les sources de l'hémorragie dans les fractures du crâne sont nombreuses: le sang peut provenir des vaisseaux du diploë, de ceux de la dure-mère, ou des sinus, ou des gros troncs vasculaires qui pénètrent dans le crâne, ou de la blessure de l'artère méningée moyenne.

Sur 55 cas d'épanchements sanguins intra-crâniens réunis dans la thèse du Dr Marchant, prosecteur distingué de cette Faculté, nous trouvons que l'hémorragie était due: 16 fois à la rupture d'un sinus; 30 fois à la rupture de l'artère méningée moyenne; une fois aux vaisseaux du diploë, 8 fois à des lésions de la dure-mère. *Vous voyez que le plus souvent l'épanchement prend sa source dans la rupture de l'artère méningée moyenne.*

Dans nombre de cas, il a été impossible de retrouver le point de départ de l'hémorragie. Sur le vivant, il va sans dire que cette recherche ne doit point être faite si l'hémorragie s'est arrêtée; dans le cas contraire l'écoulement ou le jet sanguin guident vers le vaisseau blessé. Sur le cadavre, les injections d'un liquide coloré par le tronc de la méningée moyenne, et si elles ne réussissent pas, l'inspection par transparence de la dure-mère qui montrera une ecchymose au point blessé, vous seront d'un grand secours pour découvrir la blessure ou rupture vasculaire.

M. G. Marchant, dans son intéressant travail, a établi pour chacun de ces blessures vasculaires le *mode ordinaire de traumatisme et le siège ordinaire de l'épanchement*. Les sinus de la dure-mère peuvent être piqués ou perforés par des esquilles ou des instruments vulnérants, ou encore déchirés par disjonction osseuse, l'épanchement consécutif est alors le plus souvent extra-dure-mérien et unilatéral. Les vaisseaux méningés moyens sont lésés par deux mécanismes; tantôt leur déchirure est consécutive à la division du canal osseux qu'ils parcourent, tantôt ils sont piqués directement par une esquille; l'épanchement peut alors siéger sous la dure-mère, ou en dehors d'elle dans la *zone décollable*, ou être à la fois extra et intra-dure-mérien.

Les plaies contuses du cerveau et de ses membranes produisent les épanchements pie-mériens, interstitiels et ventriculaires.

Jadis on a distingué les épanchements en *primitifs* et *consécutifs*:

ils sont tous *primitifs*, seulement ils sont plus ou moins rapides, suivant que le sang provient d'un vaisseau plus ou moins volumineux et qu'il trouve des conditions plus ou moins favorables à l'épanchement.

Anatomie pathologique.—Les épanchements peuvent siéger entre la dure-mère et les os du crâne, c'est le cas le plus fréquent, dans la cavité arachnoïdienne, dans les mailles de la pie-mère, dans les ventricules, et dans la substance du cerveau.

La quantité de l'épanchement est variable et peut aller de 30 à 300 grammes et plus.

Vous trouverez, Messieurs, dans vos livres classiques, tous les détails concernant l'anatomie pathologique de ces épanchements et il m'est permis d'être bref sur ce point. Quand l'épanchement siége entre la dure-mère et le crâne, il se présente ordinairement sous forme d'un caillot plus ou moins volumineux, plus épais au centre qu'à la circonférence, s'étendant quelquefois loin du point où il a pris primitivement naissance, de la convexité vers la base par exemple. Au dessous, le *cerveau est souvent déformé, aplati.*

Si l'épanchement a son siège dans l'arachnoïde, le caillot est en général plus mou, plus diffus, moins limité, pré-entant souvent l'aspect d'une gelée de groseille. Au-dessus la dure-mère est tendue, rénitente, et a une teinte violacée et caractéristique.

Dans l'épanchement sous-arachnoïdien, on trouve une infiltration sanguine des mailles de la pie-mère, étendue plus ou moins loin entre les circonvolutions et les scissures.

Enfin, l'épanchement peut siéger dans le cerveau, soit sous forme d'une bouillie noirâtre, assez liquide, distendant un ventricule dont les parois sont parfois déchirées; soit que le foyer hémattique se forme dans la substance même du cerveau broyée et dilacérée.

D'ailleurs les épanchements crâniens peuvent occuper à la fois plusieurs des points que nous avons indiqués. En général, ils correspondent au point du crâne directement frappé, mais d'autres fois à une certaine distance ou au point diamétralement opposé. Ces particularités n'ont plus besoin de vous être expliquées. Il est fréquent de trouver une lésion du cerveau compliquant l'épanchement.

Ces épanchements subissent dans le crâne les mêmes transformations que partout ailleurs; leur terminaison ordinaire est l'inflammation et la suppuration du foyer; la résorption est possible quand l'épanchement est petit, le sujet jeune et le cerveau sain. On admet généralement que les épanchements méningés s'enkystent et peuvent être ainsi graduellement résorbés.

Symptômes.—Si vous vous rappelez, Messieurs, ce que nous avons dit des conditions pathogéniques les plus favorables à la compression;—qu'à volume égal un corps faisant saillie dans l'intérieur du crâne déterminait plus facilement la compression qu'un corps étalé à la surface;—que plus l'action était rapide, plus la manifestation était sensible,—vous ne serez point surpris d'apprendre que dans bien des cas les épanchements sanguins, qui réalisent précisément les conditions contraires, peuvent passer inaperçus.

Il est peut-être la source des doctrines si différentes qui ont régné tour à tour sur la symptomatologie des épanchements. Suivant les auteurs classiques, depuis l'Académie de chirurgie, la compression jouerait le rôle principal dans leur symptomatologie. Mais Malgaigne

et Gama ont combattu cette doctrine par l'expérimentation à la vérité très sujette à objection. Dans d'autres mains, (Duret, Pagenstecher, Marchant, etc.), l'expérimentation, mieux conduite, a donné des résultats fort différents.

L'examen clinique conduit aux solutions suivantes que j'ai formulées dans mon *Traité de pathologie externe* : 1^o Un grand nombre d'épanchements sanguins ne donnent lieu à aucun symptôme ; 2^o Les phénomènes que l'on observe quelquefois conjointement avec ces épanchements, soit qu'ils paraissent dus à une véritable compression du cerveau, soit qu'ils reconnaissent une toute autre origine, comme des lésions cérébrales de commotion et de contusion, n'ont rien de caractéristique.

Ces conclusions demeurent vraies ; cependant, parmi les symptômes que détermine la compression, il en est quelques-uns dont l'association à certainement quelque valeur au point de vue du diagnostic épanchement.

Parmi les symptômes généraux de compression, desquels, je le répète, aucun n'est pathognomonique, ceux sur lesquels il convient d'insister sont : la perte de connaissance et de sentiment, les phénomènes d'hémiplégie et la respiration stertoreuse.

Je ne veux pas par là, entendez-le bien, Messieurs, rééliter la doctrine célèbre éditée par J. L. Petit, qui distinguait les symptômes cérébraux qui suivent les traumatismes de la tête en *primitifs* et *consécutifs*, attribuant les seconds au développement d'un épanchement. Car il est aujourd'hui établi et de la façon la plus nette que l'apparition tardive des phénomènes cérébraux ou l'aggravation des symptômes cérébraux existant déjà, sont loin d'annoncer la formation d'un épanchement sanguin ; mais qu'ils sont bien plutôt en rapport avec le développement d'une méningo-encéphalite, comme nous le verrons en faisant l'histoire de cette terrible complication.

Messieurs, quand par l'association des symptômes indiqués plus haut, vous serez conduits à soupçonner l'existence d'un épanchement sanguin, vous pourrez chercher alors à préciser le siège de cet épanchement ; car les différentes variétés d'épanchement présentent en propre quelques symptômes spéciaux à chacune d'elles.

Pour ce qui est des épanchements entre la dure-mère et les os du crâne, Marchant distingue deux cas :

- 1^o Épanchement sans solution de continuité des parties molles ;
- 2^o Épanchement avec solution de continuité.

Dans le cas d'épanchement sans solution de continuité des parties molles, les symptômes locaux ont une importance extrême. Je vous ai dit que dans le plus grand nombre de cas l'épanchement était dû à une rupture du tronc ou d'une branche de l'artère méningée moyenne. On observe alors, suivant M. Marchant, un œdème et un empatement diffus de la région temporo-pariétale, une douleur localisée, une ecchymose zygomatoco-mastoldienne, du trismus, et quelquefois une dilatation de la pupille du côté de l'épanchement ; en même temps, comme troubles généraux : coma, stertor, phénomènes de compression et d'irritation. Associés, ces troubles auraient une valeur pathognomonique.

Quand il y a plaie des parties molles, le diagnostic devient facile si la plaie est large, et dans le cas contraire le débridement permet tou-

jours de constater la solution de continuité de l'os et la filtration du sang à travers les fragments.

Pour les *épanchements arachnoïdiens et sous arachnoïdiens*, tous les auteurs s'accordent à distinguer les épanchements qui siègent à la convexité, et ceux de la base: les premiers donnant lieu à des symptômes de compression, et les seconds à des symptômes d'irritation (attaques tétaniques, convulsions et contractures localisées).

Les *épanchements intra ventriculaires* ont à peu près les mêmes symptômes que ces derniers. (Chareot, Vulpian, Exp. de Duret, Marchant).

Les *hémorrhagies centrales*, quand leur foyer est très étendu, agissent par pression sur l'ensemble des centres nerveux et produisent le coma et la mort. (*Progrès Médical.*) (A suivre.)

