

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:

Continuous pagination.

- 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 MEDICALE

DU CANADA.

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

Rédacteur en Chef: }
J. P. ROTTOT, M. D.

Assistants-Rédacteurs:
A DAGENAIS, M. D.
L. J. P. DESROSIERS, M. D.

Vol. 1.

NOVEMBRE 1872.

No. 11.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTREAL.

(Faculté de l'Université Victoria.)

Mardi le 1er. Octobre dernier, à 3 heures, p. m., cette ancienne et prospère institution, ouvrirait la trentième session de ses cours, par la lecture d'introduction, donnée par M. le Dr. D'Orsonnens, professeur de Chimie.

Outre MM. les professeurs, nous avons remarqué les Drs. Archambault, Meunier, Plante, Boissy, Desjardins, Quintal, Carrière et autres.

Mr. le Dr. d'Orsonnens s'exprima ainsi :

Messieurs,

Nous ouvrons aujourd'hui les portes de notre école, pour sa trentième session, et nous voyons encore, au milieu de nous un de ses illustres fondateurs dans la personne de notre estimé collègue, l'habile chirurgien Munro. Six des autres professeurs, MM. les Drs. Bibaud, Peltier, Coderre, Beaubien, Trudel et votre humble serviteur, comptent déjà au-delà d'un quart de siècle de Professorat, chacun dans la branche qu'il

enseigne actuellement encore. C'est vous dire, en un mot, tout le travail que nous nous sommes imposé, en même temps que l'expérience que nous y avons acquise. Aussi, en jetant un regard en arrière, oublions-nous avec plaisir nos lutttes passées, de tous les jours, et reposons-nous avec complaisance nos yeux sur nos anciens élèves. Partout, pour la plupart, les voyons-nous posés sur le premier échelon comme hommes de science et bons praticiens. Quelques-uns même sont venus grossir nos rangs, témoins M. le Dr. Rottot et M. le Dr. Brosseau.

Jusqu'à l'année dernière, Montréal ne comptait que deux Ecoles Médicales, celle de l'Université du Collège McGill et la nôtre, ou celle de l'Université du Collège Victoria. Cette concurrence n'a pas amené pour nous d'autre rivalité que celle dictée par une noble émulation, un sentiment national élevé et un véritable patriotisme. Aujourd'hui l'Université de Lennoxville ou Bishop's College a doté notre ville d'une troisième Ecole de Médecine. Qu'elle soit encore la bienvenue ! Car elle sera probablement un nouvel aiguillon, continuellement appliqué sur les flancs des deux premières, pour les empêcher de se ralentir, et elle-même devra s'empresser de travailler pour prendre son rang avec elles, ou plutôt chacune de ces Ecoles devra désormais faire des efforts inouis pour occuper la première place dans l'estime de la Société, par la supériorité des élèves qu'elle lui donnera.

Nous espérons avoir cet honneur, Messieurs, grâce à l'éducation classique si supérieure que reçoivent nos jeunes compatriotes dans nos excellentes maisons d'éducation religieuses. En effet, là plus que partout ailleurs, dans le silence et la retraite, sous des maîtres habiles, éloignés de la contagion de tous les vices, avec l'exemple des plus belles vertus, pendant huit années d'études sérieuses, si bien suivies, si bien dirigées l'élève se forme l'esprit et se prépare à surmonter les plus grandes difficultés, comme son cœur s'y remplit des sentiments les plus nobles et les plus élevés ; aussi à sa sortie d'un de ces collèges, est-il apte à entreprendre l'étude si dif-

ficile et si vaste de notre profession ! C'est ici, Messieurs, dans notre enseignement que nous pouvons juger véritablement de l'effet de cette éducation et c'est presque toujours, par la différence des nuances qu'elle présente, que nous pouvons classer immédiatement nos élèves et prévoir leur avenir ! assis en effet sur des bases si solides que ne peuvent-ils pas faire avec une ferme volonté et un travail assidu ? Je le répète donc Messieurs, nous espérons remporter la palme de la victoire dans cette belle et grande lutte du Professorat médical, grâce à l'excellence de votre éducation classique, pourvu toutefois qu'à cette bonne éducation se joignent, dans vos cœurs, ce sentiment national, ce vrai patriotisme qui doit diriger vos pas dans cette école assise désormais sur des bases stables et assurées, par ces nobles vertus pratiquées, pendant trente ans par quelques uns de vos compatriotes pour votre avantage et celui de la jeunesse instruite à venir, ou plutôt devrais-je dire pour le bien de la société entière !

Mais pourquoi invoquer le sentiment national et le patriotisme ? Votre intérêt seul même ne doit-il pas conduire vos pas dans cette enceinte dans laquelle seulement vous pouvez entendre parler votre langue maternelle ! et n'aurez-vous pas assez d'autres difficultés à surmonter sans y ajouter encore celle d'apprendre en même temps une langue à peu près entièrement étrangère à la plupart d'entre vous ? Mais laissons encore de côté cette raison, regardons-la même, si vous voulez, comme parfaitement futile et ne cherchez que l'excellence de l'enseignement. Eh bien ! je vous le demande, où ont étudié et appris leur profession ces cinq à six cents médecins Canadiens-Français, disséminés par tout le pays, et pour le plus grand nombre si avantageusement connus ? Ici, avec les mêmes Professeurs que vous pouvez y rencontrer ; mais depuis, ces mêmes professeurs ont encore vieilli en travaillant toujours, en se perfectionnant sans cesse ; car comme je vous le disais au commencement de cette lecture, sept d'entre eux comptent déjà plus d'un quart de siècle de Professorat, chacun, dans la même branche qu'il enseigne au-

joud'hui ! Quelle Ecole de Médecine dans le pays peut en dire autant ?

A cet avantage de l'expérience du côté des Professeurs viennent s'ajouter de plus grandes facilités pour les élèves d'aprèsent. La maternité vous est ouverte tous les jours de l'année et non-seulement on vous y montre les cas les plus importants, mais on est même parvenu jusqu'à vous y faire pratiquer les accouchements ! Deux Dispensaires encore vous permettent d'aller seuls voir leurs malades à domicile et de prescrire pour eux ! De plus le nouvel Hotel-Dieu, beaucoup plus vaste que l'ancien, contenant un plus grand nombre de lits et par conséquent plus de malades vous offre tous les jours le spectacle des maladies vénériennes, comme celui des maladies contagieuses, surcroît d'avantages dont n'ont pas joui vos prédécesseurs ! On y fait aussi maintenant beaucoup plus d'Anatomie Pathologique et un très-grand nombre d'opérations, ce qui est dû à ce que, toutes les campagnes environnantes et même les plus éloignées dirigent leurs malades sur l'Hôtel-Dieu pour y consulter et s'y faire opérer, et cet établissement vous est aussi ouvert toute l'année. Vous y aurez donc continuellement de magnifiques cliniques médicales et chirurgicales, et seuls les élèves de notre École ont droit d'y avoir accès ! C'est cet avantage qui, joint à un enseignement tout-à-fait pratique, rend les élèves de cette Ecole généralement si capables. En effet, l'excellence de l'éducation médicale puisée dans notre maison a été bien prouvée, tout le temps de nos luttes avec les Universités Laval et McGill, car alors nos élèves "*seuls*" avaient à subir leur examen devant un bureau composé principalement des Professeurs de ces mêmes Universités, et toujours on les a vus sortir avec honneur de cette épreuve, souvent même forcer leurs examinateurs à féliciter et complimenter de ce succès les quelques-uns de nos Professeurs qui pouvaient aussi se trouver sur ce même bureau !! Et fait remarquable que je me plais à répéter, jamais dans cette circonstance un seul de nos élèves y a été renvoyé !! Quel beau résultat ! quand on réfléchit surtout sur

la part qu'il faut faire pour la différence des talents parmi un si grand nombre d'élèves et la période de temps " *un quart de siècle* " pendant laquelle se renouvèle annuellement le même prodige.

Puisque le sentiment national, puisque le patriotisme, puisque votre langue, puisque votre intérêt même pour la science et jusqu'à l'espérance de fonder votre succès à venir doivent vous faire choisir l'Ecole de Médecine canadienne, pourriez-vous donc avoir quelque autre motif pour aller dans l'une ou l'autre des institutions de nos compatriotes de race étrangère ? Non ! Le motif qui pouvait être invoqué autrefois par ceux qui vous ont précédés, n'existe plus. Je veux parler des degrés universitaires. Combien alors ont renoncé à cet honneur et ont préféré notre Ecole ? Pour eux, ce n'était pas tant le titre de Docteur en Médecine, que la science de la Médecine qu'ils recherchaient ; aussi sont-ils parvenus à leur noble but, et aujourd'hui ils peuvent obtenir de l'Ecole elle-même ces degrés qui alors leur faisaient défaut et ce, sur la simple présentation d'une thèse. Plusieurs de nos anciens élèves ont déjà profité de cette facilité et sont venus ainsi resserrer les liens qui les unissaient à notre maison.

Nous sommes donc parvenus, sous ce rapport, à nous mettre sur un pied d'égalité avec les autres Universités, en devenant la Faculté de Médecine de l'Université du Collège Victoria, à Montréal. Mais ce n'est pas tout, j'ai une nouvelle agréable à vous annoncer, nous aussi nous allons avoir bientôt un édifice, et un bel édifice pour notre Université, grâce au généreux concours des Révérendes Dames de l'Hôtel-Dieu, qui outre l'argent nécessaire pour le bâtir, nous laissent encore avoir un vaste et magnifique terrain tout vis-à-vis la porte d'entrée de leur Hôpital. Nous allons de suite nous occuper à faire construire sur les plans les plus convenables une maison digne enfin de l'Institution que notre travail et nos sacrifices pendant plus de vingt-cinq ans semblent enfin avoir assise sur des bases stables et solides ! Alors fixés d'une manière permanente, il ne nous restera plus qu'à remonter notre

laboratoire, notre cabinet de physique et notre bibliothèque ; après le pas immense que nous venons de faire, la chose me paraît facile et le succès assuré ! Par ce voisinage immédiat avec l'Hôtel-Dieu, notre Ecole ne sera-t-elle pas, sous ce rapport beaucoup plus privilégiée qu'aucune autre ; n'ayant que la rue à traverser, quelle facilité pour vous montrer à tout instant du jour ou de la soirée les cas de chirurgie ou de pathologie les plus importants !! Quelle facilité encore pour l'anatomie pathologique !! Et ces avantages sont d'autant plus certains que maintenant il y aura toujours un médecin interne à l'Hôtel-Dieu qui pourra et devra nous avertir au moment voulu. Tout désormais va donc dépendre de nous ! Professeurs et élèves, comprenons bien notre position ; acceptons cette rivalité, cette concurrence ; mais avec cet esprit droit, ce juste sentiment d'orgueil national, de véritable patriotisme, qui nous poussant à une noble émulation stimulent notre ardeur et notre assiduité au travail.

Etudions donc de plus en plus, vous Professeurs, pour vous instruire, vous, Messieurs les Elèves, pour nous remplacer. Nos cheveux blancs, après un si grand nombre d'années de professorat nous avertissent que bientôt nous allons disparaître ; aussi avons-nous déjà prévu en partie à notre remplacement par la nomination de professeurs suppléants, les désignant d'avance pour leur donner le temps de se préparer. Deux déjà sont passés en Europe et sont occupés à suivre séparément les grands maîtres, dans la Chirurgie, et dans l'ophtalmologie dont on vient d'établir un service dans notre Hôpital ; les professeurs suppléants, je n'ai pas besoin de le dire, sont des élèves de notre école, qui étant Canadienne-Française, restera Canadienne-Française et qui seule comme telle, doit renfermer dans ses murs tous les vrais Canadiens-français qui veulent se livrer à l'étude de la Médecine. Le patriotisme et le sentiment national nous en font à tous une loi, un stricte devoir !! Vous, Messieurs les Elèves, vous devez encore étudier surtout pour vous-mêmes, pour pouvoir assurer votre avenir. Le nombre des mé-

decius augmentant tous les jours, ce n'est que par votre science en théorie et en pratique que vous pourrez lutter avantageusement et honorablement avec tant de confrères instruits ; et c'est ici, ne l'oubliez point, que vous vous faites connaître avantageusement ou désavantageusement. En effet toute la génération médicale de votre époque est *ici*, elle a constamment les yeux sur chacun de vous, et l'impression, le souvenir que vous laissez les uns aux autres, dans votre passage sur les bancs de cette école, sont tout aussi ineffaçables que l'impression et le souvenir du collège, qui, comme vous le savez, ne s'effacent jamais !

