

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.

Du traitement du lupus tuberculeux par les scarifications linéaires.

Le lupus tuberculeux est de toutes les dermatoses celle qui peut à un moment donné, le plus défigurer un individu, et si jamais une maladie a réclamé un traitement immédiat et énergique, c'est bien celle-là.

Qui n'a vu les hideuses difformités qu'occasionne ce mal destructeur ? C'est surtout à la figure qu'il exerce ses ravages. Il y a actuellement, dans le service de M. Vidal, à l'hôpital St. Louis, à Paris, une dizaine d'individus qui pourraient servir d'exemple :

Les narines détruites offrent à leur place une ouverture où manque souvent la cloison des fosses nasales, dans d'autres cas le nez est ratatiné, et les orifices des narines sont remplacés par deux pertuis où passe à peine la tête d'une épingle. La bouche est rétrécie au point de rendre difficile l'introduction des aliments. Les paupières éraillées et tirées en dehors laissent voir leur face interne rouge et irritée, les joues sont perforées, labourées par des sillons inégaux et manchonnés ; enfin, le visage ulcéré, cicatrisé, devient un objet repoussant à la vue.

Quoique le lupus ne voue pas tous ceux qu'il attaque à de si horribles conséquences, il est bon de prendre, de bonne heure, des précautions contre une maladie qui laisse des cicatrices assez profondes.

Sans vouloir entrer dans des détails sur l'origine des traitements chirurgicaux plus ou moins compliqués, qui furent pratiqués par Volkmann, en Allemagne, puis par Balmonuo Squire, en Angleterre, je me bornerai à exposer, avec détails, le manuel opératoire des scarifications linéaires dans le cas de lupus de la face, celui qui demande le plus de précautions.

Le malade est assis sur un siège un peu moins élevé que celui de l'opérateur afin que celui-ci n'ait pas à se fatiguer pour tenir son bras à la hauteur du visage du malade. Avec l'appareil de Richardson on anesthésie la région à scarifier, en tota-

lité si elle est peu étendue, par îlots dans le cas contraire, on aura soin pendant l'ôthorisation de tenir une compresse sur les yeux du malade et de lui former la bouche.

Le scarificateur dont on se sert est une aiguille à cataracte. L'instrument est tenu comme une plume à écrire, il ne doit pas être serré entre les doigts, mais tenu assez délicatement, de telle sorte qu'il obéisse aux variations de consistance de la surface lupique et qu'il puisse onduler sur les tissus; l'opérateur éprouve une sensation de mollesse sur la peau altérée, tandis que la peau saine est résistante. On arrive assez vite à reconnaître avec l'instrument cette différence de consistance, et cette sensation tactile est le plus précieux guide pour l'impulsion à donner à l'aiguille. M. Vidal insiste sur ce détail opératoire qui a dans l'espèce une grande valeur: une scarification faite trop superficiellement ou incomplètement laisserait intacts des foyers d'infiltration lupique.

Les scarifications seront linéaires, parallèles, aussi rapprochées que possible et conduites pendant un premier temps dans le même sens, verticalement par exemple; leur longueur n'a d'autre limite que l'étendue de la plaque de lupus, mais si celle-ci est trop vaste, on procède par îlots.

Dès que les scarifications sont faites dans un sens, on procède aussitôt à des scarifications analogues, obliques aux premières et les coupant; on obtient ainsi sur la peau un quadrille constitué par des hachures limitant des espaces de peau qui n'ont qu'un millimètre et demi à deux millimètres de large.

Ces incisions donnent du sang en assez faible quantité dans les cas ordinaires et le plus souvent il n'est point utile que l'opérateur interrompe les scarifications pour éponger le sang; en effet, quand il a une certaine habitude de cette opération, il peut scarifier assez vite le petit îlot cutané sans être gêné par l'hémorrhagie; bientôt même dans un espace limité on arrive à scarifier sous le sang et sans le moindre inconvénient.

Il n'y a pas à craindre en effet que les incisions parallèles dans les divers sens n'aient pas une régularité mathématique, le but de ces incisions est de multiplier les attaques dirigées contre le lupus et de toute façon la couche superficielle du lupus doit s'éliminer pour faire place à la cicatrice; le lupus est-il ulcéré, cette préoccupation tombe d'elle-même.

La scarification terminée, le sang coule, on l'éponge avec une compresse et rapidement on applique sur la plaie du papier buvard; cet hémostatique est ordinairement suffisant; si ce morceau de papier est imbibé de sang au point d'en laisser couler au-dessous de lui, on le remplace par un autre, après avoir de nouveau essuyé la plaie; une bonne précaution pour

arrêter rapidement l'hémorrhagie est de tenir le doigt ou la compresse ou tampon sur le papier buvard. Ainsi fait-on pour les différents points à scarifier de la plaque du lupus. Le papier tombera de lui-même dans la journée et on lavera la plaie avec de l'eau froide.

Pendant trois ou quatre jours la plaie reste couverte d'une croûte noirâtre qui tombe ramollie et détachée par les pulvérisations faites chaque matin. On voit alors que le tubercule s'est affaissé : la peau est rouge, elle se couvre dans la journée de lamelles épidermoïdales qui s'exfolient et se renouvellent incessamment. Dès le sixième jour la cicatrisation est formée, et il n'y a pas de traces des incisions ; on pourra dès ce moment recommencer les scarifications.

La guérison n'est certainement pas obtenue après une seule scarification, dans les cas de lupus assez récent et d'étendue moyenne, il faut de six à dix scarifications pour être assuré que le lupus est arrêté dans son développement et que la plupart de ses noyaux sont détruits. Dans les autres cas où l'étendue de la plaque du lupus est trop grande pour qu'on puisse l'attaquer chaque fois dans son ensemble, le nombre des scarifications doit dépasser cette moyenne, mais chaque point considéré isolément doit être scarifié de six à dix fois ; certains tubercules récents ou déjà en voie de régression peuvent être détruits en deux ou trois scarifications.

Le tubercule a disparu, la rougeur de la peau a diminué, à sa place est une cicatrice plate, peu déprimée, mais encore colorée ; doit-on considérer le malade comme guéri ? Les scarifications linéaires ne sauraient avoir la prétention de s'opposer d'une façon absolue à la récurrence, mais elles permettent plus que tout autre traitement de surveiller la marche curative de l'affection, de revenir en quelques coups d'aiguille sur un point douteux et cela d'une façon exacte.

Pour reconnaître s'il y a encore des noyaux de lupus, on éthérise la plaque, la cicatrice et le tissu sous-jacent palissent, les noyaux de lupus sont alors vus par transparence avec leur couleur jaunâtre spéciale, et on peut par suite les attaquer avec l'aiguille d'une façon très-précise.

La durée du traitement, même dans les conditions ordinaires, ne saurait être fixée d'une manière rigoureuse, mais assez souvent la guérison est opérée en deux mois, mais il faut conseiller le malade en lui recommandant de revenir chaque semaine, et s'il existe encore des tubercules, scarifier jusqu'à leur disparition complète et finale.

DR. SYLVESTRE.

Paris, 22 août 1877.

Hémorrhagies Puerpérales.

Par le DR. N. FAFARD.

(Suite et fin.)

(Ce travail est emprunté, en grande partie, au Docteur Charpentier.)

20. HÉMORRHAGIES DES TROIS DERNIERS MOIS DE LA GROSSESSE.

Causes.—Outre les causes générales que nous avons signalées précédemment, il en est une toute spéciale, presque exclusive, à laquelle on doit rapporter presque toutes les hémorrhagies des trois derniers mois de la grossesse; c'est l'insertion vicieuse "placenta prævia." Ces hémorrhagies sont excessivement dangereuses pour la mère et l'enfant, et c'est en présence de ces accidents que le médecin a besoin de bien connaître les différents moyens de traitement qui sont à sa disposition. De son savoir dépend souvent le salut de deux êtres, qui, sans lui, seraient voués à une mort certaine.

L'insertion vicieuse peut se faire, soit sur le col, soit sur le segment inférieur de la matrice. Elle peut être complète ou incomplète.

Symptômes.—Les symptômes de l'insertion vicieuse sont caractéristiques. L'hémorrhagie dans ce cas n'apparaît presque jamais avant le 6^{me} ou le 7^{me} mois. Suivant Naegelé le début se rapproche d'autant plus de cette époque que le placenta envahit d'avantage le col. L'hémorrhagie apparaît brusquement, sans symptômes précurseurs, sans cause occasionnelle, pendant le sommeil, pendant le repos le plus absolu. Elle est toujours externe, abondante, de courte durée et cesse brusquement comme elle a commencé. Le sang est tantôt veineux, tantôt artériel et passe par caillots. Au bout de quelques jours, la perte se renouvelle plus abondante, et va ainsi en augmentant toujours par interruption, jusqu'au moment du travail ou elle apparaît alors avec violence.

Mécanisme, Marche.—Le mécanisme de l'hémorrhagie des trois derniers mois a été parfaitement exposé par Jacquemier, et sa théorie est admise par tous les accoucheurs. "Lorsque, dit M. Jacquemier, l'insertion a lieu sur le fond de l'utérus ou la partie supérieure du corps, l'œuf se trouvant d'abord dans une cavité très grande, relativement à son volume, et croissant

proportionnellement au développement de l'utérus, il ne commence à être écarté mécaniquement qu'à une époque déjà assez avancée de la grossesse ; mais, dès lors, le développement du fond et de la partie supérieure du corps est moins rapide, parce que la partie inférieure commence à se prêter à son tour à l'ampliation de l'organe, et le décollement du placenta n'est possible que dans le cas de distension extrême de la matrice. Mais il n'en est plus de même lorsque la placenta se greffe sur l'orifice interne ou sur un point qui en est peu éloigné. La cavité de cette partie de l'utérus formant un canal étroit, le placenta, très large dès le principe, le recouvre en partie.

Le développement de cette cavité étroite se fait de bas en haut, et, comme elle est assez petite relativement à l'œuf, l'ampliation est plus précoce, plus étendue et plus rapide que lorsque l'utérus se développe de haut en bas, de sa partie étroite. Pendant la première moitié de la grossesse, le tiraillement du placenta est prévenu en partie par un accroissement qui est d'abord très rapide, mais plus tard il subit une distension qui peut amener de bonne heure un décollement partiel. De là les pertes de sang rouge du 4me, 5me et 6me mois. Mais lorsqu'à l'ampliation organique, que le placenta peut le plus ordinairement suivre, vient s'ajouter la distension que subit le segment inférieur de l'utérus, et qui le fait plus ou moins proéminer dans l'excavation du bassin, le tiraillement augmente d'une façon très marquée et entraîne souvent le décollement d'une partie du placenta. De là la fréquence croissante de l'hémorrhagie pendant le septième, le huitième mois et une partie du neuvième, quoique l'orifice soit exactement fermé au moment où elle se déclare pour la première fois."

Plus tard, quand le travail est commencé, dit Seuret, c'est la dilatation du col qui est la cause réelle et efficiente de l'hémorrhagie.

Diagnostic.—Lorsqu'on s'est bien rendu compte du mécanisme de l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, et qu'on a observé les différents symptômes qui se présentent, le diagnostic est facile. Dans ce cas en effet, comme nous l'avons dit plus haut, l'hémorrhagie n'apparaît généralement que dans les trois derniers mois de la grossesse. Cette perte est intermittente et augmente à chaque nouvel accès ; au moment du travail elle reparait avec une plus grande intensité. Nous avons encore le toucher, à travers le col, qui rend le diagnostic certain, si la matrice est assez entr'ouverte pour permettre cet examen. Si le col est complètement fermé, l'absence du balotement nous éclairera suffisamment sur le diagnostic.

Puchott signale le cancer encéphaloïde du col, et ses excrois-

sances en choux-fleur, comme cause d'erreur dans le diagnostic. Mais avec un peu d'attention, il est facile de s'apercevoir que cette excroissance tient seulement au col et qu'elle n'a pas d'attache dans l'intérieur de la matrice. Lorsque nous avons lieu de soupçonner une insertion vicieuse du placenta et que nous pratiquons le toucher, nous devons le faire avec une grande délicatesse à cause des graves accidents que nous pouvons déterminer. Le Dr. Charpentier cite un cas dans sa pratique où il déclare avoir, par cette opération produit une hémorrhagie presque foudroyante.

Pronostic.—Comme on doit bien le penser le pronostic est toujours excessivement grave ; grave pour la mère, grave pour l'enfant. Quelques médecins, effrayés de l'intensité de la maladie, veulent, comme Simpson et Churchill qu'on sacrifie l'enfant pour ne s'occuper que de la mère. Cette manière de voir n'est pas partagée en France, et nous verrons par le traitement que c'est avec raison.

Traitement.—Ici, nous devons le comprendre, le traitement n'est pas le même que celui des hémorrhagies des six premiers mois de la grossesse.

Vu l'état d'anémie et de prostration où se trouve la femme, par suite des différentes pertes qu'elle a subies, la saignée serait plutôt nuisible qu'utile. De même l'opium, en arrêtant les contractions de l'utérus, ne servirait qu'à ralentir le travail et à favoriser l'hémorrhagie.

Il nous faut donc recourir à d'autres moyens. Ces moyens sont : l'accouchement forcé, le seigle ergoté, le tamponnement, la rupture des membranes, le décollement du placenta, et son extraction avant l'enfant.

Nous allons passer en revue ces différents moyens afin de juger de leur valeur et voir quels sont les services qu'ils sont appelés à nous rendre.

1o Accouchement forcé.—Sevret ne conseille ce moyen que lorsque le placenta est inséré centre pour centre et que l'hémorrhagie est tellement grave qu'elle requiert l'intervention immédiate du médecin. Les accoucheurs, pour la plupart, n'emploient cette méthode qu'à la dernière extrémité, à cause des déchirures presque inévitables du col et des ulcérations subséquentes qui surviennent.