Traitement de l'Hydrocèle.—Le *Practitioner* reproduit du *Medical Record* de New York, l'article suivant du Dr. R. F. Weir, au sujet du traitement de l'hydrocèle par les injections d'acide carbolique: Avant de me décider à adopter ce mode de traitement, je savais par expérience que les injections d'acide carbolique ne sont pas très-irritantes, mais je fus très-agréablement surpris de constater que l'acide concentré, au moins dans les cas que j'ai pu observer, ne causait aucune douleur ou si peu que rien. Dans mon service à l'hôpital Bellevue et dans ma clientèle privée, j'ai employé cette injection chez treize patients dont quatre avaient un hydrocèle double, et je n'ai échoué qu'une fois. Dans les cas d'hydrocèle double, les deux sacs furent injectés en une seule séance. Le liquide se reproduisit de nouveau, mais une seconde injection d'acide carbolique pur, pratiquée deux semaines plus tard, fut suivie de guérison. Plus tard je changeai ma manière d'agir, car quand le liquide se reproduit il disparaît graduellement comme après une injection d'iode. Dans la majorité des cas il n'y eut pas de second épanchement, mais un épaissement de toute la tunique vaginale tant pariétale que viscérale. Cet épaissement dure trois ou quatre semaines, quelquefois davantage. Le patient n'est aucunement empêché de vaquer à ses occupations ordinaires, bien que Levis prétende qu'un jour de repos au maximum est nécessaire. Dans chacun des cas ci-dessus, l'urine a été soigneusement analysée pendant trois ou quatre jours après l'opération dans le but de constater s'il y avait ou non absorption d'acide carbolique. Le résultat fut toujours négatif. La quantité d'acide injectée fut d'une demie drachme à une drachme et demie.—(*The Medical Tribune.*)

Nouveau traitement du Cancer.—Bien que le médecin soit habitué à voir échouer les remèdes proposés tous les jours contre cette terrible maladie, il ne serait pas justifiable de refuser l'emploi des moyens qui peuvent soulager les douleurs de la longue agonie de cette classe de patients. L'article suivant publié dans le *Cincinnati Lancet and Clinic*, par le Dr. W. A. Collins, permettrait d'espérer de bons effets de la poudre d'ergot fraîchement préparée. Tous les cas qu'il rapporte avaient été préalablement traités par un ou plusieurs médecins compétents qui avaient bien évidemment établi le diagnostic de l'affection cancéreuse. Le premier essai qu'il fit du remède lui a causé autant de surprise qu'au patient. Celui-ci, âgé de soixante-sept ans, portait

sur la face et le cou un ulcère profond de forme irrégulière, à bords indurés et noduleux, dont la date d'apparition remontait à deux ans, et dont le développement suivait une marche régulière. Au centre de l'ulcération, on pouvait facilement voir battre l'artère carotide. La mort par épuisement semblait imminente. Le Dr. Collins appliqua trois fois par jour de l'ergot fraîchement réduit en poudre impalpable, et fit lotionner parfaitement la plaie une fois par jour. Après chaque application l'ulcère fut recouvert d'une mousseline imbibée d'une solution d'acide carbolique; fer, quinine, etc., administrés à doses voulues. L'ulcère prit bientôt un meilleur aspect, l'induration des ganglions lymphatiques disparut, et en moins de douze semaines la guérison était complète et s'est maintenue jusqu'aujourd'hui. Un oncle du patient était mort d'un ulcère du même genre, et une tante d'un cancer du sein. Le second cas se rapporte à un cancer du sein avec engorgement ganglionnaire. La guérison fut obtenue en six mois. Le troisième, ulcère à l'angle externe de l'œil, guérison en deux mois. Le quatrième, ulcère de la lèvre; ganglions sous-maxillaires envahis, guérison en deux mois; pas de récurrence. Le frère de ce dernier patient était mort d'un ulcère de même nature, siégeant aussi à la lèvre. Dans cinq cas l'ulcération fut guérie, mais il s'en produisit d'autres qui emportèrent les patients. Tous les cas de nature cancéreuse apparemment incontestable qui furent traités par la poudre d'ergot, se terminèrent par la guérison, excepté un. Deux autres cas, revêtant les caractères du squirre profond furent traités de la même manière, mais sans résultat appréciable.—(*Western Lancet-Guillard's Medical Journal.*)

De l'emploi combiné de l'écraseur linéaire et du thermo-cautère dans certaines opérations chirurgicales;—(*Extrait d'un article du Journal de médecine de Bordeaux*)—Certaines opérations chirurgicales, bien que se pratiquant sur des organes très différents, ont entre elles un lien étroit. Ce lien, c'est la nature particulièrement friable des tissus, c'est leur richesse vasculaire excessive, c'est enfin le siège de l'organe à enlever, qui le rend difficilement accessible et place, par conséquent, le chirurgien en présence de difficultés opératoires toutes spéciales. Entre toutes ces opérations, l'amputation de la langue, celle de la verge, du col de l'utérus, sont les plus importantes.

Prenant pour point de départ cette vue si heureuse de Bæckel: *De la constriction des vaisseaux précédant leur section*, M. Poinsoy a imaginé d'employer dans ce but, au lieu et place du galvano-cautère, si encombrant, si difficile à manier, dont se sert Bæckel, deux instruments bien simples; l'écraseur et le thermo-cautère. Il a appliqué sa méthode dans un cas d'amputation de la langue, et le succès a répondu à son attente.

Développant l'idée de M. Poinsoy, le Dr Rivière, de Bordeaux, dans sa thèse inaugurale, nous fait savoir que la modification apportée par le professeur Bæckel au manuel opératoire: striction des tissus avant leur section, constitue la clef du problème hémostatique. L'emploi, dans ces conditions de l'anse galvanique (Bæckel), met à l'abri de l'hémorrhagie, mais complique et rend incertain le manuel opératoire. La méthode de M. Poinsoy, préconisée par M. Rivière, substitue à cet

appareil compliqué l'emploi combiné de l'écraseur et du thermo-cautère; l'écraseur pour opérer sur les tissus à enlever une striction, un étranglement plus ou moins prononcé, mais pas assez pour amener la section ou le sphacèle; le thermo-cautère pour terminer l'amputation en avant de la chaîne. Ce procédé a l'avantage d'opposer à l'hémorrhagie une triple barrière qui comprend de dedans en dehors :

- 1^o Les tuniques interne et moyenne recroquevillées par écrasement,
- 2^o La tunique externe effilée et tordue sur elle même par l'action de la chaîne;
- 3^o Enfin l'escharo solide et résistante produite par le thermo-cautère.

Des expériences personnelles, au nombre de seize, faites sur des chiens, dans le laboratoire de M. le professeur Jolyet, ont permis à M. Rivière de pouvoir défendre avec une autorité réelle le procédé de M. Poinso.

Dans la troisième partie nous trouvons deux observations d'amputation de langue: l'une est celle de M. Poinso et a servi de point de départ à la thèse de M. Rivière, la deuxième a été pratiquée par M. Demons à l'hôpital St André avec un succès complet.

Traitement de la fistule anale.—Le Dr Poingt est très partisan du drainage de la fistule anale. Il termine sa thèse sur ce sujet par ces conclusions :

Les fistules à l'anus, justiciables de la ligature élastique, peuvent être guéries par le drainage simple du trajet fistuleux.

Le drainage d'une fistule à l'anus se fait, soit avec un stylet auquel on fixe un drain que l'on fait pénétrer de l'anus vers l'origine externe, procédé plus commode et moins douloureux pour le malade, soit avec un petit trocart de Chas-aignac, soit avec les instruments spéciaux de MM. Allingham ou Terrillon.

Au bout de peu de jours, quinze à vingt en moyenne, le drain tombe de lui même après avoir détruit, sans qu'il y ait constriction, la paroi superficielle du trajet fistuleux; après la chute du drain, il reste une surface granuleuse, bourgeonnante, de peu d'étendue, dont la cicatrisation se fait rapidement.

L'opération n'est nullement douloureuse et peut se faire sans anesthésie.

Il n'y a à redouter aucune des complications qui peuvent survenir dans les opérations de fistule à l'anus par l'instrument tranchant.

Le malade peut vaquer à ses occupations le jour même de l'opération. Influence nulle sur l'état général.

Ni pendant, ni après l'opération, il n'y a cette douleur qui parfois est si violente dans la fistule traitée par la ligature élastique.

Traitement des fractures de la rotule.—C'est à la Société médicale de Londres que Lund a fait sa communication. Elle est intéressante à rapprocher de celle de Léon Lefort à la Société de chirurgie au sujet de la suture osseuse dans l'amputation ostéo-plastique du cou-de-pied.

Voici en quoi consiste le traitement de Lund :

Pendant les six ou huit premiers jours, la jambe est maintenue dans une gouttière: on applique des lotions froides ou de la glace sur le genou jusqu'à ce que l'épanchement ait à peu près disparu. Alors,

tandis que le blessé est sous l'influence du chloroforme, on enfonce transversalement une longue aiguille d'acier dans chacun des fragments de la rotule, de dehors en dedans. L'entrée et la sortie de l'aiguille ne font qu'une plaie insignifiante à la peau, et on prend le plus grand soin pour éviter que l'aiguille ne vienne à blesser la surface articulaire. Les aiguilles étant placées bien parallèlement, on les rapproche jusqu'à ce que les fragments soient bien en contact, et, fixant solidement ce rapport on enroule autour des extrémités un fil de cuivre, et on l'entortille de façon à lui donner une assez grande force. Les fragments restent en contact absolu. Lund pour mieux exposer ses idées, démontra sur une pièce artificielle l'application de son procédé : les fragments, deux morceaux de liège, étaient écartés par des bandes de caoutchouc qui faisaient office de muscles et de ligaments; la peau était simulée par une genouillère.

