

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.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | |

L'UNION MÉDICALE

DU

CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE

PARAISANT TOUS LES MOIS

VOLUME IX



MONTREAL

COMPAGNIE D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 28 RUE ST. GABRIEL.

—
1880

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

Comité de Rédaction :

MESSEIERS LES DOCTEURS E. P. LAÉHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

Vol. IX.

JANVIER, 1880.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Théorie de l'inflammation.

PAR A. LARAMÉE, M.D.

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

De temps immémorial le mot inflammation a été consacré par l'usage pour désigner un état pathologique caractérisé par la rougeur, la chaleur, la douleur et par la tuméfaction. Comme on rencontre ces quatre symptômes réunis, à un certain degré, dans la simple hyperémie active, on ne put donc pas raisonnablement considérer ces phénomènes suffisants pour caractériser l'inflammation ; pour trancher la difficulté on jugea à propos d'ajouter un cinquième symptôme : le trouble fonctionnel de la partie enflammée, mais ce dernier caractère ne peut compléter la définition de l'inflammation attendu que le désordre fonctionnel se présente dans tout organe troublé par un travail pathologique quelconque. Cependant, le progrès de la science ayant attiré l'attention sur les modifi-

cations circulatoires locales qui accompagnent, au début, toute inflammation des parties vasculaires, on mit de côté la *définition symptomatique* pour la remplacer par la *définition anatomique*, c'est-à-dire que l'inflammation fut caractérisée et définie par une congestion active, ce phénomène étant initial, et par les changements parallèles de la circulation capillaire. C'était déjà un progrès, mais ce caractère n'est pas encore satisfaisant et en voici la raison : il est vrai que l'inflammation des parties intéressées produit toujours, au début, de la fluxion, mais celle-ci ne peut, à elle seule, constituer l'inflammation vu que, par exemple, la section du sympathique produit des fluxions qui persistent plusieurs jours sans dépasser cet état, c'est-à-dire sans cesser d'être de simples hyperémies.

Il faut arriver jusqu'à ces dernières années pour avoir une connaissance plus grande des phénomènes qui se passent dans le processus inflammatoire et voir les phlegmasies apparaître sous une face toute nouvelle, grâce aux recherches microscopiques qui ont été pratiquées sur l'animal vivant surtout depuis une dizaine d'années. Pour ces expériences on choisit, des parties transparentes et se prêtant facilement aux recherches, ainsi, la membrane natatoire et la langue des grenouilles, les ailes de la chauve-souris, la cornée et le mésentère des grenouilles et des mammifères, du lapin, du chat, etc. Ces organes après avoir été enflammés artificiellement par des substances irritantes ont servi, tour-à-tour, à l'expérimentation. Ces expériences souvent répétées ont eu pour résultat d'éclaircir la question de l'inflammation, et par là même, de compléter autant que possible, nos connaissances sur ce sujet. Les irritants généralement en usage, pour ces expériences, sont le nitrate d'argent, l'ammoniaque, l'alcool, les acides, l'huile de moutarde, le chlorure d'or, etc. Cependant, le fait d'exposer le mésentère à l'air atmosphérique est suffisant pour produire une irritation inflammatoire. Dans quelques cas, on a recours aux piqures d'aiguilles, aux sétons, etc. Ordinairement, les animaux servant d'expérience sont soumis à l'action du *curare* qui est administré par injection sous-cutanée. Cette substance a l'effet d'éteindre les propriétés des nerfs moteurs tout en conservant celles des nerfs sensitifs. C'est Claude Bernard qui a découvert cette action particulière du *curare*.

Le *désordre cellulaire* et le *désordre vasculaire*, c'est-à-dire la modification des éléments propres du tissu ainsi que le trouble de la circulation et de l'exosmose locales sont les deux éléments qui concourent à produire l'inflammation, mais le désordre cellulaire est le plus important car il constitue l'inflammation non seulement dans les tissus vasculaires mais de plus dans les tissus non pourvus de vaisseaux sanguins.

Le désordre cellulaire est donc le seul élément constant qui puisse caractériser, d'une manière générale, le phénomène de l'inflammation et ce désordre fondamental consiste en une exagération de nutrition des cellules épithéliales et plasmiques.

Quant à l'inflammation dans les organes vasculaires, elle est, suivant Jaccoud, *une fluxion irritative d'origine cellulaire*, vû que le phénomène inflammatoire est le résultat de l'irritation qui a agi sur la cellule qui est le point de départ des actes nutritifs.

L'inflammation est donc une altération de nutrition résultant d'une cause irritante et cette altération est constituée par une suractivité morbide passagère de la nutrition dans le tissu soumis à l'irritation.

Comme cette exagération temporaire de la nutrition s'accompagne de la congestion suivie quelquefois de résolution ou de nécrobiose, mais le plus ordinairement de la formation des éléments anatomiques et de métamorphose régressive nous pouvons admettre cinq périodes importantes à examiner dans l'inflammation, ce sont : 1^o *La période d'irritation nutritive ou de tuméfaction trouble de Virchow*; 2^o *de Résolution*; 3^o *de Nécrobiose ou Destruction des éléments anatomiques intéressés*; 4^o *de Formation*; 5^o *de Régression ou dégénérescence.*

L'inflammation peut se présenter dans tous les éléments anatomiques, même dans les cellules nerveuses et les tubes nerveux qu'on avait cru jusqu'ici à l'abri de l'affection, mais des recherches récentes démontrent que l'inflammation peut envahir ces éléments comme du reste n'importe quel tissu vivant. La marche de l'inflammation est presque toujours aigue, bien rarement chronique.

I.—PÉRIODE D'IRRITATION NUTRITIVE OU DE TUMÉFACTION TROUBLE DE VIRCHOW.

Si l'on examine, sous le microscope, n'importe quel tissu, par exemple, la corne préalablement soumise à l'action d'un irritant faible, l'on constate, peu après, une suractivité des cellules de ce tissu et cette activité exagérée se traduit par une hypertrophie de ces cellules grâce à une absorption plus considérable des liquides nutritifs. Les cellules plasmiques sont donc alors augmentées de volume et remplies de granulations albumineuses d'où le nom de tuméfaction trouble de Virchow. Ces granulations sont solubles dans l'acide acétique mais inaltérables par l'éther. En même temps que ces modifications se présentent, le noyau et le nucléole des cor-

puscules se gonflent, s'étranglent et se subdivisent. L'hypertrophie des cellules du tissu conjonctif, jointe à la segmentation des noyaux, entraînent une augmentation de volume et un changement de coloration dans la partie intéressée. Ainsi, la cornée perd sa transparence pour devenir opaque, le cartilage perd sa couleur bleuâtre pour devenir grisâtre.

