

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

L'UNION
paraît au commence-
ment de chaque mois.

ABONNEMENT :
\$3.00 par Année
payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTIMS.



Adresse de la Rédaction et de
l'Administration :

Boîte 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

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

SOMMAIRE :

- TRAVAUX ORIGINAUX.**—De la phthisie pulmonaire, lu devant la Société Médicale de Montréal par le Dr J. I. Desroches. — Taxis avec la bande en caoutchouc dans la hernie étranglée, par A. T. Brosseau. — Chimie médicale : l'urine (*Suite*), par le Dr N. Fafard.. 149
- HÔPITAUX.** — Hôpital Notre-Dame, Montréal. — Hôpital Bellevue, New-York.. 163
- REVUE DES JOURNAUX.** PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — De l'hémophilie. — De l'emploi du chloral et du bromure d'ammonium contre le délire fébrile. — Traitement de la colique de plomb. — Du traitement de la Cystite aiguë par l'ergot, H. E. D..... 171
- PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.** — Du drainage des plaies dans la chirurgie antiseptique. — Ponction aspiratrice du genou 175
- OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.** — Applica-
- tion du forceps au détroit supérieur ; nouveau procédé. — Complications et difficultés du forceps..... 179
- FORMULES ET PRESCRIPTIONS.**— Traitement de la gale. — Anorexie chez les phthisiques 184
- BULLETIN.**—Médecin et Pharmacien. — Admission à la pratique de la médecine. Petite correspondance. — Brochures reçues 185
- NOUVELLES MÉDICALES.**—Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal — M. le Dr Desjardins admis membre de la Société Médicale de Boston. — Hôpital Notre-Dame. — "Junior Pharmacists Society." — Université Laval ; Faculté de Médecine..... 191
- VARIÉTÉS.**—Rapport du médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal, pour les six mois finissant le 31 janvier 1882. — Un comble. — Décès..... 193

Ceux qui désirent communiquer verbalement avec l'administration peuvent s'adresser soit au DR A. LAMARCHE, No. 276, Rue Guy, soit au DR H. E. DESROSIERS, Hôpital Notre-Dame.

A LA PROFESSION MEDICALE

LACTOPEPTINE

Nous avons réussi, après une longue série de soigneuses recherches à en produire les différents éléments à l'état de pureté absolue et exempts du goût et d'odeur désagréables (la couleur en a aussi été légèrement changée.) Nous nous flattons d'avoir par ce moyen grandement augmenté ses propriétés digestives et nous pouvons affirmer sans hésitation que la Lactopeptine telle que nous la produisons est un digestif aussi parfait qu'il est possible d'en produire.

FORMULE DE LA LACTOPEPTINE.

Sucre de lait.....	40 onces.	Diastase ou Ptyaline vég.....	4 drachmes.
Pepsine.....	8 onces.	Acide lactique.....	5 fl. drachmes.
Pancréatine.....	6 onces.	Acide hydrochlorique.....	5 fl. drachmes.

La LACTOPEPTINE doit son grand succès entièrement à la profession médicale et se vend presque exclusivement par prescription. Son emploi presque universel par les membres de la profession est la meilleure preuve que nous puissions donner de ses qualités hérapéutiques.

Les soussignés ayant fait usage de la LACTOPEPTINE, recommandent son emploi.

- ALFRED L. LOOMIS, M. D., *Professeur de Pathologie et de Pratique de la Médecine, Université de la Cité de New-York.*
- SAMUEL R. PERCY, M. D., *Professeur de Matière Médicale, Collège Médical, New-York.*
- F. LE ROY SATTERLEE, M. D., Ph. D., *Professeur de Chimie, Mat. Méd. et Therap. au Collège de Dent de New-York; Prof. de Chim. et d'Hygiène au Collège Vet. Am., etc., etc.*
- JAS. AITKEN MEIGS, M. D., *Philadelphie, Pa., Professeur des Institutes de médecine et de Jurisprudence méd. au Coll. méd. de Jefferson, médecin à l'hôpital de Penn.*
- W. W. DAWSON, M. D., *Cincinnati, Ohio, Prof. de princ. et de prat. de Chirurgie au Coll. méd. d'Ohio, chirurgien à l'hôpital du Bon Samaritain.*
- ALBERT F. A. KING, M.D., *Washington, D. C., Prof. d'Obstétrique à l'Université de Vermont.*
- D. W. YANDELL, M. D., *Professeur de la science et de l'art de la Chirurgie et de Clinique chirurgicale à l'Université de Louisville, Ky.*
- L. P. YANDELL, M. D., *Professeur de Clinique médicale, de maladies des enfants et de Dermatologie, Université de Louisville, Ky.*
- ROBERT BATTEY, M. D., *Rome, Ga., Professeur Emérite d'Obstétric, Collège de Médecine d'Atlanta, Ex-Président de l'Association Médicale de Georgie.*
- CLAUDE H. MASTIN, M. D., J.L. D., *Mobile, Ala.*
- PROF. H. C. BARTLETT, Ph. D., F. C. S. *London, England.*

LISTE DES PRIX.

LACTOPEPTINE (par bouteilles d'une once).....	à l'once	\$ 1.00
“ (par bouteilles 1/2 lb.).....	par doz.	10.00
	par lb.	12.00

Nous préparons aussi la Lactopeptine combinée avec différents Elixirs ou Sirops.

ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE de NEW YORK,

10 et 12, PLACE DU COLLEGE, NEW YORK.

Agents en Gros: LOWDEN & CO., Toronto, Ont.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la phthisie pulmonaire (1).

Monsieur le Président, Messieurs,

Je viens vous offrir, ce soir, quelques considérations sur la pathologie, l'étiologie, le pronostic, la transmissibilité et le traitement de la phthisie pulmonaire. Je le sais, le sujet n'est pas nouveau, mais il est toujours intéressant sous quelques aspects. J'ai glané cette petite récolte dans les mémorables travaux de Jaccoud, Villemin, Chauveau, Ferrand, LeBlanc, Bordier et autres qui ont écrit sur le sujet. Je vous prie de m'accorder votre bienveillance.

La phthisie pulmonaire est un processus de déchéance organique. Elle est de tous les climats et frappe tous les âges de la vie. Elle naît, cliniquement parlant, de désordres morbides dans les phénomènes de la nutrition, qui créent l'hypotrophie et la dystrophie constitutionnelle et par suite la diathèse tuberculeuse. L'apparition du tubercule est l'expression finale d'un processus qu'on appelle irritation phymatogène. Il est le résultat d'une exudation plasmatique dégradée et aplastique. Produit cellulaire, il est un petit nodule homogène, grisâtre, demi transparent, quelque fois incolore, presque diaphane, plus ou moins arrondi, variant en grosseur et qui naît soit de l'épithélium des cavités alvéolaires, soit du tissu conjonctif, soit des cellules des membranes externes des petits vaisseaux. Ces éléments divers qui sont le siège du développement des tubercules sont tous semblables ou assimilables à des cellules épithéliales. Les tubercules peuvent apparaître dans nos organes sous les deux formes de granulations isolées, phthisie commune, et de granulations infiltrées, phthisie pneumonique. Quelquefois aussi ces granulations peuvent présenter une disposition en masse et passant graduellement par l'état rose, l'état grisâtre demi transparent et l'état jaunâtre. Ces éléments tuberculeux diffèrent entre eux par le volume, mais ils sont homogènes. Ils sont tous composés de petites cellules remplies presque en entier par

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal, Séance du 6 Mars 1882.

leurs noyaux, matière amorphe servant de gangue à ces éléments, vaisseaux remplis de fibrine coagulée et de globules blancs. Ainsi, la phthisie commune et la phthisie pneumonique ont les mêmes éléments anatomiques, une même évolution pathologique. Mais le tubercule subit une dégénérescence plus ou moins rapide suivant les cas. Cette régression débute toujours par les parties centrales qui présentent une teinte jaunâtre et une opacité caractéristique et tombent en détritns.

Cependant, la clinique conserve toujours la dualité de forme. Cette distinction a trait à l'étiologie, aux symptômes, à la marche et au pronostic de la maladie. Elle leur reconnaît une cause, un début et une marche propre. Mais dans l'une et l'autre forme, le tubercule est soumis dès son apparition à deux processus opposés : l'évolution fibreuse à la périphérie et l'évolution caséuse au centre. Le sort de la maladie dépend de la prépondérance de l'un ou de l'autre de ces processus. Et l'expérience clinique nous démontre que le phthisique peut bénéficier de ce travail réparateur à toutes les périodes de l'affection. Alors le mode de guérison varie suivant le degré de la maladie. A la première période, il y a dessiccation complète avec résorption des matériaux organiques, et les éléments organiques arrêtés dans leur évolution, sont transformés en concrétions calcaires. A la troisième période, la guérison s'opère par la cessation de la formation granuleuse dans la zone excentrique, et par le développement d'une pneumonie scléreuse interstitielle autour du foyer. Ici, la lésion peut présenter les quatre dispositions suivantes : la cavité persiste, elle est vide et communique avec les bronches, le tissu périphérique est induré, infiltré de pigment et froncé en retrait, première forme ; la cavité est pleine de matière tuberculeuse crétacée, deuxième forme ; la cavité est occupée par une masse fibrocartilagineuse résultant de la végétation conjonctive de la paroi, troisième forme ; la cavité disparaît par accollement des surfaces opposées et il reste une cicatrice linéaire d'épaisseur variable, de consistance fibreuse à laquelle aboutissent des bronches en cul de sac, quatrième forme. Ceci doit nous engager à lutter énergiquement contre les processus destructeurs et à ranimer le courage du malade avec notre espoir de le guérir.

Messieurs, la phthisie pulmonaire peut être héréditaire, innée ou acquise. La phthisie héréditaire est celle qui offre le plus fâcheux pronostic par l'indomptable disposition de la constitution à la formation du tubercule. Elle n'est pas un agent infectieux qui serait transmis du générateur à l'engendré. Elle est plutôt un type nutritif vicié, une organisation

misérable dont l'enfant hérite. Mais, dira-t-on, comment expliquer les cas de ceux qui, ayant triomphé de la misère de leurs créateurs, donnent le jour à des enfants atteints de la tuberculose. Il est vrai que ces cas se présentent souvent, non-seulement pour la phthisie, mais encore pour bien d'autres maladies. Bouchard répond que la phthisie vient souvent liquider tout un *stock* de déchéances organiques accumulées dans les individus ou dans les races.

La phthisie innée atteint les individus dont les créateurs sont affaiblis par des maladies ou des travaux de toutes sortes, enfin par tout ce qui peut débilitier la constitution des ascendants qui lèguent à leur descendants une diathèse phymatogène, une disposition à la formation du tubercule. Le pronostic ici est moins mauvais que celui de la phthisie par hérédité.

Au point de vue du pronostic, il faut diviser les phthisies acquises en deux groupes. Dans le premier groupe, nous rangeons la phthisie acquise idiopathique dont la modalité est l'hypotrophie et la dystrophie constitutionnelles, indépendante de toute maladie présente ou passée. Elle est la plus favorable à la guérison.

Dans le second groupe, la phthisie acquise coïncide avec une autre maladie : la scrofule, le diabète sucré, l'herpès, l'arthrite ; ce qui fait que nous disons phthisie scrofuleuse, phthisie diabétique, phthisie herpétique et phthisie arthritique. Ici le pronostic est meilleur que dans la phthisie par hérédité, par innéité, mais moins favorable que celui de la phthisie acquise idiopathique.

La phthisie diabétique est une manifestation tardive du diabète arrivé à son maximum de gravité. Le pronostic est par conséquent très mauvais.

La science n'est pas encore bien éclairée sur la phthisie arthritique. Ainsi, nous ne pouvons pas dire que l'arthrite peut déterminer la phthisie comme la scrofule et les autres maladies débilitantes. Néanmoins, il est bon de connaître les caractères particuliers qu'elle présente. Ainsi, elle a une évolution lente, les hémoptysies n'offrent pas la gravité ordinaire, les lésions ont peu d'étendue, l'expectoration est peu abondante et ne répond jamais à l'étendue de l'ulcération. Cette affection est bien rare, et, par sa lenteur, nous la croyons curable à toutes les périodes.

“La phthisie herpétique est encore du domaine de l'étude.”
Maintenant, Messieurs, arrêtons-nous quelques instants pour apprécier la forme tuberculeuse ou granuleuse et la forme pneumonique ou caséuse relativement au point de vue du

pronostic. La phthisie tuberculeuse, qui est un processus de débilité, est l'expression habituelle de l'hérédité, de l'innéité, et se présente plus fréquemment dans la première moitié de la vie. La phthisie caséuse, qui est aussi un processus de débilité, est plus souvent acquise et primitive ou bien liée à la scrofule, et est plus fréquente dans la dernière moitié de la vie. La phthisie tuberculeuse débute d'une manière insidieuse, ordinairement par un catarrhe chronique du larynx ou du sommet du poumon. La phthisie caséuse ou pneumonique a des processus phymatogènes multiples. Parmi les principaux, nous trouvons la pneumonie fibrineuse devenue chronique et caséuse soit à la période de solidification, soit à la période de liquéfaction; les pneumonies catarrhales décrites sous le nom d'infiltration gélatiniforme; les catarrhes bronchiques à tendances ulcératives. Le processus en lui-même est identique. La phthisie tuberculeuse a un début apyrétique et des lésions bilatérales soit d'emblée, soit très rapidement d'emblée, lésions qui rarement demeurent limitées aux poumons, mais s'étendent au larynx, à l'encéphale, aux intestins. Ces lésions occupent généralement le sommet des poumons. La phthisie pneumonique constitue une forme grave au début; les lésions sont presque toujours unilatérales, nulles ou tardives en dehors des poumons. A l'état de chronicité, elle présente un pronostic plus favorable à la guérison. Les lésions sont diffuses, disséminées, et elles sont moins souvent au sommet que dans les autres parties du poumon. La coqueluche et la rougeole peuvent produire la broncho-pneumonie et la phthisie pneumonique. La fièvre typhoïde et la diphthérie donnent origine à la broncho-pneumonie simple. Par ce qui précède, la phthisie tuberculeuse, à moins qu'elle ne soit acquise et limitée aux poumons seulement, est moins curable que la phthisie pneumonique ou caséuse à l'état chronique.

La granulation miliaire aiguë constitue la forme la plus redoutable. Cependant, MM. Lebert, Jaccoud, Hick et Anderson nous communiquent des cas de guérison.