Lund a obtenu trois succès complets par cette méthode. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les aiguilles d'acier ne produisirent aucune altération, aucun trouble local, bien que l'aiguille fut restée trente-sept jours dans un cas et quarante-trois dans l'autre. La réunion était osseuse.—(*Lancet*, 29 avril 1882.)

Erysipèle traumatique.—D'après le professeur Verneuil, un sujet antérieurement affecté d'erysipèle et qui vient à être blessé est plus particulièrement exposé à l'erysipèle traumatique, ou, en d'autres termes, un premier erysipèle expose un blessé à une seconde attaque même après un intervalle de plusieurs années.—(*Gazette de Méd. de Paris*).

Injection de Reliquet contre la cystite chronique.—D'après l'*Union médicale de Paris* cette injection se compose d'acide carbolique cristallisé dissout au moyen d'une quantité suffisante d'alcool, dans mille ou deux mille parties d'eau distillée; convenablement préparée elle ne cause pas de douleur et produit un effet astringent qui modifie la surface dénudée et empêche l'absorption. Après avoir lavé la vessie avec de l'eau à la température du sang, on injecte doucement la solution jusqu'à ce que la vessie soit bien distendue, de façon à ce que le liquide vienne en contact avec toutes les parties de l'organe, on laisse alors écouler au dehors la solution carbolique et on injecte de nouveau de l'eau chaude pour laver la vessie.—(*N. Y. Med. Journ. — New-Orl. Med. and Surg. Journ.*).

Syphilis du singe.—M. Martineau a inoculé avec succès, chez le singe, le pus d'un chancre syphilitique. Les chancres sont apparus 23 jours après l'inoculation et ont évolué également en 28 jours. On sait que c'est la marche habituelle des accidents syphilitiques chez l'homme. L'adenopathie inguinale s'est accentuée, puis se sont montrées entre la 7^e et la 8^e semaine des syphilides érosives (plaques muqueuses) no laissant plus aucun doute sur l'infection spécifique.—(*Le Praticien*.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Tumeurs fibreuses de l'utérus ; par le Dr SAINT-PHILIPPE.—(*Communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.*)—Les tumeurs fibreuses de l'utérus intéressent le médecin tout autant que le chirurgien ; c'est à ce titre que je veux appeler votre attention sur ce point et vous faire à leur sujet une communication d'ordre purement clinique. Communément dans la pratique, quand un médecin se trouve en face d'une de ces tumeurs, il tient à la malade à peu près le langage suivant : " Votre affection est bénigne, tout à fait compatible avec l'existence ; il n'y a pas à intervenir radicalement. Le mal diminuera avec les progrès de l'âge et pourra disparaître complètement à l'époque de la cessation des règles. *Peut-être aurez-vous la chance d'accoucher un beau jour brusquement de votre tumeur et d'en être débarrassée à tout jamais,*" Il me semble qu'il y a dans ces paroles une exagération d'optimisme contre laquelle protestent assez souvent les événements, et que le vrai pronostic de ces tumeurs n'est pas aussi bénin ni aussi innocent qu'on veut bien le dire. Je vais essayer de le démontrer.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'on a l'habitude de distinguer les tumeurs fibreuses de l'utérus en interstitielles, sous muqueuses et sous péritonéales, suivant la situation qu'elles occupent dans cet organe. M. Courty ajoute que la seule différence qui sépare les tumeurs des polypes du même nom, c'est que les derniers sont reliés à l'utérus par un pédicule. Peut-être y aurait-il lieu de les séparer au point de vue de leur constitution anatomique, de leur structure qui est loin d'être toujours la même. Mais, en fait de division, et pour la clarté de mon exposition actuelle, je me contenterai de les distinguer en : 1° tumeurs fibreuses, polypes fibreux, fibromes contenus dans la matrice, 2° en tumeurs fibreuses, polypes fibreux, fibromes expulsés hors de la cavité utérine et siégeant soit dans le vagin, soit au dehors.

La seconde catégorie me paraissant plus importante, je débute par elle. J'en ai observé tout récemment trois cas. Le premier s'est présenté à moi à la consultation gratuite de l'hôpital St-André. C'était une fille, jeune encore, qui en était porteur. Elle était conduite par une voisine qui avait des airs mystérieux en l'accompagnant et semblait insinuer que la malade pouvait bien avoir clandestinement accouché d'un produit qu'elle aurait ensuite supprimé. La malheureuse baissait la tête elle-même et n'avait pas l'air de nier absolument. Ses réponses étaient embarrassées et ambiguës. On n'en pouvait rien tirer de net ni de certain. A l'examen direct, dès que je l'eus fait étendre, je fus tout d'abord suffoqué par une odeur abominable de sphacèle qui s'échappait des parties génitales, et je découvris une sorte de cordon attaché encore à l'utérus par le col entr'ouvert, et qui tombait en putréfaction.

On eût dit véritablement un cordon placentaire. Je flairai la possibilité d'un cas médico-légal. Mais comme, d'autre part, l'hypothèse de l'expulsion d'un corps fibreux se présenta à mon esprit, et qu'il existait de la fièvre et des symptômes apparents d'infection putride, j'arrêtai là mon exploration et conseillai à cette jeune fille d'entrer tout de suite à l'hôpital. Je pensai bien qu'à tête reposée on arriverait à démêler la

vérité, qui pouvait appartenir à la science comme à la justice. J'ai eu depuis que le chirurgien de la salle avait conclu à l'expulsion d'un fibrome, et que les symptômes de septicémie qui avaient paru depuis plus d'une semaine déjà étaient allés, quoi qu'on fit, en augmentant, et que la malade était morte peu de jours après son entrée dans le service.

Mon second cas est venu me trouver dans mon cabinet. Il s'est montré chez une femme d'environ quarante ans qui pensait avoir une descente de matrice. Je découvris chez elle une petite tumeur d'apparence muqueuse, mamelonnée, saignante, qui était reliée à l'utérus par un long cordon blanchâtre, dont on ne pouvait avec le doigt trouver le point d'insertion, et qui s'offrait à la vue dès qu'on écartait les grandes lèvres. La présence de cette tumeur, outre son incommodité propre, avait retenti sur les grands appareils de l'économie. La malade était jaune, maigre, nerveuse; elle ne mangeait pas, dormait mal et pouvait difficilement, à cause des douleurs de son ventre, vaquer aux soins de l'existence. Je l'en débarrassai à l'aide d'une simple section par une anse de fil métallique portée aussi haut que possible. L'opération fut des plus élémentaires et pourtant les suites furent mauvaises. La portion du pédicule restée au dedans se sphacéla sans doute, car il se montra des symptômes de septicémie, traduits par de la fièvre, des symptômes généraux et l'écoulement d'un liquide sanieux et infect. La malade guérit au bout de trois semaines seulement, après m'avoir inspiré les plus vives inquiétudes et avoir couru un véritable danger.

Le troisième fait que j'ai à vous rapporter est plus saisissant encore. Il y a quelques mois, je fus appelé près d'une jeune femme de 25 ans qui me raconta que depuis plus de deux ans elle avait subi différents traitements pour une maladie utérine, une métrite, lui avait-on dit, qui ne s'était point améliorée, loin de là; et que, découragée, elle avait cessé depuis six mois tous soins. Ses règles, me dit-elle, très abondantes, s'accompagnaient de douleurs insupportables; à peine cessaient-elles quelques jours entre les deux intervalles mensuels pour être remplacées alors par un écoulement de sérosité presque limpide. Elle n'avait jamais été grosse. Pourtant son ventre s'était développé au point que tout le monde la croyait enceinte. Je ne voulus l'examiner que chez elle, dans son lit, car je crois qu'il est toujours imprudent de donner son avis dans son cabinet pour de pareils cas. Le palper abdominal me révéla tout d'abord un utérus développé jusqu'au dessus de l'ombilic, globuleux, lisse et dur.

D'autre part, l'examen au doigt et l'examen au spéculum restaient négatifs. Il n'y avait aucuns signes de grossesse, aucune trace de métrite du col. On ne pouvait davantage songer à un kyste ovarien ou para-ovarien. Je m'arrêtai alors à l'idée d'une tumeur fibreuse, sans doute interstitielle, et je crus pouvoir affirmer sans hésitation ce diagnostic, en faisant miroiter aux yeux de la malade les deux alternatives dont j'ai parlé plus haut et en insistant surtout sur ce que l'expulsion naturelle de la tumeur pourrait avoir de favorable pour elle.