Comme nous venons de le voir, la perturbation cellulaire est le phénomène initial mais presque aussitôt on voit se produire une congestion active, plus ou moins prononcée, dans les parties pourvues de vaisseaux sanguins et si la partie n'est pas vasculaire, dans les vaisseaux les plus rapprochés comme cela se voit spécialement dans ceux des papilles du derme cutané et muqueux. Les tissus non vasculaires sont en particulier, la cornée, le cartilage, le corps vitré, les tendons, le cristallin et le tissu épithélial qui recouvre toutes les membranes.

Jusqu'à ces dernières années on rattachait exclusivement la congestion vasculaire à l'action réflexe, mais très récemment Cohnheim, de Berlin, a prouvé expérimentalement que cette congestion active est plutôt le résultat de l'irritation de la paroi des vaisseaux. Cet auteur a réussi à produire la fluxion active sur la langue d'une grenouille après l'enlèvement préalable du cerveau, de la moelle allongée et de la moelle épinière. Cependant l'action réflexe peut jouer son rôle quelquefois.

L'hypérémie, dans cette première période, est par exception assez considérable pour déterminer une transudation séreuse et même de globules blancs du sang (leucocytes) et d'autres éléments du sang. Il suffit tout au plus de 24 heures pour voir les vaisseaux entourés d'un certain nombre de globules blancs et même parfois de globules rouges intacts ou fragmentés.

Les globules blancs sont fournis spécialement par les veines et les globules rouges par les capillaires.

Les premières manifestations du phénomène inflammatoire autrement dit, la tuméfaction trouble accompagne tout processus inflammatoire et peut être suivie d'abord de résolution, ce qui constitue la

II^e PÉRIODE, DE RÉSOLUTION.

Cette terminaison est l'issue la plus heureuse de l'inflammation. Dans cette période, la tuméfaction trouble et l'hypertrophie rétrogradent, les troubles vasculaires disparaissent, en un mot le tissu altéré est ramené à son état normal. La terminaison par résolution peut se rencontrer dans l'inflammation

de n'importe quel élément anatomique c'est-à-dire dans l'inflammation des cellules épithéliales des muqueuses, et des glandes, des corpuscules de la substance conjonctive, dans l'inflammation des fibres musculaires, etc.

L'irritation nutritive peut quelquefois conduire à la terminaison par destruction ou nécrobiose de l'élément intéressé, ce qui constitue la

III^e PÉRIODE DE NÉCROBIOSE.

Ici, contrairement à ce qui se passe dans la période de résolution, l'infiltration trouble progresse au point d'altérer la vitalité du tissu. Grâce à l'atteinte qu'il a subi dans sa nutrition, le tissu peut se détruire par atrophie, par dégénérescence graisseuse, colloïde ou vitreuse. Cette destruction a lieu tantôt avec division des noyaux des cellules, tantôt sans prolifération. Cette période appartenant spécialement à l'inflammation parenchymateuse du foie, des reins et des muscles, autrement dit à l'inflammation des cellules épithéliales de ces glandes et à l'inflammation des fibres musculaires, mais on peut la rencontrer aussi dans l'inflammation des cellules épithéliales des muqueuses, des séreuses, des corpuscules de la substance conjonctive. Dans les phlegmasies du foie, des reins et des muscles, la grande majorité des éléments détruits ne se réparent pas et alors il en résulte fatalement l'atrophie de l'organe intéressé, tandis que dans l'inflammation des cellules épithéliales des muqueuses, des séreuses et de la substance conjonctive, les résultats n'ont pas la même gravité, vu que les éléments détruits sont remplacés par des éléments anatomiques formés dans le voisinage. Dans cette période les troubles vasculaires sont de peu de durée et vont en diminuant, cette terminaison est rare car ordinairement l'infiltration trouble conduit à la

IV^e PÉRIODE DE FORMATION.

C'est une période importante en raison des modifications qu'elle entraîne à sa suite. On rencontre cette période inflammatoire dans tous les tissus mais surtout dans l'inflammation des corpuscules de la substance conjonctive, des cellules des muqueuses, des séreuses de la peau (épiderme); cependant elle est très rare dans le tissu propre des glandes et des muscles. C'est aussi la période, par excellence, des troubles circulatoires, des exsudats, de la formation du pus ou suppuration, de la prolifération hyperplasique, des néoplasies, etc.

Relativement aux troubles vasculaires, il y a congestion très

active et plus rarement passive. Dans le premier cas, le cours du sang est accéléré et la rapidité du courant sanguin est plus grande dans la partie centrale du vaisseau, bientôt la masse sanguine remplit toute la lumière des canaux sanguins au point que ces derniers paraissent distendus jusqu'à la limite de leur résistance. C'est alors surtout que s'opère le phénomène de l'exsudation et de la migration des globules blancs et parfois des globules rouges. Une fois les globules blancs devenus libres, ils s'éloignent de plus en plus de la veine pour s'enfoncer dans les tissus voisins, et la place qu'ils occupaient dans le vaisseau est bientôt prise par de nouveaux globules blancs qui, à leur tour, suivent la marche de leurs devanciers en cédant leur place à d'autres.

Quant aux globules rouges, généralement, ils s'éloignent peu du vaisseau capillaire, excepté quand ils sont entraînés plus loin avec les exsudats. La congestion peut quelquefois être passive, c'est-à-dire que le courant sanguin peut être ralenti dans le cas de compression par les exsudats, ou encore par des tissus de nouvelle formation (néoplasmes), mais cette congestion passive peut, exceptionnellement, passer à l'état de stase absolue et, dans ce cas, si elle est étendue, elle entraîne souvent la gangrène de la partie correspondante. Il est remarquable aussi, d'après Green, que dans le cas de stase absolue il ne se fait pas de migration de globules sanguins.

Le phénomène de l'exsudation peut avoir lieu dans toutes les phases de l'inflammation quoique souvent il faille recourir au microscope pour reconnaître les exsudats, mais c'est la période de formation qui donne origine aux exsudats les plus prononcés.

Il y a plusieurs espèces d'exsudats, ainsi selon les caractères qu'il présente, l'exsudat est séreux, muqueux, albumineux, fibrineux, croupal, hémorrhagique, purulent ou mixte.

L'exsudat séreux est composé presque exclusivement de sérosité mêlée ordinairement à des débris de cellules, des gouttelettes de graisse, des particules de fibrine, quelques globules de pus, un peu d'albumine et quand il renferme une forte proportion d'albumine, on l'appelle alors *exsudat albumineux*.