De plus, rappelez-vous, que si vous suivez mon conseil, votre travail, votre succès et la perspective pour vous assurée d'une brillante carrière, seront pronés avant même votre réception, vous feront connaître avantageusement d'avance et vous faciliteront ainsi le moyen de réaliser toutes vos plus chères espérances ! De plus, vous serez par là même la gloire de vos Professeurs qui disposeront immédiatement de tout leur patronage en votre faveur ; vous serez donc pour ainsi dire déjà tout récompensés et une fois lancés dans l'exercice de votre profession votre conscience ne sera pas bourrelée de ces remords qui doivent sans cesse torturer celui que la paresse tient dans l'ignorance ; je le répète encore, étudiez donc tous, avec courage, avec assiduité, livrez-vous tout entiers à votre profession ; vous, surtout qui commencez, employez bien le temps dès votre début, ne perdez pas l'habitude du travail que vous avez contractée au collège ; en le faisant, vous pourrez briller dans votre examen primaire et vous préparer ainsi de nouveaux lauriers pour votre examen final. Avec une étude régulière et soutenue dès le commencement de votre carrière médicale, tout se coordonnera facilement dans votre esprit, tout sera apprécié, à sa juste valeur, par votre jugement, et il en résultera pour vous ce tact exquis qui fait le véritable médecin. Permettez-moi de vous suggérer encore d'éviter soigneusement tout ce qui peut vous faire dévier de votre devoir, habituez-vous, dès à présent, à cette

vie d'abnégation et de travail continuel qui est celle du médecin et vous trouverez en vous-même cette satisfaction de l'esprit et du cœur qui constitue le véritable bonheur!!!

M. le Professeur ayant terminé sa lecture, le Président M. le Dr Beaubien fut appelé à prendre la parole, ce qu'il fit en termes appropriés, ainsi que les Drs. Munro, Peltier, Bibaud, Rottot et autres. Et la séance fut levée au milieu de nouveaux applaudissements.

CORRESPONDANCE EUROPÉENNE.

M. le Rédacteur,

Dans ma dernière correspondance, on me fait dire à propos de l'opération de De Græfe que : " l'incision étant toute entière en dehors de la circonférence cornéenne, se trouve après l'iridectomie *en face* de la membrane hyaloïde," tandis que j'ai dû écrire : *presqu'en face* de la membrane hyaloïde. J'avoue bien que cette expression n'est même pas très-exacte, mais comme je n'avais nullement besoin de faire une leçon d'anatomie à vos lecteurs, j'ai cru qu'avec le mot *presque*, il n'était pas nécessaire de mentionner la zonule de Zinn et la capsule, lesquelles, en réalité, se trouvent interposées, après l'iridectomie, entre la plaie scléroticale et la membrane hyaloïde, mais ne sont pour cette membrane que d'une bien faible protection, surtout après la sortie du cristallin.

Cette même correspondance me fait rappeler que j'ai promis de vous parler du Congrès ophthalmologique de Londres ; il faut vous dire que je comptais alors sur le rapport officiel des séances, dont je voulais faire une analyse pour votre journal, et malheureusement ce rapport ne sera pas terminé avant trois ou quatre mois. Je suis donc forcé de m'exécuter avec le seul secours de mon cahier de notes et de mes souvenirs. J'ai pu cependant me procurer le discours d'ouverture du Président que je reproduis plus bas textuellement.

Les séances de ce Congrès, qui en est rendu à sa quatrième

me session, ont eu lieu, les trois premiers jours du mois d'Août dernier, dans une des salles du *Royal College of Physicians*. Près de 100 membres y assistaient, venus de toutes les parties de l'Europe, des États-Unis, du Brésil, etc.

M. Critchett, après nous avoir adressé le compliment de bienvenue dans un jolie petit discours français, proposa d'être par acclamation, M. le professeur Donders, d'Utrecht, comme *Président*, MM. Warlomont, de Bruxelles et Williams, de Boston, comme *Vice-Présidents*, et MM. Soelberg Wells, de Londres, et le professeur Zehender, de Kostack, comme *Secrétaire*. Toutes ces nominations furent accueillies avec applaudissements.

M. Donders ouvrit alors cette quatrième session du C. par le discours suivant :

“ Messieurs et chers collègues,

“ C'est un moment solennel que celui où des hommes d'é-
 “ lite, accourus de toutes les parties du monde civilisé, s'as-
 “ semblent, inspirés des mêmes sentiments de confrater-
 “ nité, guidés par les mêmes aspirations. C'est à eux, et au
 “ nom de ses compatriotes, que notre honoré confrère et
 “ amis, M. Critchett, vient d'adresser avec la cordialité que
 “ nous lui connaissons, le compliment de bienvenue sur le
 “ sol hospitalier de l'Angleterre.

“ Votre cœur s'éclance au-devant de celui de vos confrères,
 “ votre esprit cherche à augmenter et à élargir ses connais-
 “ sances, et vous êtes aussi prêts à donner que vous êtes avi-
 “ des de recevoir, sans autre ambition, ni sans autre but que
 “ l'intérêt de l'humanité. Or ce but est noble et grand.

“ La branche qui fait l'objet de nos travaux est belle, tant
 “ sous le rapport de la science que sous celui de l'art. Dans
 “ aucune partie de la médecine, on ne les trouve aussi inti-
 “ mement unis que dans l'ophtalmologie. C'est le secret de sa
 “ perfection relative et de son incontestable supériorité. Le
 “ célèbre Helmholtz a consacré cette vérité, quand il a dit
 “ que l'ophtalmologie moderne est, par rapport aux autres
 “ branches des sciences médicales, ce qu'était naguère l'astro-

“ nomie à l'égard des sciences physiques : le modèle auquel
 “ elles ont à se conformer. Soyons-en fiers, MM. et tout en
 “ offrant le tribut de notre reconnaissance, tant à l'illustre
 “ savant qui nous a donné, dans l'ophtalmoscope, l'instru-
 “ ment du progrès, qu'au maître immortel, dont le génie a
 “ répandu sur toute l'étendue de notre domaine, son souffle ré-
 “ gérateur, n'oublions pas que *noblesse oblige*. C'est à nous,
 “ MM., de conserver à l'ophtalmologie ce cachet d'exactitude
 “ qui fait sa gloire.

“ J'insisterais d'avantage sur ce point, si je n'étais convain-
 “ cu qu'en écartant toute observation superficielle, toute re-
 “ cherche dépourvue de méthode, toute assertion vague et
 “ gratuite, ce Congrès va prouver que nous sommes tous dû-
 “ ment pénétrés de ce devoir.

“ MM., le but du Congrès dont j'ouvre en ce moment la ses-
 “ sion, sera atteint si en nous séparant, nous constatons que
 “ notre branche a fait quelques progrès essentiels, que le ca-
 “ dre de nos connaissances s'est élargi, et que nous ressen-
 “ tons le besoin de nous serrer cordialement la main, empor-
 “ tant la conviction d'avoir contribué au bien-être de l'humani-
 “ té.

“ Puissent y tendre et aboutir tous nos efforts.”

En terminant son discours, il nomma comme *Présidents hono-*
raires MM. Critchett, Bowman et W. Cooper, de Londres ;
 Giraud-Toulon, de Paris, Quaglino, de Milan ; Hesse, de Mayeu-
 ce, et Cervera, de Madrid.

Les membres inscrits pour prendre la parole sont ensuite
 appelés à tour de rôle et donnent lecture de leurs *Communi-*
cations. Les séances ont été presque toutes absorbées par ces
 entretiens scientifiques et par les discussions auxquelles plu-
 sieurs ont donné lieu.

Voici les principaux sujets qui ont été traités dans ce Con-
 grès, je ne fais que les énumérer pour cette fois, dans un pro-
 chain article, je reviendrai sur quelques-unes de ces *commu-*
nications : *Tatouage de la cornée dans les opacités centrales*, M. Ba-

der, chirurgien, oculiste de Guy's Hospital. *Modification dans la méthode de Graefe pour l'extraction de la cataracte*, M. Bribosia, directeur de l'Institut ophthalmique de Namur. *Mécanisme de l'accommodation*, M. Dudgeon. *Ophthalmoscope à plusieurs observateurs*, M. Brudenell Carter, chirurgien, oculiste de St. George's Hospital. *Atrophie du nerf optique*, M. Jabez Hogg, de Westminster, Ophthalmic Hospital. *Amaurose cérébrale*, M. Hunt de Manchester. 1o. *Opération de Passavant*; 2o. *Emploi de l'éther comme anesthésique dans la chirurgie oculaire*. M. Joy Jeffries, de Boston. *Transplantation de la cornée*, M. Power, chirurgien en chef de Westminster, Ophthalmic Hospital. *Sclérotomie dans le traitement du glaucôme*, M. Quaglino. *Nouvelle méthode de faire l'Iridectomie dans l'opération de de Graefe*, M. Taylor, de Nottingham. *Tumeurs du globe oculaire*, M. Vernoy. *Traitement du Symbpleharon par la transplantation*, M. Bridgin Teale, de Leeds. *Ophthalmoscopie binoculaire*, M. Schrœter, de Leipzig. *Nouvelle méthode de sectionner la cornée, dans l'opération de cataracte, et dans l'Iridectomie*, M. Streatfield, de Moorfield's Hospital. *Kyste dermoïde intra-orbitaire*, M. Spencer Watson, de Central Ophthalmic Hospital. 1o. *Traitement chirurgical de la névrite optique*, 2o. *De la greffe dermique en chirurgie oculaire*, M. Wecker, de Paris. 1o. *Ophthalmic sympathique*. 2o. *Nouveau procédé d'extraction de la cataracte*, M. Warlomont. *Cataracte traumatique*, M. Wolfe de Glasgow. *Cas d'iridémie unilatérale*, M. Argyll Robertson d'Edinburgh. *Emploi du système métrique pour le numérotage des verres de lunettes*, M. Javal, de Paris. 1o. *Nouvelle méthode de sectionner l'iris, et d'exciser les strictures de la région pupillaire*, 2o. *De quelques instruments nouveaux pour le traitement des obstructions des voies lacrymales*. 3o. *De l'emploi de la tréphine oculaire dans le kératocône*, M. Bowman. A la fin de la dernière séance, M. Donders fit la démonstration d'un nouvel optomètre dont il est l'auteur, et réfuta une assertion publiée dernièrement par le Professeur Færster, qui prétendait que l'accommodation existait toujours dans l'œil malgré l'absence du cristallin.

Avant de se séparer, comme il fallait déterminer le lieu de la prochaine réunion du Congrès, MM. les oculistes américains et espagnols présentèrent chacun une proposition, les premiers : pour que la prochaine session fût tenue à New-York ; et les seconds : à Madrid. Après une assez longue discussion, la majorité se déclara en faveur de New-York. Le prochain Congrès se réunira donc dans cette ville, en 1876. On ne pouvait mieux choisir, parceque dans cette même année aura lieu la célébration du centième anniversaire de la Déclaration d'Indépendance des Etats-Unis, et nous serons témoins en même temps, des grandes fêtes que se proposent de faire les Américains pour célébrer dignement ce centenaire.

Vers 7 heures du soir, nous nous réunissions au Palais de Crystal pour le banquet des adieux ; un splendide dîner nous y attendait, organisé par M. Soelberg Wells. Au dessert, MM. Critchett, Williams, Delgado et Noyes prirent la parole pour porter divers *toasts* et M. Warlomont qui était chargé de présenter la *santé de M. le Président du Congrès*, prononça un discours éloquent, où rappelant les progrès de l'ophthalmologie moderne, il en attribua une large part à M. Donders, et fit en même temps un éloge pompeux de M. de Græfe et de ses admirables travaux, qu'une mort prématurée est venue interrompre trop tôt, aux grands regrets de tous les savants qui avaient eu l'avantage de connaître et d'apprécier cet homme illustre.