Maintenant, Messieurs, je dirigerai votre attention sur la scrofule relativement à la maladie qui nous occupe. La scrofule est une des causes nombreuses qui débilitent l'organisme et préparent le terrain à la diathèse tuberculeuse. "Les nombreux scrofuleux qui deviennent phthisiques ne prouvent qu'une chose: c'est que le milieu humoral scrofuleux est un de ceux qui fait cesser l'immunité tuberculeuse." Comment, autrement, pourrait-on comprendre son évolution lente, qui permet quelquefois à une médication bien dirigée d'agir contre la dystrophie constitutionnelle qui est le fond de l'état mor-

vide et de produire une immunité relative, parfois la guérison. « Quand à l'élément tuberculeux retrouvé dans les lésions strumeuses, gomme, lupus, arthrite, il ne prouve pas la même chose, c'est qu'on a appelé lésions scrofuleuses des lésions qui déjà n'appartenaient plus à la scrofule, mais bien à la tuberculose. » Il faut considérer le scrofuleux devenu phthisique comme on considèrerait le scrofuleux devenu syphilitique.

Arrêtons-nous ici à quelques symptômes dont l'influence modifie grandement le pronostic de cette maladie. Les hémoptysies demandent de la part du médecin de sérieuses considérations avant de fournir un pronostic de quelque valeur. Ainsi, une hémoptysie qui survient chez un individu plein de santé et dont les générateurs n'offrent rien de suspect, n'a pas toujours une fâcheuse conséquence. Elle est souvent le point de départ de la phthisie pneumonique. Dans les périodes initiales de la phthisie, les hémoptysies provoquées par des poussées congestives, qui dans une période plus avancée aggraveraient la maladie, les font disparaître quelquefois pour longtemps. Les hémoptysies moyennes qui se présentent dans le cours des deux premières périodes de la maladie ne sont pas de nature à nous faire perdre tout espoir de guérison. Celles surtout qui ne sont pas suivies de fièvre offrent beaucoup moins de gravité. Au troisième degré, les hémorragies abondantes révèlent toujours un danger imminent. Quand le mouvement fébrile qui suit généralement les hémoptysies résiste à la médication, nous sommes avertis du danger.

Vient ensuite la fièvre, processus de consommation qui dénote une exagération du mouvement de dénutrition. Comme élément symptomatique de la phthisie, elle marque une nouvelle étape de l'évolution morbide. Et pour bien apprécier la situation du malade et bien répondre à l'indication thérapeutique, il faut connaître sa pathogénie. Nous arrivons à cette connaissance en divisant la fièvre en quatre groupes. Dans le premier groupe, je rangerai celle que nous appelons fièvre de granulation ou de tuberculisation, qui est liée soit à la granulose miliaire aiguë, soit aux poussées granuleuses primitives ou secondaires dans les poumons. Dans la plupart des cas, elle est intermittente et quotidienne. L'accès est vespéral et le déclin a lieu dans la nuit. Dans la granulose miliaire aiguë, l'accès est assez fréquemment matinal et le déclin thermique vespéral. La forme rémittente ne se voit que dans les formations granuleuses secondaires, mais rarement. Ici, la fièvre n'est pas indissolublement liée au processus morbide et nous permet de la combattre avec des chances de succès. Si nous ne réussissons pas à la faire disparaître, au moins nous l'atténuons presque toujours.

La fièvre d'inflammation implique un travail pathologique et dure aussi longtemps que ce travail lui-même. Elle constitue l'état symptomatique de foyers pneumoniques ou broncho-pneumoniques tuberculeux. Elle est sub-continue, à accès vespéral. Ici encore, impérieuse indication thérapeutique. La fièvre d'ulcération ou d'excavation est subcontinue à accès vespéral. Elle origine dans la période de ramollissement du tubercule et est liée à un travail ulcératif qui produit la caverne. L'auscultation donne cette connaissance et l'indication thérapeutique. La fièvre de résorption ou fièvre hectique nous révèle la maladie arrivée à la troisième et dernière période. Elle est le résultat de la résorption d'éléments putrides qui encombrant les poumons et qui produisent un véritable empoisonnement septique. Elle a une durée longue et incertaine et produit l'amaigrissement progressif et le marasme. Elle est généralement rémittente à chute matinale, et parfois aussi intermittente à type double quotidien. Ordinairement, dans l'une et l'autre variété, au début de l'accès, il y a de petits frissons, et à la fin du paroxysme, il y a sueurs abondantes. Cette fièvre diminue et disparaît quelquefois même sous la puissance d'agents thérapeutiques.

Un autre symptôme non moins important est la diarrhée, qui accuse chez le phthisique une propagation des lésions morbides dans les intestins. La muqueuse de l'intestin grêle, parfois celle du gros intestin, le plus souvent les glandes de Peyer et les follicules clos en sont le siège. La durée de la diarrhée est en raison de l'évolution tuberculeuse intestinale. Celle qui se rattache à des ulcérations amenées par ces lésions tuberculeuses arrivées à leur dernière phase d'évolution est du plus mauvais augure. Alors, c'en est fait, toute espérance s'évanouit. Nous devons aussi attacher de l'importance au flux sudoral chez le tuberculeux, parce qu'il motive une indication spéciale. Et un fait digne de notre attention est l'alternance, parfois, du flux sudoral avec d'autres évacuations, la diarrhée surtout. Dans ce cas-ci, il faut s'abstenir de combattre les sueurs pour ne pas provoquer la diarrhée. Une autre grave entrave au processus curateur, c'est l'excitabilité nerveuse, qui nous oblige à mettre de côté nos plus puissants moyens thérapeutiques. Cette excitation nerveuse se portant sur les réseaux névro-vasculaires, produit des congestions, par suite, des hémoptysies et de la fièvre, qui nous enlèvent nos plus belles espérances de guérison. L'état constitutionnel doit toujours être pour nous le sujet de notre attention. Si l'organisme conserve assez de force vitale pour résister au processus destructeur, alors le processus fibrogène réparera, par un

travail de bonne nature, la lésion tuberculeuse. Au contraire, si l'émaciation se confirme de plus en plus, le résultat n'est plus douteux. Chaque tuberculeux exige donc du médecin une étude spéciale, ce qui fait que le pronostic doit toujours être purement individuel.

Me voici arrivé à la transmissibilité de la maladie. Elle est contagieuse, infectueuse et parasitaire. Les mémorables travaux de Villemin, de Chauveau, de Toussaint, de Dieulafoy et autres le prouvent très bien. Les modes de transmission sont l'inoculation, l'inhalation, l'alimentation du lait de vaches tuberculeuses et l'ingestion de viande d'animaux tuberculeux. Pour bien établir le mode de contagion par l'inoculation, Chauveau fit des expériences, entre autre celle-ci, qui mérite citation : Il choisit 50 bêtes, vaches, génisses et chevaux vivant en plein pâturage, et il les divisa en trois lots. Le premier lot, il l'inocula avec de la matière tuberculeuse de l'homme ; le deuxième lot avec des produits de putréfaction ; au troisième il ne fit rien. Les animaux du premier lot devinrent tuberculeux ; ceux du deuxième lot n'eurent qu'une inflammation locale sans tubercule, et ceux du troisième n'eurent rien. Krishaber et Dieulafoy firent des expériences sur des singes avec des résultats positifs. Le grand Laënnec lui-même s'étant blessé en faisant l'autopsie d'un tuberculeux, est mort tuberculeux. On rapporte que des médecins Grecs inoculèrent un homme. Gubler fait observer le cas de la femme d'un tuberculeux qui devint phthisique après avoir été infectée par le fœtus par l'inoculation. Encore plus que cela, Villemin nous dit que la salive, le mucus nasal et l'urine peuvent transmettre la tuberculose. Cet expérimentateur a inoculé ces différents liquides et a produit la maladie. Du vaccin recueilli d'un enfant robuste et jouissant d'une santé parfaite servit à inoculer une vache tuberculeuse. Des pustules de cette vache, il inocula la sérosité à des lapins et à un porc, et tous, plus tard, furent atteints de tuberculose.

La phthisie se transmet par l'inhalation. Tappenier nous fournit l'expérience suivante : Des crachats tuberculeux, mis en émulsion, furent donnés en inhalation à des chiens pendant trois à six semaines, et l'autopsie fit constater des tubercules dans les poumons, les reins, le foie et la rate. Dans ces cas, la veille de l'autopsie, il avait mêlé aux crachats émulsionnés du carmin qui fut retrouvé à la surface des poumons. Laënnec nous cite un couvent dans lequel toutes les sœurs furent atteintes de tuberculose, excepté la sœur tourière, que ses occupations faisaient vivre en plein air. Jaccoud nous parle d'une famille composée de cinq enfants qui vint habiter dans un

village au Danemark, un logement déjà occupé par une famille dont le fils, âgé de 21 ans, était phthisique. Dans un laps de temps très court, les cinq enfants, atteints de phthisie, moururent.

Chacun de nous, Messieurs, doit avoir dans ses souvenirs des exemples où l'un des époux a transmis la maladie à l'autre époux. *Le Dr Campion nous relate 111 cas de ce genre.*

Klebs, par ses recherches, dit que le lait de vaches tuberculeuses produit la tuberculose, qui se manifeste d'abord par du catarrhe gastro-intestinal, puis des tubercules dans les glandes mésentériques, dans le foie, la rate, et enfin dans les poumons. Biffs et Verga et Semmer firent des injections sous-cutanées et intraveineuses avec du lait de vaches tuberculeuses et amenèrent la maladie.

Comme pour toutes les maladies contagieuses, un organisme ne peut-être contaminé qu'en autant qu'il présente peu de résistance, une disposition. Ce que je viens de dire du lait, je le dirai de la viande d'animaux tuberculeux. L'observation nous démontre que les vaches en stabulation sont plus fréquemment atteintes par cette maladie. Donc, nous devons exercer la plus grande vigilance dans notre alimentation, surtout dans l'alimentation des enfants.

DR J. I. DESROCHES.

(à suivre.)

Taxis avec la bande en caoutchouc dans la hernie étranglée.

H. P., 63 ans, était depuis plusieurs années porteur d'une hernie inguinale réductible, côté droit.

De temps à autre la hernie sortait, mais le patient la réduisait lui-même en se couchant et se faisant le taxis.

Le 10 janvier dernier, H. P. avait à faire quelques lieues en voiture; le long de la route il fut pris de douleurs vives dans la région inguinale, la hernie était descendue dans le scrotum; il essaya, mais en vain de la réduire. alors il rebroussa chemin et se rendit chez lui, où deux médecins essayèrent le taxis avec chloroforme et cependant ne purent réussir.

Le malade est transporté à l'Hôpital Notre-Dame, son médecin de famille l'accompagne.

On pratique de nouveau le taxis avec le chloroforme, d'abord dans la position horizontale, puis on élève les mem-

bres inférieurs et le bassin du patient, la tête et les épaules seules reposant sur le lit ; on fait dans cette position le taxis méthodique durant dix minutes, mais encore sans succès.

La hernie n'étant étranglée que depuis douze ou quinze heures nous n'avons pas à craindre de gangrène ; il n'y a guère, non plus, de danger de réduction en masse, puisque la hernie est vieille, le collet du sac doit être très adhérent aux tissus voisins et vu que cette hernie était facilement réductible jusqu'à ce jour. Donc, nous nous décidons, avant de pratiquer la *herniotomie*, à tenter le taxis avec la bande en caoutchouc. Celle-ci est appliquée et laissée en place durant une heure. En l'enlevant on trouve la tumeur *flasque, ramollie*.

A la moindre pression digitale l'intestin rentre dans la cavité abdominale en faisant entendre le bruit de gargouillement caractéristique—la hernie est réduite. On applique un spica de l'aine et on prescrit le décubitus dorsal durant quelques jours.

C'est à Maisonneuve que nous devons le taxis avec la bande en caoutchouc, c'est lui qui en a vulgarisé l'emploi et qui a décrit les conditions favorables à son application.

Le but que le chirurgien veut atteindre en se servant de la bande en caoutchouc est de substituer une force *élastique et continue* à la pression *irrégulière et intermittente* des mains. Cette pression élastique et continue a pour effet de faire disparaître la congestion, l'effusion séreuse, l'engorgement qui résultent de l'étranglement. Ce moyen si rationnel est très souvent suivi de succès, même quand le taxis méthodique a échoué.

Voici comment on procède :

On peut ne pas endormir le malade, mais l'administration du chloroforme facilite la réduction, comme dans le taxis ordinaire. Au lieu du chloroforme on pourrait administrer une forte dose de morphine qui aurait un effet plus prolongé.

La bande en caoutchouc doit avoir environ trois pouces de largeur et quatre à cinq verges de longueur—ces mêmes bandes sont employées dans le traitement des ulcères variqueux des jambes.

On place d'abord autour du ventre une bande de coton, à laquelle on fixe l'extrémité de la bande en caoutchouc. Un aide saisit la hernie et l'attire vers lui, pendant que le chirurgien l'enveloppe de plusieurs tours (de trois à six ou sept, suivant que le pédicule est plus ou moins long) de la bande préalablement roulée sur elle-même en façon de corde, afin d'empêcher la hernie de s'étaler autour de l'anneau : ensuite le reste de la bande est étendu et conduit à plat sur la tumeur, du pédi-

cule vers le fond, augmentant la traction et multipliant les circulaires jusqu'à ce que la hernie soit complètement *coiffée*.

Il arrive souvent qu'avant que la totalité de la bande ait été enroulée sur la tumeur, une détente subite et un bruit de gargouillement indiquent que la réduction vient de s'opérer.

Si la réduction n'a pas lieu de suite on peut laisser la bande appliquée durant une heure et même plus, pourvu toutefois que la compression ne soit pas intolérable. Une compression forcée et longtemps continuée peut déterminer une gangrène du scrotum.

Ce procédé est d'une application facile lorsqu'il s'agit de hernies volumineuses comme les hernies scrotales, mais quand la hernie est petite, peu saillante, il n'est plus possible de conduire la bande en caoutchouc autour de la tumeur, il faut l'enrouler autour du membre ou du tronc suivant le siège de la hernie, en recouvrant celle-ci d'une pelote concave sur laquelle on place les circulaires.

On reproche au taxis par le caoutchouc de faire rentrer dans l'abdomen des portions d'intestin gangréné.

Pour éviter cet accident, il ne faut pratiquer le taxis avec le caoutchouc, (comme le taxis ordinaire du reste), que lorsqu'on est bien certain que l'intestin est intact.

Pour être plus précis, disons qu'on ne devra employer ce mode de réduction que durant les vingt-quatre premières heures de l'étranglement pour les hernies inguinales volumineuses, et durant les douze premières heures s'il s'agit d'une hernie crurale.

Cependant l'état général du malade fournira souvent des indications qui permettront de tenter la réduction beaucoup plus tard; nous devons nous laisser guider par les mêmes indications et contre indications que pour le taxis ordinaire et l'on sait que dans beaucoup de cas on est autorisé à pratiquer le taxis le troisième et même le quatrième jour de l'étranglement.