2o Rupture des membranes.—Puzos est pour ainsi dire l'auteur de ce moyen. C'est lui qui l'a érigé en système. Voici comment on espère :

On commence par dilater le col graduellement au moyen d'un doigt puis de deux et de trois. On interrompt l'opération de temps en temps pour permettre à la femme de se

reposer. Sous l'influence de ces irritations consécutives, des douleurs se font sentir, la matrice se contracte, les membranes se gonflent. C'est alors le temps de percer les membranes et de donner issue aux eaux de l'amnios. Le liquide sorti, l'écartement de la matrice diminue d'autant, et si les douleurs continuent à se faire sentir, la tête de l'enfant, poussée par les contractions utérines, vient s'adapter contre les parois du col et sert comme de tampon contre l'hémorrhagie. L'accouchement se termine alors comme un accouchement ordinaire. Cette méthode, souvent couronnée de succès, est suivie par Portol, Baudeloc, Mme Lachapelle, Dubois, Chailly, Depaul, Pajot et bien d'autres.

3o Seigle ergoté.—Lorsque les douleurs ne sont pas suffisantes, le seigle ergoté est un agent qui nous rend de grands services. Néanmoins nous devons être très circonspects dans l'usage de ce médicament. Si l'enfant est vivant, Désormeau, et Velpeau veulent qu'on ne l'emploie que lorsque la tête est fort avancée dans le détroit. Autrement nous courrions un grand risque de causer la mort de l'enfant, par la pression continuelle qui s'exerce sur le cordon. Cet agent est aussi très dangereux dans les rétrécissements du bassin, dans les lésions organiques de la matrice, dans les présentations vicieuses de l'enfant; et cela se conçoit. Aussi devons-nous être très prudents dans l'emploi de l'ergot de seigle et prévoir d'avance les accidents qui peuvent survenir.

4o Tampon.—Le moyen mécanique par excellence est le tampon. Pour cela on se sert de préférence de ouate ou de charpie. Il y a encore différents tampons artificiels en caoutchouc; mais tous ces tampons ne valent pas la charpie. Voici quel est le procédé généralement usité en France :

La charpie est divisée en trois parties. L'une employée en bourdonnets du volume d'une petite noix, attachés par un long fil, au nombre de 20 à 30. L'autre en bourdonnets du même volume, mais sans fils. La troisième partie reste telle qu'elle. Puis des compresses languettes, au nombre de cinq ou six, et un bandage en T constituent tout l'appareil nécessaire.

On commence par faire dans le vagin une injection d'eau froide plusieurs fois répétée, afin de débarrasser cet organe du sang et des caillots qu'il peut contenir; puis la vessie étant vidée à l'aide de la sonde, et, si le temps le permet, les matières fécales évacuées au moyen d'un lavement on procède à l'application du tampon.

Quelques médecins ont l'habitude de tremper les tampons dans une solution de perchlorure de fer; d'autres, considérant

qu'ici le tampon n'agit que mécaniquement, se contentent de l'enduire avec du cérat.

Les boulettes de charpie bien imbibées de cérat, on commence à les introduire une à une en débutant par celles qui sont garnies de fils, et on ramène ces fils en faisceau dans un pli de la hanche. A mesure qu'on introduit les bourdonnets on doit les tasser, les masser les uns sur les autres, de manière qu'il n'y ait aucun intervalle entre eux, en ayant soin de commencer par les culs-de-sac du vagin pour arriver ensuite au col. Puis viennent les autres bourdonnets dépourvus de fils qu'on introduit jusqu'à ce que les trois quarts du vagin soient remplis. On comble le reste avec de la charpie ordinaire trempée dans du cérat, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'orifice vulvaire. On garnit alors cet orifice avec de la charpie sèche, en quantité suffisante pour qu'elle déborde de la vulve. Puis on applique dessus 3 ou 4 compresses languettes et on fixe le tout par un bandage en T.

Si l'on s'aperçoit que la charpie extérieure s'humecte, il ne faut pas hésiter; il faut enlever le tampon et le recommencer, c'est un signe qu'il a été mal appliqué. Nous devons donc prendre les plus grandes précautions; la vie de la femme dépend quelquefois de la rapidité et de l'habileté avec laquelle on pratique cette manœuvre. La femme est laissée dans un repos absolu. Le traitement général se borne à des bouillons, du vin, et dans certains cas un peu de seigle ergoté aux doses déjà indiquées.

Le tampon pour agir doit séjourner dans le vagin au moins 12 ou 24 heures. Barnes veut qu'on le retire au bout d'une heure; impossible de réussir par ce moyen. C'est là le grand échec des praticiens. Toujours trop pressés de constater les effets obtenus, ils se hâtent de retirer le tampon et en perdent tout le bénéfice. "Depaul et Pajot" donnent comme précepte que le tampon doit rester en place de 24 à 36 heures. Au bout de ce temps, l'accoucheur doit intervenir. Si les douleurs sont bonnes, si la dilatation est suffisante, il doit perforer les membranes et pratiquer l'extraction de l'enfant, soit à l'aide de la version, soit au moyen du forceps, suivant les cas.

Si au contraire, l'hémorrhagie reparait en abondance et que la dilatation n'est pas suffisante, Depaul conseille de réintroduire le tampon et de donner un peu de seigle ergoté jusqu'à ce que le moment propice pour l'accouchement soit arrivé. L'extraction du délivre doit se faire immédiatement après l'accouchement.

Décollement du Placenta.—Voici un nouveau moyen proposé par le Dr. Barnes. Il divise le traitement en deux cas.

1o Insertion vicieuse centrale ou non, avec contractions utérines et dilatation spontanée. 2o Cas dans lesquels la contraction est absente avec ou sans dilatation.

Toutes les fois que l'hémorrhagie est assez abondante pour causer de l'inquiétude avant le travail, rompre les membranes soit avec le doigt, stilet, sonde; compression du ventre, mais sans tampon; puis si l'hémorrhagie continue et que le travail ne se déclare pas, il propose le décollement du placenta dans toute la portion fixée à la zone placentaire, aidé de l'ergot ou des stimulants; et si malgré cela, l'utérus reste inerte, la dilatation artificielle avec ses dilateurs, et l'extraction consécutive de l'enfant par la version bipolaire mais faite lentement, progressivement, et le badigeonnage du col avec le perchlorure de fer.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 19 septembre 1877.

Le Dr. A. T. Brosseau, président au fauteuil.

Le Dr. L. J. P. Desrosiers, donne des observations qui font suite à son travail intitulé: "La viande n'est pas nécessaire à l'alimentation de l'homme."

Dr. Desrosiers.—En choisissant le sujet qui nous occupe, j'ai compris la difficulté de ma tâche, car je m'adresse à des mangeurs de viande. En parlement, quand la question de tempérance vient sur le tapis, tous sont unanimes à approuver les suggestions de réforme sur ce sujet, mais chacun se dit: "Ça ne m'empêchera pas de prendre mon verre."

Si tout l'Occident fait usage de viande je suis heureux de rappeler que la Chine, le Japon et les Indes font exception, c'est-à-dire, que là on ne mange pas de viande, cependant on n'entend pas dire qu'ils se plaignent de leur sort.

Abernethy, médecin de haute renommée et qui vécut 104 ans, se nourrissait d'alimentation végétale depuis le bas âge, et il recommandait ce genre de nourriture d'une manière spéciale. Ce même médecin reconnaissait pour cause des maladies l'alimentation animale.

L'alimentation végétale, non-seulement rend la vie plus douce, mais prolonge l'existence humaine. J'ai rarement vu

des hommes replets arriver à un âge avancé. J'ai été moi-même un fort mangeur de viande et j'ai eu à souffrir de la dyspepsie, mais depuis que j'ai eu recours à une alimentation opposée, je jouis d'une santé parfaite. Je citerai le fait de deux autres personnes, dont l'une est une proche parente. Cello-ci souffrait également de troubles digestifs depuis plusieurs années, mais depuis deux ans, grâce à mes avis, elle mit la viande de côté et elle se portait bien. Cependant cette personne, qui est ma propre mère, voulut recommencer l'usage de la viande le printemps dernier, et dans le même temps elle eût une attaque de paralysie; elle s'est remise de cette attaque mais elle a repris le régime antérieur. Aujourd'hui, elle jouit d'une bonne santé. Je citerai de plus, un autre cas, c'est celui d'un de nos confrères qui, depuis une couple d'années, faisait usage d'une alimentation légère, et s'en trouvait bien; tout récemment, à la suite d'un repas de viande, il eut une attaque d'épilepsie.

L'homme étant donc à la fois granivore et frugivore, peut trouver dans le régime végétal toute l'alimentation nécessaire à son entretien.

La viande donne-t-elle de la force? Si elle en donne, c'est aux dépens de la constitution; c'est-à-dire que comme les alcooliques elle entraîne à sa suite d'abord la surexcitation, puis l'épuisement. Les Monténégrins qui font la guerre avec les Turcs sont forts et robustes, cependant, pour toute nourriture, ils se contentent de pain et de quelques autres aliments du règne végétal.

Quel contraste entre le Français et l'Anglais! Ce dernier replet et bouffi par la bonne chair, fort au travail, il est vrai, est bourru et porté au *spleen*. Au contraire le Français est gai, spirituel, éveillé, aussi ne se nourrit-il guère que de végétaux et surtout de pain fait de farine grossière.

La décadence Romaine origina du moment que le peuple Romain commença à se gorger de viande, et puis vous connaissez ce que l'on rapporte de ces festins fabuleux qui seraient incroyables s'ils n'étaient confirmés par l'histoire. On peut en dire autant de la Grèce. Les Béotiens, pour la même raison, étaient moins intelligents, plus allourdis et moins vifs, et par conséquent moins guerriers que les Athéniens.

Serait-il dit que le Canadien manquerait d'intelligence? Assurément, non. Cependant, il arriverait sûrement à son idéal s'il faisait usage d'une alimentation purement végétale.

La viande est non seulement une erreur véritable quoiqu'universellement répandue, mais encore elle entre pour une large part dans l'étiologie des maladies qui affligent l'espèce humaine.

Ajoutons que l'excès d'alimentation, le défaut de respiration et d'oxigénation sont encore d'autres causes très-fréquentes de maladies.

Ce qui constitue l'homme c'est l'intelligence et l'adresse, et non la force, mais d'un autre côté pour maintenir l'équilibre entre les fonctions organiques, particulièrement entre celle du poumon et l'estomac, il faut la nourriture d'un air pur, et d'une alimentation raisonnable tirée du règne végétale.

“ Mens sana in corpore sano. ”

Le Dr. Elzéar Berthelot.—La question débattue ce soir, est brûlante. Il est impossible de soutenir les opinions du Dr. Desrosiers du moins pour nos climats, excepté dans le cas de maladie. A Londres quoique la ville ne soit pas très-salubre la mortalité est moins grande là qu'à Paris et on remarque que les opérations en France, quoique faites avec habileté ont moins de chance de succès qu'à Londres et il ne serait pas déraisonnable d'expliquer cette différence par le genre de nourriture de ces deux peuples. En Canada, à cause de la rigueur de nos saisons ce système exclusif d'alimentation serait chose difficile. En général pour plusieurs constitutions trois repas de viande par jour c'est trop, mais n'en pas manger du tout c'est fort!

Le Dr. S. Lachapelle.—Les aliments sont azotés et non azotés, le règne animal fournit plus d'aliments azotés que le règne végétal et pour vivre l'homme a besoin de puiser sa nourriture dans les deux règnes. Sa conformation anatomique semble plus faite pour une nourriture animale. Je ne crois pas que l'usage de la viande ait la propriété de changer la nature de l'homme, de la rendre *féroce*. Le tigre ou le lion n'est pas devenu plus féroce après son premier repas de viande. Les peuples du Nord et du Midi ont besoin d'une nourriture appropriée au climat sous lequel ils vivent. S'il fallait exclure l'usage de la viande on serait bien embarrassé des animaux si on ne les détruisait pas. En résumé, je ne suis pas en faveur des opinions du Dr. Desrosiers mais je crois que les faits rapportés par le discoureur ne sont pas concluants.

Le Dr. F. X. Perreault.—Je crois que l'usage de la viande peut bien développer les passions brutales si j'en juge par ce qui se passe chez les aliénés. La nourriture animale chez eux les porte à la destruction et à la brutalité tandis que chose remarquable, la suppression du régime en question les rend calmes, doux et pacifiques. Dans les maisons d'éducation on est souvent obligé de supprimer complètement la viande chez plusieurs élèves

pour éteindre chez eux les passions rebelles au traitement médical. Je ne dis pas que l'alimentation animale devrait être proscrite, mais qu'en général on devrait en user avec modération. Moi-même j'ai été longtemps un fort mangeur de viande, mais depuis quelques années j'en use sobrement et je m'en trouve bien mieux.

Le Dr. A. Laramée.—Je ne puis partager les opinions du Dr. Desrosiers. Une des lois fondamentales à une bonne digestion c'est de puiser dans la nourriture ce qu'il faut pour l'entretien de la vie et n'en pas prendre plus qu'il en faut. Le règne animal et le règne végétal sont les deux sources nécessaires à l'alimentation de l'homme. Il se rencontre des constitutions auxquelles le régime végétal peut, à la rigueur, suffire, mais il faut bien avouer que ce régime exclusif n'accommoder qu'un bien petit nombre d'organisations. Je suis convaincu que la source de la plus grande partie des maladies qui assaillent l'humanité trouve sa cause dans l'intempérance. Parmi ceux qui arrivent à une vieillesse avancée, je crois que le plus grand nombre en sont redevables à la tempérance et à la sobriété. Autrement dit "qui mange beaucoup vit peu." Sous notre climat, la classe laborieuse ne pourrait résister avec une alimentation purement végétale. Je me demande comment nos *tailleurs* de pierre, par exemple, surtout dans la saison rigoureuse, pourraient résister au métier si on leur supprimait la nourriture animale. Je suis bien d'avis, qu'en général, les personnes d'occupation peu active, ou sédentaire, doivent user avec sobriété d'une alimentation animale parce qu'ils en ont moins besoin que les autres classes. Les exemples cités par le Dr. Desrosiers ne sont pas concluants. J'aime mieux croire que les accidents arrivés dans ces cas en question après la reprise de la viande n'étaient que de pures coïncidences. On peut dire avec raison qu'une moitié du genre humain mange trop et qu'une autre moitié ne mange pas assez.