En même temps je prescrivis des injections froides et l'emploi prolongé de l'ergotine. Ce médicament, mal supporté en injections hypodermiques, fut ensuite administré par l'estomac. La malade, désireuse d'arriver rapidement à la solution qu'elle désirait, en augmenta même la dose d'une façon très sensible, si bien qu'un jour, à la suite d'un voyage à Pau, elle m'envoya chercher en m'annonçant que son ventre

avait baissé et qu'il lui semblait qu'elle allait rendre sa tumeur. Les douleurs étaient d'ailleurs comparables à celles de l'accouchement. Je touchai. Je trouvai un col dilaté comme une pièce de deux francs et je sentis nettement le corps étranger sous mon doigt. Je déclare qu'à ce moment un médecin étranger, appelé à l'improviste, aurait pensé à un travail de parturition ordinaire. Étant donné l'état tétanique de l'utérus et les douleurs, qui étaient très violentes, je fis cesser l'ergotine pour m'en tenir à l'expectation pure et simple, après avoir annoncé comment les choses se passeraient dans cette sorte d'accouchement fibreux. Le lendemain le travail avait marché avec lenteur: la tumeur était à cheval sur le col. Mais la malade souffrait si horriblement que je fus obligé de lui donner du chloral; la vulve était le siège d'une hyperesthésie telle, qu'on ne pouvait la toucher sans provoquer de très vives souffrances; pas de pertes de sang, mais un écoulement déjà fétide. Le soir, la tumeur était dans le vagin, mais elle se prolongeait encore dans l'intérieur du col sans qu'on pût parvenir à la circonscrire. La face commençait à se gripper, le pouls était devenu plus rapide: les douleurs ne cessaient point. Je décidai d'intervenir chirurgicalement; dès le lendemain matin, avec l'aide de mon ami le Dr Lande, dont vous connaissez la compétence en matière de gynécologie, nous nous mîmes en mesure de débarrasser la malade de son polype, attendu que la situation devenait alarmante. J'administrai le chloroforme, et M. Lande se chargea de la partie chirurgicale proprement dite. Un fil de fer fut passé, non sans difficulté, autour de la tumeur, aussi près du col que possible. Mais à la pression la tumeur fut sectionnée et nous recueillîmes une masse mi-dure, mi-charnue, du volume des deux poings, et qui pesait 500 grammes environ. Nous ne fûmes point rassurés. L'utérus était resté volumineux. Nous pensions bien qu'il y restait une grosse partie du fibrome. Mais, malgré l'anesthésie, il ne fut pas possible d'aller à sa recherche dans l'intérieur de la matrice. Dans la journée il y eut des vomissements. Le pouls était petit et très fréquent, la température très élevée. Une odeur horrible venait de la vulve et du vagin. La malade était triste et abattue. Toute la douleur avait cessé. Nous instituâmes un traitement aussi antiseptique que possible: lavages, injections, pulvérisations péniqués. Plusieurs fois par jour nous fîmes établir dans la chambre le brouillard du spray que nous avions fait régner également pendant toute la durée de l'opération. Malgré cela, les symptômes de septicémie s'accroissaient de plus en plus. Je note en passant, pour y revenir, que la malade se plaignait d'une douleur aiguë siégeant au niveau de la région hépatique et correspondant à l'épaule droite, et qu'en même temps elle présentait une teinte franchement icterique, sans qu'il y eût de signes de pleurésie. Le lendemain, à l'aide du chloroforme, nous fîmes une nouvelle tentative pour enlever ce qui restait de la tumeur. Nous ne pûmes en extraire que des lambeaux, du putrilage en quelque sorte. L'état général demeurait très mauvais. La température atteignait 40 et plusieurs dixièmes. Enfin, le soir une péritonite foudroyante terminait la scène, qui n'avait pas duré quatre jours. (à suivre)

Leucorrhée.—Le *Medical Record*, de New York, donne le résumé suivant d'une communication du Dr. Fordyce Barker, à la Société gynécologique américaine:

Le fait que la leucorrhée n'est pas une maladie idiopathique, mais un symptôme d'états morbides variés, semble avoir induit les gynécologues à en négliger l'étude, et pratiquement à oublier que cette affection dépend souvent de causes constitutionnelles, et que lorsqu'elle passe à l'état chronique elle donne lieu par elle-même à d'importantes altérations locales. Pendant le dernier quart de siècle, aucun écrivain n'a envisagé la leucorrhée comme symptôme d'une maladie locale, sauf Courty, Stoltz et Robert Barnes qui ont attiré l'attention sur quelques unes de ses causes locales. Les gynécologues américains, anglais, français et allemands sont tous également laconiques sur ce sujet. Pendant plusieurs années, dit l'auteur, je n'ai aucunement ajouté foi à l'opinion de Tyler Smith qui prétend que dans beaucoup de cas, la leucorrhée est la cause première de différents états morbides de l'orifice et du col utérin, et bien qu'aujourd'hui je ne sois nullement disposé à croire que ce fait s'applique à la majorité des cas, je me suis convaincu pendant ces dernières années qu'il s'applique évidemment à quelques-uns. On est unanime à admettre que la leucorrhée est entretenue, tant par causes locales que constitutionnelles, mais je suis porté à croire que ces dernières sont trop souvent méconnues aujourd'hui, tant sous le rapport du diagnostic que du traitement de cette affection. Plusieurs de ces causes constitutionnelles, telles que les variations atmosphériques, qui favorisent les affections catarrhales en général, la pléthore chez les unes, l'anémie chez les autres, toutes les formes de dénutrition et de débilité, etc., sont bien comprises. L'influence des désordres nerveux résultant d'un défaut de nutrition ne l'est peut-être pas autant, bien que tous les praticiens aient observé qu'une émotion morale violente est chez certaines patientes presque infailliblement suivie de leucorrhée.

L'auteur considère ensuite l'influence que certains faits anatomiques, telles que les altérations des vaisseaux sanguins de l'utérus, signalés par Mayrhofer, peuvent avoir sur ce désordre. La leucorrhée et ses symptômes concomitants ne sont pas rares chez les jeunes filles; tous les ans l'auteur est consulté à ce sujet surtout par de jeunes demoiselles qui viennent à la ville "compléter leur éducation." L'affaissement moral causé par l'ennui et l'épuisement nerveux lui semblent être la plus fréquente des causes constitutionnelles chez ces personnes. Il croit que la cause d'erreur la plus fréquente dans le traitement de ces cas, résulte de l'omission des agents thérapeutiques ayant pour effet de favoriser le jeu physiologique de toutes les fonctions organiques, du défaut de surveillance de la morale, et de l'emploi routinier des préparations de fer qui, sous de telles circonstances, détruisent l'appétit, produisent la céphalalgie, etc.—(*Mich. Med. News*,—*Amer. Med. Digest.*)

Des troubles de la menstruation à la suite de lésions chirurgicales ou traumatiques, et après l'ovariotomie; par le Dr. TERRILLON, de Paris.—*Annales de gynécologie.*—On a tiré des observations sur ce sujet du Dr. Terrillon et autres, les conclusions suivantes :

- 1o Les traumatismes accidentels ou opératoires ne peuvent avoir aucune influence permanente sur la fonction menstruelle.
- 2o Sous l'influence des causes ci-dessus mentionnées, il peut survenir

une suppression temporaire de nature à faire croire à la cessation permanente de la fonction ou à la grossesse.

30 Peu de temps après un traumatisme, il peut survenir des troubles menstruels de caractères variables, les époques sont tantôt rapprochées, tantôt éloignées l'une de l'autre.

40 A la suite d'opérations sur certaines régions, il survient fréquemment un écoulement sanguin qui peut durer plusieurs jours. En général, cet écoulement n'est pas accompagné de douleur et n'influence en rien les époques subséquentes. L'auteur considère le cas contraire comme absolument accidentel. Il divise les régions du corps en quatre zones sous le rapport de leur influence sur la menstruation ou la congestion utérine. La première zone comprend l'appareil sexuel. Les opérations pratiquées sur les organes qui en font partie sont plus souvent suivies de troubles de la menstruation. La seconde est aussi une zone génitale et est très-importante. Elle comprend toutes les parties qui avoisinent les organes génitaux y compris les grandes et petites lèvres, le mont de Vénus et l'anus. Les mamelles constituent la troisième zone. La quatrième comprend tout le reste du corps. Un fait curieux est que la menstruation après avoir été suspendue pendant quelques mois peut quelquefois reparaitre à la suite d'une opération pratiquée sur l'une des quatre zones. L'ovariotomie a une influence plus marquée sur le flux menstruel qui, à la suite de l'opération, peut être hâté ou retardé, ou dégénérer en ce qu'on a appelé l'épistaxis utérin sans que pour cela la fonction menstruelle en elle-même soit troublée.—(A. CURRIER, in *American Journal of Obstetrics*.)

Prurit vulvaire ; traitement ; par M. le docteur Rudolf Tanszky, de New York.—Traduit des *Annales de obstetrica, ginecologia y pediatria*, de Madrid, par le docteur Deletrez.—Cette rebelle et incommode infirmité est produite le plus souvent par l'éréthisme, l'intertrigo, l'acné, l'eczéma ou le prurigo, conséquences d'une vaginite ou d'une endométrite.

Dans cette forme, le docteur Tanszky emploie les injections tièdes, composées d'infusion de graine de lin et d'extrait aqueux d'opium. Il y joint les bains de siège tempérés trois fois par jour pendant 20 à 30 minutes ou des irrigations vaginales avec du sulfate de zinc.

Après chaque irrigation, il introduit dans le vagin un tampon d'ouate salicylée ou phéniquée, enduit légèrement d'une pommade à l'acétate de plomb avec de l'extrait de belladone. Ce tampon sert à tenir les parties génitales externes à l'abri des sécrétions muqueuses ou mucopurulentes qui entretiennent les excoriations. Il recommande en outre à la malade, de laver, matin et soir, les parties génitales avec l'eau phagédénique noire.

Calomel.....	4 grammes. (ʒi)
Pulv. opii.....	2 id. (gr xxx)
Aq. calc.....	325 id. (ʒx)

Il recommande également les applications de teinture de fer diluée ou d'une solution d'acide phénique au 2/100.