Vers minuit, nous nous séparâmes en nous disant, au revoir à New-York, dans quatre ans.

En dehors de la partie sérieuse du Congrès, nous avons eu aussi ce que je pourrais appeler, la partie amusante ; MM. Critchett et Bowman s'étaient surtout chargés de cette dernière, le premier en nous donnant une magnifique soirée musicale et le second en nous réunissant chez lui pour une *conversazione*, où nous avons le plaisir de rencontrer les premières célébrités scientifiques et médicales de l'Angleterre.

Paris, 20 Septembre 1872.

DR. ED. DESJARDINS.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS CERTAINES AFFECTIONS DOULOUREUSES DE L'ESTOMAC ET DES INTESTINS.

Par M. LEARED, méd. au grand hôpital de Londres.

La douleur à la suite des repas est un symptôme très-commun de dyspepsie, et dans beaucoup de cas il semble à lui seul constituer toute la maladie. Cette douleur, ordinairement, cède à un traitement médical et à un régime approprié. Mais il existe un autre genre de douleur gastrique beaucoup plus intense et plus pénible que celle qui suit les repas et que ne soulagent pas les remèdes ordinaires. J'ai déjà fait connaître de quelle manière on peut se rendre maître de cette douleur et la faire disparaître (1), mais la question me semble d'un assez grand intérêt pour donner lieu aujourd'hui à de nouvelles remarques.

Quand elle a son siège dans l'estomac, la douleur dont nous nous occupons se produit, chez le même individu, tantôt dans l'état de plénitude, tantôt dans celui de vacuité. Mais il est des cas où la présence d'aliments dans l'estomac en est manifestement la cause excitante. Le cas type est celui dans lequel il existe une douleur indépendante de l'acte de la digestion. Dans cette forme, elle saisit communément le patient au milieu de la nuit sans être précédé ni suivie d'aucun symptôme dyspeptique. La douleur, dans ces cas, qui heureusement ne sont pas très-communs, est d'une intensité excessive et s'accompagne d'une prostration alarmante, d'une diminution de l'action du cœur, de pâleur et de sucurs froides. L'eau-de-vie et d'autres stimulants procurent quelque soulagement, mais bien peu marqué, et après une période d'angoisse qui dure parfois plusieurs heures, l'attaque cesse aussi soudainement qu'elle a commencé.

(1) Notes sur l'efficacité de l'arsenic dans certaines espèces de gastralgies, t. LXXVI, p. 49, du Bulletin de thérapeutique.

Les personnes d'âge moyen qui ont subi des chagrins et se sont trouvées sous l'influence de causes qui peuvent exercer une action déprimante sur le moral, sont particulièrement sujettes à cette affection de l'estomac à l'état de vacuité. Le docteur Budd a également noté les troubles intellectuels comme une des causes excitantes de ce genre de désordre, et il ajoute " qu'il est étroitement allié au pyrosis." C'est là une manière de voir que je ne saurais partager, car, sans entrer dans la question difficile de la nature du pyrosis, il suffit de dire qu'un remède particulier qui guérit l'une de ses affections, se montre nuisible dans l'autre.

Une expérience plus récente m'a enseigné que les intestins et spécialement l'intestin grêle, sont susceptibles d'être le siège de ce même genre de douleur. Je ne comprends pas là-dedans, bien entendu, les coliques causées par des effets du plomb ; mais dans plus d'un cas, des douleurs prises pour des attaques de cette affection, se présentant sans causes appréciables à des intervalles plus éloignés ou plus courts, sont dues à la même cause. Car, que la douleur s'attaque à l'estomac ou aux intestins, sa nature est la même ; elle est essentiellement névralgique. C'est de cette circonstance que dépend le succès du traitement qui fait l'objet de la présente note, lequel consiste dans l'emploi judicieux et méthodique de l'arsenic.

Comme on peut le supposer, il existe parfois d'assez grandes difficultés de diagnostic entre la forme névralgique et les formes les plus communes de douleur gastro-intestinale. La meilleure règle de pratique consiste quand la douleur gastrique ou intestinale résiste à tous les traitements ordinaires, et qu'elle ne peut être attribuée ni à des calculs biliaires ni aucun point de départ organique, consiste, dis-je à essayer, à titre de pierre de touche, quel effet pourra avoir sur elle l'action du remède que nous croyons devoir recommander ici. Grâce à cette méthode, j'ai réussi à obtenir plusieurs guérisons. Par contre, le traitement arsénical s'est trouvé en défaut dans deux cas où, d'après le diagnostic

que j'avais cru pouvoir admettre, il aurait dû réussir. Dans ces deux cas, les malades étaient des femmes ayant dépassé l'âge moyen, de constitution robuste, mais qui faisaient un usage trop peu modéré des excitants alcooliques.

C'est dans les cas de douleur paroxystique intense que les effets curatifs de l'arsenic se montrent le plus frappants, tandis que son efficacité devient douteuse à proportion que le cas se rapproche davantage de ceux où la douleur, moins vive, peut être rapportée à l'influence des aliments. Lorsqu'il s'agit de déterminer si un cas comporte l'indication du traitement arsénical, il est des circonstances qui peuvent grandement venir en aide. La maladie est-elle survenue à la suite d'une secousse morale ou d'une épreuve pénible ; le patient a-t-il été, sans qu'il puisse y avoir d'erreur sur ce point, affecté antérieurement de névralgie ; a-t-il vécu dans une contrée marécageuse ; plus particulièrement, a-t-il été sujet à la migraine ou à la fièvre intermittente ; en sus de l'existence de l'une ou de plusieurs de ces circonstances, la douleur s'est-elle manifestée sous forme d'accès, on sera presque certain de la voir céder à l'arsenic. Mais, ainsi qu'il a déjà été dit, il est d'autres cas appropriés au traitement et ce ne sont pas les moins nombreux, dans lesquels la douleur ressemble de très près à celle qui accompagne la dyspepsie. Il est quelquefois d'une extrême difficulté d'établir le diagnostic entre les douleurs névralgiques de l'estomac ou des intestins et celles que déterminent les calculs biliaires. Je me suis efforcé de donner dans mes articles précédents les moyens d'éviter une telle erreur, et ce sera d'ailleurs au praticien, averti, de faire ses efforts pour n'y pas tomber.

Il suffira de peu de mots relativement à la préparation particulière d'arsenic à laquelle il convient de recourir et aux limites dans lesquelles il en faut renfermer l'usage. Dans la plupart des cas, la liqueur arsénicale (Fowler) répond à toutes les indications et à tous les besoins ; mais quand l'organisme est plus sensible que dans les cas ordinaires à l'action de cette substance, la liqueur d'arséniale de soude (Pearson) paraît

être moins irritante, tandis que dans d'autres cas, peu nombreux, c'est à la solution d'acide arsénieux qu'il faut donner la préférence. Quelle que soit la préparation dont on ait fait choix, elle doit toujours être prise immédiatement après le repas, et, encore bien que l'action avantageuse puisse s'en manifester auparavant, il convient néanmoins d'en continuer l'usage jusqu'à la production bien marquée des effets constitutionnels connus. Malgré tout ce qu'on a pu dire dans le sens contraire, je ne pense pas que l'emploi bien dirigé de l'arsenic à dose médicamenteuse soit jamais suivi d'aucun dommage pour l'organisme.

Les courtes notes qui suivent mettront en lumière l'utilité du traitement arsénical dans les cas où la douleur se trouve accrue par l'ingestion des aliments, ainsi que ses effets dans ceux où ce sont les intestins qui sont le siège de l'affection :

Une dame, âgée de quarante ans, qui avait éprouvé des revers de fortune à la suite de la mort de son mari, deux ans auparavant, me fut adressée, en janvier 1869, par son médecin qui me dit avoir épuisé tous les moyens ordinaires, y compris les régimes lacté et farineux, avec abstinence complète de viande, mais sans réussir le moins du monde à soulager cette malade de ses souffrances. Celles-ci consistaient en une douleur constante dans la région gastrique, s'étendant, en contournant le côté gauche, jusqu'à la partie médiane du dos. Cette douleur était accrue par les repas, spécialement par le déjeuner et le thé, et parfois elle allait jusqu'à une angoisse extrême. Assez souvent il survenait des vomissements, et dans ces cas il y avait à la suite quelque soulagement. Il existait en même temps un état de flatulence très-prononcé, une sensation d'oppression épigastrique et une constipation opiniâtre. La patiente, qui était naturellement d'une assez forte corpulence, avait perdu plus de 50 livres de son poids. Elle fut immédiatement mise au traitement par l'arsenic, et il s'ensuivit une prompte amélioration. On continua le traitement à doses croissantes ; jusqu'à l'apparition bien nettement accusée des effets physiologiques du médica-

ment (dans ce cas démangeaison des paupières et sensibilité de la plante des pieds avec éruption rouge sur leurs bords). A cette époque la cure pouvait être considérée comme complète ; la malade, guérie, reprit rapidement son embonpoint et ses forces, et depuis la santé est restée satisfaisante.

Les symptômes chez le sujet dont il vient d'être question, ressemblaient à ceux de l'ulcère de l'estomac ; mais ce fait que le régime lacté et farineux, les augmentait au lieu de les diminuer, se trouvait en contradiction avec cette hypothèse.

Un monsieur, âgé de vingt-huit ans, engagé dans des spéculations commerciales importantes, vint me consulter vers le commencement de cette année. Il était sujet depuis longtemps à une douleur sourde et cependant très-pénible dans la région ombilicale, douleur qui revenait deux heures environ après le repas. Pendant les trois semaines précédentes, elle s'était manifestée quotidiennement après chacun des trois repas de la journée. Les liquidés, même l'eau pure, la faisaient naître encore plus que les aliments solides. Il n'y avait ni flatulence ni autres troubles dans l'estomac, et les gardes-robes étaient régulières. Plusieurs traitements avaient été continués sans amener aucune amélioration. Il est à noter que le malade avait eu, deux ans auparavant, une névralgie temporaire du côté droit. Deux jours après le commencement de l'emploi de la liqueur de Fowler, il y avait déjà un notable soulagement ; le même moyen fut continué trois semaines encore, jusqu'au moment où les effets physiologiques se manifestèrent du côté des yeux, et à cette époque la maladie avait complètement disparu.—[*Méd. Times and Gaz.*]

MÉMOIRE SUR LA PLEURÉSIE ET LA THORACEN- TÈSE ;

PAR M. LEREBoullet.—RAPPORT FAIT A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'É-
MULATION, DANS LA SÉANCE DU 6 JUILLET 1872, PAR M. WIDAL,
MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE.

M. le docteur Lereboullet, répétiteur à l'École de médecine militaire a présenté, à l'appui de sa candidature au titre de

membre correspondant de la Société médicale d'émulation, un mémoire imprimé intitulé : *Pleurésie et thoracentèse*.

Ce mémoire, en raison des débats dont la thoracentèse est l'objet en ce moment, tant à l'Académie de médecine que dans la Presse médicale, offre un véritable intérêt d'actualité. M. Lereboullet, s'appuyant sur ses propres observations et sur celles qu'il a recueillies ailleurs, formule ses opinions dans un certain nombre de propositions que nous ne pouvons que résumer ici.

Dans les formes bénignes de la pleurésie, dit l'auteur, l'épanchement peut se résorber rapidement, sans l'intervention de la thoracentèse et disparaître avec la chute de la fièvre. Aussi ne doit-on pratiquer la ponction qu'une fois l'apyrexie bien établie. Tant que la fièvre dure, l'épanchement qui paraît être sous sa dépendance peut augmenter. Nous avons pu vérifier nous-même ce fait, ces jours derniers, à la suite d'une thoracenthèse, pratiquée pendant la durée de la fièvre. Celle-ci n'a été nullement enrayée par l'opération, contrairement à l'assertion de certains observateurs ; le liquide est remonté rapidement à son niveau primitif, et ce n'est qu'après l'abaissement du pouls et de la température que sa résorption a commencé.