Le Dr. Desrosiers.—Je suis convaincu que la viande n'est pas nécessaire. Une autre objection à son usage est que, comme les alcooliques, elle développe les passions brutales, elle étouffe l'intelligence. En nourrissant le lion avec les grains on finit par le rendre plus doux. Pour faire disparaître les animaux il faudrait cesser l'élevage. Les aliments végétaux: les œufs, le pain, les noix, etc., etc., fournissent une proportion suffisante d'aliments plastiques pour permettre de vivre sous n'importe quel climat. L'homme bourre trop son estomac et néglige ce qui convient à ses poumons. La passion de l'activité est noyée par la passion de la paresse et de la gourmandise.

La vie est une lutte entre l'estomac et les poumons. Ou

trouve-t-on les causes des maladies ? dans l'alimentation. L'homme est fait pour la santé et le bonheur. S'il savait respirer et se nourrir il ne serait jamais malade. Sydenham et Abernethy disaient que la masse des mortalité trouvaient leur cause dans l'alimentation.

Dr. A. T. Brosseau.—M. le docteur Desrosiers mérite nos félicitations pour le courage qu'il déploie dans la défense de sa cause, ayant à lutter contre toute l'assemblée. L'homme est un animal omnivore, sa conformation, ses goûts, sa position sociale tout contribue à démontrer qu'il doit prendre ce qui lui convient dans le règne animal et le règne végétal. A Paris et à Londres où il se fait tout les jours une infinité d'opérations chirurgicales, l'on constate des différences notables dans les résultats. En France on voit rarement des réunions par première intention. A Londres on voit le contraire. Le personnel des hôpitaux d'Angleterre est mangeur de viande. Le *Roast-beef*, le pain, la bière, constituent la nourriture principale, tandis que le vin bleu, le fromage et le pain composent la nourriture des hôpitaux français. Je dois dire aussi que les français en général dorment très-peu. J'ai ouï dire que les Carmélites établies parmi nous depuis quelque années, continuent, suivant leur ordre, leur régime exclusivement végétal et sont bien portantes. J'ai connu une femme qui, pendant sept ans, s'est nourrie exclusivement de lait, et qui se trouvait très-bien de ce régime. Cependant elle a repris la viande, et s'en trouve également bien. Moi-même je mange peu de viande et m'en trouve très-bien. Trois repas de viande par jour me vont mal et me donnent la migraine. J'ai souvent entendu dire par notre ancien professeur le Dr. Munro qu'il préférerait pratiquer les opérations chirurgicales sur le Canadien qui est grand mangeur de viande plutôt que sur l'Irlandais, pour la raison que l'opération sur le Canadien fournissait en général, des résultats plus satisfaisants.

Puis il est proposé par le Dr. F. X. Perreault, secondé par le Dr. A. Lamarche, que l'assemblée, tout en n'acceptant pas les conclusions du Dr. Desrosiers, à savoir : " que la viande n'est pas nécessaire à la nourriture de l'homme " concourt cependant dans son opinion que la viande occupe une place beaucoup trop considérable dans l'alimentation en Canada, surtout dans les villes et chez les personnes d'habitude sédentaire.—Adopté.

Le Dr. Sev. Lechapelle donne avis qu'à la prochaine séance il proposera le Dr. H. Roy comme membre actif.

A la suggestion des Drs. Perreault et Ricard, la société médicale tiendra une séance extraordinaire, Lundi prochain, le

24 courant, pour s'occuper de la double question du tarif et des dispensaires.

Le Dr. Sev. LaChapelle donnera à la première séance libre un travail intitulé "Quelques considérations sur la thérapeutique au sujet de la médication stimulante dans la Pneumonie."

Et la séance est levée,

Dr. A. LARAMEE,
Sec.-Trés. S. M.

Séance extraordinaire du 24 Sept. 1877.

Le Dr. A. T. Brosseau, président, au fauteuil.

Membres présents: Drs. J. P. Rottot, A. Ricard, A. Dagenais, F. X. Perrault, E. J. Bourque, E. P. LaChapelle, A. B. Craig, A. Meunier, J. Gagnon, G. Archambault, N. Fafard, L. Laberge, J. Brunelle, A. Germain, E. Berthelot, A. Demers, J. B. Bouchard, H. Lanthier, J. A. Roy, J. Desroches, V. Cléroux, et G. O. Beaudry.

La question des Dispensaires est à l'ordre du jour. Après les remarques de plusieurs membres sur ces Institutions, la question est renvoyée à la prochaine séance.

Le Dr. J. P. Rottot donne alors communication de la lettre-circulaire suivante publiée par le Dr. L. A. Fortier, de Ste. Scholastique.

A ceux qui sont malades comme à ceux qui ne le sont pas.

" Parmi le grand nombre d'amis que compte le Dr. Léonard, A. Fortier, il y en a quelques-uns qui s'intéressent au bon état de sa santé d'une manière toute particulière, en répandant le bruit que le Docteur se soucie peu de la pratique, qu'il préfère demeurer chez lui pour se reposer.

" Tout en remerciant avec empressement ces bons amis, le Dr. L. A. Fortier profite de l'occasion pour informer tout le monde qu'il n'en est rien, que sa santé, parfaitement rétablie, lui permet de se livrer aux exigences de la pratique avec le même zèle et le même dévouement; qu'aimant sa profession, il continuera à l'exercer dans toutes ses branches, en tout temps et en toute saison, la nuit comme le jour; que convaincu de la haute dignité de son état, il continuera à prodiguer ses soins à quiconque les réclamera, et qu'il ne reculera pas dans le chemin du devoir et de la charité.

“ Depuis vingt ans passés qu'il s'occupe activement de médecine, le docteur doit posséder aujourd'hui ce sang froid si précieux dans *maintes circonstances* ; et son expérience acquise pendant les seize années de pratique qu'il a passées dans les comtés de Soulanges et de Vaudreuil, avec un succès toujours fidèle, a fortifié chez lui la puissance de discerner avec sûreté les maladies qui se disputent la jouissance de notre pauvre humanité.

“ Il n'entre pas dans les habitudes du Docteur Fortier de promettre imprudemment guérison quand les lumières de la science lui recommandent la prudence et la réserve ; mais après avoir fait de bonnes études médicales fortifiées par une longue expérience, et avec le secours d'une bonne bibliothèque il entreprend avec assurance le traitement de ceux qui se confient à ses soins, et regarde comme impérieux, le devoir de faire connaître aux amis ou aux parents du patient le danger de mort, chaque fois qu'il devient menaçant.

“ Après avoir quitté, à St. Clot, une riche pratique pour venir à Ste. Scholastique, y passer le reste de sa vie, au milieu de ses gens, le Docteur est aujourd'hui en état de ne point tourmenter ses nouvelles pratiques par des demandes d'argent répétées, et il sera d'une grande facilité dans le mode de paiement de ses services.

“ S'apercevant depuis quelque temps que la jalousie et l'envie s'entendent pour le dénigrer impitoyablement, le Dr. Fortier va se permettre la fantaisie de couper les vivres à l'ennemi.

A la guerre comme à la guerre !

“ Ce qui coûtait *quatre piastres* sera réduit à *deux*.

“ En retour le Docteur se repose sur la délicatesse et la bienveillance de ceux qui réclameront ses services.”

DR. L. A. FORTIER.

Ste. Scholastique.

Après la lecture de cette lettre circulaire, le Dr. E. P. La chapelle propose, secondé par le Dr. A. Meunier, que la Société Médicale de Montréal désapprouve entièrement cette circulaire comme étant dérogatoire à l'étiquette médicale, et elle ose espérer que le Bureau Provincial de Médecine sera bientôt autorisé à sévir contre des abus aussi préjudiciables à l'honneur du corps médical.

|| Cette motion est adoptée. Le Dr. Dagenais cependant s'inscrit contre la motion.

Il est ensuite proposé par le Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. E. J. Bourque que cette Société est d'opinion qu'il devrait y avoir un Code d'étiquette obligatoire, et que la circulaire du Dr. Fortier, de Ste. Scholastique, devrait être mise devant le Bureau Provincial pour prouver la nécessité de ce Code.

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

La question du Tarif Médical étant à l'ordre du jour, le Dr. A. Ricard soumet un projet de tarif qui est discuté article par article et finalement adopté. Le Secrétaire est alors requis d'en transmettre une copie au Président du Bureau Provincial de Médecine pour le faire adopter par le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Et la séance est levée.

G. O. BEAUDRY, M. D.,

Assist.-Sec.-Trés. S. M. de Montréal.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Hôpital de la Charité à Paris.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR HARDY.

§ 1.— *Rhumatisme articulaire aigu. — Dégagement subit des articulations avec persistance de la fièvre. — Inflammation latente très-probable.*

Un jeune homme, âgé de vingt-trois ans et d'une bonne constitution, atteint de rhumatisme poly-articulaire, a vu, depuis deux jours, ses articulations se débarrasser tout à coup. Cependant la fièvre persiste. Le pouls est à 96. C'est là la *fièvre rhumatismale* des anciens. En pareille cas, il faut toujours se défier de quelque complication viscérale, ou craindre le retour des douleurs articulaires. Ici la respiration n'est pas

génée; il n'y a rien dans le poumon ni dans la plèvre. Le premier bruit du cœur est un peu prolongé, mais il n'y a pas de souffle à proprement parler. Ce malade est sous la menace d'une endocardite, ou de tout autre inflammation actuellement à l'état latent.—Sulfate de quinine 0.50 à prendre dans la journée en trois fois.

§ 2.—*Epanchement pleurétique ayant donné lieu à la dépression de la paroi thoracique.*

Un malade, entré dans le service il y a deux mois, pour un épanchement pleurétique, présente un phénomène important, déjà signalé par Laennec, phénomène utile à connaître à cette phase ultime de la maladie. On trouve, à la partie postérieure droite du thorax, de la matité avec absence de murmure vésiculaire. La cavité pleurale contient-elle encore, ne contient-elle plus de liquide?

La réponse est facile. La collection a disparu. On relève, en effet, chez ce malade, un caractère qui ne saurait tromper. Les parois thoraciques sont déprimées et comme excavées. C'est là une conséquence de l'organisation et du retrait des fausses membranes. Ce malade éprouve, du reste, un sentiment de pression, de constriction thoracique, qui s'explique très-bien par la retraction des brides pseudo-membraneuses.

§ 3.—*Vertiges par anémie cérébrale, en rapport avec une insuffisance mitrale.*

Le malade âgé de 35 ans, est d'une bonne musculature. Il n'a aucune douleur, aucune faiblesse dans les jambes. Il se plaint de vertiges, et croit voir des mouches devant ses yeux. Il accuse des battements de cœur et de l'oppression durant l'ascension. Le pouls est régulier, mais il est petit et serré, ce qui pourrait autoriser à soupçonner un rétrécissement aortique.

Il y a un peu de voussure de la région précordiale. La pointe du cœur bat à 0.03 au-dessous du mamelon, dans le septième espace intercostal. Donc cet organe est un peu dilaté. A la main, on ne perçoit aucun frémissement thoracique. Les battements cardiaques sont peu énergiques. La matité s'étend un peu au-delà des limites normales. Elle est plus étendue en haut qu'en bas. A l'auscultation on perçoit, au premier temps, un bruit de souffle à la base et à la pointe, mais plus prononcée à ce dernier point. Il y a donc insuffisance mitrale, et, sans doute, un commencement de rétrécissement aortique.

Ainsi tout se trouve expliqué. Le sang à chaque contraction

cardiaque revenant en partie dans l'oreillette gauche, par le fait de l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires, le sang, disons-nous, n'est pas lancé vers le cerveau en proportions suffisantes: de là l'anémie cérébrale qui donne lieu à des vertiges.

Dans ce cas, on a pu s'en convaincre, l'auscultation a su corriger les notions inexactes fournies par les deux radiales, qu'il faut avoir toujours soin d'interroger tour à tour, dans la crainte d'une anomalie artérielle.

Prescription: Douze gouttes de teinture de digitale.

§ 4.—*Fievre tierce, d'origine paludéenne, à accès vespérins.*

La fièvre intermittente, dite *légitime*, est réputée d'ordinaire prendre le matin. On est porté à considérer comme *illégitime* ou *épiphenomenale*, une fièvre qui redouble le soir. L'heure de l'apparition du mouvement fébrile ne suffit pas pour fixer sur la nature de la fièvre. Un exemple en est fourni par le malade qui donne lieu à ces réflexions.

Cet homme est terrassier, et travaille dans un pays marécageux. Il a déjà eu des accès de fièvre palustre.

Dans ces derniers temps, il a été pris d'accès revenant tous les trois jours, le matin. Depuis qu'il est à l'hôpital, les retours fébriles ont lieu le soir. Sous l'influence de la quinine, la fièvre a diminué d'intensité. Hier, à l'heure où elle devait se reproduire, il en a été quitte pour un peu de mal de tête. Il a eu aussi une épistaxis.

Lorsque ce malade est entré à l'hôpital, la rate était grosse et très-facile à limiter. En ce moment, on a de la peine à la trouver, ce qui prouve qu'elle est revenue à ses dimensions normales.

Ce malade doit continuer encore quelque temps l'usage de sulfate de quinine. Sans cette précaution, il ne tarderait pas à voir ses accès fébriles se reproduire.

§ 5.—*Chloro-anémie.—Néuralgies diverses liées à l'aglobulie.—Préparations martiales, hydrothérapie, sirop de codéine.*

Une jeune femme chloro-anémique, en outre des diverses manifestations de cet état particulier du sang, pâleur caractéristique, faiblesse musculaire, étourdissements, battements de cœur, etc., présente un phénomène qu'on n'a pas souvent occasion d'observer. Les veines des jambes sont comme marbrées par le développement d'un lacis veineux. Cet état exceptionnel de la circulation superficielle est sous la dépendance d'une

sémi-paralysie des nerfs vaso-moteurs, sous l'influence desquels s'effectue la circulation capillaire.

Ce n'est pas tout. Cette malade souffre de diverses névralgies. Tantôt la douleur a pour siège la région temporale; tantôt elle se produit vers les nerfs intercostaux; tantôt enfin, c'est l'estomac qui est entrepris. Il se produit, du côté de cet organe, des crampes persistantes et d'une grande intensité.

Ces diverses névropathies qui s'observent si souvent chez les chlorotiques, tiennent à la modification des nerfs sous l'influence de l'hypoglobulie. En parant à cette dyscrasie du sang, par là même, on met fin aux névralgies.