Plusieurs auteurs appellent *flux* ou *catarrhe* l'exsudation séreuse des surfaces libres; *hydropisie inflammatoire* celle qui se développe dans les cavités séreuses; *oedème inflammatoire* celui qui se fait dans l'épaisseur des tissus et *vésicule séreuse* l'exsudation qui se produit au-dessous de l'épiderme.

L'exsudat muqueux est constitué par le produit de sécrétion de la muqueuse, il appartient aux inflammations dites catarrhales et constitue le catarrhe muqueux. On le rencontre aussi

dans l'inflammation des articulations. Il ressemble quelquefois au mucus normal, mais le plus souvent il est plus épais ou plus fluide et toujours mêlé à de nombreuses cellules épithéliales, plus ou moins conservées, provenant de la membrane muqueuse et des glandes et renfermant plus ou moins de la sérosité transsudée des vaisseaux ; de plus, une autre substance appelée mucine qui est, d'après Virchow, le produit de l'élaboration épithéliale de la partie enflammée. L'exsudat muqueux se concrète parfois sous forme de fausses membranes, plus ou moins épaisses, qu'on a prises souvent pour de la fibrine, mais ces exsudats muqueux concrets, contrairement à la fibrine, au lieu de disparaître sous l'action de l'acide acétique, donnent un précipité granuleux.

En général, les exsudats séreux, albumineux et muqueux ne subissent pas de modifications importantes, *a fortiori* lorsqu'ils sont éliminés peu de temps après leur production.

L'exsudat fibrineux se présente à la surface des séreuses. Il renferme de la fibrine, des globules de pus, c'est-à-dire des leucocytes extravasés, des éléments cellulaires provenant du tissu enflammé et quelquefois de la mucine. Lorsque les globules blancs sont en abondance, on dit que l'exsudat est fibrino-purulent.

Suivant Wagner l'exsudat fibrineux est identique à la fibrine du sang, c'est-à-dire que la fibrine s'échappe des vaisseaux hypérémiés, à l'état liquide, pour se coaguler immédiatement tout en emprisonnant plus ou moins de liquide séreux dans les interstices de ses fibrilles, mais il faut admettre que la fibrine est fournie aussi par le tissu enflammé par suite de la prolifération des éléments intéressés, comme nous le verrons plus tard.

Cependant, Virchow enseigne qu'il n'y a que le sérum qui soit susceptible de transuder des vaisseaux et il considère la fibrine comme provenant exclusivement du tissu enflammé, mais cette théorie ne paraît pas mériter la préférence.

On a souvent confondu les exsudats inflammatoires fibrineux ou muqueux avec les fausses membranes grisâtres ou blanchâtres qui tapissent le pharynx et le larynx dans la diphthérie, mais ces fausses membranes sont plutôt une infiltration plus ou moins abondante de cellules analogues aux leucocytes ou à des cellules épithéliales qui sont soudées plus ou moins les unes aux autres et qui ont subi une dégénérescence analogue à la fibrine.

L'exsudat fibrineux ressemble beaucoup à l'exsudat croupal qu'on rencontre particulièrement dans les voies respiratoires, dans les reins surtout dans les canalicules urinifères, et dans toutes les membranes muqueuses.

Cependant Wagner et quelques autres observateurs, prétendent que l'exsudat croupal n'est point de la fibrine coagulée mais le résultat d'une métamorphose spéciale des épithéliums qui forment, par suite, un véritable réseau renfermant des cellules de nouvelle formation. Cohnheim adopta cette manière de voir et le premier il attribua le développement de ces cellules nouvelles à l'extravasation des globules blancs du sang. Cette dernière théorie est également admise par Wagner.

D'un autre côté, la fibrine se mêle parfois à d'autres exsudats, v. g. aux exsudats séreux, muqueux et aux exsudats du derme cutané et de l'épithélium.

L'exsudat hémorrhagique est constitué par un grand nombre de globules rouges du sang et quelquefois en quantité si considérable que l'exsudat prend une coloration rouge plus ou moins marquée indépendamment des globules rouges, on trouve du mucus, de la fibrine, quelquefois du pus.

Cette extravasation des globules rouges se produit tantôt à la suite d'une lésion, tantôt sans lésion appréciable de la paroi vasculaire. On rencontre des corpuscles rouges dans les produits d'exsudation des inflammations de poumons, v. g. les crachats rouillés, ou encore dans le ramollissement rouge qui accompagne l'inflammation du cerveau et dans les phlgmasies de la muqueuse intestinale. Cependant, il peut arriver que la coloration rouge d'un exsudat provienne de la transudation de la matière colorante du sang comme dans les inflammations asthéniques ou passives.

L'exsudat purulent se présente seul ou mêlé plus ou moins à d'autres exsudats, mais le pus en est la partie importante. Nous y reviendrons en traitant de la suppuration.

Les exsudats mixtes sont communs. Suivant leur composition il y a l'exsudat sero-fibrineux, sero-purulent, muco-purulent, fibrino-purulent, etc.

L'exsudation s'opère dans les tissus vasculaires comme dans les tissus dépourvus de vaisseaux, dans les tissus mous ou résistants comme dans les membranes ou les parenchymes.

Beaucoup d'auteurs désignent la transudation du sérum sanguin enflammé, sous le nom de plasma, de lymphé plastique, de blastème, d'exsudat fibrineux ou serofibrineux.

Relativement à son siège, *l'exsudat est libre, interstitiel et parenchymateux*: libre, quand il est épanché sur des surfaces libres ou dans des cavités naturelles du corps, v.g. sur la peau, les membranes muqueuses, les surfaces glandulaires, les alvéoles pulmonaires, dans la cavité pleurale ou péritonéale, etc.

L'exsudat est interstitiel quand il est infiltré dans les inster-

tices du tissu organique, comme par exemple, dans le plegmon; lorsque les éléments anatomiques du tissu offrent une résistance suffisante, l'exsudat se borne à écarter ces éléments, mais quand le tissu est mou ou fragile il le déchire comme cela arrive dans le cerveau.

Quant à l'exsudat parenchymateux, l'exosmose vasculaire y joue un rôle fort secondaire. Il a son siège dans l'intérieur même des éléments organiques, spécialement dans toutes les cellules épithéliales, dans les corpuscules conjonctifs, osseux cartilagineux, etc.