Le baume du Pérou lui a donné dans certains cas de beaux résultats ; à l'emploi sous la forme suivante :

Pulv. gomm. arabic.....	8 grammes.	(zii)
Balsam. peruv.....	4 id.	(ziss)
Olei amygd. dulc.....	6 id.	(zi gr)
Aq. ros.....	30 id.	(zi)

qu'il applique avec un pinceau sur les parties excoriées.

Cette dernière préparation conseillée pour la première fois par M. Ufeland, vient surtout à point dans le traitement des gerçures du mamelon.

Dans le prurit d'origine diabétique, outre les moyens indiqués, il recommande l'usage de la glycérine à l'intérieur à la dose de 24 à 32 grammes par jour, par cuillerée à café.

Quand cette affection reconnaît pour cause une endométrite, c'est à celle-ci qu'on doit s'attaquer par le nettoyage et le raclage; si elle dépend de végétations polypeuses, de fongosités ou d'adénomes dans le canal cervical utérin ou dans l'intérieur de la matrice, il conseille de dilater le col avec des tiges de laminaria et d'appliquer sur les endroits malades la solution d'iode de Churchill: toutefois si cette application est trop douloureuse, il la remplace par des injections d'acide carbonique dissous dans la glycérine (4 gr. 30) faites au moyen d'une sonde utérine maintenue appliquée sur le fond de la matrice pendant cinq à huit minutes.

SYPHILIGRAPHIE.

Des injections sous-cutanées d'iodoforme dans le traitement de la syphilis.—Dans une communication au *Cent. f. d. Med. Wiss*, le Dr Thomann, donne les résultats qu'il a obtenus au moyen des injections sous-cutanées d'iodoforme dans plusieurs cas de syphilis constitutionnelle.

L'iodoforme dont il s'est servi était tenu en suspension dans la glycérine (6 pour 20). L'on commença par une dose de 0,30 d'iodoforme que l'on éleva ensuite à 0,75. Subséquemment on fit l'essai d'une solution dans l'huile (0,30 d'iodoforme pour 60c d'huile d'amandes douces). On avait fait choix de cas récents mais chez lesquels on avait constaté une tuméfaction considérable et très dure des ganglions de l'aîne. Après dix ou douze injections pratiquées en différents endroits, on pouvait déjà remarquer une diminution de cette hypertrophie. Il ne se forma aucun abcès. Quelques-uns des malades se plaignirent d'une légère douleur après les injections, douleur qui, cependant, dura peu de temps. Le lendemain la peau était un peu rouge et sensible à la pression tout autour de la piqûre, en même temps qu'elle était légèrement soulevée et indurée. Ces symptômes se dissipèrent graduellement.

Les effets produits sur la peau par la solution d'iodoforme dans l'huile furent plus marquées. Les endroits piqués se couvrirent d'une rougeur érysipélateuse qui dura quarante-huit heures; néanmoins il n'y eut aucune induration. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans une solution un peu ancienne, l'iode a été mis en liberté, ce qui rend le liquide beaucoup plus irritant.

Deux heures après l'injection, on a pu découvrir la présence de l'iode

dans l'urine. Mais l'odeur si caractéristique de ce métalloïde ne put être constatée ni dans l'haleine, ni dans la sueur, ni dans l'urine.

La condition générale des malades resta la même. Aucun phénomène de narcotisme ne se produisit, ce qui est dû probablement au fait que le remède ne fut administré qu'à de très petites doses.—(*Journal of Cutaneous and Ven. Diseases.*)

Traitement de la syphilis infantile—(Clinique de M. le Dr ARCHAMBAULT à l'hôpital des enfants malades.)—Alors même que le diagnostic est nettement posé, la syphilis infantile est souvent soignée d'une manière défectueuse, surtout parce qu'elle est traitée d'une façon insuffisante. M. Archambault pose comme principe que ce traitement doit être institué dès que les premières manifestations syphilitiques sont observées; de plus il ne faut pas se borner à traiter la mère ainsi que font quelques médecins; cet intermédiaire est absolument insuffisant et ne peut être considéré que comme un adjuvant; il faut s'adresser directement à l'enfant et le médicament par excellence, dans ce cas, est le sublimé sous la forme de liqueur de Van Swieten administré dans du lait. Dans les cas de syphilis légère, on peut commencer par un milligramme; si au contraire la syphilis est grave, il faut arriver très rapidement à quatre ou cinq milligrammes tous les jours. La liqueur de Van Swieten étant, comme on sait, une solution au millième, et 1 gramme représentant 1 milligramme de sublimé, on en donnera dix gouttes le matin, dix gouttes dans l'après-midi et dix gouttes le soir, en augmentant tous les dix jours chacune de ces doses de deux gouttes, et on arrive ainsi à donner quatre ou cinq grammes de la solution.

Il est assez difficile d'indiquer le moment où on devra suspendre la médication; on se guidera pour cela surtout sur les résultats obtenus; il faut tenir grand compte dans ces cas de l'état de l'intestin. La diarrhée des enfants syphilitiques s'arrête ordinairement par l'action même du sublimé; cependant ce médicament peut quelquefois provoquer cet accident par lui-même. On peut alors ajouter à la dose quotidienne de la liqueur une dose de laudanum qui se trouve ainsi suffisamment fractionnée pour qu'on n'en craigne pas les effets toxiques. On peut aussi remplacer le sublimé par *l'hydrargyrum cum creta* à la dose de cinq à dix centigrammes.

Le traitement externe a souvent aussi ses indications; il peut être employé seul ou concurremment avec le traitement interne. M. Archambault toutefois ne l'emploie seul que quand le traitement interne est mal supporté. Il consiste dans des frictions faites matin et soir avec l'onguent mercuriel simple à la dose de 1 gramme à 1 gramme 50. Ces frictions développent souvent l'eczéma mercuriel; on peut l'éviter en changeant souvent le siège des frictions et en lavant ces parties avec une eau légèrement savonneuse. Les médecins anglais remplacent les frictions par l'application sur le corps d'une ceinture de flanelle large comme la main et enduite de la même quantité d'onguent mercuriel.

Les bains de sublimé peuvent encore être utilisés dans le traitement externe: ils hâtent surtout la disparition des manifestations locales de la peau, et M. Archambault les emploie concurremment avec le traitement interne. On peut mettre 2 à 6 grammes de sublimé dans un bain; et celui-ci peut être donné dans une baignoire métallique, pourvu

qu'on y ajoute 10 à 15 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque, ou simplement une poignée de sel marin.

Dans le cas de coryza, on fait dans les fosses nasales des injections avec la liqueur de Van Swieten étendue d'eau qu'on fait préalablement tiédir (une cuillerée de liqueur pour deux ou trois parties d'eau); ces injections doivent être faites deux fois par jour; des fumigations, des applications émollientes complètent ce traitement, et, sur les ulcérations de l'orifice des narines on pourra appliquer une pommade contenant 1 à 2 grammes de calomel, ou 0,15 à 0,30 centigrammes de biiodure de mercure pour 30 grammes d'axonge.

Les règles qui président à l'emploi de l'iodure de potassium chez l'enfant nouveau-né ne sont pas encore bien établies. M. Archambault le prescrit associé au mercure lorsque ce dernier paraît cesser d'agir; il le donne aussi dans le cas de syphilis hépatique. Il prescrit alors le sirop de Gibert, dont une cuillerée à café contient deux milligrammes de biiodure de mercure et 16 centigrammes d'iodure de potassium; il commence par une demi-cuillerée à café matin et soir, pour arriver jusqu'à deux cuillerées à café par jour. L'iodure de potassium peut cependant être donné dans ce cas jusqu'à la dose de 0,50 centigrammes par jour.—(*Journal de méd. et de chir. prat.*)

Ulcère syphilitique de la jambe.—(Clinique de M. le professeur VERNEUIL.)—Les ulcères de jambe revêtent quelquefois un aspect particulier qui indique la nature spéciale de la lésion, laquelle se caractérise alors par une plaie très étendue. Un homme du service présentait ainsi un vaste ulcère entourant presque complètement la jambe sur une hauteur de près de quinze centimètres. En avant, les bourgeons charnus, au lieu d'être déprimés, étaient au contraire exubérants et formaient une masse ressemblant à du tissu glandulaire ou du tissu fongueux. On pouvait constater en outre que la lésion avait son point de départ dans une région profonde, car, lorsque le malade contractait ses muscles, on voyait cette masse saignante se mouvoir avec les tendons; ce fut prouvé que l'aponévrose avait été intéressée, ce qui est tout à fait exceptionnel dans le cas d'ulcère ordinaire. Cet homme avait en même temps quelques varices peu marquées, mais portait des traces très nettes d'une syphilis ancienne. Or ce dernier fait est des plus importants, car M. Verneuil établit une relation étroite entre certains ulcères de jambe et la syphilis. Il a vu plusieurs faits analogues et en particulier il a observé un malade alcoolique et syphilitique arrivé déjà à une cachexie profonde avec un foie volumineux et de l'ascite, et présentant en outre des ulcères étendus aux deux jambes, datant de trois mois. Mais tandis que d'un côté l'ulcère présentait l'aspect habituel, sur l'autre membre il formait une saillie proéminente, fongueuse et constituant une véritable tumeur. Ce malade, ayant été traité tout d'abord sans succès par des applications locales, fut soumis au traitement mixte, antisyphilitique, et ne tarda pas à guérir de tous ces accidents. M. Verneuil a encore observé un homme de cinquante ans, présentant une plaie antéro-inférieure de la jambe avec une tumeur saillante de quatre centimètres au-dessus du plan de l'ulcère lequel paraissait adhérent aux parties profondes. Le traitement externe n'eut aucune action, tandis que le traitement antisyphilitique amena au contraire une guérison assez rapide.