Pour M. Lereboullet, l'indication de pratiquer la ponction du thorax existe non-seulement dans les cas où la vie du malade est mise en danger par une dyspnée excessive ou des menaces de suffocation, mais encore dans les cas où l'épanchement très abondant ne détermine pas ces troubles fonctionnels. Non-seulement la ponction met fin aux menaces d'asphyxie, mais elle hâte la résorption de l'épanchement, résorption qui demande généralement un temps très-long. M. Lereboullet cite plusieurs observations où la guérison a été radicale après la thoracenthèse. Tout le monde en pourrait faire autant ; mais les cas de guérison, très-lents après une ou plusieurs ponctions, ne sont pas moins communs, et peut-être la conclusion de l'auteur est-elle trop hâtive et repose-t-elle trop exclusivement sur les faits heureux qu'il lui a été donné d'observer.

Pour lui, la thoracentèse est toujours sans danger, et l'introduction accidentelle de quelques bulles d'air dans la plèvre n'offre rien d'alarmant. Cela est vrai en général, mais nous avons été malheureusement témoin d'un fait où l'épanchement est devenu purulent à la suite de l'entrée d'une très-faible quantité d'air dans la poitrine. On ne saurait donc s'entourer de trop de précautions. Le procédé de Reybard est, selon M. Lerebouillet, supérieur à tous les autres, et d'après les faits qu'il a recueillis, la reproduction de l'épanchement serait plus commune après le thoracentèse capillaire et l'aspiration, qu'après le procédé ordinaire. On comprend difficilement cette différence et les faits allégués par l'auteur ne nous paraissent pas assez nombreux pour justifier sa conclusion, si timidement qu'elle soit présentée.

Les pleurésies *latentes*, auxquelles l'auteur consacre un chapitre spécial et très intéressant, ne se caractérisent, selon lui, que par la lenteur avec laquelle se produit et se résorbe le liquide épanché. La pleurésie latente est, le plus souvent, une pleurésie chronique d'emblée, dont le liquide est très-limpide et difficilement coagulable à l'air. Ces pleurésies se reproduisent par poussées successives, et parfois s'accompagnent de fièvre hectique, sans être purulentes. Toutes réclament la thoracentèse, et plus tôt elle sera pratiquée, plus grandes seront les chances de guérison, et moindres celles d'une tuberculisation ultérieure. Mais lorsque les tubercules existent en même temps que l'épanchement, faut-il ou non ponctionner le thorax ? L'auteur, sans doute, faute d'observations personnelles, ne s'occupe pas de cette question qui a son intérêt et qui a été si diversement résolue.

Pour ce qui est des épanchements purulents, M. Lerebouillet ne les croit pas susceptibles d'un mode de traitement unique et toujours le même. Les ponctions successives, comme l'empyème et le drainage, ont leurs indications spéciales, mais aucune des deux méthodes ne saurait être employée exclusivement. Ces indications, dit l'auteur avec raison, doivent être tirées de l'état anatomique du poumon,

état qui dépend de l'ancienneté de l'affection. Si le poumon est rendu imperméable par une longue compression, l'emphyème, aidé du drainage, devient évidemment nécessaire et le traitement est celui d'un abcès où l'accès de l'air ne saurait offrir de grand danger. Si, au contraire, après une première ponction on constate que le poumon se dilate et qu'il n'est pas bridé par des adhérences, on peut refermer la plaie et recourir à des ponctions ultérieures faites à l'abri de l'air.

Tels sont les principaux faits contenus dans la brochure de M. Lerebouillet. Ce mémoire, écrit dans des vues purement pratiques, dénote chez son auteur de l'expérience jointe à un jugement sain, s'appuyant sur des observations consciencieuses et sur de nombreuses lectures. M. Lerebouillet est d'ailleurs un des médecins les plus distingués et les plus laborieux de l'armée et, quoique jeune encore, il est l'auteur de plusieurs travaux originaux de physiologie. A tous ces titres, il se recommande à la bienveillance de la Société qui trouvera en lui un coloborateur aussi intelligent que zélé.—*L'Union Médicale, (France).*

TRAITEMENT DU PHAGÉDÉNISME DES CHANCRES PAR LE CAMPHRE EN POUDRE.

Nous venons de recevoir de M le docteur Baudouin, de Rennes, la lettre et le petit travail qui suivent :

Monsieur et très honoré confrère,

Je prends la liberté de vous envoyer une petite note contenant trois observations très succinctes sur le traitement du chancre phagédénique par la poudre de camphre en pansements. Cette méthode m'a été inspirée par l'emploi que fait de cet agent contre la pourriture d'hôpital, et cela avec le plus grand succès, M. le docteur Netter, médecin principal à l'hôpital militaire de Rennes. Jusqu'à présent le succès a répondu *oultre mesure* à mon attente, et je crois dans l'intérêt de l'humanité, utile de propager autant que possible cette

méthode de traitement, si simple, si facile à appliquer et surtout si efficace, étant plus que tout autre, à Rennes, à même de voir un nombre considérable de ces affections. Je compte poursuivre avec persistance ces observations, et même appliquer ce mode de traitement aux ulcérations primitives ou phagédéniques. Si vous le désirez, je vous ferai part de mes observations et si vous les jugez dignes de paraître dans votre excellent journal, je vous prierai de leur y trouver une toute petite place. Les trois observations que je vous envoie aujourd'hui ont un caractère d'actualité incontestable ; car M. le professeur Gosselin fait en ce moment à l'hôpital de la Charité des essais sur la poudre de camphre contre la pourriture d'hôpital, d'après la méthode de M. Netter, et déjà il a obtenu des succès remarquables. Vous seriez bien aimable de vouloir bien publier ces observations dans votre prochain numéro de *l'Abeille Médicale*.

Veuillez, je vous prie, agréer, etc.

Voici maintenant les observations :

1o. En février dernier, j'avais déjà traité un chancre phagédénique par toutes sortes de moyens (vin aromatique, pommade de calomel, solution de tartrate de fer et de potasse, cautérisation avec le nitrate d'argent, pommade au stéarate de fer préconisé par M. Ricord, un excellent maître, avec traitement général approprié). Cependant l'ulcération ne cessait de suivre depuis cinq semaines sa marche envahissante, quand j'entendis parler de l'emploi de la poudre de camphre, par M. Netter, contre la pourriture d'hôpital : j'eus l'idée d'essayer cette médication contre les chancres phagédéniques. Les pansements furent faits quatre fois par jour ; ils consistaient en une couche aussi épaisse que possible de poudre de camphre, appliquée sur l'ulcère et recouverte d'un plumaseau de charpie fine. Or, dès le surlendemain de la première application, toute douleur avait cessé, l'inflammation était tombée et des bourgeons charnus apparaissaient au milieu de la matière grise. Huit jours après, la plaie était complètement à la période de réparation.

20. Dans le mois d'avril, j'eus à traiter un vénérien qui était dans un état horrible ; gland triplé de volume, entièrement recouvert jusque derrière la couronne de matière grisâtre avec suintement fétide et sanieux, — prépuce énormément œdématié et parsemé de petits ulcères également phagédéniques, mais séparés entre eux par de la peau saine. — Cet état qui s'aggravait tous les jours durait depuis environ un mois. Or, ici encore, une modification rapide de l'ulcère a été obtenue dans l'espace de cinq jours avec le simple pansement à la poudre de camphre, à la grande satisfaction du malade si heureusement délivré de douleurs insupportables : quinze jours après la guérison était complète.

30. Enfin je viens d'obtenir un succès du même genre chez M. X..., officier d'artillerie, arrivé de Paris le 11 du présent mois, après y avoir été traité depuis le 27 Juin par les moyens ordinaires et variés, mais sans succès. A son arrivée à Rennes, le 11 Aout, la plaie était de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent avec les caractères les plus tranchés du phagédénisme, et aujourd'hui, 14 août, la transformation obtenue est déjà telle, que non seulement toute trace d'état pultacé a disparu, mais encore le bourgeonnement s'est fait si rapidement qu'aujourd'hui, après 9 jours de traitement, la plaie se trouve réduite aux dimensions d'une pièce de cinquante centimes.

C'est véritablement merveilleux.

DR. BAUDOUIN.

Rennes 18 Août 1871.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE.

CAUSES DE L'OPHTHALMIE D'ÉGYPTE.

Les médecins qui ont eu l'occasion de visiter l'Égypte auront été sans doute, comme je l'ai été moi-même, frappés péniblement de voir la multitude d'aveugles qu'on rencontre à chaque pas, surtout au Caire, et qui rappelant à l'esprit la conjonctivité purulente décrite dans les livres classiques,

porte nécessairement à réfléchir sur la climatologie de ce pays et à chercher les causes d'un mal si funeste.

Qu'y a-t-il de particulier au voisinage du Nil pour rendre endémique cette forme d'ophtalmie, avec une fréquence et une intensité qu'on ne trouve pas ailleurs ?

Tous les auteurs, dans l'incertitude ou l'obscurité où ils se sont trouvés à ce sujet, ont accusé à la fois la réverbération du soleil, sa vive réflexion par un sol sablonneux et nu de végétation, les nuages de poussière soulevés par les vents du désert, ainsi que la grande chaleur du jour et la fraîcheur de la nuit. Et cependant, ni l'intensité de la lumière, qui agit seulement sur la rétine, ni la poussière ou le sable qui accidentellement s'élèvent dans l'air, ne suffisent à expliquer l'apparition d'une conjonctive aussi grave, et qui est même contagieuse et fréquemment épidémique.

C'est pourquoi je l'avais attribuée exclusivement au froid des nuits (1) dû au fort rayonnement de la chaleur par le défaut des nuages, en l'assimilant ainsi aux catarrhes, à cette classe d'affections qui reconnaissent pour cause un refroidissement, la suppression de la transpiration. J'avais été conduit à cette opinion par les faits que voici : M'étant appliqué à observer de la terrasse de l'hôtel les constellations visibles au Caire (c'était au mois de juin 1868), j'avais bientôt commencé à sentir aux yeux une ardeur qui évidemment était due à l'influence de l'air et non pas à la lumière.

La même chose arriva à mon compagnon de voyage, qui eut la conjonctivite déclarée le lendemain ; et cependant nous n'avions rien éprouvé à cet égard pendant la journée, malgré la chaleur, la réflexion du soleil et la poussière qui nous incommodaient dans nos excursions. D'un autre côté, l'observation démontre que les personnes qui dorment dans ces lieux à la belle étoile subissent presque infailliblement l'ophtalmie, à moins qu'elles ne prennent la précaution de se bien couvrir la

(1) Voy. mon *Voyage de Amérique à Jérusalem. Itinéraire en Paris, Londres, Lucerne, Rome et Égypte*. Paris, 1869.

figure, pour empêcher que le serein ne pénètre dans les yeux. Un vieux moine des religieux de Jérusalem, qui a parcouru les déserts d'Afrique couchant sans tente, de crainte d'être découvert et enlevé par des Bédouins, me parlait de la mauvaise influence du serein sur l'ophtalmie, et de la nécessité de se bander les yeux, comme de choses très-connues.

J'ajouterai, en outre, qu'obligé de continuer notre voyage quelques jours après, aussitôt que mon camarade fut assez soulagé, quoique ayant encore les conjonctives un peu injectées, nous marchâmes pendant la nuit, pour éviter le soleil, ce qui exaspéra certainement plus la maladie que si nous avions voyagé le jour.

Cependant, moi-même je n'étais pas très-satisfait de cette explication, et en réfléchissant, j'ai à la fin changé d'opinion. Pourquoi dans les plateaux élevés des Andes, à Bagota, par exemple, où le rayonnement nocturne de la chaleur fait descendre le thermomètre même au-dessous de zéro, de telle sorte que les récoltes gèlent parfois, ne voit-on pas cependant l'ophtalmie dont nous parlons ? Ce n'est donc pas le froid, soit la différence de température entre le jour et la nuit, qui peut faire de l'Égypte un foyer spécial de cette maladie.