Maintenant revenons à l'exsudat purulent. La suppuration est l'une des terminaisons les plus communes de l'inflammation et l'on peut établir, comme règle, que la suppuration est d'autant plus abondante que l'inflammation est plus intense. Il est important de noter, en passant, que le mode d'origine du pus a été le sujet beaucoup de controverses dans le monde savant, et ces discussions ont provoqué des recherches qui autorisent à conclure que le pus provient d'une double origine; d'abord, dans la grande majorité des cas, et surtout dans les premiers temps du processus inflammatoire, les cellules du pus sont constituées par l'extravasation des globules blancs du sang et, plus tard, dans les dernières périodes inflammatoires les cellules du pus peuvent provenir du tissu inflammé, c'est-à-dire, de la prolifération des cellules épithéliales et dont on rapproche des cellules plasmatiques les corpuscules osseux, les noyaux des capillaires et du myolème.

Suivant Hoffmann et Cohnheim, le sang est la seule origine des cellules du pus. Flemming et Wagner, tout en reconnaissant la possibilité d'une prolifération des corpuscules conjonctifs fixes, n'y voient aucun motif pour admettre la participation de ces corpuscules à la formation du pus. D'après Robin, les cellules embryonnaires ou purulentes se forment de toutes pièces dans le blastème exsudé des vaisseaux. Virchow, Morel, Fort. sont d'opinion que les cellules purulentes originent des cellules propres des tissus. D'un autre côté, Cornil et Ranvier, Green admettent une opinion mixte, c'est-à-dire que, suivant ces auteurs, les globules purulents doivent leur origine à l'émigration des globules du sang et à la prolifération des éléments anatomiques.

Recklinghausen cite un fait important qui est de nature à montrer que les globules purulents ne sont pas constitués exclusivement par des globules blancs extravasés. Après avoir produit l'inflammation au centre de la cornée d'une grenouille, l'inflammation n'ayant pas dépassé le tissu non-vasculaire, cet auteur enleva la cornée et trouva dans les interstices un

nombre tellement considérable de globules purulents qu'il s'est cru autorisé à admettre la possibilité du développement de ces globules aux dépens des corpuscules de la cornée. En effet, comment expliquer la formation d'abcès au centre de la cornée quand les parties périphériques conservent toute leur intégrité. En résumé, les cellules du pus sont, dans l'immense majorité des cas, des globules blancs du sang extravasés, et quelquefois formés aux dépens des éléments anatomiques intéressés.

Cependant, l'on peut objecter qu'il est difficile de croire que les globules blancs extravasés puissent suffire à fournir aux suppurations abondantes, mais il ne faut pas oublier que le nombre des globules blancs circulant dans l'organisme est bien plus considérable qu'on le suppose. Ainsi on a prouvé que les capillaires et les veines renferment des globules blancs en proportion beaucoup plus considérable que les vaisseaux de gros calibre et même que le cœur. De plus, Green enseigne que les corpuscules blancs du sang sont susceptibles de se multiplier eux-mêmes, et, de plus, il paraît admis que dans le cours des affections inflammatoires, la rate et les glandes lymphatiques manifestent un surcroît d'activité formatrice, et produisent sans interruption de nouveaux globules blancs.

(à continuer).

Discours

Prononcé par le Dr. J. W. Mount, Président de la Société Médicale de Montréal, lors de l'ouverture des séances de cette société pour l'année 1879-80.

Messieurs et chers Confrères,

Je dois vous avouer bien franchement que j'étais loin de m'attendre à l'honneur que vous m'avez fait en me nommant à la présidence de la Société Médicale de Montréal. J'avais d'autant plus de raison d'en être surpris que, sans avoir rien perdu de mes sympathies envers la Société Médicale, j'avais, depuis quelque temps négligé d'assister à ses séances régulières. Veuillez donc agréer mes plus sincères remerciements pour cette marque de confiance à mon égard, et pour le bien-

veillant souvenir que vous avez voulu accorder à l'un des fondateurs de cette Société

Je ne puis m'empêcher de vous dire, en toute sincérité, que j'ai hésité à accepter cette charge : il m'était impossible de me dissimuler la grande responsabilité et les devoirs qu'elle m'imposait. Je craignais, (et je le crains encore,) ne pouvoir, malgré ma bonne volonté, me rendre digne de l'honneur que vous m'avez fait. Ce n'est qu'avec la conviction de pouvoir compter d'avance sur votre appui et votre intelligence, que je me suis résolu à accepter. Soyez assurés, Messieurs, que durant le temps que j'aurai l'honneur de présider vos séances, je ferai tout ce qu'il me sera possible de faire pour promouvoir les intérêts et l'avancement de la Société Médicale. Mais, je le répète, j'ai besoin de votre concours. Il nous faut à tous du travail : il faut nous garder surtout de l'indifférence, de la routine et de la fausse timidité : il faut enfin que chacun, dans la sphère de ses capacités, nous apporte le fruit de ses connaissances et de son expérience. Que tous, tant anciens que jeunes médecins, se réunissent autour du drapeau de cette Société Médicale dont la devise doit être : "*Science, travail, progrès et fraternité.*" Je fais appel au patriotisme de tous les médecins canadiens-français de cette ville et du district de Montréal : que tous fassent acte de bonne volonté et s'imposent quelques sacrifices, et il n'en pourra résulter qu'honneur et gloire pour notre nationalité, ainsi que profit et avantage pour nous-mêmes. Mais qu'il soit bien compris, Messieurs, qu'en faisant cet appel aux médecins canadiens-français, je ne prétends pas exclure de cette Société les médecins d'origine étrangère. Nous avons déjà l'avantage d'en compter parmi nous qui font honneur et à leur origine et à notre Société. Si j'ai fait cet appel à mes compatriotes, c'est parce que la Société Médicale est composée en très grande partie de l'élément canadien-français, et que c'est à lui surtout que s'adressent ces remarques.

En acceptant la présidence de cette Société, mon plus grand désir serait de voir disparaître du milieu de nous, s'il a jamais existé, tout esprit de coterie ou de rivalité. Toute *opposition* existant entre médecins d'écoles différentes doit s'effacer quand il s'agit de la Société Médicale. Nous appartenons à celle-ci avant tout : nous ne sommes attachés à aucun parti en particulier. Quelques personnes préjugées pourront peut-être nous accuser d'une certaine préférence pour l'Université-Laval parce que nous tenons nos séances sous le toit même qu'elle occupe. Mais que l'on veuille bien se rappeler dans quelles circonstances favorables nous sommes entrés ici : nous ne pouvons avoir oublié la générosité avec laquelle cet asile nous fut offert par

M. l'abbé Verreau, principal de l'École Normale Jacques-Cartier. L'Université-Laval nous offre les mêmes avantages. Nous devons, ce me semble, les accepter avec la même reconnaissance. D'autre part, nous sommes assurés de garder ici notre liberté d'action et notre parfaite indépendance en ce qui regarde la Société Médicale. Il y a donc tout avantage tant pour le public que pour nous-mêmes, à nous donner la main et à nous unir pour assurer l'avancement de la science parmi nous. Permettez-moi de vous citer, à ce propos, l'exemple que nous donne la *Société Médico-Chirurgicale de Montréal*. Lisons les rapports de ses séances et nous verrons que bon nombre de médecins anglais, tant anciens que nouveaux y assistent régulièrement : il y règne l'union la plus parfaite. Et pourtant cette Société renferme dans son sein des membres appartenant à des écoles rivales. Malgré cela, l'on aime à se rencontrer sur un pied d'égalité : l'on met de côté toute question de parti pour travailler au profit du bien commun—qui est, là aussi, le progrès et l'avancement des sciences médicales.