Le cas observé actuellement à la clinique présente avec les précédents vus par lui des analogies si frappantes, que M. Verneuil n'hésite pas à les rapprocher. On pourrait seulement discuter ici la possibilité d'un épithélioma avec lequel cette lésion présente de grandes ressemblances; aussi faut-il faire une réserve sur ce point qui ne pourra être tranché d'une façon définitive que par les effets du traitement mis en œuvre.

M. Verneuil, dans le petit nombre d'exemples qu'il a observés, a toujours vu la lésion occuper exactement le même siège; aussi doit-on se demander si elle n'a pas son point de départ dans les gaines des tendons ce qui semblerait indiquer ses étroites connexions avec elle. Il s'agirait donc d'une affection syphilitique tertiaire débutant dans les gaines tendineuses. M. Verneuil lui a donné le nom d'ulcus elevatum tertiaire, à cause de sa forme spéciale et de l'époque tardive de la syphilis à laquelle elle se produit.

En même temps qu'on fera prendre à ce malade l'iodure de potassium associé au mercure, la plaie sera pansée avec l'emplâtre de Vigo par-dessus lequel on exercera une compression assez forte.

C'est seulement après un traitement prolongé qu'on pourrait, en cas d'insuccès, discuter la possibilité d'une opération.

De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis.—par le docteur SILMANN (de Nancy).—Tour à tour recommandée et proscrite, l'excision du chancre a été depuis quelques années remise en honneur par les Allemands, et, à croire leurs observations, le succès aurait couronné leurs tentatives. En France, MM. Mauriac, Terrillon, Quinquaud, n'ont eu que des insuccès, et M. Ricord, après avoir été un moment partisan de la destruction du chancre, en est aujourd'hui l'adversaire le plus résolu. En présence de ces résultats contradictoires, M. Spilmann a voulu, à son tour, expérimenter cette méthode, et il nous donne la relation de huit faits dans lesquels l'opération a été pratiquée par lui, et les malades observés un temps suffisant après l'excision. Les résultats auxquels il est arrivé ne sont pas encourageants; dans deux cas, il est vrai, le chancre n'a pas été suivi d'accidents secondaires. Mais, ajoute l'auteur, n'observe-t-on pas souvent cette innocuité relative en l'absence de toute opération? Dans les six autres cas, l'excision pratiquée à une époque très voisine au début du chancre, dans deux cas même avant l'apparition de la période ganglionnaire, n'a pu modifier en rien l'évolution ultérieure de la syphilis. Il y a même une observation où l'existence semble avoir imprimé à la marche de la maladie un caractère anormal. Si peu nombreuses que sont ces expériences, elle n'en ont pas moins une grande valeur, et sans se prononcer d'une façon absolue sur la valeur de l'excision, on peut affirmer que ce prétendu préservatif est, même employé dans le début, le plus souvent illusoire. Quelque théorie que l'on adopte sur la nature du virus syphilitique et sur la signification de la période d'incubation, quelque peu grave que soit en elle même l'opération sanglante, les faits sont là, les résultats obtenus en France par les différents expérimentateurs sont nuls, et nous croyons qu'il sera sage de ne point compliquer d'un traumatisme, si inoffensif soit il, les débuts d'une affection diathésique suffisamment débilite par elle même.—(*Rev. méd. de l'Est et Praticien.*)

FORMULAIRE.

Bronchite aiguë.—(*Prof. J. Pancoast.*)

R—Prun. virg. cort; senegæ rad.....	â.â. ʒiv
Ipecac rad.....	ʒii
Ext. conii.....	gr. xv
Aque, q. s. ad.....	ʒviii
Opérez par déplacement, puis ajoutez :	
Spt. genevæ.....	ʒi
Tr. cardam. co.....	ʒi

M.—Dose : Deux cuillerées à thé dans de l'eau, à chaque quinte de toux.—(*Medical Bulletin.*)

Pneumonie infantile.—(*Dr B. Brown.*)

R—Spirit. vini.....	ʒi
Aque.....	ʒii
Acid. carbolic.....	ʒss
Sodii bicarb.....	ʒi
Acid. salicylici.....	ʒi
Chloral. hydrat.....	ʒss

M.—En inhalations trois fois par jour ou davantage.—(*Texas Med. & Surg. Rec.*)

Asthme.

R—Tinct. lobeliæ.....	ʒv
Ammonii iodid.....	ʒii
Ammon. brom.....	ʒiii
Syr. toltan.....	ʒiii

M.—Une cuillerée à thé répétée à intervalles de une, deux, trois ou quatre heures.

Le malade est soulagé en quelques minutes et quelquefois le bon effet est permanent.—(*Fothergill in Amer. Med. Journ.*)

Dysenterie chronique.—(*W. K. Bowling.*)

R—Ipecac.....	gr. xxiv
Acid. carbolic.....	gr. vii
Gum. opii.....	gr. vi

M.—Fiant pilulæ n° 12.—Dose : Une toutes les 4 heures p. r. n. (*Southern, Pract.*)

Néuralgie.—(*Bartholow.*)

R—Chloroformi.....	} â.â p. aeq.
Camphoræ.....	
Chloral. hydrat.....	

M.—Usage local.—(*Med. Bulletin.*)

Sciastique.

R—Morphiæ sulph.....	gr. ⅙
Atropiæ sulph.....	gr. ⅓
Aquæ.....	ʒss

Sig. Pour une injection hypodermique.

R—Strychniæ sulph.....	gr. i
Acid. arsenios.....	gr. i
Aquæ.....	ʒiii

Sig. Une cuillerée à soupe après chaque repas.—(*Med. News.—Amer. Med. Journ.*)

Cystite. No. 1. (Dr W. H. Pancoast.)

R—Fl. extract. tritici rep.....	ʒii
Syrupi.....	ʒii

M.—Dose : Deux cuillerées à thé dans un peu d'eau, cinq ou six fois par jour.—(*Medical Bulletin.*)

No. 2.—(Dr W. O. Walker.)

R—Fld. extr. uvæ ursi; fld. extr. buchu.....	â.â. ʒss
Liq. potassæ.....	ʒii
Syrup. tolut.....	q. s. ad ʒii

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les 3 ou 4 heures. (*Medical Age.*)

Engelures.—(Amer. Hosp. for Skin Diseases.)

R—Ung. plum. oleat.....	ʒss
Ext. opii.....	} â.â. ʒss
Ext. belladon.....	
Ext. arnicæ.....	

M.—Usage local.—(*Med. Bulletin.*)

Lotion contre la chute des cheveux.—Eb. Arré.

P.—Acide chlorhydrique.....	ʒi ʒi
Alcool.....	ʒv

Mélez.—Tous les deux jours, le soir en se couchant, on pratique une lotion sur le cuir chevelu.—Cette lotion arrête la chute des cheveux, si fréquente dans la convalescence des maladies graves, et les fait assez rapidement repousser.—(*Union médicale de Paris.*)

Pommade résolutive.—Billroth.

P.—Iode métallique.....	gr. ii
Iodure de potassium.....	ʒi gr. xv
Cérat simple.....	ʒii

F. s. a. une pommade.—Frictions avec gros comme une noisette, trois fois par jour, pour combattre l'hydartrose.—(*Union méd. de Paris.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MARS 1883.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tirail 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année**, 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 survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents-collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul 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.

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à 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.

Le cerveau de Gambetta.

L'autopsie de M. Gambetta a révélé un fait anatomo-physiologique des plus surprenants: on a constaté que son cerveau ne pesait que 160 grammes, environ 36 onces. On est convenu, sur l'autorité de Broca, de considérer le poids de 1050 grammes, 33 onces, comme le point de départ anatomique de la microcéphalie chez l'homme; le grand orateur touchait donc de bien près aux limites anatomiques de l'idiotie.

Comme on ne saurait révoquer en doute le grand développement des facultés intellectuelles de M. Gambetta, les chiffres que nous venons de rappeler sont un rude coup à l'adresse de ceux qui soutiennent encore la corrélation du développement de l'intelligence et du développement anatomique de l'encéphale, comme le faisait récemment (*Lancet* 23 Sept. 82) le Dr Boileau. "L'encéphale, dit Sappey, est soumis à cette loi générale qui proportionne partout l'énergie de la fonction au développement de l'organe. Si parfois il semble se soustraire à l'empire de cette loi, rappelons que son développement se mesure non seulement à l'étendue de son diamètre, mais aussi à l'étendue de sa surface, or celle-ci n'est pas toujours en rapport avec le volume et nous ne possédons aucun moyen de l'évaluer." Lélut (1) pose en principe que l'encé-

(1) Du poids du cerveau en rapport avec le développement de l'intelligence.

phale est en général plus pesant chez les hommes intelligents que chez les autres, mais il est obligé de convenir que cette proposition souffre beaucoup d'exceptions. Les cerveaux de Byron, Abercrombie, Cromwell, Dupuytren dépassaient de beaucoup la moyenne, celui de Cuvier pesait 1831 grammes, mais ces chiffres qu'on cite dans tous nos traités d'anatomie et qui nous disposent à accepter l'idée d'une proportion invariable entre le poids du cerveau et la force intellectuelle, ont leur contrepartie. Sappey considère comme possible l'intégrité des fonctions intellectuelles avec un encéphale de 1000 grammes et celui de M. Gambetta est une preuve éclatante qu'il n'est pas possible d'apprécier à la balance les facultés de l'intelligence. Il ne faut pas oublier qu'on n'a que rarement l'occasion de peser le cerveau des grands hommes et que de tous les chiffres élevés qu'on nous rapporte, un seul est parfaitement authentique : celui du cerveau de Cuvier.