Continuant à considérer l'air de la nuit, ou plutôt le serein comme la cause réelle de cette affection, je crois à présent que ce n'est pas par le froid qu'il agit, mais parce qu'il contient quelque chose de particulier, quelque principe qui lui est propre dans ces contrées. Et quel peut être ce principe ? Aujourd'hui que la doctrine des germes organiques, des infiniment petits, comme on les a appelés, considérés comme causes de maladies, est à la mode en pathologie ; aujourd'hui que les belles observations de MM. Pasteur, Tyndall, Hallier, Wertheim, Zurn et Salisbury ont démontré l'existence de spores microscopiques dans l'air, dans les matières altérées, dans divers virus et dans certains liquides excrétés par l'économie ; aujourd'hui, dis-je, c'est l'idée qui s'offre naturellement à l'esprit quand on pense à l'ophtalmie purulente endémique.

Telle est en définitive mon opinion. Je crois que l'atmosphère de ces localités où l'on observe l'ophthalmie endémique, doit tenir en suspension des cellules végétales, distinctes de celles des Palmellæ qu'on a trouvées dans les émanations paludéennes, et que ce sont-elles qui, en se précipitant le soir, entraînées par l'humidité qui se condense et qui leur sert de véhicule, vont se déposer sur la conjonctive pour y germer, constituant ainsi la maladie. Ainsi s'expliquerait l'endémicité de celle-ci, et son caractère contagieux.

J'engagerais les médecins de l'Égypte à faire quelques recherches dans ce sens, à mettre dehors, le soir, quelques carreaux de verre placés horizontalement comme l'a fait Salisbury, ou bien des ballons contenant de la glace, ou simplement de l'eau froide, pour recueillir le serein ou l'humidité qui se dépose à la surface, afin de l'examiner au microscope, et, surtout, d'expérimenter ses effets, en l'instillant dans les yeux de quelques animaux.

Dr. A. POSADA-ARANGO.

(*Abcille Médicale.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1872.

Présidence du Dr. J. W. Mount.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Proposé par le Dr. J. G. Bibaud, secondé par le Dr. A. Dagenais : que le Dr. L. Brossard (de Laprairie) soit admis membre actif. Adopté.

Proposé par le Dr. A. Laramée, secondé par le Dr. L. Quintal : que le Dr. Boïssy (de Memramcook, N. B.) soit admis membre actif. Adopté.

Le Comité nommé à la séance précédente pour prendre les moyens de célébrer l'anniversaire de la fondation de la Société Médicale fait le rapport suivant :

Notre Comité, nommé le 18 Septembre 1872, pour faire rap-

port sur les moyens à prendre pour célébrer l'anniversaire de la fondation de la Société Médicale, s'est assemblé, au complet, le même jour et a résolu de proposer un banquet en s'assurant des conditions auprès de l'hôtelier et du concours des membres de la Société. Subséquentement, le 23 courant, à la demande du Dr. J. G. Bibaud, le comité s'est réuni de nouveau et convaincu de l'impossibilité d'obtenir ce concours unanime en est arrivé à la conclusion de renvoyer à une époque ultérieure la célébration de l'anniversaire de la fondation de la Société Médicale.

Furent présents : les Drs. J. G. Bibaud, A. Dagenais, L. J. P. Desrosiers, F. X. Perrault et A. Laramée, secrétaire.

Proposé par le Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. F. X. Perrault que le rapport soit adopté.

Cette proposition étant mise aux voix, l'assemblée se divise également. Le Président appelé à donner sa voix prépondérante se prononce en faveur de la motion.

Le Dr. L. Quintal donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr. J. A. Trambly (de Malborough Mass. E. U.) comme membre actif.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,
Sec. Tres. S. M.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE.

Présidence du Dr. J. E. Coderre.

Officiers présents : Drs. J. W. Mount, O. Bruneau, G. Grenier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Proposé par le Dr. L. Quintal, secondé par le Dr. A. Meunier, que le Dr. J. A. Tremblay (de Malborough, Mass. E. U.) soit admis membre actif.—Adopté.

Le Secrétaire donne lecture du rapport annuel du Conseil de la Société Médicale.

Votre Conseil, pour se conformer aux règlements, a l'honneur de vous soumettre son premier rapport annuel, co.

me résumé des travaux de la Société et comme renfermant une appréciation de sa marche et de ses progrès durant l'année 1871-72.

Lors des réunions préliminaires pour la fondation d'un journal de médecine, quand l'idée fut émise de former une association parmi les médecins parlant la langue française, tous comprirent l'importance et la nécessité d'une pareille institution et les heureux résultats qu'elle pourrait produire en élevant le niveau de la profession médicale dans ce pays. Cette idée accueillie avec empressement fut aussitôt réalisée par la fondation de la Société Médicale.

Votre Conseil est heureux de constater que la plupart des médecins de la ville et plusieurs de nos confrères de la campagne ont voulu profiter des avantages que présente votre Société. Vingt-sept médecins se sont inscrits comme membres fondateurs. Dans le courant de l'année, trente nouveaux noms sont venus augmenter notre liste et porter le nombre total des membres actifs à cinquante-sept. Sur ce nombre trente-sept résident à la ville et vingt sont des praticiens de la campagne. En outre, deux membres correspondants ont été admis selon les dispositions de l'article onze des règlements. Si les circonstances ont pu empêcher quelques-uns des membres de la profession en cette ville de se joindre à nous durant l'année dernière, nous espérons pouvoir les compter bientôt au nombre des membres actifs de la Société. En recrutant nos membres parmi les médecins parlant la langue française, nous n'entendons pas affirmer en principe que la science reconnaisse des distinctions de nationalité, mais nous constatons seulement, ce qu'une expérience antérieure nous avait démontré, savoir : l'impossibilité de faire fonctionner avec succès une institution comprenant des membres s'exprimant dans un langage différent. Aussi en constatant les succès obtenus jusqu'à présent par votre Société, sommes-nous heureux de voir que sa fondation n'a nui en aucune manière au fonctionnement de la Société Médico-Chirurgicale et nous ne doutons pas que tous les membres

de la Société Médicale ne fassent des vœux pour la prospérité de cette association qui poursuit le même but que la vôtre.

Le Conseil est heureux de constater que toutes vos réunions ont été bien remplies.

Comme le veut la constitution, les séances ont eu lieu tous les quinze jours en hiver, et tous les mois en été. En outre, la multitude et l'importance des questions soumises à votre examen ont nécessité la convocation de plusieurs séances extraordinaires, ce qui en porte le nombre total à vingt-deux.

Il serait trop long d'énumérer tous les sujets qui vous ont occupés durant l'année dernière, il suffit de mentionner ici l'observation médicale du Dr. J. W. Mount, la lecture du Dr. O. Bruneau sur le vaccin, celle du Dr. A. B. Larocque sur l'hygiène et les statistiques vitales, les trois lectures du Dr. J. E. Coderre sur la vaccination et les intéressantes discussions qui ont eu lieu sur ces différents sujets ainsi que sur l'éthique médicale, l'acte médical projeté et le tarif.

Nous avons adopté l'excellent code d'éthique médicale de l'Association Médicale Canadienne et pris les moyens de la mettre en vigueur parmi nous. Nous sommes heureux de constater qu'aucune contravention n'a été signalée et nous espérons que la conduite des membres de la société sera toujours marquée par cette adhésion qu'ils semblent donner aux règles du Code d'Éthique Médicale.

En nous fournissant un motif de réunion et l'occasion de se mieux connaître, la Société a servi à cimenter l'union qui doit exister entre les membres de la profession médicale. Souvent des malentendus s'élèvent entre les membres de la profession qu'une explication franche et sincère peut faire disparaître facilement. Rien n'est plus propre que nos réunions à atteindre ce résultat désirable et par suite à empêcher ces récriminations qui jettent du discrédit sur leurs auteurs en rejaillissant sur la profession elle-même.

Nous avons aussi discuté pendant plusieurs séances le pro-

jet d'acte médical et les amendements proposés par le Dr. J. P. Rottot et nous sommes heureux de vous apprendre que l'opposition que nous avons soulevée contre l'action médicale projetée a contribué au rejet de cette mesure.

Quoique opposés à ce projet, nous avons reconnu l'urgence d'améliorer l'état de choses actuel et nous sommes convaincus que la société cherchera pour sa part les moyens d'amener cet heureux résultat.

Nous avons adopté un tarif pour les médecins de la ville dans le but de le faire adopter par la Législature ; nous travaillons, en ce moment, avec l'aide de nos confrères résidant en dehors de la ville au tarif des médecins de la campagne et nous espérons que la société continuera à poursuivre ce but.

Tout en cherchant par l'élaboration de ces différentes mesures à améliorer l'état actuel de la profession médicale nous espérons que les membres se feront un devoir, durant l'année que nous inaugurons, de préparer des travaux sur des sujets scientifiques. En étant soumis au creuset de la discussion, ces travaux acquerront une plus grande valeur et contribueront plus efficacement au progrès de la science.

Dans une prochaine assemblée, vous serez appelés à discuter un bill concernant l'anatomie que le Dr. L. D. Lafontaine, M. P. P., a bien voulu soumettre à votre examen. Nos législateurs ayant reconnu que les études anatomiques étaient nécessaires et indispensables à la pratique de la profession médicale, doivent chercher les moyens de procurer aux étudiants en médecine les *sujets* dont ils ont besoin pour se mettre d'accord avec la loi et de faire disparaître ainsi le malaise créé par l'état de choses actuel. Vous aurez bien mérité de la profession et du pays en général si vous trouvez les moyens de régler cette question délicate et importante d'une manière juste et équitable pour tous.

Il serait peut-être aussi à propos de discuter l'idée émise par le Dr. A. Dagenais d'ouvrir un concours pour le meilleur ouvrage sur un sujet médical.

Un sujet d'une grande importance, qui devrait attirer l'at-

tention de la Société serait l'établissement d'une caisse d'Épargnes pour la profession médicale de la province de Québec.

Nous sommes heureux de vous apprendre que les finances de la société sont dans un état prospère, et nous vous référons au rapport du Secrétaire-Trésorier, ci-joint, pour plus amples détails.

Nous ne pouvons terminer ce rapport sans offrir nos remerciements les plus sincères aux professeurs de l'École de Médecine, pour la libéralité avec laquelle ils ont mis leurs salles à la disposition de la société.

En résumé, les résultats obtenus pendant notre première année d'existence, sont des plus satisfaisants. Après avoir jeté un coup d'œil en arrière sur les travaux accomplis, nous sommes d'opinion que la position actuelle de la société, l'avenir qui lui semble réservée et le bien qu'elle est appelée à produire réalisent l'espoir de ses fondateurs et doivent engager tous les membres à travailler avec un redoublement de zèle pour assurer le succès et en accroître la prospérité.

Le Secrétaire donne ensuite un état des recettes et des dépenses pour l'année 1871-72.

Sur motion du Dr. J. W. Mount, secondé par le Dr. E. Boissy, les deux rapports sont adoptés.

Les élections des officiers de la Société étant à l'ordre du jour, les Drs. H. Peltier et F. X. Perrault sont nommés scrutateurs sur motion du Dr. P. E. Plante, secondé par le Dr. C. M. Filliatrault.

Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

Président, Dr. J. G. Bibaud ; 1er. Vice-Président, Dr. J. P. Rottot ; 2nd. Vice-Président, Dr. F. X. Perrault ; Secrétaire-Trésorier, Dr. G. Grenier.

Comité de Régie.—Drs. A. B. Craig, J. E. Coderre, H. Peltier, J. W. Mount, A. Dagenais.

Des remerciements sont votés aux officiers sortant de charge, et particulièrement au Secrétaire-Trésorier, pour l'habileté et le zèle déployés dans l'accomplissement de leurs devoirs.

Des remerciements sont également votés aux journaux la

Minerve, le *Nouveau-Monde*, le *National* et l'*Union Médicale*, pour avoir bien voulu publier les rapports de la Société.

Le Dr. J. P. Rottot donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr. W. H. Mondelet, (de Montréal,) comme membre actif.

Et la séance est levée.

DR. GEORGÈS GRENIER,
Sec.-Trés. S. M.

TETANOS TRAUMATIQUE TRAITÉ PAR LE BROMURE DE POTASSIUM.

Par le Dr. J. P. Rottot.

P. L... âgé de 13 ans, d'une constitution lymphatique mais jouissant d'une bonne santé, en jouant dans un moulin à scie, eut la main droite écrasée par un rouleau, le 29 d'Août dernier.