Si j'ai parlé d'exemples à suivre, veuillez croire, Messieurs et chers confrères, que je suis loin de ne pas tenir compte de ce que la Société Médicale a fait depuis sa fondation. Je dois ici rendre hommage à ceux de ses membres qui se sont toujours tenus sur la brèche quand la Société faisait mine d'aller rejoindre ses devancières, et qui ont réussi par leur énergie et leur travail à la maintenir au degré d'importance qu'elle occupe aujourd'hui. Néanmoins, j'ai la confiance que l'on pourrait faire davantage.

D'abord, tout membre devrait se faire un devoir d'assister régulièrement à nos séances. En second lieu, chacun de nous devrait s'efforcer de rendre celles-ci aussi attrayantes que possible en soumettant à la Société des rapports sur tous les cas intéressants qui peuvent se rencontrer dans les hôpitaux, les dispensaires, ou dans la pratique privée. Que de pièces pathologiques du plus haut intérêt ne pourrait-on pas se procurer, afin de les soumettre à l'examen et à la discussion des membres de cette Société. Et ne pourrait-on pas aussi faire ici même quelques expériences chimiques ? Assurément il doit se trouver parmi nous quelque chimiste assez habile pour pouvoir se charger de faire ces démonstrations. La chimie est, souvent, trop négligée dans la pratique ordinaire : or ces expériences, faites de temps à autre, donneraient à nos séances un attrait nouveau et seraient d'une grande utilité tant pour les anciens qui ont oublié, que pour les jeunes qui y trouveront toujours matière à apprendre.

Je ne puis laisser passer cette occasion, Messieurs et chers

confrères, sans jeter avec vous un regard en arrière et vous dire quelques mots de l'origine et des débuts de notre Société. Bien que jeune encore celle-ci a déjà son histoire, et elle a su faire sa marque dans le public médical de la province de Québec.

La Société Médicale de Montréal fut fondée le 8 novembre 1871. Les fondateurs ont été MM. les Docteurs Coderre, Bibaud, Peltier, Rottot, Larocque, Dagenais, Rollin, O. Brunneau, J. W. Mount, E. P. Lachapelle, Dubuc, Brosseau, E. Desjardins, Ricard, L. J. P. Desrosiers, A. Dugas, Poitevin, Durocher, Vilbon, Meunier, Quintal, Leblanc, Plante, Perrin, Deschamps, Perrault, Bondy, E. Robillard, et Georges Grenier.

S'il me fait plaisir de revoir aujourd'hui au milieu de nous quelques-unes des figures que je voyais à cette époque aux séances de la société, je ne puis m'empêcher de vous dire combien je regrette de ne plus voir les figures aimées de ceux qui ne sont plus, entre autres, celle de notre estimé confrère feu le Dr. Georges Grenier, de cet homme aussi humble qu'il était savant, et que nous étions convenus d'appeler notre *secrétaire perpétuel* et l'âme de notre société.

Il en est d'autres qui manquent aussi à l'appel, et dont plusieurs, mes aînés, sont encore dans toute la vigueur de l'intelligence et de la force. S'ils ont cru devoir, pour quelque temps, s'abstenir de paraître à nos séances, espérons qu'ils reviendront bientôt nous aider de leur travail, et des lumières de leur expérience.

La Société Médicale est issue de l'idée qui a aussi présidé à la fondation de "L'UNION MÉDICALE," cette revue aussi intéressante qu'utile et à laquelle nous devons un haut tribut de reconnaissance pour la publication de nos travaux et pour l'intérêt qu'elle n'a cessé de nous porter.

La Société Médicale et *l'Union Médicale* ayant originé de la même idée et sous la direction des mêmes hommes, ont dû nécessairement marcher et progresser de conserve. Ouvrons *l'Union Médicale* et nous y verrons ce que ces deux frères Siamois, si vous me permettez cette expression, ont accompli de travaux depuis leur fondation. A plusieurs reprises la presse médicale en France a remarqué certains articles de *l'Union Médicale*, et leur a fait les honneurs de la reproduction.

Nous réclamons pour la Société Médicale la passation si longtemps désirée du Bill Médical. Personne n'osera nier qu'à cette association est due l'initiative de la loi qui nous régit aujourd'hui, et que, quelque changement qu'on ait pu faire subir au projet primitif du Bill, il faudra toujours avouer qu'aux membres les plus dévoués de la Société Médicale nous devons de l'avoir vu adopter par la législature. Si quelques

détails en ont été éliminés, le fonds est resté le même. Cette loi, sans être parfaite encore aujourd'hui est néanmoins pour nous une sauvegarde, et donne aux médecins de la province de Québec des garanties qu'ils n'avaient pu obtenir auparavant.

Avec de tels antécédents, je ne crois pas que la Société Médicale puisse périr jamais. Au contraire, elle doit reprendre de nouvelles forces, serrer ses rangs, obtenir de nouvelles adhésions, et continuer de tenir la place qu'elle a occupée jusqu'à ce jour. Que l'on ait toujours devant les yeux, pour ne les jamais oublier, les principaux articles qui forment la base et le but principal de notre association. Comme il est toujours bon de retremper de temps à autre son courage à la source du bien et du juste, laissez-moi nous énumérer ces articles. La Société a pour objet : 1^o De cimenter l'union qui doit régner entre les membres de la profession médicale. 2^o De fournir aux médecins un motif de se réunir, et l'occasion de fraterniser en se connaissant mieux les uns les autres. 3^o De s'instruire mutuellement par des lectures, des discussions et des conférences scientifiques. 4^o D'engager ceux qui en font partie, à pratiquer mutuellement tout ce que l'honneur et la fraternité prescrivent aux membres d'une même profession.

Rappelons-nous souvent ces nobles motifs inspirés par le patriotisme le plus pur, et l'union ne cessera jamais de régner parmi nous.