Pour faire cesser la gastralgie, on se trouve très-bien de l'usage de la *codéine*. Ce principe réussit mieux dans ces conditions que toutes les autres préparations opiacées.

Quant aux autres névralgies, on les combat avec avantage au moyen des injections hypodermiques.

Mais l'élément essentiel, et auquel se relie tous les autres épiphénomènes, c'est l'aglobulie. La curation de cette affection entraîne, *ipso facto*, avons-nous dit, la disparition de toutes les manifestations morbides, qui n'en sont que l'expression objective. Le remède souverain qui lui est applicable, c'est le fer. Malheureusement, la plupart des préparations ferrugineuses sont mal supportées par l'estomac, toujours prêt à entrer en révolte. Il ne faut pas songer à recourir aux pilules, mais il est un médicament pour lequel le ventricule gastrique se montre assez tolérant: c'est la *teinture de mars tartarisé* (tartrate de fer). On la prescrit à la dose de 10 à 20 gouttes par jour, en deux fois, au moment du déjeuner et du dîner.

Les *eaux ferrugineuses* sont aussi très-bien digérées. On peut avoir recours à l'eau de Passy, à celle d'Orezza, etc. Cette médication doit être continuée longtemps.

Il est aussi un agent thérapeutique qui rend de grands services, surtout chez les malades qui se trouvent mal de l'emploi des ferrugineux. Nous voulons parler de la *douche froide en jet*. C'est un agent reconstituant par excellence.

Notre malade est soumise à la fois à la teinture martiale, à la douche froide et au sirop de codéine, dont elle prend une cuillerée à café une demi-heure avant chaque repas.

§ 6.—*Insuffisance mitrale et tricuspide; troubles circulatoires graves.—Excellents effets d'une saignée générale.*

Une femme, âgée de 76 ans, est entrée, il y a quelques jours avec une dyspnée extrême, dépendant de troubles cardiaques très-accusés. Elle avait un pouls irrégulier et une tension

vasculaire énorme. Jambes enflées, œdème de la région lombaire, dans les téguments de laquelle les doigts s'enfonçaient comme dans du beurre ; distension énorme des veines tyroïdiennes, pouls veineux.

L'examen du cœur n'a pas tardé à révéler les causes de ces désordres vasculaires. Cet organe était distendu, et on apercevait à la pointe un bruit de souffle qui décelait une insuffisance mitrale. La valvule tricuspide était affectée de la même lésion ce qui se traduisait par le pouls veineux jugulaire.

M. Hardy a fait pratiquer une petite saignée de 200 gr., et l'amélioration a été instantanée.

On voit dans ce fait une nouvelle preuve du tort que l'on a eu de renoncer entièrement à la saignée. Faite à propos, elle peut, en effet, rendre de grands services.

§ 7.—*Diagnostic du zona.*

Un jeune homme, âgé de 36 ans, garçon boucher, d'une forte constitution, a été pris, il y a huit jours, d'une douleur dans le bras gauche, s'irradiant vers la main. Presque aussitôt se sont développées des taches isolées, rouges, irrégulières, surmontées de nombreuses vésicules, contenant les unes de la sérosité transparente, les autres de la sérosité brunâtre.

Examinée au microscope, cette dernière présenterait des leucocytes ainsi que des globules rouges du sang.

En certains points, ces vésicules se dessèchent par la résorption de la sérosité, puis l'épiderme tombe en desquamation.

Une particularité propre à cette affection, c'est que ses taches vésiculaires ne se produisent que sur un côté du corps. Chez ce malade, on trouve une plaque au niveau de la fosse sus-épineuse gauche, au voisinage de la colonne vertébrale, puis à la partie interne et antérieure du bras : il existe quelques vésicules jusqu'à l'extrémité de l'index. Une douleur analogue à celle que produit une brûlure par de l'eau bouillante, parcourt tout l'organe, et aboutit à l'index et au médius.

Lorsque l'on trouve une affection vésiculeuse, groupée sur des plaques rouges isolées les unes des autres, accompagnées de douleurs lancinantes, et que cette affection est unilatérale, le diagnostic, ne saurait offrir d'obscurité. Il s'agit d'un zona.

Cette affection peut se développer sur tous les points, mais c'est le tronc qui est son siège d'élection. Quand il se produit au bras, il n'entoure pas tout l'organe ; il suit d'ordinaire la direction d'un nerf. Chez notre malade, l'éruption se trouve sur le trajet du nerf radial.

§ 8.—*Une surprise d'amphithéâtre.*

Le jeune homme dont le cadavre est étendu sur la table de l'amphithéâtre, est resté pendant dix-huit jours en traitement dans le service de M. Hardy. Il a présenté des symptômes si tranchés de fièvre typhoïde, que le diagnostic ne pouvait laisser subsister aucun doute.

La maladie, lors de l'entrée à l'hôpital, comptait cinq jours d'invasion. Ce jeune homme a présenté de la *stupeur*, du *délire* incomplet; son *ventre* était *balonné*; *gargouillement* dans la *fosse iliaque droite*; *diarrhée brune*, *langue sèche et fuligineuse*; *pulvérulence des narines*; *taches exanthématiques* sur les parois abdominales; *râles ronflants* étendus à la totalité des poumons; *oscillations thermométriques étendues* dans les deux premiers septenaires, suivies bientôt des *oscillations fixes*, caractéristiques de la seconde période de la maladie; *rate très-développée*; une ou deux *épistaxis*.

D'après de telles expressions symptomatiques, aucun praticien n'aurait hésité à mettre, sur cette affection, l'épithète de *fièvre typhoïde*.

Or, l'autopsie est venue révéler une erreur de diagnostic que le clinicien le plus consommé n'eût pu éviter.

On a trouvé des *granulations tuberculeuses* sur la surface externe et dans l'intimité de tous les organes, sans exception.

Les plèvres en sont couvertes, les poumons en sont farcis.

La rate est trois fois plus développée qu'à son état normal. Elle est criblée de granulation, sur sa membrane d'enveloppe et dans son parenchyme. Il en est de même pour le foie, le diaphragme, les méninges.

M. Hardy s'attendait, au moins, à trouver dans l'intestin, quelques signes révélateur de la fièvre typhoïde, qui eût pu marcher de concert avec la granulie. La déception a été complète. On n'a relevé aucune trace d'ulcération intestinale. Là encore, on n'a trouvé que quelques granulations disséminées sur la membrane muqueuse.

Les ganglions lymphatiques, bronchiques et mésentériques enorgés, présentaient aussi des granulations tuberculeuses en îlots. Il serait impossible de voir des organes plus farcis de tubercules. Ils en sont littéralement infiltrés. Dans ce cas, si digne d'intérêt, les phénomènes de congestion, liés à la tuberculose, se sont confondus avec ceux de la congestion fébrile. En somme, il s'est agi d'un cas type de granulie sur-aiguë. On n'eût trouvé aucun signe sur lequel se fonder pour ne pas croire à l'existence d'une fièvre typhoïde des mieux caracté-

sées. Après coup il serait encore impossible de dire comment on eût pu, en pareil cas, éviter une erreur de diagnostic. *Experientia fallax: judicium difficile.....—Revue de Théor. Méd.-Chir.*

L'Acide salicylique à l'Académie de Médecine.—

Dans les deux dernières séances de l'Académie, M. Sée est venu de nouveau prendre la parole pour répondre aux objections qui ont été soulevées par différents de ses collègues contre sa première communication. En réalité, il est venu donner à ses propres résultats la sanction de faits nombreux publiés dans ces derniers temps par les médecins de valeur, et observés en grande partie dans les hôpitaux de Paris.

Un premier point sur lequel le désaccord semblait être complet entre M. G. Sée et plusieurs de ces collègues, est celui relatif à l'action antipyrétique de l'acide salicylique. Mais, de fait, il y a eu malentendu. M. Sée ne nie pas, comme il semblait résulter de sa première communication, que l'acide salicylique pris à dose massive, ne puisse, dans des cas déterminés, provoquer une réfrigération même assez considérable; mais il conteste que ce soit là la principale propriété de l'acide salicylique comme le veulent, par exemple, M. Oulmont et M. Jaccoud, en France, et M. Buesse, en Allemagne.

Il demeure bien entendu que l'action antipyrétique des médicaments salicylés, par ce fait qu'elle est extrêmement passagère, ne saurait être utilisée avec fruit dans le traitement des fièvres; cette propriété, qu'au point de vue de l'action physiologique du médicament il importe de ne pas méconnaître, ne présente, jusqu'ici du moins, qu'un intérêt purement théorique. Mais ce n'est pas une raison pour proscrire l'acide salicylique du traitement de certaines fièvres réputés infectieuses, telles que la fièvre typhoïde.

On a vu, en effet, que M. Gueneau de Mussy a cherché à utiliser les propriétés antiseptiques du médicament employé à la dose quotidienne de 1 gr., pour combattre l'auto-infection qui semble se manifester vers le déclin de la maladie. Arrive-t-on réellement à obtenir ce résultat? c'est ce que M. Gueneau de Mussy lui-même n'osait affirmer positivement. Toujours est-il que, lorsque M. G. Sée reproche à son collègue de se servir de doses homœopathiques, il force certainement la note; car, il sera le premier à convenir que les doses d'un même médicament varient non-seulement avec l'intensité des effets éprouvés, mais aussi avec la nature de ces effets.

Ceci nous ramène à la question du traitement du rhumatis-

me, où des insuccès ont été obtenus par différents médecins, entre autres M. Oulmont, parce qu'ils n'ont pas su administrer le médicament à des doses suffisantes. M. G. Sée a insisté sur ce point dont il a été question à plusieurs reprises à propos du traitement du rhumatisme, à savoir qu'au dessous d'une certaine dose qui est de 6 à 10 gr., le médicament reste sans action. Mais il ne faut pas non plus passer d'une timidité à une hardiesse excessive, et M. G. Sée ne craint pas de déclarer que si M. Jaccoud a eu à enregistrer des accidents, c'est qu'il a donné jusqu'à 15 gr. d'acide salicylique dans le même jour.

M. G. Sée n'admet pas non plus que la médication salicylique soit capable de provoquer le rhumatisme cérébral, et qu'il y ait lieu, pour prévenir cette complication grave, de soumettre les malades, à l'exemple de M. Gueneau de Mussy, à une administration graduée du médicament. Pour le professeur de l'Hôtel-Dieu, il faut, ou considérer le rhumatisme viscéral comme indépendant de la médication employée, ou, alors, pour être logique, s'abstenir de toute intervention. Or, on sait que Lorrain avait fini par se résigner à l'expectation dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, ce qui ne l'empêcha pas d'obtenir des résultats déplorables, tant au point de vue de la durée de la maladie qu'à celui des complications et de la mortalité.

Mais on a toujours en droit de demander, si entre ne rien faire et juguler le rhumatisme articulaire aigu dans l'espace de quarante-huit heures, il n'y a pas de parti plus sage à prendre, celui de soulager les malades sans brusquer les accidents articulaires. C'est ce qu'une longue expérience, s'appuyant sur des faits extrêmement nombreux, pourra seule décider. Nous devons ajouter d'ailleurs qu'à l'appui de sa manière de faire, M. G. Sée a cité une statistique de Stricker, provenant des hôpitaux militaires d'Allemagne, et où sur 181 cas de rhumatisme articulaire, 12 fois seulement il y eut des complications cardiaques et pleurétiques, et dans aucun cas il n'y eut d'accidents cérébraux.

En somme, il est aujourd'hui bien acquis que, si l'acide salicylique n'est pas un spécifique du rhumatisme, son efficacité merveilleuse dans le traitement des manifestations articulaires du rhumatisme ne saurait plus être mise en doute. L'action de ce médicament a été nettement formulée par M. G. Sée qui lui alloue le triple pouvoir 1o de calmer rapidement les douleurs, 2o de diminuer les engorgements articulaires, 3o de favoriser l'élimination de certains principes du sang (acide urique et urates).

Ce qui est vrai pour le rhumatisme articulaire aigu semble

pouvoir s'appliquer aujourd'hui au rhumatisme chronique, en particulier à cette forme désespérante connue sous le nom de rhumatisme noueux qui prive les malheureux malades de l'usage de leurs membres. M. le professeur G. Sée a reçu, en effet, communication de plusieurs faits heureux de ce genre, observés par MM. Ricord, Luys et Bouchard.

Ce dernier, entre autres, qui est à même d'observer à l'hôpital de Bicêtre un grand nombre de cas de rhumatisme noueux, déclare qu'avec la médication salicylique, non-seulement il arrive très-rapidement à bout des recrudescences aiguës qui viennent aggraver l'état des malades, mais que, dans certains cas, il a même obtenu une amélioration notable des accidents. M. G. Sée a rapporté encore le cas, observé par un médecin de province, d'une pauvre vieille affectée de rhumatisme noueux, impotente depuis douze ans, et qui reprit l'usage de ses membres, au bout de trois semaines de traitement par le salicylate de soude.

Enfin, M. G. Sée a voulu répondre également à ce qu'il appelle la doctrine fulminante de M. Gueneau de Mussy, lequel considère comme inopportune et dangereuse, toute intervention active dans le traitement de la goutte. M. G. Sée a fait ressortir un point d'un intérêt considérable, à savoir qu'il existe une différence capitale entre l'action des médicaments anti-goutteux tels que le colchique, et les médicaments salicylés. Les premiers se bornent à calmer la douleur et à combattre la fluxion locale et peuvent parfaitement provoquer un déplacement des manifestations morbides, quoiqu'on ait exagéré la fréquence des métastases. Au contraire, l'acide salicylique ne se contente pas de calmer les accidents articulaires; il fait plus: il élimine le corps du délit, l'acide urique; dès lors plus de métastase à craindre. Ce fait a été démontré par les analyses chimiques de M. A. Robin, et M. Bouchard a donné du pouvoir éliminateur de l'acide salicylique une démonstration aussi simple qu'ingénieuse. Qu'on donne à un individu de la fuchsine, celle-ci s'éliminera le lendemain en communiquant à l'urine une couleur rouge bien caractéristique. Le surlendemain l'élimination de la fuchsine et la coloration rouge de l'urine diminuent. Si alors on administre au sujet en expérience du salicylate de soude, l'urine se colore de nouveau fortement en rouge, ce qui prouve bien que le médicament favorise l'élimination de la fuchsine retenue dans l'organisme.