Je fus appelé immédiatement, et voici dans quel état je trouvai le malade. La peau de plus de la moitié de la main et du 3e. 4e. et 5e. doigt était complètement enlevée : elle ne tenait à l'index que par une bandelette d'environ un pouce de largeur. Les phalanges de ces trois doigts étaient fracturées. Ne pouvant déterminer immédiatement jusqu'à quel point la vitalité des parties lésées avaient été affectée par la forte pression à laquelle elles avaient été soumises, je crus devoir donner à ce jeune homme la chance de conserver le plus possible de ses doigts. Je ramenai donc la peau dans sa position naturelle, la fixant au moyen de quelques sutures ; je clissai les doigts : j'enveloppai la main avec de la ouate, et j'appliquai un bandage aussi lâche que possible.

Au bout de trois jours, une odeur désagréable commençant à se faire sentir, je défis l'appareil, et je vis que la peau loin d'avoir contracté des adhérences, avait entièrement perdu sa vitalité : il y avait aussi mortification des doigts. J'en-

levai donc la peau, et je désarticulai les doigts ; la main était considérablement tuméfiée et sensible.

La santé générale du malade était assez bonne ; il avait peu de fièvre, son appétit était assez bon, et ses souffrances assez légères ; il n'avait eu besoin d'aucun calmant, même pour dormir. Il continua dans cet état jusqu'au 13^{ème}. jour ; comme la plaie avait bonne apparence, et que tout allait bien, je m'absentai pour deux jours. A mon retour, je fus des plus surpris du changement qui était survenu. Mon malade avait les mâchoirs serrés, le cou roide, la tête rejetée en arrière ; c'était avec difficulté qu'on pouvait l'asseoir et le tenir dans cette position. Il ne pouvait pas manger et ne dormait plus ; il avait des soubresauts douloureux, surtout dans son bras malade ; ces symtômes avaient commencé l'avant veille et s'aggravait comme on le voit, rapidement. J'avais donc à combattre maintenant une maladie des plus graves, le tétanos traumatique. Je me rappelai que le Bromure de Potassium avait été donné avec succès dans un ou plusieurs cas semblables. Je résolus donc d'employer ce remède immédiatement.

Je prescrivis gr. X de Brom. de Pot. toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'un mieux sensible se fit sentir. Le malade dormit assez bien cette nuit-là ; et à son réveil il se sentit soulagé. Je continuai le remède à la même dose, mais le lendemain les symtômes parurent s'aggraver. J'augmentai la dose alors à 20 grs. toutes les deux heures. Le résultat fut des plus satisfaisants ; le malade dormit d'un bon sommeil presque toute la nuit, et le lendemain il se trouva beaucoup mieux. Je continuai néanmoins le remède à la même dose, éloignant ou rapprochant les intervalles, selon que les symtômes diminuaient ou augmentaient. Au bout de quelques jours le jeune homme put manger avec assez d'aisance, et se tenir assis sur son lit. Aujourd'hui, 15 octobre tous les symtômes de sa maladie sont pour ainsi dire disparus ; il a un très bon appétit, ses forces reviennent, et sa plaie est en grande partie cicatrisée ; il ne prend maintenant du Brom. de Pot. que de

temps à autrelorsque le sommeil lui fait défaut. Comme application locale, j'employai l'acide carbolique en solution, puis l'onguent simple, et la charpie.

SÉMÉIOLOGIE.

DES TEMPÉRATURES BASSES EXCESSIVES. LEÇON FAITE A L'HOSPITAL DE LA PITIÉ, PAR MICHEL PETER.

Suite.

On ne peut donc comparer le cas de cette femme à celui d'un chien ou d'un lapin auquel on ingère de l'alcool ou de l'eau-de-vie, d'abord parce que, pour ces animaux qui n'y sont nullement habitués, ces substances sont de véritables poisons ; ensuite parce que cette femme avait bu surtout du vin à son repas, ce qui est déjà bien différent ; enfin, parce qu'elle l'avait bu non tout d'un coup, mais par intervalles plus ou moins éloignés, ainsi qu'il arrive dans tout repas.

D'un autre côté, cette femme avait marché plusieurs heures après être sortie de la salle du festin, elle n'était donc pas ivre-morte. De sorte qu'il faut admettre que c'est un assez long temps après l'ingestion de substances alcooliques que celles-ci auraient produit un refroidissement si considérable et tel qu'on n'en a jamais observé de semblable chez les animaux empoisonnés par l'alcool dans les expérimentations.

Si, au contraire, nous nous plaçons dans les vraies conditions du fait, nous voyons une femme en léger état d'ivresse, qui, saisie par le froid extérieur, fatiguée par une course inutile, doublement émue par la crainte de son mari et le fait d'être égarée en pays inconnu, tombe épuisée physiquement et moralement, et perd connaissance dans un fossé où elle se refroidit graduellement en cédant de son calorique à la neige qu'elle fait fondre.

C'était donc là, je le répète à dessein, un refroidissement tout *physique*, par rayonnement, et non dynamique, par intoxication. Aussi n'hésitai-je pas à la traiter par le calorique

intus et extra, et à stimuler son système nerveux par le rhum ajouté au thé chaud.

Vous avez vu le résultat de ce traitement.

Je comparerais volontiers ce cas aux faits si lamentables de congélation observés dans la campagne de Russie. Avant d'arriver à 0 degré et au-dessous, les malheureux soldats avaient nécessairement dû passer par la température de 26 degrés, de sorte que, avec ses 26 degrés, cette femme était en voie de congélation ; quelques heures encore et sa température centrale serait graduellement descendue à 10 degrés, à 8 degrés et même au-dessous, et la mort s'en serait suivie.

Mais comme ces chiffres extrêmes n'ont pas été atteints, l'organisme qui était *sain de toutes parts* ne demandait qu'à *revivre*, et voilà pourquoi cette femme que je croyais devoir mourir est si énergiquement revenue à la santé (1).

(1) Dans un cas récemment observé par M. Bourneville, on a été moins heureux et le malade a succombé. Il s'agissait d'un homme apporté à la Pitié, le 2 janvier 1871, à onze heures du soir, dans un état de contracture partielle. On l'avait trouvé couché tout nu sur le parquet de sa chambre, dont la fenêtre était ouverte : et l'on était en janvier ! Il avait 27°,4 dans le rectum. On essaya de le réchauffer avec des boules d'eau chaude et du vin chaud sucré. La température ne s'éleva que 0°,6 (à 28°,2) au bout de deux heures. La mort eut lieu le lendemain matin à huit heures et demie. Cinq minutes après la mort, la température rectale était de 36°,2. M. Bourneville ne dit pas ce qu'elle était peu avant la mort ou au moment même de celle-ci. Ainsi, le malade s'était réchauffé pendant la nuit, de manière à revenir presque au chiffre normal de 37°, et néanmoins il n'avait pu *revivre*. J'ai observé à l'hôpital Saint Louis deux faits analogues chez des noyés : je réussissais à les réchauffer mais non à les empêcher de mourir. Dans ces cas, on trouve une énorme congestion des méninges encéphalo-rachidiennes et le malade succombe par son système nerveux. Dans le fait de M. Bourneville, on trouva pour toute lésion "une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien."

M. Bourneville attribue très-judicieusement ce refroidissement excessif à l'action du froid extérieur ; il rejette non moins judicieusement toute intervention de l'alcoolisme (je suis absolument de son avis), et croit que "l'action du froid, qui était très-intense à cette époque de l'année, a été favorisée par une dépression antérieure du système nerveux." (On voulait incorporer de force ce malheureux dans les bataillons de marche de la garde nationale, il en était résulté chez lui "une grande irritation, un changement de caractère très-marqué, aussi le considérait-on comme ayant le *cerveau dérangé*".) (Communication à la Société de biologie—*Gazette médicale*, 6 janvier 1872).

Nous allons voir qu'il n'en est pas et n'en saurait être ainsi dans les cas où l'organisme est lentement altéré, et où, graduellement et parallèlement à l'altération organique, la température s'abaisse.

Tel est le cas des animaux inanitiés par Chossat. Cet habile observateur a, en effet, obtenu d'expériences remarquablement conduites ce résultat constant, à savoir que l'inanition faisait baisser graduellement le poids et la température.

La plus frappante et la plus utile relation que donne l'émaciation résultant de l'inanition est que : « un animal périt lorsqu'il a perdu les 4/10^{es} de son poids normal ». L'obésité peut augmenter cette perte de 1/10^{es} : ainsi un animal gras ne meurt que lorsqu'il a perdu les 5/10^{es} ou la moitié de son poids normal ; ce fait a une importance pratique qui ne vous échappera pas. Dans tous ces cas, il s'agit d'un animal adulte : « le jeune âge, au contraire, abaisse cette résistance à la perte de poids et la porte de 4/10^{es} à 2/10^{es} ; ainsi un jeune animal meurt quand il a perdu les 2/10^{es} de son poids » : ce qui rappelle l'aphorisme d'Hippocrate : « Ce sont les vieillards qui supportent le mieux l'abstinence ; viennent ensuite les personnes dans l'âge mûr ; les jeunes gens la supportent très-mal ; les enfants moins que tous les autres. » (*Aph.* 13e. édit. de Daremberg.)

« En nourrissant un animal d'une manière insuffisante, continue Chossat, au lieu de le priver totalement d'aliments, on retarde plus ou moins l'époque de la mort, mais on n'altère en rien la loi d'après laquelle la mort arrive. Dans l'un ou l'autre cas l'animal meurt dès que son poids a atteint la limite de diminution compatible avec la vie. »

Au point de vue de la température, l'inanition produit des effets qui diffèrent selon qu'il y a privation absolue de nourriture ou seulement ration insuffisante, l'animal maigrit mais si on lui donne de la nourriture il revient à la santé ; s'il y a privation absolue de tout aliment solide et liquide, il y a émaciation rapide et la température s'abaisse d'autant-

plus rapidement que l'émaciation est plus grande et que l'animal est soumis depuis plus longtemps à l'expérience.

Chossat a constaté que chez un homme sain il y a oscillation diurne de la température, la température s'abaisse pendant la nuit et s'élève pendant le jour, l'oscillation est de $0^{\circ},74$ à l'état normal; lorsqu'un animal est soumis à l'inanition, cette oscillation est en moyenne de $3^{\circ},23$. et elle est d'autant plus grande que l'émaciation fait plus de progrès. Ainsi pour un pigeon soumis aux expériences, l'oscillation diurne, qui était de $1^{\circ},6$ le premier jour (de $42^{\circ},8$ à $44^{\circ},2$), est de $4^{\circ},5$ le seizième jour (de $39^{\circ},5$ à 35 degrés).

“ L'abaissement nocturne, dit Chossat, se prolonge d'autant plus avant dans la matinée et commence d'autant plus tôt dans l'après-midi, que l'animal se trouve déjà plus affaibli par la durée préalable de l'inanition. ”

Ainsi, la résistance au froid diminue par l'inanition.

“ Le refroidissement successif et journalier moyen prend subitement le dernier jour de la vie un accroissement considérable.

“ Ainsi, dans les derniers jours de la vie, la chaleur animale en moyenne a baissé quarante-sept fois plus rapidement que dans chacun des jours précédents. Et telle est la rapidité de ce refroidissement qu'il est en moyenne de $0^{\circ},94$ par heure pour le dernier jour de la vie. ”

La chaleur minima observée au moment de la mort a été de $18^{\circ},5$ (chez un pigeon), et la chaleur maxima $34^{\circ},2$ (chez une corneille). La mort peut donc avoir lieu chez les animaux inanitiés entre 18 et 35 degrés. Chossat a donc démontré qu'aux trois genres de mort admis par Bichat, mort par le cerveau, par le poumon ou par le cœur, il en faut ajouter un quatrième, la mort par le tube digestif.

Ainsi, dès que l'alimentation est diminuée, la question d'inanition se soulève et l'inanition complète n'est plus qu'une affaire de temps.

Puis donc que la mort peut arriver par le tube digestif, le médecin ne devra pas s'associer à la maladie en maintenant

trop longtemps la diète, surtout chez les enfants, qui n'y résistent pas plus que les jeunes animaux de Chossat.