Permettez, messieurs et chers confrères, que je vous fasse un dernier appel en faveur d'une des plus légitimes ambitions que le médecin puisse nourrir : travailler à améliorer sa position personnelle, et rendre service à ses semblables. Voilà notre but, et voilà le secret du succès et de la prospérité de la *Société Médicale*.

Bibliographie.

Medical Chemistry, including the outlines of organic and physiological Chemistry, by C. Gilbert Wheeler, professor of Chemistry in the University of Chicago—Second and Revised Edition—Chicago, 1879.

La chimie a fait, dans ces dernières années, des progrès aussi considérables qu'importants. Cette science telle qu'elle est constituée aujourd'hui, ressemble à peine à ce qu'elle était il y a dix ou quinze ans. La théorie atomique, maintenant adoptée par tous les auteurs de quelque renom, a été le point

de départ de cette transformation. Les classifications et la nomenclature ont été remaniées, de nouveaux éléments ont été découverts, et l'on a, par la suite, émis de nouvelles lois de combinaisons.

Ces changements, ces progrès devrions-nous dire, quelque considérables qu'ils soient dans le domaine de la chimie inorganique, le sont encore davantage dans celui de la chimie organique. C'est à l'étude de celle-ci qu'est entièrement consacrée la première partie de l'ouvrage du Dr. Wheeler.

Il faut l'avouer, l'étude de la chimie organique a été et est peut-être encore beaucoup trop négligée. On ne devrait pas oublier que c'est elle qui, depuis un certain nombre d'années, a doté la matière médicale d'un grand nombre de substances, aujourd'hui employées en thérapeutique et avec grand succès. Il est certain aussi qu'une connaissance approfondie et raisonnée des éléments qui entrent dans la composition des corps organiques, ainsi que des lois auxquelles ces éléments sont soumis, peut conduire à d'importantes découvertes thérapeutiques. Deux corps dans lesquels l'oxygène, le carbone et l'hydrogène sont combinés dans les mêmes proportions et suivant les mêmes poids atomiques, bien que de tels corps diffèrent quant à leur origine ou leur aspect physique, ne doivent-ils pas avoir des propriétés analogues et exercer sur l'économie une action semblable? C'est ce qu'une observation ultérieure pourra plus amplement confirmer.

Le Dr. Wheeler n'a pas écrit un *traité* de Chimie organique. Il se contente de résumer en aussi peu de pages que possible, et d'une manière généralement assez claire, l'état actuel de la science au sujet des composés organiques. A part quelques omissions que de nouvelles éditions feront sans doute disparaître, cette partie de l'ouvrage peut être très-utile, comme manuel ou Compendium, à celui qui possède déjà une connaissance assez étendue de la Chimie organique. Mais nous doutons que cela puisse suffire à l'élève qui n'a pas, lui, ces notions préalables, et à qui il faudra plus de détails et d'explications.

A notre sens, la seconde partie du volume, consacrée à la Chimie animale rencontrera beaucoup mieux que la première les besoins de l'élève en même temps que ceux du praticien. C'est un résumé à peu près complet de toutes les diverses combinaisons chimiques qui se font dans l'économie, et dont l'ensemble constitue la digestion, la respiration, la nutrition, etc., etc. Style clair et sobre; méthode facile; théories aussi modernes qu'on peut le désirer, voilà autant de titres qui recommandent à notre attention la "Chimie animale" du Prof. Wheeler.

Disons en terminant que la Chimie animale pourrait bien, sans aucun inconvénient, prendre une place permanente dans les cours ordinaires de Chimie. Cela allégerait les cours de Physiologie et d'Histologie de nombre de détails généralement assez arides, et éviterait beaucoup de répétitions, ce qui serait loin de nuire à la clarté et à la méthode de l'enseignement.

DR. H. E. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Guérison de la tuberculose.— I.—Le n° 37 de la *Medizinische Presse* (de Vienne) contient une communication importante du Dr *Kroczak*, assistant de la clinique du célèbre professeur *Rokitansky*, d'Inspuck, au sujet de la guérison radicale de la tuberculose pulmonaire au moyen d'inhalations de benzoate de soude (dissout dans l'eau dans la proportion de 5 p. 100). Sur quinze malades traités dans les mois de juillet et d'août de cette année, pas un seul n'a succombé, et cependant trois de ces malades étaient mourants quand ils avaient été présentés à la clinique, et la tuberculose était déjà arrivée à l'état caverneux. Ces trois malades ont quitté la clinique au bout de cinq ou six semaines, parfaitement guéris, avec un teint tout à fait normal et un accroissement de poids de 3 à 8 kilos.

Le principe sur lequel est basé ce traitement est la supposition, fondée sur de nombreuses observations et expériences faites dans ces dernières années, que la tuberculose se propage par infection, comme la petite vérole, la diphthérie, le typhus, etc., et que ce sont des champignons ou animalcules microscopiques (bactéries) qui sont les véhicules de la substance morbide. Le natron benzoicum a, comme l'acide phénique, l'acide salicylique, etc., la propriété de détruire ces petits organismes.

Toutefois, nous devons ajouter que le Dr *Schnitzler*, rédacteur en chef de la *Medizinische Presse*, fait quelques réserves au sujet des conclusions trop absolues que l'on pourrait tirer des succès obtenus par le professeur *Rokitansky*. Sans nier la réalité des faits attestés par le Dr *Crockzak*, il affirme avoir

employé pendant plusieurs mois les inhalations de benzoate de soude, non-seulement dans des cas de phthisie pulmonaire, mais encore dans des cas de phthisie laryngée, sans en avoir obtenu des résultats aussi "étonnants" que son collègue le Dr Rokitsky.

La conclusion de M. Schnitzler est qu'il est à désirer que de nouvelles communications de l'illustre praticien nous fassent connaître que le succès du nouveau traitement est aussi durable qu'il a été éclatant au début.

Quant à nous, jusqu'à meilleur et plus ample informé, nous suspendons notre conviction, si nous pouvons ainsi nous exprimer, car nous croyons peu à des résultats aussi prompts que positifs dus à un médicament, tel que le benzoate de soude, dans une affection de la nature et de la genèse de la phthisie pulmonaire.

II.—À côté de ce fait de M. de Kroczak, nous pouvons placer le fait qu'a publié M. Bastings dans le *Journal de méd. et de chirurgie* de Bruxelles. MM. Gustin et Poupart ont contrôlé le diagnostic de leur confrère : "Poumon droit rempli de tubercules avec caverne au sommet, dépression de la poitrine. déviation de la colonne vertébrale du même côté: ph. au 3^e degré."