On reproche aussi au caoutchouc de produire la *réduction en masse* du sac herniaire, c'est à dire parties étranglées et agents de l'étranglement; mais il est aujourd'hui bien prouvé que si l'on choisit les cas cet accident est très rare.

Nous concluons en disant que le taxis avec la bande en caoutchouc réussit à amener la réduction de certaines hernies quand le taxis ordinaire avait échoué; cela est dû à la *pression élastique* et continue du caoutchouc.

A. T. BROSSEAU.

Chimie médicale.—L'urine.

(Suite.)

PROBLÈME DU DR DEZ .S.

L'urine normale ne doit jamais contenir d'albumine.

1.

- a. L'urine est trouble et sédimentaire; voyez 2.
 b. L'urine est claire et transparente; voyez 2 b.

2.

- | | | | | | |
|----------------------|---|--|---|---------------------|--------------------|
| Filtrez ou décantez. | } | a. Le sédiment doit être examiné au microscope pour la recherche des spermatozoaires, épithéliums, corpuscules de pus. | } | c. Acide ou neutre. | } Voyez réactif 3. |
| | | b. L'urine filtrée est | | d. Alcaline. | |

3.

- | | | |
|---|---|--|
| G.— Mettez 1 c.c. d'acide nitrique dans 10 c.c. d'urine dans un tube. | } | a. Il y a coagulation; c'est probablement du à l'albumine; voyez b. |
| | | b. Il y a doute; le liquide est seulement trouble, ou il n'y a qu'un léger précipité; voyez H. |

- | | | |
|-----------------------|---|--|
| H.— Chauffez l'urine. | } | c. Tout se redissout: acide urique, nitrate d'urée. |
| | | d. Le trouble ou le précipité persiste: albumine; voyez I. |

- | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|---|-----------|---|---|
| L.— Ajoutez une petite quantité d'alcool. | } | e. Le trouble disparaît. | } | Résines. | } | Cubèbe, copahu, huile, térébenthine, etc. |
| | | f. Le trouble persiste. | | Albumine. | | |

Il est bon de suivre ce tableau à la lettre et de s'assurer que l'urine n'est pas alcaline, car dans ce cas l'albumine ne précipite pas par la chaleur. L'acide nitrique est un bon réactif, mais un excès redissout le précipité d'albumine formé.

SIGNIFICATION.—L'albumine est un des principes les plus répandus dans l'organisme et le plus important à la régénération des tissus. Sa présence dans l'urine est donc un symptôme toujours assez sérieux. Néanmoins avant de prononcer un pronostic trop défavorable, il faut tenir compte des causes qui peuvent rendre une urine albumineuse.

1. L'albuminurie tient à une altération matérielle du parenchyme rénal, maladie de Bright.—Cet état coïncide souvent avec une hydropisie, et l'urine fortement et longtemps albumineuse contient des cylindres urinaires ou de l'épithélium des canalicules rénaux, que l'on observe très bien au moyen du microscope. Dans ce cas le pronostic est très grave.

2. L'albumine peut apparaître dans l'urine sans altération appréciable des reins, sans maladie de Bright. Voici diverses causes qui peuvent produire cet état :

a. Une gêne dans la respiration déterminant une hyperémie et une forte tension dans le filtre rénal (grossesse, troubles des voies respiratoires causes par croup, diphthérie, pneumonie, etc.)

b. Une irritation des reins par les diurétiques les cantharides, etc., amenant par là même une congestion de ces organes.

c. Une altération et une dissolution du sang (hydrémie, fièvres typhoïdes, etc.)

d. La présence de sang, de pus, de sperme dans l'urine; ces différentes substances contiennent toujours de l'albumine.

L'albuminurie qui tient à ces causes n'est que temporaire et disparaît lorsque la cause elle-même a disparu.

L'hydropisie fait généralement défaut et l'on ne remarque pas de cylindres fibrineux dans l'urine. Aussi dans ce dernier cas le pronostic est-il toujours moins défavorable.

§ 3. Sucre.—Diabète sucré.

1.

Les traits caractéristiques de l'urine diabétique sont en grande partie dus à la présence du sucre glucose. La quantité journalière de l'urine dans le diabète varie ordinairement entre 128 et 230 onces (8 à 15 chopines). On l'a vue excéder 33 chopines. Lorsque la sécrétion est considérable (excédant 4 ou 5 chopines) l'urine a une teinte jaune très pâle et un aspect

brillant particulier. La proportion du sucre varie de 8 à 12 pour cent ; la quantité excrétée journallement est de 15 à 25 onces (elle peut se réduire à une once ou moins et s'élever à 2 livres ou plus). La gravité spécifique de l'urine diabétique oscille entre quelques degrés au-dessus ou au-dessous de 1040° ; elle peut s'élever à 1860° ou descendre à 1015° . La gravité spécifique ne donne pas la quantité de sucre présent car un excès d'urée coexistant peut élever beaucoup la densité du liquide avec relativement peu de sucre, de même que l'albuminurie peut occasionner une densité relativement faible avec beaucoup de sucre. Si la quantité du sucre est considérable, l'urine a une odeur de petit lait. On observe rarement de sédiments dans l'urine diabétique.

2.

L'urine froide, filtrée ou décantée n'est pas albumineuse. voyez 9.

3.

L'urine froide contient de l'albumine. voyez 8.

4.

L'urine contient un pigment biliaire ou est fortement colorée par une autre substance, voyez 8.

5.

L'urine est acide ou neutre. L'urine diabétique est généralement acide, voyez 9.

6.

L'urine a une réaction alcaline due aux sels ammoniacaux. Ceci nuit aux réactifs du cuivre.

Faites bouillir l'urine dans un tube à réactif avec une petite quantité de soude ou de potasse caustique, filtrez ou décantez. voyez 9.

7.

Ajoutez quelques gouttes d'acide acétique à l'urine, faites bouillir pour coaguler l'albumine. filtrez. neutralisez l'urine filtrée avec un peu de carbonate de soude. et employez le réactif 9.

8.

Pour décolorer l'urine, introduisez une once ou deux du liquide dans une bouteille de 8 oz. avec une cuillerée à soupe de charbon animal et une petite pincée de carbonate de soude. Agitez fortement pendant 5 à 10 minutes et filtrez. Vous obtenez un liquide parfaitement décoloré, ce qui aide beaucoup à la sensibilité des réactifs de cuivre.

4. Réactif de Trommer.

Ajoutez à une drachme de l'urine suspecte, dans un tube à réactif, environ 5 gouttes de la solution de sulfate de cuivre (10 grs à l'once) ; ajoutez un excès d'une solution de potasse caustique (20 à 30 pour cent) jusqu'à ce que le précipité bleu de l'hydrate de bioxide de cuivre soit complètement dissous. Faites bouillir la solution bleue claire : précipité bleu ou noir, pas de sucre ; précipité jaune ou rouge, précipité de sus oxide de cuivre, sucre.

NOTE.—Répétez la réaction une ou deux fois avec moins de la solution de cuivre chaque fois. C'est un réactif délicat et sensible.

10. Réactif par fermentation (Roberts).

1^o Mettez 4 oz. d'urine dans une bouteille de 12 oz. avec un morceau de levure allemande (yeast) de la grosseur d'une noisette ; bouchez légèrement afin de permettre à l'acide carbonique de s'échapper ; placez dans une chambre chaude pour la fermentation.

2^o Placez à côté une autre bouteille contenant la même quantité d'urine sans levure et bien bouchée.

3^o Environ 22 heures après, lorsque la fermentation a cessé, enlevez les deux bouteilles et placez les dans un endroit frais.

4^o Deux heures après, videz le contenu des deux bouteilles séparément dans des vases cylindriques et prenez la gravité spécifique avec l'urinomètre.

5^o Vous obtenez la différence entre les deux gravités spécifiques et chaque degré de densité perdue indique un grain de sucre par once d'urine, ex : la gravité spécifique de l'urine non fermentée = 1040°, celle de l'urine fermentée = 1020° ; différence 20 degrés = 20 grains de sucre par once d'urine. Si le patient a passé 80 oz d'urine dans les 24 heures, alors $80 \times 20 = 1600$ grains de sucre excrétés dans les 24 heures.

SIGNIFICATION.—On ne connaît pas encore très-bien la cause déterminante du sucre dans l'urine. D'après une opinion qui tend à se faire jour, la formation surabondante du sucre dans l'économie serait due à un ferment répandu dans tout l'organisme et principalement dans le foie, et qui agirait sur les substances amylacées, même sur les tissus, de la même manière que la diastase sur l'amidon. Quelque soit la théorie admise, la présence continue et abondante du sucre dans l'urine (diabète sucré) constitue une maladie grave et que l'on est souvent impuissant à combattre. Cependant avant de jeter le cri d'alarme et de prononcer le mot diabète sucré, il est bon de s'assurer si l'on a bien réellement affaire à cette maladie,

car plusieurs circonstances peuvent déterminer la présence du sucre en quantité plus ou moins abondante telle que : une alimentation trop riche en sucre et en substances amylacées, des troubles dans les fonctions de l'encéphale et de la moëlle allongée, un affaiblissement de la respiration et de l'absorption de l'oxygène, une gêne dans l'élimination de la sécrétion lactée chez les femmes qui nourrissent.

Sous ces différentes circonstances, du sucre peut apparaître dans l'urine, mais temporairement et généralement en faible quantité. Le pronostic est alors sans gravité.

DR N. FAFARD.

(à suivre.)

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

*Scorbut.—Péritonite aiguë ; traitement par l'opium ; guérison.—
Fractures simultanées du fémur, de la clavicule et du radius.*

Scorbut.—La femme A. L..., 41 ans, présente toutes les apparences de l'anémie générale. Depuis plusieurs années son état de pauvreté a été cause qu'elle n'a pu se donner la nourriture convenable. La plupart du temps elle s'est contentée de viande salées. A plusieurs reprises, elle a déjà souffert de saignement des gencives, ébranlement des dents etc. De plus elle souffre de métrorrhagies fréquentes depuis deux ou trois ans.

Le premier janvier 1882 une douleur aiguë se manifeste au niveau de la rotule du côté gauche. et est bientôt suivie d'une tuméfaction très sensible au toucher. Cette sensibilité d'abord circonscrite s'étend graduellement à plusieurs pouces de rayon tout autour de la rotule. A mesure que la sensibilité s'étend ainsi, la peau prend une teinte violacée sur la même étendue et présente tous les caractères de l'ecchymose sous cutanée. Au bout de quinze jours, la malade accuse des douleurs à la bouche et aux gencives, ébranlement des dents, saignement des gencives, salivation etc. L'haleine est d'une fétidité remarquable. Le 14 février, la patiente est admise à l'hôpital.

Elle est alors incapable de s'appuyer sur le membre gauche. Une tuméfaction circonscrite de la grosseur d'un œuf siège au-dessus de la rotule, et, à deux pouces au-dessous, on remarque une autre tuméfaction circonscrite aussi, mais plus petite; dans toutes deux l'on perçoit de la fluctuation. Tout autour de ces endroits ramollis, la peau, sur à peu près trois pouces de rayon est profondément ecchymosée et a la teinte violet caractéristique. L'état général de la malade est pitoyable, l'appétit nul; l'intelligence même semble s'être ressentie de l'épuisement de tout le système. On prescrit les préparations de fer, comme toniques reconstituants, ainsi que l'huile de foie de morue. Les deux abcès sont ouverts largement et pansés du fond. Le pus qui s'en échappe est très fluide, ayant la consistance du serum; l'odeur en est infecte. On renouvelle le pansement deux fois par jour et l'on pratique des injections désinfectantes à l'acide phénique. Contre les accidents du côté des gencives on donne un collutoire au chlorate de potasse et à la teinture de myrrhe.

Le 1er mars, l'état de la malade s'est sensiblement amélioré, l'appétit est assez bon, les forces générales reviennent bien. Les abcès sont en voie de guérison et la salivation a cessé.

Il y a raison de croire, dit à ce sujet M. le prof. Laramée, que cette femme doit sa maladie à la mauvaise qualité des aliments dont elle faisait usage et à son séjour dans des habitations humides, froides où l'air n'est pas renouvelé et où la lumière ne pénètre pas. Les inconvénients attachés à l'alimentation avec les viandes salées et fumées sont bien moins dus au sel que celles-ci contiennent que parce que ce genre de nourriture, fournit à la nutrition des éléments insuffisants et plus ou moins assimilables. Il paraît que la privation des végétaux frais n'est pas une cause aussi active de scorbut qu'on l'avait cru pendant longtemps. L'amélioration subite qui s'est opérée chez cette malade s'explique par le fait qu'elle s'est trouvée placée dans des conditions tout à fait opposées à celles dans lesquelles elle était avant son admission dans nos salles. Cependant la convalescence sera longue et la maladie pourrait bien récidiver car une première attaque du scorbut constitue, dit-on, une prédisposition réelle à la maladie pour peu que les malades s'exposent de nouveau aux mêmes causes. Du reste, cette femme n'en est pas à sa première attaque.

Outre les hémorrhagies des gencives et les ecchymoses sur les jambes, cette malade a eu des hémorrhagies des muqueuses du nez et de l'utérus. Ces métrorrhagies paraissent bien se rattacher au scorbut vu que l'examen de l'utérus n'a révélé aucune lésion particulière, cependant les hémorrhagies anté-

rieures au scorbut étaient plutôt des ménorrhagies dues à l'état anémique dans lequel se trouvait cette femme depuis quelques années.

D'ordinaire les infiltrations du tissu sous cutané et inter-musculaire se résolvent, mais avec une lenteur extrême ; dans le cas qui nous occupe, quelques-unes de ces infiltrations se sont transformées en abcès, contre la règle, et c'est ce qui explique pourquoi il a fallu recourir à la lancette.