Les expériences de Chossat démontrent qu'un organisme primitivement sain ne s'altère que graduellement par l'inanition, que la résistance au refroidissement décroît progressivement et non proportionnellement à la durée de l'expérience, c'est-à-dire à la déchéance du sujet dont la perte de calorique est ainsi beaucoup plus considérable dans les derniers jours de l'expérience que dans les premiers ; qu'enfin la mort n'arrive qu'au bout d'un assez long temps et après une grave altération de l'organisme.

Ces expériences peuvent être utilisées dans la pratique, bien qu'il n'en faille pas exagérer l'importance. Il s'agit dans ces recherches d'animaux *sains*, or, chez l'homme *malade* d'une affection aiguë, l'alimentation insuffisante ne produit qu'un de ses effets, l'émaciation ; mais l'organisme résiste si bien au refroidissement, qu'au contraire la température s'élève.

Vous savez quelle réaction judicieuse et bienfaisante s'est opérée dans les esprits à propos de l'alimentation dans les fièvres graves. A la doctrine de Broussais qui n'admettait que la diète et les émissions sanguines, Trousseau, Monneret, Graves, ont substitué une doctrine moins débilitante, et ils ont alimenté leurs malades. C'est là une bonne opération thérapeutique.

Mais que de gens en sont encore à la doctrine de Broussais ! Un très-judicieux médecin de la Côte-d'Or, le docteur Simon, me disait avoir été appelé auprès d'un jeune homme, qui, au quarantième jour d'une fièvre typhoïde, n'avait encore pris aucun aliment. Il était guéri de sa fièvre et se mourait du traitement. Avec la meilleure intention, mais la plus grande ignorance, le médecin qui le soignait avait renouvelé sur son malade l'expérience de Chossat sur les animaux.—(*Gaz. Heb.*)

PÉRITONITE PAR PROPAGATION A LA SUITE D'UN ABCÈS PÉRINÉAL.

Observation recueillie par M. A. Well, interne du service de l'hôpital Rothschild.

Jacques L..., homme de peine, âgé de 36 ans, se présente à l'hôpital le 29 novembre au soir. Depuis cinq jours, il souffre à l'anus, au périnée et jusque dans le rectum, de douleurs qui, faibles et modérées d'abord, ont pris depuis deux jours une intensité extrême avec moments paroxystiques de tiraillements et d'élançements tout à fait insupportables. Depuis deux jours aussi, il y a constipation et rétention d'urine absolue. Pas d'accélération du pouls ni élévation de température ; l'appétit est conservé ; le sommeil est bon, si les souffrances le permettent. Il n'y a pas d'antécédents hémorroïdaires ; il n'y a eu ni chute ni violence extérieure d'aucune sorte sur la région affectée.

Un premier examen fait découvrir à la marge de l'anus, à gauche et s'étendant à 1 ou 2 centimètres le long du repli ano-scrotal, un point d'induration très-sensible à la pression. Une sonde introduite dans la vessie, après une vive douleur causée à son passage dans la portion prostatique de l'urèthre, donne issue à une quantité d'urine considérable, n'offrant rien de particulier comme coloration et comme composition chimique.

Frictions d'onguent mercuriel belladone et cataplasme sur le périnée : une pilule d'extrait thébaïque de quinze centigrammes.

30 septembre.— A la suite du cathétérisme le malade a uriné plusieurs fois dans la nuit, facilement et sans souffrances. Le toucher rectal, assez douloureux, ne présente de marquant qu'une augmentation de volume de la prostate. L'induration à la marge de l'anus s'est étendue et a fait place à de l'empatement sans fluctuation. Un coup de bistouri en fait sortir quelques gouttes de sang, mais pas de pus. Le malade se trouve notablement soulagé dans la journée.

1er octobre.—La constipation persiste. Anorexie ; la langue est blanche et chargée ; le pouls s'accélère. Un lavement purgatif étant resté sans effet, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz pour le lendemain matin.

2 octobre.—Pas de garde-robe. La fièvre est plus vive aujourd'hui ; plusieurs frissons répétés dans la journée. Le soir, la température est montée à 40.6 et le pouls est à 124.

3 octobre.—Trente grammes d'huile de ricin pris le matin amènent plusieurs selles ; mieux sensible le soir. Néanmoins le pouls et la température sont les mêmes qu'au matin.

4 octobre.—Le ventre est peu ballonné. Douleur vive à la pression, principalement dans la fosse iliaque droite ; vésicatoire sur cette région.

P. M. 96. S. 104. T. 39. 2. 40.

5 octobre.—Tout l'appareil de la péritonite aiguë généralisée : la face grippée, les yeux enfoncés et cerclés de noir, hoquets, vomissements porracés, ventre fortement météorisé et très douloureux partout ; respiration courte et anxieuse, pouls fréquent, petit et dépressible à 120, T. 40, matin et soir. La miction pourtant est toujours facile depuis le premier jour ; des traces d'albumine dans l'urine. Rien de particulier dans le thorax.

On prescrit : onctions mercurielles sur le ventre ; boissons glacées ; quinze centigrammes d'extrait thébaïque en potion.

6 octobre.—Même état.

7 octobre.—Matin, T. 39.2. P. 96. Dans la journée, tous les symptômes s'amendent. Les vomissements cessent ; le ventre s'affaisse un peu. Le pouls, en même temps qu'il perd de sa fréquence, reprend de l'ampleur. Du pus en assez grande quantité sort par la petite incision faite au périnée il y a quelques jours. Il existe là un trajet fistuleux de 3 à 4 centimètres de long, dont il est impossible de trouver une issue en dedans ou une communication quelconque avec un des organes du bassin.

S. P. 92. T. 38.6.

8 octobre.—Malgré la rémission de tous les symptômes aigus, et principalement la disparition de la tuméfaction et de la sensibilité du ventre, le malade semble s'affaiblir beaucoup.

P. M. 80, S. 88, T. 37^o, 6, 38^o.

9 octobre.—Rougeur fortement érysipélateuse dans la fosse iliaque gauche. Par la petite plaie, sort, en même temps que du pus, un liquide incolore d'odeur forte et pénétrante de la nature duquel on n'a pas pu se rendre compte. Est-ce de l'urine ? Est-ce un liquide fécaloïde ? Provient-il d'un lavement qu'on vient d'administrer ? Est-ce une sérosité d'une origine toute particulière ? Le ventre est de nouveau ballonné davantage ; les douleurs spontanées et à la pression redeviennent plus violentes ; depuis quatre jours il n'y a pas eu de selles. Les bords de la petite plaie sont de nouveau plus indurés et sensibles.

P. M. 100, S. 104 ; T. 37^o, 376^o.

Prescription. Grandes onctions mercurielles sur le ventre ; calomel à l'intérieur, dix centigrammes en doses fractionnées.

10. octobre.—Agitation et souffrances extrêmes ; un peu de délire. Pas de selles par le calomel ni après un lavement simple donné encore le soir. Les urines continuent d'être faciles et abondantes ; plus d'albumine.

P. M. 108, S. 120, T. 37^o8, 38^o2.

11 octobre.—L'agitation a fait place à une adynamie profonde qui s'accuse de plus en plus.

Prescription. Potion de Todd. Dix centigrammes de calomel restent encore une fois sans résultat.

12 octobre.—Un lavement purgatif a produit une diarrhée qui devient bientôt une véritable incontinence de matières fécales. Le ventre s'est un peu excavé, mais les fosses iliaques offrent toujours de la tuméfaction et une grande sensibilité. Le pouls devient de plus en plus fréquent et petit ; il ne descend plus au-dessous de 120. Il n'a plus été possible de prendre la température à cause de l'agitation du malade.

13 octobre.— La diarrhée continue ; l'état général empire constamment.

14 octobre.— La diarrhée s'est arrêtée, mais l'urine s'écoule spontanément. Souffrances excessives. Pression très-douloureuse dans les fosses illiaques et au périnée, surtout à l'entour de la petite plaie, à bords très indurés. Les téguments de la fosse illiaque gauche ont repris leur coloration normale, mais la rougeur érysipélateuse revient à droite.

15 octobre.— Cette coloration est encore plus prononcée, en même temps que l'empâtement qu'on constatait déjà hier. Incontinence d'urine et de matières fécales. Le pouls, tout à fait filiforme, bat 144 fois par minute ; l'amaigrissement est arrivé au dernier degré.

16 octobre.— Après une agonie de plusieurs heures, le malade s'éteint dans le coma, à deux heures de l'après-midi.

L'autopsie, faite dans les quarante-huit heures après la mort, n'a porté que sur les organes de l'abdomen. Toute la région sus-ombilicale est parfaitement saine et sans altération, mais, dans la région sous-ombilicale, on constate toutes les lésions pathologiques de la péritonite ; la séreuse est molle et se déchire facilement : il existe de nombreuses fausses membranes ; les intestins sont agglutinés entre eux et descendus dans le bassin, où l'on trouve une quantité assez forte d'un liquide toute à fait purulent. La vessie et le rectum sont sains ; il en est de même de la prostate, qui n'est que fortement hypertrophiée. Quant au tissu cellulaire sous-péritonéal qui entoure les organes du bassin, il ne consiste plus qu'en une vaste nappe de pus qui baigne les parois musculaires, qui sont même comme macérés en plusieurs endroits. Il n'a pas été possible, plus que pendant la vie, de découvrir une communication entre le trajet fistuleux du périnée et le bassin avec ses organes.—[*Gazette des Hôpitaux*].

OPÉRATION DE LA TAILLE PAR LE DR. MUNRO.

Mardi le 10 septembre, nous avons l'avantage d'assister à

une de ces opérations comme sait si bien les pratiquer notre professeur de chirurgie le Dr. Munro. Le sujet opéré était un enfant de cinq ans ; après avoir mis le petit sous l'influence du chloroforme, administré par le Dr. Coderre, les médecins présents procédèrent à l'examen, et diagnostiquèrent le calcul de la vessie, après quoi le chirurgien commença l'opération ayant pour but de débarrasser la vessie du corps étranger qui jetait un trouble si cruel dans l'économie de l'enfant. Le chirurgien introduit l'index de la main gauche dans le rectum, où il est maintenu tout le temps de l'opération, fait une incision sur la ligne médiane, divise les tissus jusqu'à la prostate qu'il dilate graduellement avec l'index de la main droite, fait pénétrer celui-ci dans la vessie, d'où il le retire avec un calcul de la grosseur d'une noix de galle. L'opération pratiquée en cette circonstance est l'opération d'Alarton, ou opération de Marianus modifiée. C'est l'opération médiane moderne, elle a quelque ressemblance avec l'opération bi-latérale de Dupuytrin ; c'est une opération par dilatation, elle a cet avantage qu'elle peut être pratiquée sans hémorrhagie, le chirurgien n'a aucune suture à faire.

A. DEMERS, *Etud. en Méd.*

BIBLIOGRAPHIE.

Lectures sur les principes et la pratique de la médecine faites au Collège Royal de Londres, par Sir Thomas Watson, Bart. M. D. F. R. S., médecin ordinaire de la Reine ; Hon. L. L. D. Cambridge ; Hon. D. C. L. Oxford, membre et ex-président du Collège Royal du Roi des Médecins de Londres ; membre honoraire du Collège du Roi des Médecins d'Irlande ; autrefois à l'hôpital de Middlesex, membre honoraire du Collège St. Jean, Cambridge ; cinquième édition anglaise révisée ; publiées avec des illustrations nombreuses,—par Henri Cartshorne A. M. D., professeur d'hygiène à l'université de Pennsylvany, &c.

L'idée de publier sur le continent les ouvrages les plus

précieux et les plus célèbres de l'Europe est une coutume dont on ne saurait trop louer ceux qui l'ont introduite et popularisée aux Etats-Unis. Elle met à la portée de toutes les bourses les ouvrages du plus grand prix et rend ainsi à la science des services réellement importants. Sous le rapport médical, M. H. C. Lea, de Philadelphie, tient une des places les plus honorables par son esprit d'entreprise, sa libéralité et la facilité offerte par lui aux publicistes. Nous venons de recevoir la cinquième édition du traité de Sir Watson sur la pratique de la médecine publié par le Professeur Hartshorne et imprimé par M. Lea. Cet ouvrage qui est un des plus connus dans le monde médical n'a pas besoin déloges ni de réclame, car sa valeur ne fait doute pour personne. M. le professeur Hartshorne en commentant et illustrant de nombreuses gravures cette cinquième édition lui donne un nouveau titre à la considération de la profession. Nos remerciements à qui de droit.