Il s'agit d'une enfant de huit ans et demi chez laquelle les signes de la phthisie se sont déclarés immédiatement après une pneumonie droite des plus graves accompagnée d'accès de fièvre pernicieuse.

Ce n'est plus ici le benzoate de soude, c'est l'électrisation méthodique des muscles de la respiration qui constitue le traitement.

M. Bastings n'en serait pas à son premier coup d'essai. Dès 1863, cet honorable confrère de Bruxelles, dans son *Traité de Phthisie*, annonçait vingt-cinq guérisons sur trente-sept cas traités par ce mode. Il n'est pas inutile d'annoncer que M. Bastings étale ses observations sur les constatations et les confirmations de MM. Bougarn, Sycianko, (de l'Université impériale de Karkoff), Gustin et Poupart, sans oublier M. G. Titeca qui dans le *Journal des Sc. méd.* de Louvain, n'hésite pas à déclarer que, s'il avait à traiter une maladie consomptive ou un état de "faiblesse de complexion" ayant résisté à la médication thérapeutique ordinairement mis en usage, il considérerait comme un devoir d'employer l'électricité, et qui promet bien des satisfactions inattendues à ceux qui voudront s'en servir avec discernement.

Allons pour la gymnastique électrique; et donnons, d'après M. Titeca, l'exposé rapide de la théorie et du traitement de M. Bastings.

Comme tous les organes de l'économie, les muscles ont leur stimulant propre : le fluide nerveux, qui a la plus grande analogie avec le fluide électrique, à tel point que celui-ci peut suppléer à celui-là.

Dans la *faiblesse* ou altération de la constitution, comme dans toutes les maladies qu'elle engendre, il y a deux symptômes primordiaux constants : l'affaissement des muscles, et notamment des muscles de la respiration, et la décoloration du teint ou pâleur.

L'affaissement des muscles dépend de l'action trop faible du fluide nerveux; la pâleur provient de la diminution des globules rouges du sang, conséquence elle-même de la pénétration de quantités insuffisantes d'air dans les poumons par l'acte de la respiration.

Le mot *faiblesse* a donc sa signification scientifique; il veut dire diminution du fluide nerveux dans les muscles et des globules dans le sang.

Pour combattre cet état, il s'agit de suppléer au manque de fluide nerveux par une dose appropriée d'électricité; de cette façon, les muscles reprennent leur vigueur, la poitrine se dilate davantage, l'air entre en plus grande quantité dans les poumons, d'où hématoxe plus complète et partant assimilation plus convenable.

Quant au *modus faciendi*, M. Bastings emploie l'électricité à doses telles que les contractions qui en résultent correspondent aux contractions musculaires naturelles; ces doses ne déterminent aucune douleur proprement dite. L'appareil dont il se sert est la petite machine électro-galvanique de Graiffe. Il place le pôle positif sur les nerfs à leur entrée dans chaque muscle et promène le négatif successivement sur les divers corps musculaires.

Outre les muscles de la poitrine, M. Bastings électrise aussi ceux des bras. En général, il ne fait qu'une séance par jour, de cinq minutes environ; dans certains cas exceptionnels, il en fait deux et même trois.

Voilà un traitement qu'il est rationnel de renvoyer aux praticiens. Que ceux-ci avisent!—*Le Mouvement médical.*

—

Changements de température à la suite de lésions de la moelle cervicale,—par NIEDEN.—Un cocher de 60 ans tombe d'une échelle, se luxé la septième vertèbre cervicale sur la première dorsale. Mouvements de la tête, de la nuque, des membres supérieurs simplement douloureux; mais para-

lysie de la sensibilité et de la motilité de tout le reste du corps à partir du troisième espace intercostal. Dix heures après l'accident, température 35°,1; jusqu'au commencement du troisième jour la température monta lentement jusqu'à 37°; mais le quatrième jour, elle retomba à 35°,4. Dans la nuit de du sixième jour, 32°,3; le septième, 31°,1; les huitième et neuvième, 29°,1. Rien autre de particulier à noter. Le dixième jour, jour de la mort, la température fut de 27°,2, et de 27°; dix minutes après la mort, elle monta de trois dixièmes.

Un homme de 23 ans se fait une luxation de la sixième vertèbre cervicale sur la septième; symptômes semblables à ceux du cas précédent, si ce n'est que la température s'éleva, au contraire, déjà quatre heures après l'accident, 41°,5; dix heures plus tard, à 43°; au moment de la mort, arrivant quelques instants après elle atteignit 43°,4. Après la mort, il y eut encore une élévation de quelques dixièmes.

Un troisième malade, à la suite d'une chute, a une paralysie des quatre membres, et de l'anesthésie à partir du deuxième espace intercostal (fracture au niveau de la troisième et quatrième vertèbres cervicales). Les premières températures furent de 33°,4—33°,2—32°.—Huit heures après l'accident, 33°,3, malgré les tentatives pour le réchauffer. Mais elle se mit alors à monter lentement: 37°,3 treize heures après l'accident; elle était à 39°,2 au moment de la mort, dix-neuf heures après la chute. Ce cas tient donc le milieu entre les deux premiers. L'état actuel de la science rend difficile l'explication de ces faits.—(*Berl. Klin., Woehens.*)—*Lyon médical.*

Nouvelles recherches sur les cholagogues,—revue par Ern. LABBÉE.—L'étude des stimulants de la sécrétion biliaire est à l'ordre du jour en Angleterre; MM. Rutheford, Vignal et Dodds, ses élèves s'en sont particulièrement occupés. Ne sont cholagogues vrais que les médicaments augmentant la sécrétion biliaire par une action directe sur les éléments glandulaires élaborateurs de la bile; ce sont, entre autres: le podophyllin, l'aloès, le colchique, l'ipécacuanha, la coloquinte, le jalap, le sulfate de soude, celui de potasse, le phosphate de soude, l'acide chlorhydrique dilué, le bichlorure de mercure. Sont faiblement cholagogues: l'huile de croton, la rubarbe, le séné, la scammonée, le tartrate de potasse et de soude; le pissenlit a une réputation de cholagogue usurpée; enfin, n'agissent pas sur le foie la gomme-gutte, l'huile de ricin, le calomel, le sulfate de magnésie, le chlorhydrate d'ammoniaque qui ne stimule que la glande intestinale.