Incidemment, M. G. Sée a cru devoir réfuter brièvement un article de M. Luton, de Reims. Nous ne pouvons que partager l'étonnement du savant professeur de clinique.

Pour M. Luton, la chorée n'est pas plus rhumatismale que

dartreuse, scrofuleuse, syphilitique, etc.; elle est la chorée. Une des raisons du médecin de Rheims, qui lui semble absolument péremptoire, est l'insuccès du cyanure de zinc et de potassium, « qui par 'il devoir être le dernier mot de la médication antirhumatisme. » Devant une pareille preuve, MM. G. Sée, Barthez, Roger, J. Simon, etc., doivent s'incliner. Le malheur est qu'il n'y paraît guère!—*Gazette Médicale de Paris.*

Albuminurie chronique.—*Rareté extrême des cas de guérison.*—Le malade qui inspire à M. Sée les réflexions suivantes a été traité, il y a trois ans, à la Pitié, par M. Gallard, pour les mêmes accidents qui viennent de motiver son entrée à l'Hôtel-Dieu. Sous l'influence des purgatifs, des diurétiques, des bains de vapeur, la bouffissure avait disparu après treize jours de traitement. Mais en quittant l'hôpital, ses urines n'avaient pas cessé d'être albumineuses. Depuis cette époque, cet homme a continué ses fonctions de cocher. Il y a trois semaines, il a été affecté d'un œdème général, sans aucune lésion cardiaque. Ses urines contiennent des quantités considérables d'albumine. Cette fois encore, on fera justice des conséquences de la néphrite interstitielle, mais on n'arrivera pas davantage à la guérison de l'affection protopathique.

C'est qu'en effet on compte, tant ils sont rares, les cas de guérison absolue de l'albuminurie chronique. Dans sa longue carrière, M. Sée n'en a rencontré que trois exemples authentiques.

A ce propos, M. G. Sée déclare que, en dépit de quelques assertions contraires, il met quiconque au défi de lui faire voir, pièces en mains, que l'albuminurie, qu'elle soit aiguë ou chronique, ne soit pas accompagnée de lésion plus ou moins marquée des reins.

Les sujets atteints de choro-albuminurie vivent dans un état de menace permanente. Qu'ils s'exposent à un refroidissement; qu'ils se livrent à un travail excessif, etc., ils sont exposés à voir l'anasarque faire retour.

Sous l'influence du lait et de la digitale, principalement, cet homme sera guéri de nouveau au bout de deux ou trois semaines. Mais pour ce qui est de l'avenir, on ne peut répondre de rien.—*Revue de Thér. Méd.-Chir.*

Rhumatisme articulaire aigu.—**Excellents effets du salicylate de soude.**—Le salicylate de soude réussit

merveilleusement dans le rhumatisme articulaire aigu. Un malade entré, il y a trois jours, dans le service de M. Sée, pour cette affection récidivée après un intervalle de trois semaines, en fournit la preuve la plus péremptoire. Sous l'influence, sans doute, d'un refroidissement, cet homme a été repris avec un surcroît d'intensité des mêmes accidents. La température s'est élevée à 42°. Toutes les jointures ont été affectées. Sous l'influence de l'administration du salicylate de soude (10 gr. par 24 heures, à prendre dans un julep), la rémission a été des plus remarquables. En ce moment, les articulations sont dégagées, et la température s'est abaissée à 37°. Un pareil résultat mérite de fixer l'attention. Pour obtenir une guérison durable, il faut avoir soin de continuer encore quelque temps l'usage de ce précieux médicament. — *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

Sur le délire nerveux traumatique et de son traitement.—Le docteur Festal a fait un résumé assez complet des opinions qui ont été émises sur la nature et les causes du délire nerveux traumatique.

Celui-ci peut se présenter sous deux formes distinctes, l'une, qui débute ordinairement deux ou trois jours après un traumatisme chez les individus atteints d'alcoolisme chronique, peut être appelée : *délire par excitation*. On lui donne ordinairement le nom de *delirium tremens*. Ce délire peut être modéré sans grandes explosions ; c'est la variété commune qui entraîne rarement la mort. Il peut, au contraire, être bruyant, suraigu, avec explosions terribles, c'est la variété la plus grave. Elle tue le malade dans la moitié des cas.

La seconde forme, ou délire par inanition, est remarquable par le manque d'agitation, la tranquillité du malade ; mais elle est souvent aussi grave, car elle indique des lésions étendues et généralisées ; c'est la forme atonique.

Le traitement le plus rationnel consiste dans l'emploi de l'opium à haute dose, le plus souvent sous forme de teinture, qui combat l'insomnie et l'excitation de la première forme. Si l'agitation était trop violente, on s'adresserait à la digitale, qui agit comme antiphlogistique en terrifiant le cœur et régularisant la circulation. Le délire par atonie demande qu'on restitue au cerveau son excitant habituel. — *Thèse de Paris, 1877.* — *Bulletin gén. de thér. méd. et chir.*

Bons effets de l'arsenic dans l'albuminurie.—Sem-mola, d'après le professeur Jaccoud, recommande l'emploi des granules d'acide arsenieux dans le traitement de la maladie de Bright, au moment où l'on commence à donner de la viande au malade après le régime lacté. D'après les observations personnelles de M. Jaccoud l'absorption des albuminoïdes serait facilitée par cette médication.

Les recherches de M. Lauder Brunton semblent confirmer cette manière de voir. Cet auteur a en effet trouvé que, dans certains cas, l'absorption des matières albuminoïdes par l'intestin est une cause d'albuminurie, à forme intermittente, et en rapport avec la digestion; que, dans ce cas, l'utilité de l'arsenic est démontrée; que celle de la pancréatine est probable; enfin, que la quinine augmente la proportion d'albumine rendue. (*Bulletin de Thérap.*, 15 août 1877.)—*Lyon Médical.*

—

Traitement de l'anguine diphthérique, par Henri ROGER et PETER.—Le traitement de l'anguine diphthérique doit être à la fois local et général.

Dans la forme bénigne, au début, un vomitif à l'ipéca: 6 gr. 20 à 0 gr. 80 d'ipéca pulvérisé dans 30 grammes de sirop du même nom, par cuillerées à café de 5 en 5 minutes, jusqu'à effet vomitif. Irrigation, deux fois par jour avec de l'eau de chaux, avec une solution de borax ou d'alun, et attouchements avec le suc de citron.

Dans les cas graves, répéter une ou deux fois le vomitif; faire 4 ou 8 fois par jour des irrigations à l'eau de chaux saturée, et toucher la gorge avec la solution de soude caustique (soude caustique, 25 gr.; glycérine, 100 gr.), ou avec la solution de nitrate d'argent (nitrate d'argent cristallisé, 10 gr.; eau distillée, 30 gr.) Dans le premier cas, le malade doit se rincer la bouche avec de l'eau vinaigrée, et, dans le second cas, avec de l'eau salée.

Dans les cas légers comme dans les cas graves, toniques et aliments, (bouillons, potages, jus de viande, hachis, bon laitage). Le docteur West recommande beaucoup, comme boisson, l'eau glacée et les morceaux de glace.

Pendant la convalescence, changement d'air, alimentation substantielle. Continuer les toniques, et surtout le vin de quinquina. Recourir à l'électrisation, s'il survient de la paralysie diphthérique. (*Union Méd. de Paris*, 28 août 1877.—*Lyon méd.*

—

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Parallèle de la taille et de la lithotritie.—La douleur est extrêmement vive dans la taille ; elle est surtout très-intense lorsque la voie ouverte au calcul est insuffisante ; mais l'emploi du chloroforme peut annihiler la douleur inhérente à l'opération elle-même ; il ne resterait donc plus que les cuissons qui sont déterminées par le passage de l'urine sur les lèvres de la solution de continuité. Dans la lithotritie, la douleur est souvent nulle, ou si faible, qu'il est à peine nécessaire de s'en préoccuper ; par contre, elle est quelquefois extrêmement vive ; elle peut tenir alors soit à la pression que les instruments droits et volumineux exercent sur la portion prostatique de l'urèthre, soit à l'état d'irritabilité de la vessie, soit enfin aux fausses manœuvres, les instruments venant à blesser la muqueuse vésicale. Dans le premier cas, la douleur est supportable, et l'habitude du contact des instruments l'empêche quelquefois de se reproduire. Dans le second, il y a tout lieu de croire à une affection plus ou moins profonde de la vessie ; l'opération est alors préférable à celle de la lithotritie, point que nous examinerons plus loin ; enfin un chirurgien prudent et un peu exercé à la manœuvre des instruments évitera de produire la douleur qui appartient à notre troisième catégorie. Nous insistons sur ce point afin qu'il soit bien compris que le chloroforme ne doit pas être administré dans l'opération de la lithotritie, car à part les deux premières espèces de douleur que nous avons signalées, la douleur pendant l'opération est fort souvent l'indice d'une fausse manœuvre et doit engager le chirurgien à modifier la position de son instrument, etc. ; si au contraire le malade se trouvait sous le coup du sommeil anesthésique, le chirurgien n'étant pas prévenu serait exposé à commettre des désordres fort sérieux.

On observe à la suite de la lithotritie, comme de la taille du reste, des *accidents nerveux* qui peuvent faire périr les malades ; nous n'avons pas à insister sur ce point, car ils se produisent également dans toutes les opérations qui se pratiquent sur les voies urinaires et même à la suite d'un simple cathétérisme ; ils s'annoncent par un frisson plus ou moins violent, puis survient de la chaleur, de la sueur, absolument comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente. Lorsque les accidents nerveux deviennent pernicieux, l'accès est incomplet et le frisson domine. Le stade de chaleur se fait attendre, il acquiert rare-

ment une grande intensité et ne se termine pas par d'abondantes sueurs.

L'hémorrhagie est rare à la suite de la lithotritie, l'écoulement du sang est en général peu abondant; il est produit soit par une déchirure de la membrane muqueuse de la vessie, soit par une éraillure de l'urèthre déterminée quelquefois par le redressement brusque de sa petite courbe, et plus souvent par les aspérités d'un petit fragment à pointes très aigües engagées dans ce canal. Dans la taille, au contraire, l'hémorrhagie est beaucoup plus fréquente; cet accident appartient surtout à la taille périnéale; nous avons indiqué les moyens de le combattre.

L'infiltration urinaire, si grave à la suite de l'opération de la taille, et qui rend si périlleuse la taille hypogastrique, est fort rare à la suite de la lithotritie: il faudrait que l'instrument ou des fragments de calcul eussent déchiré l'urèthre pour qu'un semblable accident se produisît.

L'inflammation des organes génitaux se présente dans l'une et l'autre de ces deux opérations; on observe la lésion des canaux éjaculateurs dans la taille, les froissements du *verumontanum* dans la lithotritie. On voit assez souvent l'irritation du canal de l'urèthre qui succède à l'emploi des instruments se propager au testicule et à l'épididyme comme à la suite de la blennorrhagie; il ne faut pas trop se préoccuper de cet accident dont les suites sont en général fort peu graves.

L'inflammation des organes urinaires, de la prostate, joue un très-grand rôle dans le pronostic des opérations qui se pratiquent sur la vessie, il est généralement admis, et d'ailleurs les faits sont venus le démontrer, que l'opération de la lithotritie provoquait quelquefois, et souvent augmentait l'inflammation de la vessie et rendait excessivement graves celle des reins et des uretères, et que par l'opération de la taille, au contraire, on constatait une rémission dans les symptômes. Nous appelons vivement l'attention sur ce point qui est de la plus haute importance pour tracer les indications et les contre-indications de chacune de ces opérations. L'inflammation de la prostate est quelquefois consécutive aux manœuvres de la lithotritie.

Le pincement de la membrane muqueuse vésicale, sa déchirure par les instruments lithotriteurs, la perforation de la vessie, sont des accidents qui appartiennent à une opération de lithotritie mal faite; on ne peut donc les considérer comme propres à l'opération elle-même, mais bien au chirurgien; néanmoins nous devons appeler l'attention sur ce point, et les signaler, car ils peuvent avoir les conséquences les plus graves, telles que la cystite, la péritonite, une fistule vésico-rectale si le rec-

tum a été blessé. l'infiltration et les abcès urinaux, etc. Il ne faut pas croire que l'opération de la taille soit à l'abri d'accidents analogues: en effet, on a vu la vessie traversée de part en part par le gorgéret d'Hawkins, la muqueuse vésicale peut être saisie par les tenettes, enfin il n'est pas rare de voir les bistouris ou le lithotome s'égarer et blesser le rectum, les vésicules séminales, etc.: mais nous répéterons pour la taille ce que nous avons dit pour la lithotritie, ces accidents ne sont pas ceux qui doivent être observés à la suite d'une opération bien faite.

La *phlébite* et l'*infection purulente* sont beaucoup plus fréquentes à la suite de la taille que de la lithotritie, dans laquelle cet accident est pour ainsi dire exceptionnel. On l'observe principalement à la suite de la lésion du plexus veineux pubio-prostatique, divisé dans les tailles périnéale et recto-vésicale. A côté de cet accident nous en signalerons un autre qui paraît offrir avec lui une certaine analogie, mais qui ne présente pas les mêmes caractères anatomiques: nous voulons parler de l'état d'*affaiblissement progressif* et de l'état *typhoïde* du malade: ces phénomènes, dont les conséquences sont fort graves, s'observent à la suite de l'une et de l'autre opération.—*Revue de Littérature Médicale.*

—

Sur le diagnostic des fractures du col du fémur:— par le docteur ANGELO CIANCIOSI.—Le docteur Angelo Cianciosi fait remarquer que dans les conditions normales le grand trochanter fait saillie de 5 ou 6 millimètres au dehors de la crête iliaque et se trouve au même niveau que le pubis. Dans le cas de fracture du col, cette saillie sera moins prononcée: le grand trochanter se trouvera à un niveau plus bas. Ce signe, indiqué par Monteggia, a été négligé par les auteurs.