NOUVELLES MÉDICALES:

—DISPENSARE SAINT JOSEPH 11 Octobre, 1872. Du 1er. Juillet au 30 Septembre dernier, 924 patients reçurent des soins à cette institution. De ce nombre 100 hommes et 379 femmes. Les prescriptions remplies s'élèvent au nombre de 445.

ANÉVRYSME DU TRONC COELIAQUE TRAITÉ PAR LA COMPRESSION, par le docteur T. BRYANT.—La compression a été faite au moyen du tourniquet abdominal de Listel. Elle fut maintenue douze heures, supprimée pendant douze heures, réappliquée pendant quatre heures. Le malade est mort de péritonite. Le docteur Bloxam a rappelé à ce propos un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale traité par la compression et qui a été suivi de mort par embolie. (*The Lancet*, 20 avril 1872).

CAMPHRE BROMÉ. (*Deneffe*).—Un nouveau sédatif du système nerveux vient d'être employé par le professeur Deneffe : c'est le camphre bromé, obtenu pour la première fois par l'infortuné Laurent. M. Swartz, de Gand, en a fait un corps cristallisé, qui est le camphre monobromé, ne différant du camphre ordinaire qu'en ce qu'un atome de brome s'est substitué à un atome d'hydrogène.

Donné en pilules, à la dose de 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures, pour un cas de *delirium tremens*, il a produit très-rapidement une sédation manifeste. Le regard était moins brillant, la parole moins rapide, et, sans beaucoup plus de sommeil, les visions étaient moins pénibles et moins fréquentes. Il suffit de continuer l'usage de ce médicament pour amener une guérison parfaite.—(*Presse médicale belge*, 1871.)

RÉACTIF TRÈS-SENSIBLE DE LA STRYCHNINE. (*Wenzel*).—L'auteur recommande, pour reconnaître des traces de strychnine, une dissolution de 1 p. de permanganate de potasse, dans 200 p. d'acide sulfurique. Suivant lui, cette réaction serait bien plus sensible que le bichromiate de potasse solide préconisé par M. Otto. (*Zeitschrift für analytische chemie.*)

SUR LA RECONNAISSANCE DES TACHES DE SANG. (*W. Gunning et Van Genus*).—On sait depuis longtemps que les taches de sang, même très-anciennes sont facilement enlevées par une solution d'iodure de potassium. Les solutions ainsi obtenues ne peuvent servir à la préparation des cristaux du sang, mais en les traitant par l'acétate de zinc, les auteurs ont reconnu qu'on précipitait complètement la matière colorante du sang, car la liqueur est tout à fait incolore. On lave par décantation le précipité floconneux qui se dépose assez rapidement, on le place sur le porte-objectif du microscope et on le laisse s'y dessécher. Par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique (procédé de Teichmann), on obtient de beaux cristaux d'hématine. (*Zeitschrift für analytische chemie.*)

ABSENCE DE CHAUX ET D'ACIDE PHOSPHORIQUE DANS L'ALIMENTATION.—Le docteur WEISKE, poursuivant ses expériences sur les effets qu'on produit dans l'organisme en retirant de l'alimentation certains principes constituant du corps vivant, a nourri une chèvre avec des aliments complètement privés de chaux et d'acide phosphorique. Les résultats de cette expérience sont remarquables. L'absence de ces aliments est nuisible à l'animal et peut, en définitive, amener la mort; mais, à l'examen cadavérique, aucun changement ne peut être reconnu dans la composition des os, qui n'en sont pas devenus plus friables. (*The Lancet*, févr. 1872.)

SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LE PHÉNOL; DOSES ET CONTRE-POISONS. (*Musemann*).—L'emploi du phénol en médecine a donné lieu à un certain nombre d'empoisonnements dont quelques-uns suivis de mort. L'auteur a cherché à déterminer la quantité de phénol nécessaire pour tuer quelques animaux: pour les lapins, il faut 35 centigrammes (en solution aqueuse très-concentrée) par kilogramme; pour les chats, il suffit de 15 centigrammes par kilogramme pour amener la mort.

M. Calvest a recommandé les huiles grasses (d'olives, d'amanthes) comme antidote du phénol, mais l'auteur les a trouvées inefficaces. Au contraire, le sucrate de chaux lui a donné de bons résultats. (*Pharmaceutische Zeitschrift für Russland*.)

NOTE SUR L'ÉRYSIPELE.

(Lue à la Société de Chirurgie dans la séance du 24 Juillet 1872, par
M. CHASSAIGNAC.)

La discussion, qui touche à sa fin, a eu déjà ce très-grand avantage, qu'elle a nettement dessiné la position respective des diverses opinions qui se sont produites dans cette enceinte, touchant la question si ardue et si controversée de l'érysipèle.

Deux courants d'idées sont aujourd'hui bien reconnus :

l'un qui admet l'identité entre l'érysipèle et l'angioleucite ; l'autre qui se prononce formellement pour la différence réelle entre les deux maladies. Il y a aujourd'hui, si l'on peut, en pareil sujet, employer de pareilles expressions, des unicistes et des séparatistes ou dualistes.

On peut étudier des points très-intéressants de l'histoire de l'érysipèle ; les approfondir isolément, comme l'ont fait plusieurs des honorables argumentateurs qui ont successivement captivé votre attention. Mais il y a des vues d'ensemble sur lesquelles il me paraît bien difficile de ne pas prononcer aujourd'hui. Sous peine de perpétuer une confusion fâcheuse et de donner lieu à bien des malentendus, on ne peut pas s'abstenir de se prononcer sur cette question. Admet-on l'identité des deux maladies ou la repousse-t-on ? Il est grand temps de devenir catégorique à cet égard, si l'on ne veut pas tourner longtemps encore dans le même cercle sans faire un pas en avant.

Il y a plus de douze années [1], j'ai énoncé que l'angioleucite est l'inflammation du réseau *lymphatique* sous-épidermique ; que l'érysipèle est l'inflammation des réseaux *sanguins* sous-épidermiques.

Quoique constituant des maladies différentes, ces lésions s'accompagnent toutes les deux de l'engorgement des trajets et des ganglions lymphatiques dépendants de la région topographique qui leur a servi de berceau ; de la même manière qu'un impétigo, un ecthyma, un ulcère syphilitique, un cancer du sommet de la tête, tout en constituant des maladies essentiellement différentes, s'accompagnent d'un engorgement des cordons lymphatiques et des ganglions de la région du col.

La différence de l'angioleucite réticulaire et de l'érysipèle ne se trouve donc ni dans les cordons lymphatiques, ni dans les ganglions ; l'engorgement de ces organes est un phéno-

(1) Traité de la Suppuration, 1859, t. 1er. Traité des opérations chirurgicales, 1861, t. 1er.

mène commun mais très-distinct des maladies considérées en elles-mêmes. A-t-on jamais songé à confondre l'érysipèle avec un engorgement ganglionnaire ou avec un engorgement trajectif ? La différence caractéristique des deux maladies se trouve dans les réseaux lymphatiques sous-épidermiques comparés aux réseaux sanguins sous-épidermiques.

Là, les différences, sont saisissantes et nombreuses. Les voici telles que je les ai fait connaître (T. 1^{er}, de la *Suppuration*, et t. 1^{er}, des *Opérations chirurgicales*) et telles que je les maintiens aujourd'hui.

Mais avant de résumer de nouveau ces caractères, il me paraît presque indispensable de décrire, le plus sommairement possible, le spécimen d'une observation d'angioleucite réticulaire généralisée. Ce que je vais dire ne s'applique à aucun de mes honorables collègues de la société de chirurgie, mais j'ai acquis la certitude que quelques auteurs de notre temps ne se font aucune idée de ce que c'est qu'un *angioleucité réticulaire*. Ils peuvent en parler par ouï dire ; mais à peine ont-ils dit quelques mots, qu'on s'aperçoit tout d'abord qu'ils ne se doutent pas de ce que c'est, qu'ils n'en ont jamais vu d'exemples ou que s'ils en ont vu, que ce n'est que d'une manière inconsciente, sans les soumettre à ce qu'on appelle une observation sérieuse. Ce qu'ils ont pris pour des angioleucites réticulaires, ce sont des rougeurs cutanées de toute autre nature, celles, par exemple, qui apparaissent à la surface d'un abcès, lequel, placé sur le trajet des grands cordons lymphatiques, se prépare pour une ouverture prochaine à la peau.

Cette erreur tient à une double cause :

1o. L'angioleucite réticulaire généralisée et parcourant successivement toutes les régions du corps est une maladie peu commune et qu'un observateur inattentif laisse échapper facilement, la mettant sur le compte d'une altération insolite d'une forme aberrante de l'érysipèle ou de toute autre maladie cutanée intercurrente, et il commet cette méprise parce qu'on n'a pas pris soin de lui faire connaître l'aspect caractéristique et pathognomonique de cette forme de l'angioleucite.

Il est très-admissible que toutes les angioleucites, les trajectives comme les ganglionnaires (hors le cas d'empoisonnement par une matière directement vénéreuse et où il y a absorption directe sans phlegmasie préalable ou concomitante), sont précédées d'une angioleucite réticulaire. Comment donc se fait-il qu'on observe si rarement l'angioleucite réticulaire par plaques? Cela tient à plusieurs causes :

1o. D'abord la blessure, l'écorchure qui amène l'angioleucite, ne fait souvent apparaître qu'une angioleucite réticulaire très circonscrite, et rarement par larges plaques, de sorte que très-souvent on prend à peine garde à cette rougeur.

2o. La génération chirurgicale de l'époque qui nous a précédés n'ayant point été dressée au diagnostic des plaques réticulaires de l'angioleucite, les voit sans les regarder suffisamment. Très-souvent même, au cours d'une angioleucite d'autant de plusieurs jours, comme presque toutes celles qu'on amène au chirurgien, et à l'époque où on les lui amène, la plaque réticulaire a disparu, et l'observateur ne se doute même pas de son existence déjà effacée.

(A continuer.)

—:O:—

MARIAGE.

A St. Thomas de Joliette, le 1er. Octobre, Louis Luc Voligny, Ecr., Médecin, de St. Jean de Matha, conduisait à l'autel, Melle. Maria Eliza Delfausse, troisième fille de J. B. Delfausse, Ecr., Agent des Terres de la Couronne pour le district de Joliette. La bénédiction nuptiale a été donnée par le Révd. Messire A. Grand, Curé de St. Jean de Matha.

Nous espérons que nos abonnés se feront un devoir de payer leur contribution avant que l'année soit expirée. Les dépenses qu'exige la publication du Journal sont très considérables. Il s'en faut de beaucoup que nous ayons reçu assez pour les rencontrer. Nous prions donc Messieurs les retardataires d'y mettre un peu de bonne volonté, et de nous faire parvenir aussi vite que possible le montant de leur abonnement.

TABLE DES MATIÈRES.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.....	485
Correspondance européenne, Dr. Ed. Desjardins.....	492
Thérapeutique.....	497
Mémoire sur la Pleurésie de la Tharacentèse.....	501
Traitement du Phagédénisme des chancres par le cam- phre en poudre.....	504
Pathologie et Thérapeutique—Cause de l'aphthalmie d'E- gypte.....	506
Société Médicale de Montréal.....	509
Tétanos traumatique traité par le Bromure de Potassium, Dr. J. P. Rottot.....	515
Sémiologie.....	517
Péritonite par propagation à la suite d'un abcès périnéal.	522
Opération de la taille par le Dr. Munro, A. Demers, Et. en M.	525
Bibliographie.....	526
Nouvelles Médicales.....	527
Note sur l'érysipèle.....	529

On s'abonne à l'*Union Médicale* au Bureau de *La Minerve*, Nos. 212 et 214, Rue Notre Dame coin de la Rue St. Gabriel.

Toute correspondance devra être adressée à l'un des Rédacteurs à la Boîte 942, Bureau de Poste.