Péritonite aiguë ; traitement par l'opium ; guérison.—Louis D., 40 ans ; non marié, tempérament lymphatique, a déjà souffert antérieurement, à deux reprises, d'entéro-péritonite, mais la maladie restait limitée au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Le 15 janvier, le malade prit froid après une abondante transpiration. Le 16 il se sentit les pieds froids pendant presque toute la journée ; avec cela il eut de la diarrhée accompagnée de coliques, sans douleur bien marquée. Le soir du 17, il fut pris de douleurs beaucoup plus intenses, siégeant dans toute l'étendue de l'abdomen mais surtout à la région iliaque droite. Ces douleurs persistèrent toute la nuit et furent accompagnées de vomissements assez abondants de mucosités. Le matin du 18, le malade est transporté à l'Hôpital. Il y a un peu de fièvre. La température est à 100° et le pou's à 72. On constate de la sensibilité, assez peu marquée, du reste, à la région iliaque droite et une matité assez considérable du côté gauche, sur le trajet du colon descendant. Les vomissements n'ont pas cessé. On prescrit une dose laxative d'huile de ricin combinée à trois ou quatre gouttes d'acide hydrocyanique dilué. En même temps, on applique sur l'abdomen des fomentations chaudes térébenthinées que l'on renouvelle fréquemment. Au bout de quatre heures une selle abondante se produit qui semble soulager le malade. Les vomissements qui avaient cessé depuis l'administration du laxatif recommencent vers le soi., quand soudain, après un violent effort de vomissement, le patient accuse d'intolérables douleurs à la région iliaque droite. Ces douleurs sont exaspérées à la moindre pression et par le moindre mouvement ; il y a tympanite. On prescrit $\frac{1}{4}$ gr. de morphine (sous la langue) toutes les heures au besoin ; on continue les fomentations chaudes à l'abdomen. Pouls 80, température 101°. Jusqu'ici l'on a craint l'existence d'un étranglement intestinal par quelque bride néo-membraneuse, attendu que le patient a déjà souffert de péritonite. Mais ce soir la nature inflammatoire de la maladie ne fait plus de doute. Le 19 a. m. le pouls est à 85 et la température à 101 $\frac{1}{2}$ °. Le malade a

peu dormi. Les douleurs continuent, mais on les calme au moyen de la morphine dont le malade use très libéralement. Il n'y a pas eu de vomissement depuis que la première dose de morphine a été introduite sous la langue, hier. La tympanite est plus considérable qu'hier, cependant : langue saburrale; on continue les fomentations chaudes et l'usage de la morphine, *pro re nata*, toujours de manière à empêcher tout à fait le malade de souffrir. Le soir, la température a atteint $102\frac{1}{2}^{\circ}$; le pouls est à 100; La douleur et la sensibilité sont considérables surtout à la fosse iliaque et à l'hypochondre du côté droit; la tympanite est étendue à tout l'abdomen. Même traitement.

Le 20 a. m. le pouls bat à 80 et le température est tombée à $100\frac{3}{4}^{\circ}$. Le malade a passablement dormi; grâce à l'administration libérale de la morphine, la douleur a été nulle depuis hier soir; pas de vomissements; le soulagement est marqué; le malade prend de temps à autre du gruau et du thé de bœuf. Le soir, il se prétend aussi bien que ce matin, mais la température est à 102° . La sensibilité et la tympanite sont moindres. Traitement, le même.

Le 21 a. m., pouls 80, temp. $101\frac{1}{2}^{\circ}$; le malade a peu dormi: douleurs plus intenses ainsi que la sensibilité, surtout au niveau de l'hypochondre droit sur lequel on applique un large vésicatoire; pas de vomissement; on continue la morphine. Le soir, le patient est un peu plus mal. Pouls 88, temp. 102° . La douleur persiste, quoique considérablement calmée par la morphine. Le vésicatoire est enlevé et remplacé par un cataplasme. La peau est un peu sèche et la langue tend à le devenir; on remplace la morphine par la poudre composée d'ipécacuanha afin de favoriser la diaphorèse. L'ingestion de cette poudre donne lieu à un peu de nausée. Vers minuit, le vomissement se déclare et persiste jusqu'au matin (22 janv.) où le pouls est à 22 et la température à 100° . La douleur et la tympanite sont moindres; le malade a passé des gaz par l'anus; il se sent moins souffrant. Cependant les nausées et les vomissements persistent durant presque toute la journée et une grande partie de la soirée. On prescrit l'usage de la glace dont le malade laisse fondre de petits morceaux dans sa bouche; de plus, un sinapisme à l'épigastre. La tympanite est plus considérable ce soir. Température 100° , pouls 72.

La nuit du 22 au 23 est mauvaise, le malade a peu dormi; il a fait de violents efforts de vomissements vers 2 ou 3 heures du matin. Cet état de nausée et ces vomissements sont attribués à la poudre d'ipécac composé que le malade a prise avant hier; l'état général indique une amélioration marquée. La tempéra-

ture est à $99\frac{1}{2}^{\circ}$. La sensibilité abdominale est presque nulle maintenant, de même que la douleur. On continue l'usage de la glace et les cataplasmes. Diète généreuse, morphine au besoin. Le soir la tympanite est un peu plus considérable, mais la température n'accuse que deux cinquièmes de degré en plus. Le patient n'a vomi qu'une seule fois depuis 3 h. ce matin; des gaz sont expulsés par l'anus. Les douleurs reparaissent; on injecte 30 gouttes de laudanum et 2 oz. de thé de bœuf dans le rectum, et cela à deux reprises différentes dans le cours de l'après-midi. Le malade est continuellement fatigué ce soir, par des rêves pénibles aussitôt qu'il cède au sommeil. Trente grains de chloral sont alors administrés par injection rectale, ce qui produit le meilleur effet. Le sommeil redevient calme, les rêves disparaissent. Le lendemain matin, 23 janv., le pouls est à 72 et le thermomètre marque 100° . Il n'y a plus de vomissements; bien mieux, le malade demande avec instance du thé de bœuf, bouillon, etc., qu'il boit avec goût et satisfaction. Il passe par l'anus une grande quantité de gaz, ce qui fait diminuer le météorisme qui était devenu considérable. Sensibilité nulle. Quelques douleurs peu aiguës persistent cependant mais sont bientôt calmées par l'opium. Ce matin une selle spontanée s'est produite, elle est liquide et peu abondante.

Le soir, deux autres selles, abondantes cette fois et aqueuses. La tympanite diminue toujours. Pouls 80. Température $100\frac{1}{2}^{\circ}$. On injecte de nouveau par le rectum, 25 gr de chloral; pas de vomissements.

Du 25 janvier au 2 février le malade continue à prendre du mieux. La température varie entre 100° le matin et $100\frac{1}{2}^{\circ}$ le soir. Le pouls reste à 72. Les vomissements ont cessé tout à fait. La tympanite diminue graduellement; les douleurs et la sensibilité abdominale sont nulles: on ne donne plus de morphine qu'occasionnellement. L'appétit revient un peu; la langue est plus nette, toujours humide. On prescrit 1 gr de sulfate de quinine, à prendre trois fois par jour. La percussion révèle une sonorité exagérée sur toute l'étendue de l'abdomen excepté au niveau de l'hypochondre droit où l'on découvre un peu de matité, sur un espace d'environ quatre pouces carrés. A cet endroit la palpation décèle une tuméfaction assez circonscrite et occupant la fosse iliaque au niveau du pli de l'aîne.

Du 2 au 5, le malade est moins bien. Il éprouve des douleurs lancinantes à la région iliaque et à l'hypochondre du côté droit précisément au niveau de la matité. La sensibilité y est plus grande que ces jours derniers. La matité augmente même et s'étend jusqu'à la région inguinale où l'on constate

une tuméfaction ayant à peu près le volume du poing fermé, mais peu visible à l'extérieur. On applique à cet endroit des fomentations chaudes, fréquemment renouvelées, et l'on reprend l'usage de la morphine *p. r. n.* Il n'y a ni frissons, ni transpiration, ni nausée. Pouls 80 le matin et 92 le soir. Température 100° le matin et 101° le soir. On continue la quinine à 2 gr. 3 fois par jour. Diète généreuse et quelque peu stimulante. On craint la formation d'un abcès.

Du 5 au 9 les symptômes locaux et généraux s'améliorent notablement. La sensibilité disparaît graduellement ainsi que la matité. Il n'y a plus de douleurs. Le pouls varie entre 72 et 80, et la température est normale. Le malade passe encore une quinzaine de jours à l'hôpital et est congédié le 25.

Il y a eu ici très évidemment, menace d'abcès à la région iliaque. A la palpation, l'on sentait très distinctement une tuméfaction s'étendant de l'apophyse antérieure supérieure de l'ilium vers le pubis, dans la direction du pli inguinal. Les douleurs lancinantes et la sensibilité siégeant dans la partie, la chaleur de celle-ci, l'élévation de la température, tout était de nature à faire craindre cette complication qui, après tout n'offre pas le danger qu'on serait porté à lui attribuer, vu que dans ces cas de cellulite localisée, le pus est généralement enkysté, et que, quand l'abcès s'ouvre à l'extérieur, l'air atmosphérique ne vient pas en contact avec le péritoine.

Fracture simultanée du fémur, de la clavicule et du radius.
Thomas M. . . journalier, 30 ans, est, le 12 janvier accidentellement enseveli sous un éboulis de sable et de glaise. Ce n'est qu'au bout d'une dizaine de minutes que l'on peut l'en retirer, et l'on constate alors qu'il porte trois fractures, l'une à la cuisse gauche, l'autre à l'avant-bras droit et la troisième à la clavicule gauche. Les premiers soins lui sont donnés au lieu même de l'accident. Le lendemain le blessé est admis à l'hôpital.

Un examen minutieux confirme le diagnostic déjà porté. Le fémur gauche est fracturé vers la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur. Malgré l'empâtement et la tuméfaction du membre on croit constater que la fracture est à plusieurs fragments. Tout le membre abdominal est placé dans l'appareil ordinairement employé à l'hôpital dans ces cas : attelles antéro-postérieures et latérales sur la cuisse, extension continue faite sur la jambe au moyen de poids, celle-ci reposant sur une gouttière postérieure qui joue sur un cadre *ad hoc*, et des bandelottes de Scultet maintenant le tout. Deux attelles latérales maintenues par un bandage roulé sont placées sur le

radius fracturé au lieu d'élection. Quant à la fracture de la clavicule, on n'y place aucun appareil particulier, vu que le malade doit garder la position horizontale. On se contente de placer un fort oreiller sous la tête seulement, de manière à ce que les épaules soient, par leur propre poids, rejetées en arrière et en haut, ce qui a pour effet de corriger la tendance au déplacement. Un bandage de corps immobilise le bras de ce côté sur le thorax.

La réaction inflammatoire qui s'en suit dure environ une semaine, le pouls et la température variant, le premier de 80 à 100 pulsations par minute, la seconde de $98\frac{1}{2}^{\circ}$ Fahr le matin à 101° le soir. Le 24 janvier, soir, le thermomètre indique 103° le malade éprouve plusieurs frissons et se plaint de céphalalgie. On prescrit un sudorifique. Le lendemain matin la température est à 101° et le surlendemain à 99° .

Le malade est on ne peut plus *remuant* et n'observe pas toujours le repos parfait qui lui est prescrit. Malgré tout ce qu'on peut faire pour l'en empêcher, il s'agite tellement qu'il est à peu près impossible de maintenir rigoureusement en place les fragments de la clavicule fracturée, de sorte qu'il en résulte une difformité un peu plus prononcée que d'habitude. Au bout de trois semaines, l'avant-bras fracturé est mis dans un appareil inamovible: ici, de même que du côté de la cuisse, la consolidation est parfaite. La cuisse a été maintenue pendant quarante jours dans l'appareil décrit plus haut, puis on l'a mis dans une simple gouttière en cuir après avoir préalablement posé un bandage compressif sur tout le membre.

Aucun accident ne vient compliquer le cas. Le malade peut bientôt marcher à l'aide de béquilles, puis d'une simple canne et laisse l'hôpital le 27 mars.

Hôpital Bellevue, New-York.

Traitement de la pneumonie.—De l'iodure de potassium à petites doses.—Traitement de l'hydrocèle.

*Traitement de la pneumonie.—*La pneumonie étant regardée comme une maladie tendant naturellement vers la guérison, l'indication doit être de soutenir les forces et de stimuler les fonctions générales du malade afin que celui-ci puisse traverser sans encombre les diverses périodes de cette phlegmasie

dont la durée, comme on le sait, est relativement assez courte.

A Bellevue on considère les variations dans l'état du pouls comme indiquant bien mieux que ne le pourrait faire la température, le maintien ou le déclin des forces vitales; l'accélération trop considérable et la faiblesse du pouls indiquent à leur tour l'emploi des stimulants. On prescrit à peu près constamment le whiskey et le carbonate d'ammoniaque. La digitale est aussi beaucoup employée, cependant quelques-uns s'opposent à son emploi, d'abord, parce que, suivant eux, les malades qui en ont fait usage durant les deux premières périodes se trouvent ensuite pour cela même dans des conditions moins favorables à une guérison parfaite; en second lieu parce que (théorie toute pure!) ce remède ne serait peut-être pas assez entier dans son action. Quelquefois on prescrit le camphre comme stimulant.

Le traitement de la pneumonie à Bellevue, est donc purement stimulant. Dans certaines conditions spéciales, cependant, on a recours à d'autres moyens. Quand la maladie est à son début et qu'elle présente un caractère grave, quelques-uns prescrivent l'aconit, mais l'usage de ce remède n'est pas général dans l'hôpital. L'acétate d'ammoniaque liquide, l'esprit d'éther nitreux, le calomel et la poudre d'ipécacuanha composée sont assez souvent employés dans le cours de la première période. Parfois on a recours à la quinine dans le but de produire un abaissement de la température quand celle-ci s'élève trop. Il en est qui surveillent constamment les fonctions du rein dans le cours de la pneumonie. S'il survient de l'œdème pulmonaire, les stimulants sont prescrits à doses héroïques. Occasionnellement on y joint l'usage du *hot-pack* et des inhalations d'oxygène.

De l'iodure de potassium à petites doses.—Quoiqu'il soit de mode aujourd'hui d'administrer l'iodure de potassium à doses élevées dans le traitement de la syphilis, le professeur Clark, à l'instar de plusieurs médecins et chirurgiens d'hôpitaux, ne donne presque jamais ce remède à des doses excédant trente grains par jour. Plusieurs même se contentent de donner quinze grains par jour. Ils se fondent pour cela sur le fait que dès lors que le malade se trouve, par l'usage préalable des toniques généraux, dans les conditions les plus favorables à l'absorption des médicaments dits altérants, les petites doses de ceux-ci exercent sur l'économie une action beaucoup plus marquée. Il paraîtrait en effet que la plus grande partie des bons résultats obtenus doivent être attribués à ce que le malade se trouvait, lors de l'administration du

remède, dans les conditions que nous venons de dire et que cela serait surtout le cas pour l'iodure de potassium.

Traitement de l'hydrocèle.— Le Dr Weir présente quatre cas d'hydrocèle, et emploie un traitement particulier pour chacun d'eux. Chez l'un il injecte de la teinture d'iode; chez l'autre l'iode est remplacé par l'acide phénique pur; chez un troisième l'acide carbolique injecté est réduit à 10 pour 100; dans le dernier cas enfin on pratique l'opération de Volkmann. Ici, comme il y a eu beaucoup d'inflammation et un épaissement considérable du sac, il n'y a pas lieu d'espérer une guérison aussi prompte que si le cas eut été simple. Au bout d'une semaine le patient soumis au traitement par l'acide carbolique est de nouveau présenté à la clinique, l'inflammation et l'hypertrophie sont presque nuls. L'acide phénique a sur la teinture d'iode l'avantage de produire moins d'épanchement séreux avant l'accollement des deux feuillets de la tunique vaginale.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hémophilie.— Nous traduisons du *Philadelphia Medical Times* le résumé suivant d'une leçon clinique faite à l'Université de Pennsylvanie par le prof. William Peppor.