Des expériences ont été faites sur des cadavres. Après avoir pratiqué une incision de 27 millimètres au-dessus du bord supérieur du grand trochanter, laquelle intéressait non-seulement les téguments, mais encore tous les tissus jusqu'au col du fémur, situé au-dessous, on introduisit par cette ouverture un ciseau, dans une direction soit perpendiculaire, soit oblique, sur lequel on frappa à l'aide d'un marteau, jusqu'à ce que l'os fût rompu. Dans 15 cas, la fracture fut intra-capsulaire, et dans 8 extra-articulaire. Les faits suivants furent observés: 1^o La cause de la rotation externe (abduction) du membre réside dans ce fait que les abducteurs se trouvent affaiblis dans leur action et ne peuvent contrebalancer l'action

antagoniste des adducteurs : 2^o Le raccourcissement tient aux lésions plus ou moins fortes de la capsule articulaire, comme il est facile de s'en convaincre en produisant des lacérations plus ou moins étendues, et non au tiraillement exercé par les muscles ; 3^o La saillie du grand trochanter, non-seulement n'est pas aussi prononcée qu'à l'état normal, mais s'observe constamment à un niveau plus bas.—L'abaissement du niveau du grand trochanter est le signe pathognomique des fractures du col du fémur.

Pour l'auteur, la méthode de Jacquet, dont le principe se trouve formulé dans l'ouvrage de Monteggia (compression circulaire sur le bassin et le grand trochanter), est celle que l'on doit préférer et qui a donné les meilleurs résultats.—(*Gazette médicale de Paris.*)

Croup —TRACHÉOTOMIE.—LE BISTOURI ET LE THERMO-CAUTÈRE.—ABSENCE DE CATARRHE CONSÉCUTIF.—BRUIT DE SCIE DE LA PIERRE.—PRONOSTIC FATAL, A TRÈS COURTE ÉCHÉANCE.—Nous voyons, dans le service de M. Archambault, une petite fille âgée de dix-huit mois, à laquelle l'éminent praticien a pratiqué la veille l'opération de la trachéotomie, motivée par l'aphysie croupale.

Cette opération a été faite par la méthode ordinaire, c'est-à-dire au moyen du bistouri. M. Archambault n'est pas partisan du thermo-cautère qui, en pareil cas, vise à parer à un accident qui n'a rien de redoutable : l'hémorrhagie. Cette complication opératoire n'expose pas la vie du malade. Elle n'a pour effet que d'intimider le chirurgien. Le sang venant toujours par la partie inférieure de la plaie, pour le réprimer, quand il y a lieu il n'y a rien autre chose à faire que de placer, sur la partie qui fournit le sang, quelques fragments d'agaric. Cette digue est parfaitement suffisante pour opposer une digue à l'hémorrhagie. La compression par la canule fait le reste. Le tout, encore une fois, c'est que l'opérateur ne se trouble pas pour un danger, en somme, peu redoutable.

Cette enfant présente un symptôme des plus alarmants : c'est une sorte de cornage trachéal à chaque temps de la respiration, bruit strident qui s'entend à une assez grande distance. Cette respiration sifflante avait reçu de Trousseau une dénomination très-caractéristique. Il disait que ces malades *scient la pierre*. Ils scient la pierre pour leur tombeau, ajoute M. Archambault. En effet, ce signe est infaillible ; il annonce la mort à très-courte échéance.

A la suite de l'opération de la trachéotomie, quant il n'y a

pas de catarrhe, et tel est le cas de cette enfant, il n'y a pas de guérison. Du reste, M. Archambault a fait un relevé des opérations de trachéotomie pratiquées pendant dix ans à l'hôpital Sainte-Eugénie, sur des enfants âgées de moins de deux ans. On n'est pas arrivé à sauver un petit malade sur cent.

Le bruit de scie traduit une pneumonie toute spéciale, qui tue fatalement en vingt-quatre heures. On n'en perçoit pas toujours les signes à l'auscultation; mais elle n'en existe pas moins. On la recherche en vain à l'oreille chez cet enfant. Cependant M. Archambault, qui ne s'y est jamais trompé, ne craint pas de s'avancer à la légère en annonçant que le lendemain elle aura cessé d'exister.—*Revue de Thér. Medico-Chir.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De la rétention du placenta par la pression atmosphérique.—Lorsqu'après l'expulsion du fœtus, la délivrance se détache à son tour, il arrive un moment où, libre d'adhérences, elle tombe de tout son poids, et plus ou moins centre pour centre sur l'orifice utérin tendant déjà à se reformer. Si on exécute à cet instant, et sans autre précaution, des tractions sur le cordon ombilical, on entraîne vers le vagin la partie du placenta sur laquelle il prend son insertion, en laissant au-dessus un vide pour le moins virtuel, et bientôt rempli de sang par l'opération que cette manœuvre détermine. Les choses se passent suivant le mécanisme de la ventouse de caoutchouc, ou mieux la comparaison est ici à sa place, d'après le jeu du *tire-tête* de Simpson.

Ce cas n'arrive pas sans doute très-souvent, parcequ'il faut pour cela une certaine précision dans l'adaptation des bords du placenta au pourtour de la cavité utérine; et surtout parce que le sang se précipite par les sinus béants pour combler le vide qui tend à se produire.

De toute façon, on entrevoit déjà là une cause d'hémorrhagie interne post puerpérale, qu'on peut appeler *par aspiration*, et qui dans certains cas ne serait pas sans offrir quelque gravité.

Mais supposons que, par la disposition des parties, la surface des sinus béants soit située en dehors de la sphère d'attraction de la ventouse placentaire: ou que par toute autre circonstance, le sang ne puisse pas s'écouler, malgré cette succion: alors il arrivera que la paroi utérine sera attirée vers le vagin,

et se déprimera comme si elle devait être retournée en doigt de gant : c'est se qui fait croire maintes fois qu'il y a adhérence réelle du placenta, ou que celui-ci n'est pas encore décollé. Les choses persistent ainsi, jusqu'à ce qu'un évènement quelconque permette à l'air de s'insinuer entre les deux surfaces adjacentes : ou jusqu'à ce que le sang, remplissant le même office, laisse la séparation s'opérer définitivement. Dans ce cas la face supérieur du placenta forme une poche occupée par un volumineux caillot ou par du sang encore liquide.

Ainsi deux accidents peuvent être la conséquence de l'accollement par le vide des deux surfaces utérine et placentaire ; le retournement partiel de l'utérus et l'hémorrhagie intra-utérine.

Tout cela s'est passé plus ou moins dans un cas que j'ai observé dernièrement, et doit être plus fréquent qu'on ne le pense.

OBSERVATION.—Une femme multipare, d'une trentaine d'années, était accouchée depuis trois heures de l'après-midi ; tout s'était bien passé ; mais la délivrance tardait beaucoup à venir. La sage-femme préposée à l'accouchement, après maintes tentatives de traction, dans lesquelles elle s'interrompait par crainte de briser le cordon, qu'elle jugeait faible, et parce qu'elle sentait la paroi de l'utérus suivre, crut à une adhérence du placenta, et m'envoya chercher.

Il était six heures du soir, c'est-à-dire qu'il y avait trois heures que l'enfant était au monde ; et nous avions de plus à redouter le resserrement du col. Après quelques tractions que je fis assez fortes, car le cordon me parut très-robuste, je n'arrivais à rien de plus que la sage-femme ; et je sentais manifestement la paroi de l'utérus s'enfoncer à chaque tentative nouvelle. C'est alors que je portai la main droite dans le vagin, et delà sur le bord droit du placenta, comme pour le décoller ; au même moment, une légère traction, exercée par ma main gauche sur le cordon, amena le délivre au dehors.

Bien qu'inconscient de ce que je venais de faire, car je me disposais en réalité à détruire des adhérences intimes, je pratiquai l'opération qui convient précisément en pareil cas ; et la facilité, avec laquelle se termina l'entreprise, prouve bien que la seule pénétration de l'air permit aux deux surfaces de se séparer ; et que par conséquent elle ne se trouvaient accolées que par la pression atmosphérique.

D'après cela, il est clair que, lorsqu'une délivrance vient offrir quelque retard, ce qu'il y a de mieux à faire, d'abord, c'est de ne plus exercer par le cordon de tractions perpendiculaires sur le centre même du placenta, mais bien dans une direction oblique ; en même temps que l'on s'en va chercher le

bord de l'organe comme pour le relever et le décoller. C'est ainsi que l'on détache une ventouse de caoutchouc appliquée sur une surface plane.

Il est probable que la circonstance que nous évoquons ici est assez commune; mais si elle a été déjà mentionnée par quelqu'un, nous ignorons à qui nous devons en faire honneur.—*Union Médicale du Nord-Est.*

Moyen de calmer la douleur dans le cancer de l'utérus.—Dequiss que la méthode des injections hypodermiques s'est réalisée dans la pratique, on semble avoir complètement délaissé tous les autres moyens appelés à donner quelques soulagements aux malades. Mais comme ce procédé n'est pas toujours applicable, il ne faut pas perdre de vue les autres moyens curatifs. C'est ainsi que le docteur Lawrence (de Bristol) recommande les moyens suivants :

Dans les cas de cancer de l'utérus et dans l'épithélioma de la même région, on obtient un soulagement marqué par l'emploi de l'ergot de seigle, à la dose de 1 gr. 35 c. toutes les six heures. C'est ainsi qu'on calmera ces battements intenses qui d'ordinaire ne cèdent qu'à ces hémorrhagies qui épuisent les malades. L'ergot paraît agir en diminuant l'afflux du sang dans l'utérus.

Un autre remède d'une grande valeur est le coton à l'hydrate de chloral. Il n'agit pas sur le siège même du mal, mais il fait disparaître les douleurs qui s'irradiaient dans les hanches, les cuisses et les aines. Comme topique local, le docteur Lawrence emploie l'acide phénique, qu'il applique au moyen d'un petit spéculum et d'un tampon de ouate, et des injections de 2 grammes de glycérine phéniquée dans 250 grammes d'eau, matin et soir. (*Paris Médical*, 16 août 1877.) (*Lyon Médical*.)

Le chloroforme dans l'accouchement.—**Deux notes d'anesthésie.**—Pour guider dans la pratique de la chloroformisation obstétricale, il n'est pas inutile d'ajouter à l'article 10568 quelques mots sur le mode d'anesthésie. Une lettre intéressante du docteur Aubril de Montgeron nous est une occasion d'y revenir.

Cet honorable confrère nous rapporte qu'il s'est beaucoup servi avec succès du chloroforme, et qu'il l'apprécie assez haut pour avoir considéré comme un devoir de l'administrer dans sa famille.

Il compare la chloroformisation à l'ivresse. Selon lui, pour le chloroforme comme pour l'ivresse, les muscles de la vie organique gagnent en puissance tout ce que perdent les muscles de la vie de relation.

C'est là une hypothèse qui se peut soutenir, parce qu'à coup sûr le chloroforme épargne à la femme une fatigue considérable, une part énorme d'efforts inefficaces organiques ou de vie animale, dont la distinction est difficile à faire.

Rappelons à ce sujet, qu'il y a au moins deux manières bien distinctes de le donner, qui correspondent à des résultats différents.

—On peut, dès que les douleurs deviennent sérieuses, faire respirer à la femme quelques gouttes de chloroforme, ce qu'elle peut faire elle-même, comme si elle sentait de l'eau de Cologne sur un mouchoir. Elle peut de la sorte ressentir à peine les douleurs. Elle arrive sans fatigue aux grandes douleurs qui la saisissent pour une ou deux heures, et lorsque la femme est délivrée on est surpris du peu de fatigue éprouvée; l'accouchée est vigoureuse. Plus tard elle est sans fièvre, ou du moins sans manifestation fébrile pénible, et toutes les suites de couches se ressentent en bien de ce travail à douleurs réduites.

Même le plus obéissant serviteur de l'Écriture ne peut faire d'objection; la femme a bien enfanté dans la douleur, tout en étant soulagée dans son travail, c'est là ce que font mille soins de la civilisation auxquels on n'avait jamais songé à faire d'opposition. Quant au danger, il est de toute évidence qu'il est nul.

—Il y a un autre mode qui consiste à chloroformiser légèrement au cours du travail. Puis, lorsque les grandes douleurs et la période d'expulsion arrivent, on pousse le chloroforme à fond et la patiente accouche sans souffrir, même sans s'en douter.

C'est là le mode choisi par notre correspondant. Pour ma part, je n'ai rien à objecter, si ce n'est qu'alors une surveillance plus rigoureuse de l'anesthésie devient nécessaire. Même ainsi, j'en suis volontiers fort libéral.

Quant au premier mode, je ne vois aucune bonne raison de le refuser, fût-ce au prix de quelque ralentissement du travail. La fatigue de la femme est moindre à coup sûr; il n'est pas démontré que l'enfant souffre en aucune façon; les patients bénéficient de notre intervention, et en définitive, c'est pour bénéficier qu'ils demandent notre aide.

Notre correspondant nous reproche en terminant, de n'avoir pas cité M. Campbell.

Celui-ci est si bien connu pour sa longue pratique à Paris et

ses chaleureux plaidoyers en faveur du chloroforme à faible dose, que nous ne pensons pas nécessaire de le citer dans une courte note pratique ne contenant pas un mot d'historique. Cependant nous rappelons avec plaisir son nom en toute justice.—*Journal de Médecine.*

PHARMACOLOGIE.

Huile et extrait de foie de morue.—Les propriétés thérapeutiques de l'huile de foie de morue étant universellement admises, nous n'avons pas pour objet de démontrer l'utilité de ce médicament précieux, devenu rapidement populaire. Mais il est un point, encore assez obscur, de son histoire sur lequel nous croyons à propos d'arrêter l'esprit de nos lecteurs.

Les nombreuses analyses de cette substance très-complexe permettent-elles de déterminer nettement ses éléments actifs, et de donner une théorie de son mode d'action ?

Tout d'abord, on considéra le corps gras, aliment respiratoire, comme l'unique principe curatif. Imbus de cette idée, les médecins voulurent remplacer ce médicament nauséabond, répugnant, par des graisses plus facilement acceptables des malades : beurre, huile d'olives, d'amandes douces, de pieds de bœuf, etc. Les faits eurent promptement raison de cette théorie exclusive. Les divers corps gras essayés, sans être tout à fait inertes, se sont toujours montrés très-inférieurs à l'huile de foie de morue.