Cruveilhier (2) croit que la mémoire est plus que les autres facultés en rapport avec le développement de l'encéphale. " Bien qu'il soit absurde, dit-il, de vouloir mesurer la force intellectuelle par le volume du cerveau, je dois dire que les individus à vaste mémoire m'ont toujours paru avoir un cerveau volumineux, et le rôle que joue la mémoire dans notre intelligence est tel qu'il ne faut pas s'étonner si les individus doués d'une mémoire heureuse sont souvent des hommes supérieurs. J'ai connu bien des hommes dont la tête était considérablement développée et qui n'avaient que de la mémoire, mais point d'esprit ni aucun des caractères qui constituent l'homme de talent et l'homme de génie."

En somme, le poids remarquablement peu élevé du cerveau de M. Gambetta présente un grand intérêt d'actualité, en raison des nombreux travaux dont le système nerveux est en ce moment l'objet, tant en Europe qu'en Amérique.

La vente des poisons.

Nos lecteurs prendront sans doute avec intérêt connaissance de la lettre que nous écrit M. Henry R. Gray au sujet de la vente des poisons. Plusieurs des faits qui y sont établis ne reçoivent pas en général une attention suffisante de la part des intéressés. Ainsi, il est bien entendu que, d'après la loi, les pharmaciens licenciés ont seuls le droit de vendre des poisons. Et cependant, un des composés arsénicaux les plus dangereux, le vert de Paris ou acéto arsénite de cuivre, est en vente chez tous les marchands de peintures et chez la plupart des épiciers où l'on peut s'en procurer *ad libitum* et sans aucune formalité préalable, tandis que chez un pharmacien, il est impossible d'en obtenir un seul grain si l'on ne présente pas en même temps une ordonnance de médecin. Et que d'autres substances également toxiques sont dans ce cas!

Il est juste de dire, comme le fait remarquer M. Gray, que les pharmaciens en général sont très méticuleux à cet endroit et qu'ils vont même au-delà des exigences de la loi en ce qui concerne les poisons. Non seulement les poisons vendus sont inscrits au registre affecté à cet usage, non-seulement les substances toxiques telles que la strychnine,

(2) Anatomie descriptive 3o vol. p. 440.

le sublimé, etc., ne sont remises que sur ordonnance d'un médecin, mais quelques-uns vont jusqu'à refuser de renouveler une prescription dans laquelle entre la morphine, le chloral et autres médicaments dont l'usage habituel peut dégénérer et dégénère si souvent en passion, à moins que le renouvellement de telle prescription ne soit expressément ordonné par le médecin lui-même.

Pour notre part, nous ne croyons pas que ce surcroît de précaution soit inutile. La facilité avec laquelle certains pharmaciens renouvellent de leurs propre chef les ordonnances renfermant de l'opium ou de la morphine est sans aucun doute le point de départ d'un bon nombre de cas d'opiophagie. Si donc la loi de Pharmacie doit être amendée en quelque chose, elle devrait l'être, suivant nous, de manière à rendre plus difficile encore l'obtention des substances toxiques.

Dernier Avis.

L'administration du journal a expédié dernièrement les comptes des abonnés qui doivent des arrérages. Un certain nombre de ces messieurs n'ont pas encore répondu. Nous les prions de vouloir bien se mettre de suite en règle avec l'administration, sans quoi ils s'attireront des ennuis. L'expérience nous a appris que lorsqu'on laisse grossir la note d'un abonné, on a souvent de la difficulté à obtenir le recouvrement de la somme, et quand après beaucoup d'instances on y réussit, l'abonné renvoie le journal.

Il vaut mieux, de toute façon, ne pas laisser accumuler des arrérages, tant dans l'intérêt de l'abonné que dans celui du journal. C'est ce que nous avons résolu de faire.

Bulletin Bibliographique.

LANE (L. C.) et TAYLOR (E. R.)—*Addresses delivered on the occasion of the dedication of Cooper Medical College Building.*

MORISON (R. B.), M.D., of Baltimore—*Bacteria and their presence in syphilitic secretions.*

KEYSER (Newberry, A. S.)—*Is gonorrhœa a bacteria disease ?*

Internal treatment by syrups and subcutaneous injections of phenic acid.

Cooper Medical College, San Francisco. Annual Announcement. Session of 1883.

NOUVELLES MÉDICALES.

M. le Dr Aimé Trudel, ci-devant de St-Etienne des Grès, est venu se fixer à Ste-Cunégonde près Montréal.

Le prix de la quinine.—D'après le *N. Y. Medical Record*, la quinine se vend de \$1.80 à \$1.95 l'once. Nous comprenons que ce soit là le prix du *gros*. Or, comme le prix actuel du *détail* est \$3 par once, on peut calculer que nos pharmaciens réalisent de jolis bénéfices.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

PROGRAMME DES EXAMENS PRELIMINAIRES.

SUJETS OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Les Commentaires de César*, liv. III et IV.—“*Enéide*” de Virgile, liv. I et II.

ANGLAIS.—Le “*Vicaire de Wakefield*” de Goldsmith.—“*Jules César*” de Shakespeare.

FRANÇAIS.—Les “*Aventures de Télémaque*” de Fénelon; “*Athalie*” de Racine et “*Les femmes savantes*” de Molière.

BELLES-LETTRES.—La connaissance de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, d'Elizabeth en Angleterre et de Louis XIV en France.

HISTOIRE ET GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur ces deux sujets, avec connaissance spéciale de l'histoire et de la géographie de l'Angleterre, de la France et de la Puissance du Canada.

ARITHMÉTIQUE.—L'arithmétique doit comprendre les *Fractions simples et décimales*, les *Proportions simples et composées*, l'*Intérêt simple et composé* et le *Percentage*.

ALGÈBRE.—L'algèbre doit comprendre les *Fractions* et les *Equations simultanées du premier degré*.

GÉOMÉTRIE.—Les premiers livres de la géométrie d'Euclide ou la partie de la géométrie plane correspondant à ces trois livres.

SUJETS AU CHOIX DU CANDIDAT.

GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade* d'Homère, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans la physique de Loomis ou de Ganot.

PHILOSOPHIE.—Notions générales, telles que dans *Tongiorgi* ou le traité de morale de Stewart.

N. B.—Le candidat doit avoir une bonne connaissance de la grammaire de chacune des langues ci-dessus. L'ignorance du latin, de l'arithmétique ou de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié du “*Vicaire de Wakefield*” et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique d'*Athalie* et des *Femmes savantes*. De même les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Molière et Racine, mais ils devront tra-

duire des passages pris dans la première moitié de *Télémaque* et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique de *Julius César*. Les pièces dramatiques anglaises ou françaises pourront être changées chaque année, à l'exception toutefois de *Télémaque* et du *Vicaire de Wakefield*. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout candidat surpris à copier ou se servant de notes, livres, etc., sera immédiatement renvoyé.

TEMPS ET POINTS ACCORDÉS A L'EXAMEN.

Latin.....	2	hrs.,	300	points.	Arithmétique ...	1½	hrs.,	150	points.
Anglais.....	1½	"	150	"	Algèbre.....	1½	"	150	"
Français.....	1½	"	150	"	Géométrie	1½	"	150	"
Belles-Lettres..	1	"	100	"	Gréc.....	1½	"	150	"
Histoire et					Physique.....	1½	"	150	"
Géographie.	2	"	200	"	Philosophie	1½	"	150	"

W. ASPINWALL HOWE,
H. A. VERREAU,
M. MILLER,
J. Cl. K. LAFLAMME.

Nécrologie.

Sédillot (Charles-Emmanuel), médecin inspecteur en retraite, ancien directeur de l'École de médecine militaire et ancien professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre de l'Institut, est mort, le 29 janvier, dans sa 79e année, chez son fils, receveur des finances, à Ste. Menchould (Marne).

Né à Paris le 14 septembre 1804, il avait commencé ses études à la Faculté de Paris, lorsqu'il se tourna du côté de la médecine militaire en 1824. Le 29 décembre, 1829, il soutint sa thèse sur *le Nerf pneumo gastrique et ses fonctions*, fit, comme chirurgien-major, la campagne de Pologne en 1831, passa comme aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce en 1832 et concourut la même année pour l'agrégation en chirurgie, où il échoua. Devenu chirurgien-professeur au Val-de-Grâce, il concourut de nouveau en 1835 et fut nommé agrégé, en même temps que Larrey, Malgaigne, Lenoir, etc.

Doté d'une grande facilité d'élocution, d'une remarquable netteté d'exposition, ayant l'habitude de l'enseignement à l'hôpital d'instruction de Paris, il concourut en 1836 pour la chaire de clinique externe, vacante par la mort de Dupuytren, chaire qu'obtint A. Sanson, et partit l'année suivante pour l'armée d'Afrique, où il fit l'expédition de Constantine. A son retour, il fut nommé professeur de médecine opératoire à l'hôpital du Val-de-Grâce, concourut en 1841 pour la chaire de médecine opératoire à la Faculté de Strasbourg qu'il obtint et il resta à la tête de ce service jusqu'en 1870.