La diathèse hémorrhagique, ou pour employer le terme technique, l'hémophilie, est une maladie plus ou moins rare. En règle générale elle est héréditaire et se transmet des parents aux enfants. Dans le cas présent c'est la mère qui a transmis l'affection. La plupart du temps, cependant, l'hérédité morbide est transmise par le père. La source de l'hémorrhagie n'est pas la même dans tous les cas. En général on commence par remarquer que les blessures les plus légères donnent beaucoup de sang. Ainsi par exemple, un enfant reçoit de ses camarades d'école quelques coups assez légers à la suite desquels se développent des ecchymoses si considérables que l'on serait tenté de les attribuer à des contusions très sérieuses. En d'autres cas il survient une hémorrhagie alarmante après l'extrac-

tion d'une dent. Tels sont les premiers signes de la diathèse hémorrhagique.

Graduellement, la maladie s'accroît de plus en plus, et alors les hémorrhagies sont aptes à se produire plus souvent à quelque endroit particulier. Il est sans doute étonnant que les femmes ne perdent pas, aux époques menstruelles, une quantité de sang aussi considérable que l'on serait en lieu de s'y attendre; cependant, il y a chez elle une tendance réelle à la ménorrhagie et à la métrorrhagie. C'est à la surface des muqueuses nasale, gingivale et intestinale que les hémorrhagies se produisent le plus souvent. Occasionnellement elles se font aussi par les tumeurs érectiles ou par une ancienne cicatrice, ou sont produites encore par quelque légère irritation de la peau. La muqueuse respiratoire en est parfois le siège. La quantité de sang perdue est en certains cas considérable et a même pu suffire à amener la mort. Le sang coule en un jet libre et continu, sans aucune tendance à se coaguler. En d'autres cas, les hémorrhagies ne sont jamais de nature alarmante.

Il est difficile de toujours pouvoir découvrir la cause de l'hémophilie. Aucune des explications que l'on en a données n'est satisfaisante. On a invoqué l'existence de quelque anomalie congénitale dans la structure des parois des capillaires, anomalie qui aurait pour effet d'enlever à ces parois leur contractilité. On a supposé encore qu'il pouvait y avoir un développement trop considérable de tissu élastique dans les artères, que cela produirait une augmentation de la *vis a tergo* et empêcherait les artérioles de se contracter. Le caractère d'hérédité de cette maladie rendrait ces deux hypothèses un peu vraisemblables car on sait que les anomalies artérielles suivent elles aussi, de même que l'hémophilie, les lois de l'hérédité. Enfin on a cru que cette maladie avait pour cause une altération de la crase sanguine caractérisée par une diminution dans la proportion de la fibrine. L'examen du sang n'a cependant pas corroboré cette manière de voir.

Nous pouvons dire que la diathèse hémorrhagique est probablement due à quelqu'anomalie siégeant dans les organes hématogènes et grâce à laquelle il y aurait altération de la crase sanguine normale, ou bien on peut invoquer l'existence d'un défaut de contractilité des vaisseaux de petit calibre dû à quelque particularité de structure de ces appareils.

Dans la grande majorité des cas, il y a, je crois, une cause locale quelconque donnant naissance à l'hémorrhagie. Ceci est un point très important au point de vue du traitement prophylactique. Nous pouvons de la sorte prévenir les hémorrhagies, bien que nous soyions incapables de faire disparaître

les tendances hémorrhagiques. Pouvons-nous, de quelque façon, enlever cette tendance? Si elle est due à quelque anomalie anatomique, on n'y peut remédier qu'en portant la plus grande attention aux mariages de ceux qui seraient aptes à transmettre cette anomalie. Les mariages consanguins devront être soigneusement évités entre les membres d'une famille dans laquelle se rencontrerait la diathèse.

Il est douteux que les altérants, tel que l'arsenic, le mercure l'iode et le fer, aient aucun effet dans cette maladie. Dans les cas où il y a une altération profonde des glandes hématogènes, l'arsenic est peut-être le meilleur médicament que l'on puisse employer.

Le traitement immédiat des hémorrhagies est le traitement hémostatique ordinaire, mais souvent on constate qu'il ne donne pas toujours des résultats bien satisfaisants. Il se peut que l'alun ou la solution de Monsel soient appliqués sans effet; on les remplacera peut-être par la pression, mais l'hémorrhagie se reproduit souvent aussitôt que cesse la compression. Les moyens les plus utiles de contrôler l'hémorrhagie sont l'usage de l'ergot à l'intérieur (doses élevées,) et l'application topique du cautère actuel. Il est rare que l'hémorrhagie se déclare de nouveau après la cautérisation ou après la chute de l'eschare. Quand on ne peut se servir du cautère, il faut faire usage d'applications styptiques très concentrées.

De l'emploi du chloral et du bromure d'ammonium contre le délire fébrile.—Le Dr C. H. Hughes (de St-Louis) publie dans le *St. Louis Medical and Surgical Journal* quelques observations reproduites depuis par *Walsh's Retrospect*, et tendant à établir l'efficacité du chloral et du bromure d'ammonium dans le traitement du délire maniaque ou du délire symptomatique de certaines fièvres essentielles, voir même de celui que l'on rencontre dans quelques cas d'hystérie grave.

Le chloral et les bromures ont pour effet de tranquilliser le système nerveux anormalement surexcité, de favoriser ainsi la réparation des forces perdues et de prévenir par là même l'épuisement qu'amène infailliblement une surstimulation trop prolongée. Le Dr Hughes conseille l'emploi du bromure d'ammonium durant le jour, et du chloral (une seule dose) le soir. Il donne le bromure à dose de 20 à 30 grains trois fois par jour.

Dans le délire maniaque, de fortes doses de chloral sont in-

diquées, tandis que des doses atténuées suffiront généralement à combattre le délire se déclarant au cours d'une phlegmasie. Ici, l'auteur appuie avec raison sur l'importance qu'il y a de procurer le sommeil dans le cas d'une fièvre essentielle ou d'une inflammation accompagnée de délire, le sommeil étant, comme on le sait, le grand réparateur des forces nerveuses et, pour ainsi dire, l'aliment naturel du cerveau. Nous voyons tous les jours un mieux sensible se manifester, le matin, chez des malades de ce genre auxquels le chloral a été administré libéralement le soir et a procuré un sommeil suffisamment prolongé. On en peut dire autant, croyons-nous, de certains patients qui, sans être affectés de délire n'en souffrent pas moins de rêves fatiguants et pénibles et chez qui une bonne dose de chloral administrée par la bouche ou par le rectum, met promptement fin à ces quasi hallucinations.

Les bromures, et en particulier le bromure d'ammonium, exercent également une action tonique dans ces cas, pourvu cependant qu'ils ne soient pas administrés à doses excessives. Ils sont, d'après le Dr Hughes, spécialement indiqués quand le malade est en même temps soumis à l'action de la Quinine.

Dans des cas de délire aigu compliquant une phlegmasie ou survenant après un traumatisme quelconque, nous avons quelquefois, alors que le chloral était resté sans effet vu que le malade refusait absolument de le prendre, réussi à calmer parfaitement l'agitation de celui-ci et à lui procurer un sommeil réparateur par l'inhalation d'une petite quantité de chloroforme.

Cette méthode que nous ne croyons pas être généralement suivie est d'une application très simple, n'offre absolument aucun danger si elle est judicieusement appliquée et pourrait être mise à l'épreuve dans plus d'un cas.

H. E. D.

Traitement de la colique de plomb.—Dans une correspondance adressée au *Bulletin Général de Thérapeutique*, (16 février 1882), M. le Dr Amable Geneuil (de Montguyon), préconise comme traitement de la colique saturnine, l'emploi d'applications froides immédiatement suivies de fomentations chaudes. A l'appui de sa thèse, M. Geneuil rapporte un cas où les coliques, très violentes, auraient résisté aux bains chauds, aux cataplasmes ordinaires et même à la morphine, pour disparaître presque instantanément par l'application des linges trempés dans l'eau glacée, et remplacés ensuite par une serviette presque brûlante. Si ce mode, bien simple du reste, et

calmer les douleurs si intenses de la colique des peintres, est aussi efficace que le prétend M. Geneuil, il mérite qu'on s'y arrête, vû la facilité de son application et le fait qu'il peut être mis en usage par le malade lui-même dès le début de la douleur.

— H. E. D.

Du traitement de la Cystite aiguë par l'Ergot.—Un correspondant du *Louisville Medical News* prétend avoir obtenu de bons succès dans le traitement de la Cystite aiguë par l'usage de l'extrait fluide d'Ergot, à dose de une drachme administrée trois fois par jour. Dans un cas rapporté par l'auteur de cette communication, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-sept ans souffrant d'une cystite des mieux marquées. La guérison fut rapide et radicale. Le *Medical News* rappelle à ce sujet que Bumstead recommandait aussi l'ergot contre la cystite. Sa prescription favorite étant la suivante: R Vin Ergotæ ꝑiii; Tinct, ferri, chlorid, ꝑi, M. Sig. Une cuillère à thé toutes les six heures.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Du drainage des plaies dans la chirurgie antiseptique.—Résumé d'une note lue à la Société Médico-Chirurgicale de Liège, par M. le Docteur Léopold Dejace, de Flémalle.

Comment les poussières tenues en suspension dans l'air agissent-elles, comment peuvent-elles exercer leur influence néfaste? Supposons une plaie contuse. Le sang extravasé est longuement exposé à l'influence atmosphérique, il se décompose, il se putréfie exactement comme s'il était contenu dans une éprouvette à l'air libre et soumis à la température égale. Contrairement à une idée anciennement reçue, les parois de la cavité dans laquelle est contenu ce sang, n'exercent aucune action particulière sur le caillot sanguin, action antiputride ou anti-fermentescible; ces parois, au début du moins, sont absolument neutres et indifférentes, elles ne réagissent pas. Les produits de la putréfaction d'un caillot sont irritants, infectieux. Incapables de produire d'autre effet qu'une action locale suppurative par irritation directe lorsqu'ils agissent sur une surface granuleuse, ils exercent en revanche l'action la plus désastreuse lorsqu'ils viennent à agir sur les parois d'une plaie récente: inflamma-

tion locale par irritation, infection générale par action toxique en pénétrant dans la circulation générale.

Supposons une même lésion traumatique grave avec épanchement de sang, attrition, déchirure violente des tissus, mais à l'abri de l'air, comme une fracture sans plaie extérieure ; il y a là des tissus lacérés, contus, du sang extravasé, mais une peau intacte ; eh bien, malgré la gravité de ces lésions, rien d'anormal ne se passe, la peau saine joue le rôle d'un pansement antiseptique parfait, appliqué sur le point lésé. Pas d'accès de l'air ambiant. Partant, absence de putréfaction.

Cette heureuse comparaison que j'ai trouvée dans les œuvres de Lister, est due à Holmes (*A system of surgery, by various authors*, 2^e édition, 1881, volume V) et nous révèle le principe fondamental de la chirurgie antiseptique. Cette même comparaison m'a conduit à une autre conclusion (que je me propose de développer devant vous) : Le drainage des plaies que l'on considère comme une condition indispensable de réussite du pansement antiseptique, n'est pas toujours indispensable, et n'est pas un élément nécessaire de la réparation des plaies sans suppuration.

Le but essentiel à atteindre, c'est ou d'empêcher qu'aucun germe de putréfaction soit encore vivant après l'application du premier pansement, ou de neutraliser l'énergie septique de ces germes par les vapeurs d'une substance appropriée ; c'est barrer le chemin de la plaie à ces germes infectieux. Détruire les organismes qui ont eu déjà le temps de se déposer dans les anfractuosités d'une plaie accidentelle, assez longuement exposée à l'air n'est pas toujours possible ; mais dans une opération chirurgicale, empêcher l'accès de ces germes, annuler leur influence nocive, les détruire même, est toujours possible à un chirurgien soigneux et vraiment pénétré de l'importance des moindres manœuvres antiseptiques.

La putréfaction étant écartée d'une plaie par sa désinfection et celle de ses environs, par la neutralisation de l'influence des poussières extérieures, tout ce qu'elle peut renfermer comme sang extravasé, fragments d'os, portions de tissus écrasés, ligatures de catgut ne peut empêcher la réunion *per primam*. Les caillots sanguins se peuvent organiser : bien des fois les chirurgiens ont pu constater qu'une masse constituée par un caillot sanguin pouvait au bout de quelques jours fournir du sang par le raclage de sa surface, bien entendu dans les limites de la chirurgie antiseptique. Quand le caillot sanguin reste exempt de putréfaction, au sein des tissus, il est promptement infiltré de cellules de nouvelle formation. Aux pathologistes à décider si les globules blancs, primitivement contenus dans le

caillot, ont un rôle quelconque à jouer dans cette formation d'éléments cellulaires nouveaux. Les fragments osseux, les portions de tissus écrasés, n'ont aucune propriété offensive et semblent servir de nourriture aux parties voisines intactes, car on voit ces parties les résorber peu à peu.

2. — *But du drainage.* — Nous n'avons encore envisagé comme cause de suppuration que la seule putréfaction ; on peut néanmoins en écartant soigneusement l'accès des germes rencontrer d'autres causes de suppurations dans les plaies.

Causes relevant de la méthode antiseptique elle-même, telles qu'une irritation directe trop énergique des plaies par des substances irritantes et caustiques, par une action irritative trop prolongée, trop continue de l'agent antizymotique.

Causes relevant de l'état physique de la plaie, telle qu'une tension exagérée dans son intérieur.

Supprimer les trois origines du pus : la putréfaction, l'irritation directe, la tension exagérée, c'est réaliser l'idéal du pansement antiseptique. Ces trois termes représentent les trois conditions originelles du pus et des accidents qui peuvent accompagner sa formation. Il s'est trouvé des chirurgiens pour affirmer que la méthode antiseptique ne devait ses beaux succès qu'au soin apporté à la propreté et au drainage des plaies. Une affirmation semblable laisse supposer au moins une grande ignorance de la méthode. Esthétiquement, les plaies dans la chirurgie antiseptique sont souvent plus sales que des plaies traitées par d'autres procédés, mais chirurgicalement elles sont et doivent être propres.