On attribua alors une part d'efficacité aux métalloïdes : chlore, brome, iode, phosphore, dont cette huile contient des traces. sans rejeter cette hypothèse, on ne peut s'empêcher de remarquer, d'une part : que leur proportion, dans l'huile, est réellement homœopathique ; d'autre part, que les divers composés : huiles iodées, phosphorées, bromo-iodées, beurre ioduré, etc., par lesquels on a tenté de la remplacer, ont donné des résultats très-imparfaits, nullement comparables à ceux de l'huile de foie de morue véritable ; aussi ces produits sont-ils aujourd'hui à peu près abandonnés.

Un prof. russe, qui a fait des médicaments populaires de son pays l'étude de sa vie, avait émis, il y a une vingtaine d'années, l'idée originale que l'élément éminemment actif de l'huile de foie de morue était le principe volatil (isolé plus tard, en 1850, par Wertheim et dénommé par lui propylamine), auquel cette

huile est redevable de l'odeur et de la saveur *sui generis* caractéristique de ce produit, odeur et saveur qui impressionnent si désagréablement l'odorat et le goût.

Selon l'opinion du docteur de Kalenickzenko, opinion partagée d'ailleurs par bon nombre de médecins, l'huile de foie de morue brune, véritable, non dépurée, est, de toutes les sortes d'huile, la plus active. Il en faut trois fois moins que des autres. Tout en admettant l'utilité de la graisse qui, dit-il, ne diffère en rien de la généralité des corps gras, il affirme que cette supériorité de l'huile brune non dépurée est due aux proportions beaucoup plus considérables qu'elle contient des éléments de la bile et du principe aromatique volatil, dont il a été question, qui sont les agents essentiellement curatifs.

La propylamine de Wertheim, triméthylamino des chimistes, appartenant au groupe des ammoniaques composés, a été étudiée avec soin par des médecins distingués de tous les pays : Awenarius, Nielubin, de Kaleniczenko en Russie, Gaston de New-York, Namias de Venise, Van Holsbeck de Bruxelles, Fargier-Lagrange, Dujardin Beaumetz, etc., en France.

Cette substance diminue les combustions intra-organiques, abaisse le chiffre de l'urée ; elle exerce une action sédative sur le système nerveux et diminue manifestement les douleurs névralgiques et rhumatismales.

La théorie du Dr. de Kaleniczenko fut, presque à son origine, le point de départ de recherches nouvelles, dues à M. Méynet, pharmacien de Paris, son ami, presque son élève, sur les foies de morue, huile, eaux, extraits, foies de raies, saumure de harengs. De ces recherches, M. Méynet fut amené à conclure que l'extrait obtenu de la concentration des eaux de foie de morue, par des procédés spéciaux, était comparable, comme composition, à l'huile brune non dépurée ; qu'il lui était même supérieur au point de vue de la proportion des éléments actifs ; et conséquemment, qu'il devait produire des effets thérapeutiques du même genre que ceux obtenus avec cette huile.

L'extrait de foie de morue de M. Méynet contient plus de la moitié de son poids de gaduine (corps gras des foies de morue, en union intime avec la matière glycogène de ces mêmes foies), les principes solubles de la bile, une proportion relativement énorme des métalloïdes : chlore, iode, brome ; 2 p. 0/0 d'acide phosphorique, ce qui en fait un médicament phosphoré très-puissant ; de la chaux, de la soude, des matières azotées, ammoniacales, et, enfin, 3 p. 0/0 de propylamine ; toutes substances qui entrent également, mais à doses bien plus faibles, dans la composition de l'huile de foie de morue, qui leur doit, néanmoins son action curative.

L'odeur et la saveur de cet extrait sont encore plus détestables que ceux de l'huile, et en rendraient l'administration, telle quelle, tout à fait impossible. Mais, présenté sous forme de pilules dragéifiées, c'est-à-dire recouvertes d'une couche suffisante de gomme et de sucre, les malades le prennent d'autant plus volontiers qu'il n'a plus alors ni odeur, ni saveur, et qu'il est de digestion très facile.

Le savant professeur russe trouvant, dans les expérimentations qu'il fit, sur une large échelle, des dragées d'extrait de foie de morue de M. Meynet, la confirmation de ses propres idées, les fit connaître à ses confrères, par des articles insérés dans la *Gazette médicale officielle de Saint-Petersbourg*.

En France, pendant ce temps, beaucoup de médecins expérimentaient le nouveau produit et, sans trop s'occuper des idées théoriques, en constataient également les heureux effets thérapeutiques.

À ce propos, une observation nous semble ici nécessaire.

Nous engageons nos confrères à ne pas confondre les *dragées d'extrait de foie de morue* de Meynet, avec les capsules, pilules, dragées d'huile de foie de morue, saponifiées ou non, qui, ne contenant qu'une insignifiante quantité d'huile, sont, par cela même, à peu près inertes.

On nous saura gré, croyons-nous, d'avoir insisté, un peu longuement peut-être, sur l'exposé de cette théorie peu connue de l'huile de foie de morue: théorie qui explique et justifie d'une façon satisfaisante les bons effets obtenus d'un produit congénère, facilement accepté par les malades, surtout par les adultes qui, si souvent, ne peuvent se résigner à prendre l'huile à cause de son odeur et de sa saveur répugnantes et aussi parce qu'ils ne peuvent la digérer.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale*.

Falsifications.—Par S. CORTON, pharmacien de première classe.—Le prix exceptionnellement élevé de la santonine a excité de nouveau, ces derniers temps, l'appas des fraudeurs. Nous avons eu entre les mains une certaine quantité de ce produit contenant 22,50% d'acide borique.

Les cristaux d'acide borique ressemblent en effet beaucoup à première vue à ceux de la santonine. Ce sont des lames brillantes, et la santonine cristallise en prismes hexagonaux aplatis, allongés et brillants.

Pour découvrir la fraude, le mode d'essai est des plus facile.

Une simple exposition de quelques jours à la lumière fera jaunir les cristaux de santonine avec formation d'acide photo-

santonique (Sestini). Ceux d'acides borique ne seront pas influencés.

La santonine pure brûlant sans laisser de résidu, il suffira de calciner le produit et de traiter la cendre par l'eau bouillante : l'acide borique cristallisera incolore par le refroidissement.

Ou bien l'on traitera la santonine suspecte par le chloroforme qui la dissoudra et laissera l'acide borique.—*Lyon Médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Migraine; bromure de potassium et aconit.—On trouve dans l'*American Practitioner* et le *Chicago medical journal and examiner*, la formule suivante, prescrite par le docteur J. E. Lockridge, dans des migraines d'origines diverses.

Le bromure de potassium, à la dose de 1 à 2 grammes, et la teinture de racine d'aconit lui ayant paru deux remèdes quelquefois efficaces, il les mélange et prescrit :

Dans un petit verre d'eau, 3 grammes 60 centigrammes de bromure de potassium et 10 gouttes de teinture de racine d'aconit.

Si la migraine persiste, au bout d'une heure ou deux, on pourra renouveler la dose, mais cela est rarement nécessaire.

Ou bien il prescrit, si on veut avoir une forme plus agréable pour le remède :

Bromure de potassium.....	60 grammes.	$\frac{7}{5}$ ii
Teinture de racines d'aconit.....	5 —	$\frac{3}{5}$ iss
Eau distillée.....	} àà 60 —	$\frac{7}{5}$ ii
Sirop simple.....		

Une cuillerée à dessert dans un peu d'eau pure.

Renouveler comme ci-dessus au bout de deux heures, si les douleurs ne sont pas soulagées. C'est à peu près la même quantité que pour la méthode indiquée ci-dessus, c'est-à-dire une très-forte dose de bromure de potassium.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, OCTOBRE 1877.

Association Médicale du Canada.

Le 12 et le 13 Septembre a eu lieu, dans une des salles de l'Hôtel Windsor, la dixième assemblée annuelle de l'Association Médicale du Canada, sous la présidence de M. le Dr. W. H. Hingston. Dans son discours d'ouverture M. le Président s'éleva fortement contre la loi qui défend au médecin diplômé dans la Province de Québec de pratiquer dans celle d'Ontario et prétendit qu'on devrait suivre l'exemple de la Grande Bretagne qui permet aux licenciés des colonies d'Afrique de pratiquer en Angleterre et que les deux provinces devraient être régies par les mêmes lois. Il rappela ensuite élogieusement l'attitude prise par Sir Hugh Allan à propos de la décision de la Chambre de Commerce qui avait interdit aux médecins diplômés en Canada l'entrée comme médecins dans la *Marine Marchande* et manifesta la crainte que cette loi ne fut remise en vigueur bien qu'elle ait été et soit actuellement abrogée. Le Docteur énonça ensuite ses vues à propos des qualifications que doit posséder l'aspirant à la profession médicale.

A propos d'hygiène, il insista sur ce point qu'il est du devoir de tout médecin de protéger et de vulgariser les lois hygiéniques et tout ce qui tend à protéger la santé du peuple et approuva l'opinion émise dans certains cercles : qu'il serait urgent d'établir un Bureau de Santé Provincial.

Enfin la dernière question que traita l'orateur fut celle du fœticide ou avortement systématique qui est pratiqué dans certains états de la république voisine et dans une certaine classe du peuple américain. Il exposa avec une éloquente logique l'horreur de ce crime et ses terribles effets sur le peuple et les individus.

Voici la liste des lectures faites devant l'Association pendant ses deux jours de session :

Crime et Folie, Dr. Workman, Toronto.

Traitement de l'Empyème, Dr. Fulton, Toronto.

Traitement de l'insuffisance Tricuspidé, Dr. Howard, Montréal.

Allégation de Folie, etc, Dr. Hornibrook, Mitchell, O.

- Eclampsie des enfants, Dr. Rottot, Montréal.
 Des mesures sanitaires sous un aspect économique, Dr. Playter, Toronto.
 Maladie d'Addison, Dr. Ross, Montréal.
 De l'acitade de plomb à hautes doses dans les hémorrhagies *post partum* et autres, Dr. Workman, Toronto.
 Anémie pernicieuse, Drs. Osler & Bell, Montréal.
 Statistiques vitales, Dr. Larocque, Montréal.
 Cas supposé de tumeur gourmeuse du cerveau, Dr. Proudfoot, Montréal.
 Diverses blessures et leur traitement, Dr. Canniff, Toronto.
 Ovariectomy, Dr. Rosebrugh, Hamilton.
 Epithéliome de l'œil, Dr. Alt, Toronto.
 Gastrotomie et Ovariectomy, Dr. Robillard, Montréal.
 Polypénasal, Dr. Reeve, Toronto.
 Défauts optique, Dr. Reeve, Toronto.
 Fistule Vésico Vaginale, Dr. Trenholme, Montréal.
 Résection du genou, Dr. Fenwick, Montréal.
 Embolie de l'artère centrale de l'arétine, Dr. Buller, Montréal.
 L'élection des officiers pour l'année suivante donna le résultat suivant :
- Président, Dr. Workman, Toronto ; Secrétaire, Dr. David, Montréal ; Trésorier, Dr. Robillard, Montréal.
 Vice-Président pour Ontario, Dr. Macdonald, Hamilton.
 " " Québec, Dr. Worthington, Sherbrooke.
 " " Nouvelle-Ecosse, Dr. Cowie, Halifax.
 " " Nou.-Brunswick, Dr. McLaren, St. Jean.
 Secrétaire pour Ontario, Dr. Sweetland, Ottawa.
 " " Québec, Dr. F. W. Campbell, Montréal.
 " " Nouvelle-Ecosse, Dr. J. Black, Halifax.
 " " Nouv. Brunswick, Dr. Atherton, Fredericton.

COMITES :

Publication.—Drs. David, Robillard, W. Campbell, Howard et Osler.

Médecine.—Drs Mullen, Hamilton ; Ross et Lamarche, Montréal.

Chirurgie.—Drs. Malloch, Hamilton ; Grassett, Toronto ; Farrell, Halifax.

Obstétrique.—Drs. Roseburgh, Hamilton ; Ogden, Toronto ; Trenholme, Montréal.

Thérapeutique.—Drs. Kennedy, Toronto ; Kollmeyer, Montréal ; Woodhill, Halifax.

Nécrologie.—Drs. Riddel, Hamilton ; S. Lachapelle, Montréal ; Burgess, Toronto.

Littérature Médicale.—Drs. Ridley, Hamilton ; Michaud, Kamouraska ; Howard, Montréal.

Climatologie.—Drs. Playter, Toronto ; Larocque, Montréal ; Jennings, Halifax ; E. P. Lachapelle, Montréal.

Bureau Provincial de Médecine.

La première assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine a eu lieu les 26 et 27 Septembre dernier, à Québec, dans les salles de l'Université Laval, sous la présidence du Dr. J. P. Rottot.

Étaient présents : MM. les Docteurs C. E. Lemieux, R. P. Howard, A. Dagenais, A. G. Belleau, L. LaRue, J. A. Sewell, W. Marsden, M. J. Ahern, P. Wells, G. E. Fenwick, F. W. Campbell, A. H. David, E. P. Lachapelle, A. T. Michaud, J. Marmette, L. Tetu, C. Gingras, Théod. Robitaille, L. E. Rousseau, P. A. A. Collet, L. R. Church, J. B. Gibson, M. Turcot, J. Prévost, A. Rivard, A. H. Paquet, F. X. Perreault, P. E. Mignault, N. H. Ladouceur, J. J. Ross, M. G. E. Badaeux, D. Désaulniers, F. D. Gilbert, F. Paré et E. Worthington.

Les minutes de la dernière assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, tenue à Montréal, le 9 Mai dernier, furent lues et approuvées.

Le comité chargé de préparer un projet de règlements fit ensuite son rapport par l'entremise de son Président, le Dr. Rottot ; le projet fut discuté clause par clause et adopté avec quelques amendements.