Les principaux travaux de Sédillot sont les suivants :

De la phlébite traumatique (thèse d'agrégation, 1832).—Quelles sont les différentes méthodes de traitement des plaies et quels sont leurs différents modes de consolidation? (Agrég., 1835).—Exposer les

avantages et les inconvénients des amputations dans la continuité et des amputations dans la contiguïté des membres (Chaire de clinique chir., Paris, 1836).—De l'opération de l'empyème (Chaire de méd. opér., Paris, 1841).—Des kystes envisagés sous le point de vue de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales (Chaire de path. et clinique chir., Strasbourg, 1841).

A son retour de Pologne, Sédillot publia un mémoire sur la Plique polonoise (1822), puis un Manuel complet de médecine légale, 2e éd., 1836.—La Campagne de Constantine, 1838, avec pl.—De l'infection purulente ou pyohémie, 1849.—De l'évidement des os, 1860.—De l'insensibilité produite par le chloroforme et par l'éther, 1848, 1852.—Traité de médecine opératoire, qui est à la 4e éd.—Contributions à la chirurgie, 1867, etc. Le travail sur l'évidement des os lui valut le prix de l'Institut en 1867.

Nommé membre associé de l'Académie de médecine en 1857, il fut élu membre de l'Institut le 24 juin 1872. Il a fait de nombreuses communications à ce corps savant, parmi lesquelles on peut citer ses Mémoires sur les luxations, sur la staphyloporrhaphie, sur l'uréthrotomie, sur la gastrotomie, sur la rhinoplastie, sur la cheiloplastie, sur l'amputation coxo-fémorale, sur les amputations de la jambe, sur les anesthésiques, etc.

Sédillot était un clinicien remarquable, un savant modeste ; pendant son séjour à Strasbourg, où il était directeur de l'École de santé militaire, il s'y était acquis un grand renom comme administrateur et comme chirurgien. Après nos désastres, il fut nommé à la Faculté de Nancy, mais il ne garda que le titre de professeur honoraire. La perte de Strasbourg l'avait profondément atteint.

Il était commandeur de la Légion d'honneur.—*France Médicale.*

VARIETES.

LES COMMANDEMENTS DU MÉDECIN.

De grand matin te lèveras
Et sortiras pédestrement.
Les étages tu monteras
Et descendras péniblement.
Les malades visiteras
Et drogueras amplement.
Sans quoi, leur estime perdras
Celle des potards même ment.
De tes clients, tu ne tueras
Que les mauvais rapidement.
Une fois l'an, tu remettras
Tes notes ponctuellement.
Puis aussitôt tu recevras
Des reproches abondamment.
Mais tes fournisseurs tu devras
Acquitter intégralement.

De tes confrères tu diras
Le plus de mal adroitement.

A la nature attribueras
Tes échecs uniquement.

Mais pour toi seul réserveras
Tous les succès modestement.

Parents, amis négligeras
Et ta femme pareillement.

Dehors la nuit tu passeras
Pour une couche fréquemment.

Courbature, tu rentreras
Et repartiras prestement.

Quant aux repas, tu les prendras
Si tu le peux et vivement.

Pour distractions entendas
Gémir sans cesse amèrement.

Les excréments inspecteras
Toujours méticuleusement.

D'autres odeurs respireras
Sans sourciller visiblement.

De la vermine ramasseras
Plus que de rentes sûrement.

C'est ainsi que tu passeras
Tous tes jours agréablement.

Dr WITKOWSKI.

NAISSANCES.

MATHIEU.—En cette ville, le 28 février, la dame du Dr A. Mathieu, une fille.

VENNE.—A Chicago, le 2 février, la dame du Dr. H. Venne, deux jumeaux.

LAPOINTE.—A Biddeford, Maine, le 23 février, la dame du Dr. Jovite A. Lapointe, un fils.

MARIAGE.

CHOLET-TAYLOR.—En cette ville, le 29 janvier dernier, Hilaire Cholet, Ecr, médecin de Ste-Justine de Newton, à Demoiselle Marie Corinne Taylor, fille de Mr John Taylor, marchand de St-Polycarpe.

NELSON-MOORE.—A Sacramento, Californie, le 28 décembre 1882, le Dr H W. Nelson, autrefois de Sorel, P. Q., à Mlle Elizabeth Moore.

DÉCÈS.

LESAGE.—A Ste. Claire, comté de Dorchester, le 21 février, le Dr. Arthur Lesage, âgé de 28 ans.

LAVOIE.—A St-Roch de Québec, samedi, le 24 février, à l'âge de 58 ans, dame François-Xavier Lavoie, mère de M. le Dr. J. P. Lavoie professeur à l'Université Laval.

CARTIER.—A Ste-Magdeleine, le 26 février, Césarine Noémi, enfant du Dr A. P. Cartier.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. —CLINIQUE CHIRURGICALE.—M. Brosseau, Hypertrophie de la prostate, 97.—Absès iliaque; carie probable de l'os innominé, par J. N. Bergeron, M.D., 104.—De l'action physiologique et thérapeutique de la Nitro-Glycérine, par H. E. Desrosiers, M.D., 106.—De la Méningite chez les enfants, par S. Lachapelle, M.D., 108.—CHIMIE MÉDICALE.—Des fermentations, par N. Fafard, M.D., 110	tement de la fistule anale.—Traitement des fractures de la rotule..... 125
CORRESPONDANCES. —La vente des poisons, Henry R. Gray, 113.—La question du transport des aliénés, E. E. Duquet, M.D., 114	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. —Tumeurs fibreuses de l'utérus, 127—Leucorrhée, 129—Des troubles de la menstruation à la suite de lésions chirurgicales ou traumatiques, et après l'ovariotomie, 130—Prurit vulvaire: traitement..... 131
REVUE DES JOURNAUX. —PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—De la valeur des injections sous-cutanées d'éther en cas de mort imminente par hémorrhagie, 116.—Du tannate de pelletière comme vermifuge. — Maladie de Bright, — Traitement de l'angine de poitrine, 117 — Coma Diabétique, — De l'emploi du Convallaria Maialis dans les maladies organiques du cœur..... 118	SYPHILIGRAPHIE. —Des injections sous-cutanées d'iodoforme dans le traitement de la syphilis, 132—Traitement de la syphilis infantile, 133—Ulcère syphilitique de la jambe, 134—De la destruction du chancre comme moyen abortif de la syphilis..... 135
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. —Compression par épanchements sanguins dans le crâne, 120—Traitement de l'Hydrocèle, — Nouveau traitement du Cancer, 123—De l'emploi combiné de l'écraseur linéaire et du thermocautère dans certaines opérations chirurgicales, 124—Trai-	FORMULAIRE. —Bronchite aiguë, — Pneumonie infantile, — Asthme, — Dysenterie chronique, — Névralgie, 136—Sciaticque, — Cystite, — Engelures, — Lotion contre la chute des cheveux, — Pommade résolutive..... 137
	BULLETIN. —Le cerveau de Gambetta, 138—La vente des poisons, 139—Dernier avis, 140—Bulletin Bibliographique..... 140
	NOUVELLES MÉDICALES. —M. le Dr. Aimé Trudel, — Le prix de la quinine, — Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, 141—Nécrologie..... 142
	VARIÉTÉS. —Les commandements du médecin..... 143
	Naissances, — Mariages, — Décès..... 144

Avis aux Médecins !

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE-PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

803, RUE SAINTE-CATHERINE, 803

(Entre les rues Saint-Denis et Sanguinet)

MONTREAL.

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes. Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,
L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et
L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

Veillez mentionner l'UNION MEDICALE DU CANADA.

*L'administration de l'UNION MÉDICALE DU CANADA
achètera, à raison de 50 centins chaque, les numéros
détachés suivants :*

JUIN, NOVEMBRE, DÉCEMBRE,	1876
FÉVRIER, AVRIL,	1879
MAI,	1881
JANVIER, FÉVRIER,	1882

Adressez et expédiez comme paquet-poste à

L'UNION MÉDICALE DU CANADA,

Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal.

PHARMACIE ST. JACQUES

646, Rue Ste. Catherine, 646

MONTREAL.

Le soussigné désire appeler l'attention de MM. les Médecins de la Province sur la qualité de ses Drogues et la modération de ses prix. Il fait une spécialité de remplir leurs commandes et s'applique à donner à tous la plus grande satisfaction.

Les commandes peuvent être envoyées par la poste, pour les endroits éloignés, et elles seront remplies aussi promptement que possible.

S. LACHANCE

PHARMACIEN

646, Rue Ste Catherine, 646

MANUEL DES MALADIES DES FEMMES

Leçons cliniques professées par LOMBE ATHILL, Prof. à l'Hôpital de la Rotonde,
Ex-Président de la Société Obstétricale de Dublin.

Ouvrage traduit sur la sixième édition anglaise, par le Dr J. P. LAVOIE
(de Québec), avec figures dans le texte. Prix, franco : **\$1.25**

En vente : à Montréal, chez CADIEUX & DEROME, 207, Rue Notre-Dame ; à Québec, chez DROUIN & FRÈRES, 96, Rue St. Joseph (St. Roch) ; à la Librairie Contemporaine de A. O. RAYMOND, 46, Rue la Fabrique (haute-ville) ; ou s'adresser au Dr J. P. LAVOIE, 157, Rue des Fossés, St. Roch.