Lister a toujours attaché une extrême importance au drainage parfait et longtemps continué, dans le but de pourvoir à l'écoulement facile et constant des liquides séreux et sanguins versés à la surface des plaies et parer ainsi à une seule des trois origines de la suppuration : une tension exagérée. Évidemment la surface d'une plaie récente qui a subi l'action locale d'un agent aussi irritant que l'acide phénique en solution forte, fournira une suffusion séreuse très abondante, les premières heures surtout ; aussi le premier pansement se trouve-t-il fortement trempé de sérosité sanguinolente.

Lister en conclut que si l'on ne fournit pas une issue facile à ces liquides, il est certain que dans une plaie étendue et profonde, comme celle résultant d'une grande amputation, par exemple, ils s'accumuleront au point de provoquer des troubles inflammatoires locaux par tension exagérée des bords de la plaie. Aussi Lister a toujours insisté d'une façon spéciale sur la nécessité du drainage, disant qu'on n'en pourrait assez exagérer l'importance. Il conseille d'employer les drains, pour

les abcès, jusqu'à occlusion complète des cavités abcédées ; il recommande de les employer pour les traumatismes récents, non seulement dans les premières heures qui suivent l'intervention chirurgicale, afin d'assurer le double écoulement du premier flux séro-sanguin si abondant par suite de l'action irritante de l'acide phénique, mais il veut qu'on en poursuive l'usage tant que le moindre suintement persiste dans la plaie. L'illustre inventeur de la méthode à laquelle la chirurgie doit d'avoir changé de face dans ces dernières années, craint qu'un abandon du drain à une époque même éloignée du début ne permette au plasma sanguin de s'accumuler, de distendre la plaie et par là, ne rouvre plus ou moins une plaie en voie de cicatrisation.

Ce n'est pas sans un certain sentiment de crainte que j'ose élever la voix contre un précepte aussi absolu. Mais les faits d'observation sont là, prouvant non seulement qu'un drainage si longtemps continué est inutile, mais encore que l'on peut abandonner, dans certains cas, cette pratique, véritable complication pour la méthode antiseptique. Les soins minutieux que l'introduction et l'enlèvement d'un drain exigent, exposent à faire perdre le bénéfice d'une méthode si précieuse pour le salut des opérés.—*Le Scalpel.*



Ponction aspiratrice du genou.—Le Dr Marcy donne l'histoire de 60 cas heureux de ponctions aspiratrices du genou pour des épanchements syphilitiques, biennorrhagiques, rhumatismaux, traumatiques, septiques, dérivant d'une inflammation aiguë ou chronique. Ces cas sont pris dans sa pratique ou lui ont été communiqués par des confrères auxquels il avait demandé des observations. Il trouve que les conditions qui font hésiter les chirurgiens, inflammations aiguës ou traumatiques, sont précisément celles qui donnent les meilleurs résultats. Il conclut en disant qu'il faut opérer de bonne heure, faire des ponctions aussi souvent que le liquide se reproduit ; le repos, la compression et l'immobilisation assureront le traitement. Le but de cette opération est de soulager la douleur, de diminuer la tension, et de prévenir les mauvais effets que pourraient faire naître les lésions de la synoviale, des cartilages, des os et surtout des ligaments sous l'influence de l'irritation continue et de la distension que produit le liquide épanché. (*Edim. med. journ.*, oct. 1881, p. 535.)—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Application du forceps au détroit supérieur. Nouveau procédé.—Nous extrayons du *Bulletin Général de Thérapeutique* (30 janvier 1882). La communication suivante de M. le Dr H. Obissier au sujet d'un nouveau mode d'application du forceps au détroit supérieur :

“ L'application du forceps au-dessus du détroit supérieur, surtout alors que la tête est encore absolument mobile est une opération reconnue difficile et dangereuse par la grande majorité des accoucheurs. Les difficultés qu'on éprouve viennent surtout, sans parler de celles qui résultent d'un vice de conformation du bassin, de la mobilité de la tête qui fuit devant l'instrument à la moindre pression que celui-ci exerce, ce qui fait que les tentatives doivent être souvent plusieurs fois renouvelées, sans toujours, après de longs efforts, être couronnées de succès.

Ces difficultés font que souvent le praticien, dans l'embaras, opte pour la version et la pratique quelquefois dans des conditions désastreuses, dans un utérus rétracté, par exemple, parce que l'application du forceps, toutes conditions égales, faite par les procédés actuels entraînerait des difficultés et des fatigues pour la femme, telles qu'on en rejette d'emblée l'idée. Cependant, en thèse générale, on peut dire, je crois, que la version est plus dangereuse pour la mère et l'enfant que l'extraction par le forceps qui, lorsqu'il est convenablement employé, n'expose jamais l'enfant à l'asphyxie et la mère aux contusions des parois utérines, comme cela arrive plus souvent qu'on ne veut se l'avouer, pendant le deuxième temps de la version. Si le forceps pouvait s'appliquer facilement au détroit supérieur et au-dessus, la version ne devrait jamais être employée dans les cas de présentation du sommet.

Enfin, les partisans les plus résolus de la version sont, malgré tout, forcés d'appliquer le forceps au détroit supérieur dans certains cas où le danger qui menace la vie de la mère ou de l'enfant réclame une intervention immédiate et rapide. C'est que dans certains cas d'éclampsie, d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, de chute du cordon, de tête restant dans la cavité utérine après la détrépanation, le forceps seul permet d'agir assez rapidement pour sauver la situation.

Depuis Levret et Smellie, bien des accoucheurs se sont efforcés de faire du forceps un instrument fidèle pour terminer,

dans des cas déterminés, l'accouchement, alors que le sommet est encore très élevé ou n'est pas même engagé au détroit supérieur. C'est ainsi que tour à tour le manuel opératoire et l'instrument ont reçu des perfectionnements. Sans parler des derniers forceps, et principalement de celui du professeur Tarnier, instrument présentant de très-grands avantages, mais un peu compliqué et d'un prix relativement élevé, on peut dire que la perfection est à peu près atteinte grâce à la courbure bien calculée qu'on donne, de nos jours, au forceps simple qui se trouve dans l'arsenal de tous les praticiens.

C'est par des perfectionnements apportés au manuel opératoire qu'on s'est efforcé de surmonter les difficultés que présente l'application du forceps au détroit supérieur.

Dans le but de fixer la tête et de diriger l'instrument, Flammant et, après lui, Bandelocque recommandaient d'introduire la main entière dans l'utérus. Ce moyen facilite évidemment le placement des branches; mais il arrive fréquemment que la tête s'échappe après qu'on a retiré la première main introduite dans le col.

C'est à cet inconvénient qu'ont voulu parer Hulert de Louvain (1845) et surtout Hatin, (1851) en préconisant l'application avec une seule main.

Le procédé de Hatin est bien connu et devenu classique. La main gauche, placée en *supination forcée*, est introduite entièrement dans l'utérus sur le côté gauche de la femme et sert de conducteur pour introduire la branche gauche, dont l'extrémité est confiée à un aide qui doit mettre toute son attention à ne lui imprimer aucun mouvement. Cette même main sans être retirée de l'utérus doit alors passer par derrière la tête en glissant sur la face postérieure de la matrice, pour venir se placer en *demi-pronation*, sur le côté droit de la femme et servir à l'introduction de la branche droite.

On se résigne quelquefois au procédé de Hatin, mais le plus souvent, si la version est possible, bien que devant être fort laborieuse, elle lui est préférée. En premier lieu, en effet, on éprouve de grandes difficultés à introduire la branche gauche en ayant pour guide la main homonyme en *supination forcée*, les mouvements de la main droite sont singulièrement gênés, parce qu'on est obligé de croiser ses avant-bras. En second lieu, il est généralement difficile de contourner la tête pour mener la main en *demi-pronation*, à droite de la tête, sans que la tête fuyant en avant, abandonne la cuiller déjà placée, pendant ce mouvement. Plusieurs fois j'ai été contraint de faire des applications de forceps au-dessus du détroit supérieur, sur des têtes non engagées. Dès la première, le procédé de Hatin

ne m'ayant été que d'un faible secours, j'eus recours à un autre expédient qui réussit pleinement et me permit, dans la suite, d'opérer avec autant de facilité que s'il se fût agi d'une application dans l'excavation. C'est ce procédé que je viens soumettre à l'appréciation de mes confrères, espérant qu'ils en retireront le même profit que moi, s'ils veulent bien l'expérimenter.

La femme étant placée dans la position classique, la main gauche est introduite profondément et franchit complètement le col, à droite de la femme, comme s'il s'agissait d'appliquer la *branche droite* du forceps. Les quatre derniers doigts étant entièrement introduits entre la paroi utérine et la tête de l'enfant, je fixe cette dernière autant que possible, prenant alors de la main *droite* la *branche gauche* de l'instrument, je présente la cuiller, bien huilée sur sa face convexe, à l'orifice vulvaire, la concavité regardant en dedans, le pivot qui sert à articuler directement en avant, et le crochet verticalement en bas. Relevant alors graduellement le manche de l'instrument, je l'introduis doucement guidé sur ma main gauche. La cuiller de l'instrument franchit ainsi très facilement de 5 à 10 centimètres le col utérin; je fais alors décrire au manche, sans m'occuper de la cuiller, un mouvement de spirale tendant à ramener le pivot en *dessus*. Dans ce mouvement, la cuiller, tout en s'enfonçant dans la cavité utérine, contourne d'elle-même le derrière de la tête et vient se placer sur la gauche de la femme, embrassant bien la partie fœtale.

Ce mouvement ne nécessite aucun déploiement de force; il suffit de tenir l'extrémité libre de la branche avec les trois premiers doigts; comme pour l'application dans l'excavation faite par le procédé classique, elle est pour ainsi dire aspirée par l'utérus.

Cette branche étant ainsi appliquée, est confiée à un aide, et la tête reste parfaitement fixée entre elle et la main. La *branche droite* est ensuite facilement introduite sur la main gauche qui n'a pas quitté l'utérus.

Ce procédé m'a rendu facile toutes les applications de forceps que j'ai eu à pratiquer au détroit supérieur. Je considère comme un grand avantage de n'avoir à introduire qu'une seule main, sans qu'il soit nécessaire de lui faire subir aucune manœuvre une fois qu'elle a été introduite dans l'utérus. La tête reste parfaitement fixée pendant toute la durée de l'opération, enfin, les bras n'étant pas croisés, comme dans le procédé de *Hatin*, la main droite conserve toute sa liberté de mouvement pour l'introduction de la cuiller.

À première vue, on pourrait supposer que l'introduction de

la branche droite, faite contre les règles admises, à gauche de la femme, est impossible à cause de la courbure de l'instrument; il n'en est rien, et une expérience faite sur le mannequin démontre qu'en procédant comme je viens de l'indiquer, ce premier temps de l'opération s'accomplit très facilement.

Quant au mouvement de spirale de la cuiller gauche entre la face postérieure de l'utérus et la tête de l'enfant il ne nécessite aucun effort; il suffit de relever simplement le manche du forceps pour que la cuiller aille comme d'elle-même se placer au point voulu.

—

Complications et difficultés du forceps: — Le *Praticien* nous fournit les notions pratiques suivantes sur l'obstétrique: 1^{er} temps: Introduction et placement des branches. — 1^o *La position est inconnue*: faire une application directe (si la rotation de la tête n'était pas effectuée, il arrive parfois qu'elle s'exécute après l'introduction d'une branche ou entre les deux branches, ou encore la tête tourne et le forceps avec elle). Si le mouvement de rotation ne se produit pas, l'application directe sera irrégulière: mais, en général, le dégagement se fera même dans ce cas. — 2^o *On ne peut placer la seconde branche*: Retirer la première et commencer par l'autre. Dans les applications obliques, il y a toujours une branche plus difficile à placer: c'est l'antérieure (la droite dans les 1^{er} et 2^e positions, la gauche dans les 3^e et 4^e): on commence par celle-là; mais, pour articuler (la mortaise se trouvant sous le pivot dans les 1^{re} et 2^e positions, puisque la seconde branche s'applique toujours par-dessus la première), on est, dans ces deux positions, forcé de faire le décroisement des branches. — 3^o *L'extrémité d'une cuillère heurte contre un obstacle*: Retirer un peu la branche et la mieux diriger. *Ne jamais forcer une résistance.* — *Nota.* Ce temps ne souffre jamais l'emploi de la force; la branche doit, pour ainsi dire, s'introduire par son propre poids, la main la guide seulement; elle est bien placée quand, en la poussant avec douceur, on sent qu'elle pénétrerait plus profondément avec facilité.

2^e Temps: *Articulation.* — On ne peut articuler: 1^o *Parce que le pivot et la mortaise ne sont pas sur le même plan*; tordre doucement les branches, de manière à les amener (pivot et mortaise) en présence; tâtonner. — 2^o *Parce qu'une branche est plus enfoncée que l'autre*: Retirer la plus enfoncée. Faire pénétrer l'autre un peu plus: tâtonner. — 3^o *Parce que les branches sont trop écartées l'une de l'autre et qu'on ne peut les rapprocher*: La tête est probablement alors saisie irrégulière-

ment ou bien par l'extrémité des cuillères; il faut introduire les deux branches plus profondément, avec de grandes précautions, *et selon les axes*. (Quand la tête est élevée, l'articulation du forceps doit parfois être portée jusqu'à l'entrée du vagin; le pivot et la mortaise se rapprochent plus facilement.)

3^e Temps: *Extraction*. — 1^o La tête reste immobile malgré des tractions suffisantes (cela ne s'observe guère que dans des bassins viciés ou avec des têtes très volumineuses). Renoncer au forceps. Retirer l'instrument et recommencer quelques heures plus tard. (Voyez *Rétrécissement du bassin*). — 2^o *Le forceps lâche prise*: se garder de tirer avec le corps, car l'instrument sortirait brusquement, on déchirerait les parties, et on tomberait en arrière avec le forceps. — 3^o *On n'était pas sûr de la position*: Chercher à la reconnaître quand la tête arrive; si le doute persiste, redoubler de lenteur pour le dégagement; s'il y a des contractions, on pourrait retirer le forceps dans quelques cas. Si l'on s'apercevait que l'application est très irrégulière, la conduite serait la même. — 4^o *Le périnée menace de se rompre malgré la lenteur et les précautions*: Diviser les côtés de la vulve inférieurement par deux petites incisions avec des ciseaux (il faut être sobre de cette pratique évidemment utile dans certains cas). — 5^o *L'extrémité des cuillers est encore dans la vulve, la tête dégagée*: Désarticuler et retirer les branches l'une après l'autre, suivant les axes. — 6^o *La tête dégagée, il n'y a plus de contraction, l'enfant souffre*: Engager la femme à pousser, aller chercher les aisselles, ne pas dégager les bras, exécuter la rotation des épaules et extraire le tronc en tirant en bas avec lenteur.

Présentation de la face. Le tronc en dehors. Voyez Applications obliques.