Le rapport des examens préliminaires fut soumis au Bureau par les examinateurs, et les messieurs suivants furent admis à l'étude de la médecine : P. Deblois, Québec ; Théophile Baillargé, Ottawa ; Noel Barry, Québec ; Auguste Hamel, Québec ; Spendlove Ayers Flat, Hatley ; G. A. Fortier, Rivière David ; K. Mackenzie, Melbourne ; S. Kelly, Joliette ; J. Ross, Montréal ; F. St. Jacques, St. Augustin ; E. Laurin, Montréal ; A. Gibeau, St. Jacques l'Achigan et Gustave Demers, Montréal.

Les gradués suivants, ont reçu sur présentation de leur diplômes, la licence du Collège pour pratiquer la médecine : les

Drs. Bisset et Shepherd, du Collège McGill; le Dr. Henchey, membre du Collège royal des chirurgiens de Londres; le Dr. Toupin, de l'Université Victoria; les Drs. Gregoire, Bourbonnais, Antoine Belleau, Lacourcière, A. Letellier de St. Just et A. Larochelle, de l'Université Laval.

Trois sous-comités ont été nommés comme suit, pour examiner les candidats qui désirent subir, devant le Bureau, leur examen pour l'admission à la pratique de la médecine.

Premier sous-comité.—Anatomie: le Dr. Lemieux; chirurgie: le Dr. Fenwick; Jurisprudence médicale: le Dr. F. W. Campbell.

Deuxième sous-comité.—Physiologie: le Dr. H. Pelletier; Médecine pratique: le Dr. Worthington; Matière médicale: le Dr. E. Laberge.

Troisième sous-comité.—Chimie: le Dr. M. J. Ahern; Accouchements: le Dr. L. Têtu; Botanique et Hygiène: le Dr. M. G. Badeaux.

Une résolution a été adoptée augmentant l'honoraire de la licence du Collège de \$10 à \$20.

L'élection des assesseurs donna le résultat suivant:

Pour l'Université-Laval.—Les Drs. Marsden et Wells;

Pour l'Université Victoria.—Le Dr. Angus Macdonald, Montreal, et le Dr. F. Painchand, senior, Varennes;

Pour l'Université McGill.—L'Hon. Dr. Church et le Dr. P. E. Mignault, Actonville.

Pour le Collège Bishop.—Le Dr. J. B. Gibson et l'Hon. Dr. A. H. Paquet.

Les devoirs de ces Accesseurs seront:—

1^o Assister aux examens que feront les Universités ou Ecoles de Médecine, sur les branches requises par la loi, pour l'admission à la pratique de la Médecine.

2^o Juger si les élèves possèdent une connaissance suffisante des sujets sur lesquels ils seront examinés.

3^o S'assurer si les cours donnés par ces Universités ou Ecoles de Médecine sont conformes aux exigences de la loi tant sous le rapport de leur durée que du nombre des leçons, etc., etc.

4^o S'assurer si les élèves ont suivi les cours tel qu'exigé par la loi.

5^o Rédiger un rapport conforme aux devoirs ci-dessus et suivant la cédule B des règlements du Bureau.

Un tarif d'honoraires pour la ville et la campagne fut ensuite discuté et adopté, et le Président fut autorisé à faire imprimer ce tarif ainsi que les règlements du Bureau pour en faire distribuer des copies à chacun des membres du Collège.

Le Régistrateur-Trésorier sortant de charge présenta son rapport qui fut discuté et adopté, avec quelques restrictions.

Le Dr. E. P. Lachappelle, donna avis de motion, qu'à la prochaine assemblée il proposera: que le Bureau s'adresse à la Législature pour être autorisé à faire un Code d'Etiquette Médicale et avoir les pouvoirs nécessaires pour le faire observer.

Cette assemblée du Bureau a été extrêmement laborieuse; le Bureau a siégé mercredi depuis 2 heures P.M. jusqu'à 1 heure A.M., jeudi, ne s'étant ajourné que pendant 1 heure pour le souper; il s'est remis à l'œuvre jeudi à 9½ heures A.M. jusqu'à 4 heures P.M. sans ajournement.

Nous reviendrons sur les procédés de cette assemblée dans notre prochaine livraison et nous publierons aussi le tarif d'honoraires qui y a été adopté.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

FACULTÉ DE L'UNIVERSITÉ VICTORIA.

Mardi dernier, 2 Octobre, eut lieu à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté Victoria, l'ouverture de la 34^{me} Session de cette institution. Étaient présents: MM. les Drs. Peltier, Trudel, Bibaud, Coderre, D'Orsonnens, Rottot, Brosseau, E. P. Lachapelle, N. Fafard, G. O. Beaudry, Lemery, A. MacDonnell, Laramée, Dagenais, Gauthier, Lapierre, Brunelle, Lamarche et autres. Le discours d'ouverture fut prononcé par M. le Dr. Bibaud qui passa en revue avec clarté et précision les progrès accomplis en médecine depuis quarante ans. Il toucha en outre quelques autres questions d'actualité concernant l'Ecole. Plusieurs autres médecins furent ensuite appelés à prendre la parole et donnèrent aux élèves les conseils et les encouragements appropriés.

L'assemblée était très nombreuse et tout semble promettre pour cette institution la continuation des succès obtenus jusqu'à ce jour, d'autant plus que l'Ecole Victoria s'est mise au niveau des progrès de la science et offre à ses élèves tous les avantages qu'ils pourraient espérer trouver ailleurs.

Association Pharmaceutique de la Province de Québec.

—

Le 12 Juin dernier a eu lieu, à Montréal, la septième assemblée annuelle de l'Association Pharmaceutique de la Province de Québec. Mr. Henry R. Gray, Président, au fauteuil.

Après les affaires de routine le Président fit dans le discours d'ouverture plusieurs considérations de haute valeur et des suggestions d'un intérêt pratique très-vivace à propos de la qualification des aspirants à l'étude de la pharmacie, puis de la Pesée et du Dosage des médicaments. etc.

Le Secrétaire M. Muir, lut ensuite le rapport annuel de l'association; nous en extrayons le passage suivant relatif aux médecins pharmaciens: "Votre Conseil regrette beaucoup que l'Acte des Pharmaciens de 1875 ne leur donne pas le pouvoir de forcer les médecins qui s'occupent du commerce des drogues, de se faire enregistrer comme " licenciés en pharmacie." Il considère cet état de choses comme une injustice au pharmacien non médecin qui est obligé par la loi d'obtenir une licence. Cette disposition de la loi est si peu conforme au vœu général que le dit Conseil suggère qu'il est temps de demander un amendement à l'effet de forcer les médecins à obtenir une licence de notre association avant d'en faire partie. Qu'on les soumette au même examen que les droguistes ou qu'on se contente de les faire enregistrer en vertu de leur diplôme peu importe, mais il n'est que juste de ne pas leur accorder de privilèges et que tous les pharmaciens soient soumis aux mêmes règlements. En France nul ne peut pratiquer la médecine et être en même temps pharmacien. Si un médecin veut s'occuper de pharmacie, la loi l'oblige de renoncer à son diplôme de médecin et de subir un examen de pharmacie. Bien plus, il est défendu au médecin d'avoir aucun rapport commercial avec un droguiste, il lui est défendu de demeurer au-dessus d'une pharmacie ou enfin d'accepter d'un pharmacien aucune récompense de son patronage."

On procéda ensuite à l'élection des officiers pour l'année 1877-78. Les noms suivant sortirent de l'urne: H. R. Gray, J. D. L. Ambrosse, R. McLeod, T. G. Tack, Ed. Giroux. H. F. Jackson, A. Manson, J. Goulden, auxquels il faut ajouter MM. N. Mercer, J. Kerry, H. Lyman, E. Muir dont le temps d'office n'est pas expiré.

MM. W. H. Clare, et D. Watson furent nommés Auditeurs.

A une assemblée subséquente tenue le 20 Juin, les officiers

suivants furent élus : Président, E. Giroux, (Québec) ; 1er Vice-Président, A. Manson ; 2nd Vice-Président, R. McLeod, (Québec) ; Trésorier, J. Kerry ; Secrétaire, E. Muir : Examineurs, R. McLeod et J. B. Martel, de Québec, J. D. Ambrose, N. Mercer, H. R. Gray, A. Manson, H. F. Jackson de Montréal.

Pharmacologie.—Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur les annonces des maisons John Wyeth et Frères, de Philadelphie ; McKesson et Robbins de New York ; W. H. Schieffelin & Cie., de New York. Les préparations pharmaceutiques de ces maisons se recommandent sous tous les rapports à l'attention des médecins, et l'accueil favorable qu'elles ont reçu aux Etats-Unis, dans les meilleurs hôpitaux et chez les médecins les plus distingués, doit nous engager à en faire l'essai. Ces préparations sont en vente dans la plupart de nos pharmacies, et les échantillons que nous avons vus ne laissent rien à désirer tant sous le rapport de leur élégance et de la facilité de leur administration que sous celui de l'exactitude dans les doses.

Publications déposées au bureau de l' " Union Médicale."

Rapport sur l'état sanitaire de la Cité de Montréal pour l'année 1876, par A. B. LAROCQUE, M. D., Officier de Santé.

Transactions of the College of Physicians of Philadelphia, vol. 3.

Annuaire de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté Médicale de l'Université Victoria, Session 1877-78.

Cette école continuera, comme par le passé, à mettre à la disposition des élèves en médecine les avantages les plus importants tels que l'accès d'un vaste hôpital et tous les cours nécessaires et supplémentaires qu'exige la loi et que réclament les progrès de la science. Le site de l'école à proximité de l'hôpital et du centre des affaires, des salles spacieuses bien éclairées et bien ventilées, tout a été calculé pour donner aux élèves la plus grande somme possible de confort, économiser leur temps et protéger leur santé.

On nous informe que c'est par erreur typographique que le nom du Docteur Norbert Fafard, préparateur de Chimie, a été omis dans cette circulaire et que le titre de M. D. n'a pas été ajouté au nom de M. le Dr. E. H. Trudel.

VARIÉTÉS.

—

La chirurgie d'armée en Turquie.—Un artilleur avait eu un genou fracassé par un éclat d'obus à Sistova, et, détail incroyable pour qui ne connaît pas l'organisation administrative turque, cet infortuné avait été transporté de Sistova à Constantinople. Malgré ses atroces souffrances, il s'informait des nouvelles de la guerre et il en suivait le récit avec un vif intérêt. L'amputation ayant été reconnue nécessaire, l'autorisation de l'opérer fut demandée au ministère de la guerre, car, par une de ces singularités que l'on découvre à chaque pas dans l'étude du régime administratif de ce pays, aucune amputation ne peut avoir lieu dans un hôpital turc avant que l'on ait obtenu l'agrément du ministère dont il relève. Souvent il arrive que le malade succombe pendant que des fonctionnaires incompetents délibèrent en haut lieu sur la demande formulée par le médecin traitant. Notre artilleur eut cette heureuse chance que l'enquête dont sa jambe était l'objet fut menée avec une rapidité exceptionnelle. Elle ne dura guère que huit à dix jours. Ce brave garçon, qui attendait depuis Sistova le bon plaisir de l'administration, ne songea pas même à se plaindre de ce nouveau retard. Il a supporté l'amputation avec un courage héroïque, et l'on espère le sauver.—*Le Temps.*—*Lyon Médical.*

—

Nécrologie.—Nous regrettons d'apprendre la mort du Dr. Cline, médecin-interne de l'Hôpital-Général de cette ville. Ayant contracté la Diphtherie en donnant ses soins à des malades affectés de cette terrible maladie, il est décédé le 27 Septembre dernier, après trois jours de souffrances atroces. C'est un nom de plus à ajouter à la liste déjà si longue, des médecins morts au champ d'honneur. Le Dr. Cline avait été admis à la pratique de la médecine en 1871 et tout lui présageait un avenir brillant.

 NAISSANCE.

A Montréal, le 20 Septembre, la dame de M. le Dr. N. Fafard, une fille.

DÉCÈS.

A Montréal, le 21 Septembre, après quelques heures de maladie, M. le docteur Théophile Huguet-Latour, âgé de 64 ans.

Mortalité de la ville de Montréal pour le mois de Août 1877.

Population { Catho. 100,000 } 134,000.—Total des Décès, 444.
 { Prote. 34,000 }

1re Classe—Maladies Zymotiques.		Bronchite.....	8
Variolo.....	27	Pneumonie.....	5
Rougeole.....		Autres maladies des poumons..	
Scarlatine.....	3	Maladies des organes digestifs..	22
Diphthérie.....	14	Néphrite.....	
Croup.....		Maladie de Bright.....	2
Coqueluche.....		Autres maladies des organes	
Fièvres typhoides.....	11	urinaires.....	
Dysenterie, diarrhée, choléra		Maladies de la peau.....	7
des enfants.....	123		
Méningite cérébro-spinale.....	1		
Autres maladies zymotiques...	14		
		Total.....	97
Total.....	193	2me Classe—Maladies de développe-	
2me Classe—Maladies Constitution-		ment.	
nelles.		Débilité infantine.....	42
Phthisie.....	35	Naissance prématurée.....	13
Cancer.....	3	Dentition.....	17
Autres maladies constitution-		Vieillesse.....	4
nelles.....	17	Débilité chez les adultes.....	5
		Total.....	81
Total.....	55	3me Classe—Par violence.	
3me Classe—Maladies locales.		Accidentelles.....	9
Encephalite.....	8	Chirurgici.....	1
Apoplexie.....		Suicide.....	5
Paralyxie.....	1	Inconnues.....	5
Convulsions.....			
Autres maladies du système		Total.....	15
nerveux.....	25	Morts nés.	
Maladies du cœur.....	11	Canadiens-Français.....	
Maladie de l'appareil circula-		Canadiens-Anglais.....	
toire.....		Protestants.....	
		Total.....	

AGES.	Can.-Franc. Catholiques.	Can.-Ang. Catholiques.	Protestants.	Total.
Au-dessous d'un an.....	149	29	23	201
De 1 à 5 ans.....	20	15	10	105
" 5 à 10	11	2	2	15
" 10 à 15	1	1	3	5
" 15 à 20	9	1	2	12
" 20 à 30	18	6	4	28
" 30 à 40	9	3	2	14
" 40 à 50	9	3	5	17
" 50 à 60	5	5	2	12
" 60 à 70	6	5	5	16
" 70 à 80	6	2	3	11
" 80 à 90	6	1		7
" 90 à 100	1			1
Inconnus.....				
Total.....	310	75	61	444