CÉPHALOTRIPSIE. — Mêmes règles que pour les applications de forceps directes, seulement redoubler de précautions en raison de la force de l'instrument. Faire fixer la tête par un aide moitié sur le lit. Porter autant que possible le manche de chaque branche en arrière (appliquée contre le périnée), d'autant plus que le bassin est plus étroit. La tête saisie, rapprocher les branches complètement avec la vis. Extraire par des tractions parfois considérables en tournant la concavité du céphalotribe un peu à gauche ou à droite pour placer le sens aplati de la tête dans le sens rétréci du bassin. On tâtonne. Céphalotripsie répétée sans tractions dans les rétrécissements extrêmes. Jamais de tractions par deux ou trois aides; pratique déplorable.

CRANIOTOMIE. — Elle s'exécute avec les ciseaux de Smellie ou un instrument fort et piquant, quel qu'il soit.

Précautions générales. Position de la femme comme dans les autres opérations. Introduire la main, sauf le pouce, glisser l'instrument jusqu'à la tête. Relever la partie extérieure de l'orifice, s'il gêne. Ne pas chercher de suture ni de fontanelle. La pointe de l'instrument appliquée sur le crâne, *abaisser fortement le manche*, puis faire pénétrer. (Sang noir et matière cérébrale.) Agrandir suffisamment l'ouverture et retirer l'instrument avec précaution. Avant de pratiquer la céphalotripsie; il est utile de commencer par perforer le crâne (P. Dubois), sauf avec les rétrécissement extrêmes (Pajot).

OPÉRATION CÉSARIENNE. — Opération de *nécessité*, jamais de *choix*. L'ablation de l'utérus et des ovaires est peut-être moins dangereuse (Porro).

Mais les céphalotripsies multiples, en sacrifiant l'enfant, laisseront toujours plus de chances à la mère, dans les rétrécissements les plus communs, parmi ceux qui ne sont point justiciables du forceps.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Traitement de la gale. — 1^{er} temps. Friction générale avec du savon noir; bain d'eau tiède pendant dix minutes.

2^e temps. On essuie bien le corps, après quoi on le frictionne des pieds à la tête avec la pommade d'Helmerich.

3^e temps. On frictionne de nouveau le corps avec du savon noir et l'on administre de nouveau un bain d'eau tiède pendant une demi-heure.

Par ce moyen, la guérison peut être obtenue en une heure ou une heure et demie.

Entre autres sujets, j'ai guéri, en l'appliquant, toute une famille atteinte de la gale.

Anorexie chez les phthisiques — (Pidoux).

Sirop de goudron.....	250 gr.
Liquueur de Fowler.....	3 —
Teinture de noix vomique	3 —

M.

Une cuillerée à soupe avant chaque repas.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, AVRIL 1882.

Comité de Rédaction :

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

Médecin et Pharmacien.

Deux noms qui, pour une partie des gens du peuple, sont synonymes comme il nous est facile de le constater par le grand nombre de patients qui nous arrivent après avoir suivi le traitement de l'apothicaire du coin. On sait que beaucoup de pharmaciens ont une jolie clientèle de malades et qu'ils savent en retirer un bon revenu, et nous ne craignons pas d'exagérer en disant que la moitié des cas de maladies vénériennes et de maladies chroniques des voies respiratoires sont traitées par des pharmaciens. Nous comprenons que cet état de choses qui existe, à un degré variable, de temps immémorial, ne pourra jamais être complètement corrigé. Le Bureau des Gouverneurs qui en a déjà assez de surveiller les charlatans, laisse messieurs les pharmaciens pratiquer en paix leur industrie de contrebande au grand détriment moral et pécuniaire de la profession.

Le pharmacien considère comme un droit, une légitime compensation cet exercice illégal de la médecine et se venge de la concurrence que certains médecins lui font sur son terrain. Allez vous plaindre à votre apothicaire de cet empiètement sur vos droits, il vous répondra : Nous cesserons d'être médecins quand les médecins cesseront d'être pharmaciens. L'argument n'est pas sans réplique, mais, s'il est moins dangereux pour le médecin de vendre des médicaments que pour le pharmacien d'en prescrire, il faut aussi admettre que ce cumul de la médecine et de la pharmacie constitue, au moins dans les grands centres, une compétition injuste à l'égard du pharmacien et un grand désavantage pour la profession.

Notre pharmacien canadien n'a pas autant de cordes à son arc que son confrère des États-Unis qui, lui, débite des boissons supposées non frelatées, des couleurs, de l'huile à peinture, des

vitres et du mastic, des cigares, etc. Ici, rien de tout cela et encore on permet à l'épicier de vendre des médicaments patentés et des préparations pharmaceutiques et au médecin d'être pharmacien tout en pratiquant sa profession. N'y a-t-il pas là une anomalie ?

En second lieu, la pratique de la médecine ne s'accommode guère des transactions commerciales et il nous semble bien difficile de se tenir tout ensemble au courant des fluctuations du commerce et des progrès de la médecine ; il y a là, assurément plus qu'il ne faut pour remplir les heures libres que laissent le soin d'une clientèle ordinaire. Chacun de ces deux états, la médecine et la pharmacie, suffit à occuper un homme et exige pour être bien rempli, une attention et un travail soutenus.

La plupart des médecins canadiens-français remplissent leurs propres prescriptions au prix d'un trouble immense et de la perte d'un temps précieux, malgré que les pharmacies abondent. Il en résulte que beaucoup de patients habitués à cette manière de faire se résignent difficilement, le cas échéant, à payer une prescription si elle n'est accompagnée du médicament prescrit, la science devient accessoire, on ne tient compte que de la marchandise, la fortune ne sourit qu'aux grandes bouteilles et aux grosses prises.

Dans les campagnes, le médecin sans être pharmacien, est forcé, on le conçoit, d'avoir chez lui une pharmacie et de préparer ses remèdes. Il n'a pas à choisir il lui faut bien ajouter cet ennui aux autres, mais dans les villes, c'est là pour quelques-uns une pratique inutile et pour d'autres une regrettable nécessité.

En somme, nous tournons dans un cercle vicieux ; le médecin ne prescrit pas parce que le patient ne sait pas apprécier la valeur d'une prescription et parce qu'il craint de voir son malade passer en d'autres mains ; le pharmacien pratique illégalement la médecine parce que le médecin ne prescrit pas et parce que le médecin pharmacien empiète sur son domaine. Guerre de représailles désastreuse aux deux partis.

Nous estimons donc qu'en séparant, autant que faire se peut, la médecine de la pharmacie, on rétablirait les choses dans leur état normal au grand avantage de la profession. Le Collège des pharmaciens contemple dans un avenir prochain une réforme en ce sens et il est plus que probable qu'il ne rencontrera guère d'opposition de la part du Collège des Médecins et Chirurgiens. Quant aux médecins pharmaciens, si nous jugeons par ceux que nous connaissons, la réforme en question ne leur serait pas trop sensible.

Admission à la pratique de la médecine.

Nous avons, dans notre livraison de mars, attiré l'attention de nos lecteurs sur les examens pour l'admission à l'étude de la médecine, et reproduit le texte même de la loi médicale qui règle d'une façon péremptoire et définitive ce point important. Il n'y a plus d'ambiguïté ni de subterfuge possibles; *personne ne peut être admis à l'étude de la médecine sans avoir au préalable obtenu un certificat de qualification du bureau provincial*, le bureau étant seul autorisé à donner ce certificat.

Il est encore un autre point, non moins important, au sujet duquel certaines personnes semblent entretenir une manière de voir absolument fautive. Nous voulons parler du nombre d'années requises pour l'étude de la médecine et l'ordre suivant lequel cette étude doit être faite.

La loi médicale dit formellement, 1o que tout candidat pour l'obtention d'une licence l'autorisant à pratiquer la médecine devra avoir étudié pendant une période de *pas moins de quatre années*, à dater de son admission à l'étude de la médecine par le Bureau. 2o Que des quatre années d'études médicales exigées par le Bureau, *au moins trois termes de six mois chacun* (soit, trois années,) seront employés à suivre des cours dans une université, collège ou école incorporée reconnue par le Bureau, les premiers de ces cours devant être suivis pendant la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire. (Voir *Acte pour amender et résoudre les actes concernant la profession médicale etc., etc., sect. 15.*)

En vertu des dispositions de cette clause, les élèves en médecine ne peuvent plus, comme un si grand nombre de leurs prédécesseurs l'ont fait, obtenir la licence du Bureau avant l'expiration de leur quatrième année d'études médicales. En second lieu, il n'est plus permis aux écoles de médecine d'accorder leur diplôme à des élèves qui n'ont suivi que deux années (deux termes de six mois chacun) de cours. Du coup, l'acte médical nous a de la sorte débarrassés de deux abus qui n'étaient rien moins que criants.

Mais certaines gens à qui ces dispositions ne souriaient pas, et pour cause, ont cru pouvoir tourner la difficulté par un subterfuge plus spécieux qu'habile. Ils ont prétendu que rien dans l'acte médical, ne pouvait empêcher les écoles de médecine d'accorder des diplômes à leurs élèves à l'expiration de trois années consécutives de cours, soit, une année avant la date fixée pour l'obtention de la licence par le Bureau. Suivant cette

manière d'interpréter la loi, les quatre années d'études exigées par l'acte médical se trouvent encore virtuellement réduites à trois, puisque le diplôme est accordé à l'expiration de la troisième année, c'est à-dire une année avant l'obtention de la licence du Bureau.

Il est évident qu'une semblable interprétation de l'acte médical est tout à fait contraire à l'esprit de celui-ci, puisque, en définitive, elle réduit le cours d'études à trois années. D'ailleurs la loi médicale dit expressément que " toute personne ayant obtenu ou qui obtiendra ci-après un degré ou diplôme de médecine dans une des universités ou écoles mentionnées à la 4e section, aura droit à une licence, sans examen, pourvu que tel diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale depuis la date de l'admission à l'étude et suivant les exigences de la loi actuelle. (Section 7).

Voilà qui est concluant, croyons-nous. Cependant, afin de faire disparaître tout doute à ce sujet, le Bureau provincial de médecine, à sa réunion du 28 septembre dernier a adopté une résolution dont voici la teneur :

Sur rapport d'un comité spécial nommé à l'assemblée du mois de mai dernier, il est résolu qu'à l'avenir, la licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec ne sera accordée aux porteurs de diplômes universitaires qu'en autant que ceux-ci auront passé leur examen final à l'expiration de leur quatrième année d'études médicales, depuis leur admission à l'étude et qu'ils auront suivi au moins trois sessions de cours universitaires dont une durant leur première année et une durant leur quatrième années d'études."

Après cela il n'y a plus sujet d'hésiter ni de douter. Non seulement il faut quatre années, dont trois au moins soient consacrées à suivre des cours universitaires : non seulement la première année de cours doit suivre immédiatement l'admission à l'étude, mais de plus, la troisième session de cours (si l'élève n'en suit que trois) doit être suivie durant la quatrième année d'études.

Et qu'on ne vienne pas prétendre que l'acte médical ne dit rien à cet effet ; la clause 7 est formelle comme nous l'avons vu. Qu'on ne dise pas non plus que le règlement adopté en septembre dernier par le Bureau provincial n'a pas force de loi. Ce règlement ou plutôt cette résolution n'est que la mise en force des règlements du Bureau sanctionnés par le Lieutenant Gouverneur en Conseil. En effet ces règlements (chap. VIII) ordonnent : 1^o que tout étudiant en médecine devra étudier pendant quatre années sans interruption depuis son admission à l'étude. 2^o qu'il devra suivre pendant trois

sessions au moins les cours d'une université, que ces cours devront être suivis pendant la *première* année de son admission à l'étude et qu'enfin il devra posséder un certificat d'étude d'un médecin licencié pour l'*intervalle* séparant les cours qu'il a suivis. Or, comment pourrait-il y avoir *quatre* années d'étude si l'élève passait son examen final après *trois* ans et terminerait ainsi virtuellement son cours d'études médicales, et comment pourrait-il y avoir un *intervalle* séparant les cours, si l'élève cessait de suivre les cours la quatrième et *dernière* année? D'ailleurs, le Bureau est, de par la loi même, autorisé à faire quand l'occasion le demandera, *les règlements qu'il jugera convenables relativement aux examens et à l'étude de la médecine* pourvu que ces règlements ne soient pas contraires aux dispositions de l'acte médical.

Au reste, le Bureau lui-même est le plus directement intéressé à voir à ce que le règlement adopté par lui soit mis en vigueur, et nous comptons qu'il saura maintenir énergiquement ses droits en même temps que sauvegarder et défendre l'honneur de la profession et l'intérêt du public.

Petite correspondance.

Dr E. P..... Quels sont les vermifuges les plus puissants contre le ténia?

Rép.:—Il faut bien se souvenir que les ténicides ont une grande irrégularité d'action, il semble que certaines circonstances, non soupçonnées, favorisent ou paralysent la puissance des médicaments vermifuges les plus renommés. Pour leur emploi, il ne faut donc pas se tenir battu devant un insuccès; bien souvent il est nécessaire de recourir à plusieurs avant de réussir. Nul doute que la persévérance dans le traitement ne triomphe des cas les plus rebelles en apparence.

Voici les différents agents médicamenteux auxquels on peut avoir recours :

Chez les enfants on emploiera les remèdes les plus faciles d'usage d'abord, avant de recourir aux préparations qui sont acceptées avec difficulté si souvent. Ainsi les graines de courge, généralement aimées des enfants, seront essayées d'abord. Dernièrement, j'eus occasion de rencontrer un cas où les graines de citrouille expulsèrent en entier, chez un enfant de sept ans, un ténia qui avait résisté à la plupart des autres médications. Donnez à l'enfant une citrouille de bonne grosseur, et laissez-le lui-même cueillir les graines, les ouvrir et les manger; il ne soupçonnera pas de cette manière le remède, en avalera une quantité suffisante, ce qu'il ne fera peut-être pas si la médication n'est pas conduite tout bonnement.

Chez les adultes, à part le remède précédent, on pourra avoir recours aux suivants que nous recommandent différents auteurs.

L'extrait de fougère mâle associé au calomel. (Dr Créguy).

La teinture de Kamala; la poudre est meilleure, et doit être préférée. (Dr Timousin).

Le Dr Vigier a vu six succès, dans six cas, avec la dose de cinq grammes de Kamala.

M. le Dr Duchenne recommande la formule de Mme Meuffer qui lui a toujours donné les résultats les plus favorables. Voici cette formule :

Calomel.....	0.5
Resine de scammonée.....	0.5
Gomme Gutte.....	0.5
Confection d'hyacinthe.....	q.s

En trois bols, à un quart d'heure d'intervalle.

Le sulfate ou le tannate de pelletierine, qui est l'alcaloïde extrait de l'écorce de tige de grenadier vient d'être introduit dans la thérapeutique comme ténifuge puissant. C'est M. Chs Tanret, savant chimiste de Troyes, qui le premier a isolé cet alcaloïde; Dujardin-Beaumetz et Béranger-Feraud l'ont expérimenté ensuite avec succès.

Il se donne à la dose de 50 centigrammes, combiné à un purgatif.

Le tannate est supérieur au sulfate.

On donne 40 à 50 centigrammes de l'alcaloïde, un quart d'heure après un purgatif; plus vite les selles seront provoquées, le mieux cela sera.

Telles sont les différentes préparations ténifuges auxquelles on peut avoir recours.

Quelquefois, le ténia a commencé à sortir et offre des résistances; on aura recours alors aux lavements d'eau tiède de graine de lin au lieu d'essayer à l'arracher par violence.

M. Créguy nous dit que lorsqu'un individu n'a pas rendu la tête de son ténia, s'il se passe six mois sans qu'on constate des cucurbitains dans les matières fécales, c'est qu'il est guéri.

La guérison peut donc avoir lieu sans sortie de la tête.

Brochures reçues.

Contribution à l'étude de la Cirrhose Hépatique, par le Dr Cyr, médecin inspecteur adjoint à Vichy.

Rapport Annuel du Surintendant de l'Aqueduc de Montréal, pour l'année finissant le 31 décembre 1881.

Wm. Rennie's Seed Catalogue, Toronto, Ont.

NOUVELLES MÉDICALES.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montreal.—

Les examens annuels de cette institution, se sont terminés jeudi, le 30 mars. Nous en donnons ci-dessous le résultat :

Admis à la Pratique.— MM. H. H. Manceau, Maillet, N. Dubeau, H. Gauthier, et P. F. Vannier.

Ceux dont les noms suivent ont subi leurs derniers examens sur la pratique de la médecine en général. Cependant, ils n'auront droit à leur diplôme qu'après l'examen de leur thèse, à l'expiration du terme d'études établi par la loi :

MM. G. Ed Baril, J. Thériault, J. B. Goulet, P. Geoffrion, G. Paquet, S. J. Gareau, L. D. Grenier, E. Panneton, J. O. Beaupré, A. Gagnon, G. S. Paquin, E. Aubry, J. Venne, A. Duckett et Murray.

Ont été admis bacheliers en médecine :

MM Sydney Craig, Mathieu, G. Prévost, Ouimet, A. Z. Etue, Chs F Prévost, W. Trudeau, E. Poitevin, J. S. Chagnon, E. Simard, J. S. Bigonnesse, A. W. Lesage, A. Moll, R. Vaillancourt, Nap. L. A. Salvail, O. Berthiaume, J. O. Comtois, H. Leduc, J. W. Théoret, A. Séguin, H. Lacoursière, O. Allard, A. C. Denis.

M. LE DR H. DESJARDINS a été admis membre de la Société Médicale de Boston.

Hôpital Notre-Dame.—Le bureau des gouverneurs de l'Hôpital Notre Dame vient d'être régulièrement constitué. Il se compose de tous les gouverneurs à vie, et de douze gouverneurs élus.

D'après les règlements de l'institution, sont *gouverneurs à vie* de la Corporation de l'Hôpital tous ceux qui ayant fait un don d'au moins cent dollars, continuent de payer une contribution annuelle d'au moins dix dollars.

Les messieurs dont les noms suivent, ayant généreusement fait à l'Hôpital les dons précités, sont devenus, de droit, gouverneurs à vie :

M. l'Abbé Valois, l'hon. J. R. Thibaudeau, C. S. Cherrier, C. R. Alf. Larocque Sr, H. R. Gray, R. J. Devins, L. J. Forget, R. McCready, C. S. Rodier, John P. Whelan, Jas Skelly, C. P. Hébert, Philip Henry, E. A. Généreux et Walter Wil

Le nombre des *gouverneurs éligibles* ne doit pas

celui de douze. Pour être éligible comme gouverneur, il faut avoir fait à la Corporation de l'Hôpital un don d'au moins vingt-cinq dollars et payer une contribution annuelle d'au moins cinq dollars.

Ont été élus gouverneurs, pour l'année finissant le 31 juillet 1882, MM. E. J. Barbeau, W. W. Ogilvie, Jacques Grenier, William Tatley, Sinai Prévost, John Leclair, A. S. Hamelin, Michel Lefebvre, J. O. Dupuis, I. A. Beauvais, Joseph Barsalou et Cyriac Filiatrault.

A une réunion des Gouverneurs, tenue à l'Hôpital le 22 mars dernier, les officiers suivants ont été élus pour l'année courante : MM. L. J. Forget, président, Jas Skelly, 1er vice-président, Henry R. Gray 2e vice-président et I. A. Beauvais secrétaire.

“ Junior Pharmacist's Society. ”—La 1re réunion mensuelle de cette société a eu lieu le 9 février 1882 dans les salles du Collège de Pharmacie de Montréal. M. E. Ranson présidait. Le règlement fut présenté à la société et les diverses clauses en furent discutées et finalement adoptées presque à l'unanimité. Il fut question d'ouvrir une classe de chimie pratique. La discussion fut des plus animées, et tous les membres qui y prirent part, conclurent que les cours donnés par le Collège de Pharmacie de Montréal, n'étant pour ainsi dire que théoriques, il serait indispensable à l'avenir scientifique des jeunes pharmaciens, d'avoir un cours pratique qui graverait pour ainsi dire dans la mémoire de l'étudiant les diverses décompositions chimiques qui peuvent avoir lieu soit en remplissant une prescription ou en faisant tout autre composé. Il fut donc décidé de former cette classe qui devra se réunir une fois par semaine durant l'été. Le comité fut chargé de faire les arrangements nécessaires à la prompte exécution de ce projet.

Université Laval, Montréal. Faculté de médecine.

Lors des examens qui ont eu lieu la semaine dernière pour la licence et le doctorat en médecine (deuxième épreuve) les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

Pathologie interne : Symptômes de la variole.

Pathologie externe : Qu'est-ce qu'un anévrisme? Comment divisez-vous les anévrismes? Donnez-en le traitement chirurgical.

Canadiens-français	40?
Irlandais	41
Anglais	14
Écossais	10
Français	5
Belges	1
Total.....	473

Dans le cours de ce même semestre, 1078 patients ont reçu des soins, médicaments, etc., au dispensaire général.

Sur ce nombre on comptait 503 hommes et 575 femmes.

Au dispensaire pour les maladies des yeux et des oreilles, on a traité 407 malades, dont 188 hommes et 219 femmes. De plus on y a donné 3,256 prescriptions.

T A B L E A U

DES MALADIES, ACCIDENTS, ETC., TRAITÉS A L'HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL, DURANT LES SIX MOIS FINISSANT LE 31 JANVIER 1882.

MALADIES, ETC.	Congédiés. Morts	MALADIES, ETC.	Congédiés. Morts.
I. Maladies Zymotiques.		Ataxie locomotrice.....	1
Fièvre éphémère	12	Delirium tremens.....	12
" typhoïde	15	Manie	5
" intermittente.....	1	" des ivrognes.....	1
Diphthérie	2	Alcoolisme aigu.....	3
		" chimique	4
		Supercherie.....	3
II. Maladies constitutionnelles.		IV. Maladies du système circulaire.	
Débilité	13	Maladies des valves du cœur .	4
Anémie.....	12	Athérome artériel.....	1
Chlorose	6	V. Maladies du système respiratoire.	
Syphilis	8	Ozène.....	2
Cancer (var)	14	Laryngite chronique.....	1
Rhumatisme articulaire aigu. .	7	Bronchite aiguë.....	3
" subaigu	2	" subaigué.....	2
" chronique	1	" capillaire.....	1
Gangrène sénile.....	1	Pneumonie	3
III. Maladies du système nerveux.		Pleurésie aiguë.....	2
Epilepsie	6	" chronique.....	4
Hystérie	5	Emphysème pulmonaire	1
Chorée	1	Tuberculose pulmonaire.....	13
Névralgies (var).....	4	VI. Maladies du système digestif.	
Neurasthénie.....	1	Bec de lièvre compliqué	1
Hypochondrie.....	3	" double	1
Hémorrhagie cérébrale.....	4	Hémorrhagie dentaire.....	1
Ramollissement du cerveau....	1		
Cérébrite (aocés).....	1		
Aphasie	1		
Tumeur cérébrale.....	2		
Hémiplégie	1		
Paraplégie.....	1		
Paralysie faciale	1		

Gingivite.....	1
Kyste des conduits de la glande sous linguale.....	1
Cancer de la langue.....	2
Adhérence buccogingivale.....	1
Amygdalite aigue.....	3
Hypertrophie des amygdales.....	1
Dyspepsie (var).....	10
Gastrite subaigue.....	1
Cancer de l'estomac.....	3
Entérite chronique.....	1
Diarrhée.....	5
Dysenterie aigue.....	1
" chronique.....	2
Entérorrhagie.....	1
Hernie inguinale étranglée.....	1
Hémorrhoides.....	6
Fistule anale.....	2
Péritoïte aigue.....	1
" traumatique.....	1
Congestion du foie.....	1
lèze catarrhal.....	6
Cirrhose du foie.....	1

VII. Maladies du système genito-urinaire

Phimosi.....	1
Chancre.....	4
Orchite aigue.....	5
Hypertrophie de la prostate.....	1
Bienorrhagie.....	1
Fistule de l'urèthre.....	1
Hématocele.....	1
Calculs vésicaux.....	1
Cystite aigue.....	1
Cystite chronique.....	3
Anurie.....	1
Incontinence d'urine.....	1
Spermatorrhée.....	1
Abcès de la glande vulvo-vagi- nale.....	1
Kyste double des grandes lèvres.....	1
Atésie vaginale.....	1
Déchirure du périnée.....	1
Endométrite.....	5
Mérite sous aigue.....	1
" chronique.....	1
Périmérite.....	2
Mérorrhagie.....	1
Erosion du col utérin.....	1
Cancer de l'utérus.....	4
Fibrôme de l'utérus.....	1
Prolapsus de l'utérus.....	2

VIII. Maladies du système locomoteur.

Entorse.....	4
Arthrite aigue simple.....	2
" suppurée.....	2
" chronique simple.....	3
Coxalgie.....	2
Périostite.....	2
Ostéite.....	1
Nécrose.....	1
Torticollis.....	4
Rhumatisme musculaire.....	2

Lumbago.....	3
Cyphose.....	2
Atrophie musculaire progressive.....	1

IX. Maladies des systèmes cutané et ganglionnaire.

Frysipèle.....	1
Phlégon.....	5
Phlegmon diffus.....	1
Adénite suppurée.....	2
Mammite.....	1
Fistules (var).....	3
Hygroma.....	1
Eczéma.....	3
Tinea capitis.....	1
Condylômes.....	2
Ulcères (var).....	4
Angiome.....	2
Lipôme.....	2
Kyste sébacé.....	2
Sarcôme.....	2

X. Lésions causées par violen- ces extérieures.

Brûlures.....	3
Contusions.....	7
Traumatisme du nez.....	1
" de la tête.....	1
" du bras.....	3
" du pied.....	3
" de la jambe.....	1
" (varié).....	9
Luxation de la hanche.....	1
Fracture du crâne.....	2
" des os du nez.....	1
" des vertèbres cervicales.....	2
" de l'avant-bras.....	2
" " ("comp).....	1
" de l'humérus.....	2
" de la jambe (simple).....	6
" " ("composée).....	1
" du fémur (simple).....	1
" " ("composée).....	1
" " ("compliqué).....	1
" du bassin.....	1

XI. Maladies des yeux.

Conjonctivite purulente.....	1
Pterygion.....	1
Kératite ulcéreuse.....	2
Opacité cornéenne.....	1
Irido-Kératite traumatique.....	1
Iritis syphilitique.....	1
Glaucome.....	1
Cataracte.....	3
Fistule lacrymale.....	1
En'ropion.....	2

XII. Maladies des oreilles.

Otite aigue.....	1
Otorrhée.....	1
Furoncle de l'oreille externe.....	1

H. E. DESROSIERS, M.D.,

Médecin interne.

Un comble.—Un jeune médecin a lancé dernièrement dans le public la circulaire qui suit :

Le Docteur L... prend la liberté d'annoncer à ses pratiques et au public en général qu'il a ouvert son bureau au No. ..., rue Il est marié et a quelques années de pratique. Il peut fournir les meilleures références sur sa conduite et sa capacité. Ses prix sont très modérés.—Consultations à toute heure.

Aux dames et demoiselles. Le Dr L... prend occasion de cette circulaire pour annoncer qu'il a toujours en mains une "Eau de Toilette" excellente pour la peau et contre laquelle aucun bouton ne résiste ; en s'en servant tous les jours, une bouteille dure trois mois, 25 cents la bouteille. Un "Cosmétique ou Crème pour le teint" qui ne laisse rien à désirer pour le parfum, blanchit la peau, l'assouplit, la préserve autant contre la rigueur du froid que contre les ardeurs du soleil, etc. 25 cts l'once. Contre les "Moiis douloureux," une préparation infailible ; une bouteille dure un an, 25 cts la bouteille. Ainsi que plusieurs autres préparations pour cheveux, rousseurs, dents, etc. Seul dépôt à son bureau No.... rue ... (4e porte de la rue ...) Montreal, 1882.

Si notre Esculape parfumeur ne fait pas rapidement fortune c'est que le public intelligent auquel il fait appel y aura mis de la mauvaise volonté. Quant on est marié, père de famille peut-être, que l'on donne à des prix très modérés des consultations à toute heure, qu'enfin l'on peut fournir les meilleures références (sic) il faut nécessairement réussir. C'est clair comme le jour.

Les Dames et Demoiselles auraient tort, croyons-nous, de ne pas profiter des offres philanthropiques du sieur L. qui leur débite à si grand marché ses eaux de beautés et ses préparations infailibles dont une seule bouteille dure un an, (et même davantage encore, sans doute, quand on n'y touche pas).

Si le sieur L. ne rencontre pas à Montréal tout l'encouragement auquel il s'attend, nous lui conseillerons d'aller tenter fortune au pays des Mormons, ou une faculté de médecine vient d'être fondée et où il pourra déployer en paix ses capacités de gynécologiste. Si non nous serons forcé de livrer notre docteur *es-parfums* à la vindicte du Collège des Médecins et Chirurgiens qui n'entend pas plaisanter sur la question de l'étiquette médicale.

DÉCES.

A la Malbaie, le 19 mars, à l'âge de deux ans et deux mois, Mario Narcisse Honoré Tancrede, fils de Louis Honoré Labrègue, Ecr., M.D.