Dans cette dernière étude ayant pour objet les substances non purgatives, Rutherford et Vignal donnent comme stimulants énergiques du foie : la fève de Calabar qui produit aussi la glycosurie, le benzoate et le salicylate de soude. Bicarbonate de potasse ou de soude sont des excitants hépatiques très-faibles, ainsi que le jaborandi. Doivent être indiqués comme sans action sur la sécrétion biliaire, malgré qu'on en ait dit, l'iodure de potassium, l'alcool dilué, le sulfate de manganèse. L'action cholagogue, d'après Rutherford, n'est pas le résultat réflexe d'une excitation de la muqueuse duodénale ou de l'intestin, puisque la gomme-gutte, le sulfate de magnésie, irritants énergiques de la muqueuse intestinale, ne modifient nullement la sécrétion biliaire ; l'excitation cholagogue de l'élément glandulaire n'est pas subordonnée à une circulation plus active, puisque l'huile de ricin, hyperémiant intestinal et probablement hépatique n'est pas cholagogue. Les cholagogues agissent donc directement sur les cellules sécrétantes ou sur leurs nerfs, et plus probablement sur ces derniers, C'est chez le chien que les expériences ont été faites.—(*Journal de thér.*)—*Lyon méd.*

Fréquence des tœnias.—M. Ern. Besnier, à la Soc. méd. des Hôp. de Paris (séance du 25 juillet 1879), a attiré l'attention de ses collègues sur la fréquence beaucoup trop méconnue des parasites intestinaux et en particulier du tœnia et du bothriocéphale. Il existe à l'égard des symptômes qu'ils déterminent, un trop grand scepticisme. Le tœnia inerme dont les cucurbitains sortent dans l'intervalle des garde-robes, est d'un diagnostic assez facile. Le tœnia solium, qui n'apparaît que dans les selles, peut échapper plus facilement. Quant au bothriocéphale, ses symptômes sont des plus variables et il est très souvent méconnu. Il en observa un exemple qui le démontre bien.

Il soignait depuis quelque temps, avec M. Descroizilles, une dame qui présentait des symptômes d'entérite chronique avec amaigrissement notable. Le diagnostic porté : cancer latent de l'intestin, et, à bout de ressources : eaux de Plombières. Il y avait environ douze jours qu'elle y était quand elle lui a envoyé un bothriocéphale qu'elle avait rendu dans son bain. Depuis, son état s'est considérablement amélioré. Cette dame va tous les ans passer six semaines sur les bords du lac de Genève. C'est là sans doute qu'elle aura pris son parasite, et il est probable que c'est dans l'eau alimentaire non-filtrée ou dans un poisson que l'on a l'habitude de servir à Genève, la fera, que sont contenus les œufs de ce ver.

Il faut donc, dit M. Besnier, toutes les fois qu'un malade a de la diarrhée ou des symptômes intestinaux quelconques, songer aux vers intestinaux et ne pas les croire aussi rares qu'on l'a dit. Comme traitement, il donne à sa malade de la teinture de camala.

Pour M. Constantin Paul, le meilleur anthelminthique dans ce cas lui paraît être la fougère mâle. Le malade ne doit prendre la veille qu'un ou deux potages. On lui administre alors le lendemain matin vingt pilules et il rend en général très-bien son ver. Il faut seulement que les pilules soient fraîches; car les préparations de fougère s'altèrent très-vite.

M. Laboulbène a vu un malade qui avait pris, il est vrai, différents médicaments: acide phénique, acide salicylique, mais qui n'a rendu son bothriocéphale qu'à l'aide de la teinture de camala.

M. Damaschino a guéri un malade qui avait contracté son affection en Roumanie, au moyen de l'écorce de racine de grenadier.

M. Lereboullet a vu une jeune fille de quinze ans qui a été guérie après plusieurs administrations successives d'écorce de grenadier. Mais il paraît qu'en Hollande, où elle avait été soignée et où le bothriocéphale est très-commun, on se sert habituellement de la fougère mâle.

M. Dujardin-Beaumetz a donné, à l'hôpital Saint-Antoine, à un malade de M. Mesnet atteint de bothriocéphale, du tannate de pelletière, l'alkaloïde du grenadier, et il a eu un insuccès avec ce médicament, qui lui donne, au contraire, des succès constants pour le tœnia; d'ailleurs, en général, l'écorce de grenadier est très-inférieure à l'extrait éthéré de fougère mâle dans le traitement du bothriocéphale.—*Le mouvement médical.*

Erysipèles des bronches et des poumons, par le Dr STRAUSS.—La pneumonie érysipélateuse que décrit le docteur Strauss n'est point celle qu'a décrite Friedreich sous ce nom, ni la pneumonie érysipélato-phlegmoneuse de Trousseau. Celle-ci ne tient à l'érythème cutané que par sa marche serpigineuse envahissante, c'est le plus souvent une des formes de la pneumo-typhoïde, et la lésion locale est un vulgaire exsudat fibrineux.

Ici, il s'agit d'un érysipèle vrai, cutané, qui s'est propagé au pharynx et de là aux voies respiratoires, où il a développé une pneumonie.

Cette pneumonie offre des particularités cliniques et sortant des caractères anatomiques qui la spécialisent.

Cliniquement, cette pneumonie se fait remarquer par l'insidiosité du début, marqué par un point léger, sans frisson, et par la marche excessive, extrêmement rapide de la maladie (tout le poumon droit envahi en quatre jours).

Les particularités anatomiques sont plus décisives. L'énorme étendue de l'hépatisation, son passage si rapide et si total à l'hépatisation grave chez un sujet jeune, vigoureux, non alcoolique, sont des caractères fort remarquables. Enfin, au microscope, on a noté l'absence totale de la fibrine dans l'exsudat pneumonique, même dans les points qui paraissent les derniers envahis. Les alvéoles pulmonaires étaient remplies par une énorme infiltration de leucocytes, et on peut rapprocher cette particularité anatomique de ce qui se passe vers le derme dans l'érysipèle cutané.

Pour toutes ces raisons, l'auteur croit pouvoir sans témérité établir le fait d'une pneumonie spéciale, sinon spécifique, d'une pneumonie érysipélateuse ou proprement de ce que les anciens appelaient "l'érysipèle du poumon."—(*Revue mensuelle*, septembre 1879.)—*Lyon médical*.

Mensurations thermométriques dans l'estomac humains.—Un petit thermomètre à maxima, dont l'échelle s'étend de 35 à 43°, est fixé à l'extrémité d'une sonde au moyen de gutta percha et maintenu d'ailleurs par un fil fort qui traverse toute la longueur de la sonde. Il faut cinq à dix secondes pour faire parvenir l'appareil jusque dans l'estomac, et 15 à 20 secondes pour que l'index commence à monter. Il n'y a donc aucun risque que le chiffre marqué par l'index corresponde à la température de parties sous-jacentes à l'estomac. Les recherches de M. Winternitz se rapportent principalement à l'influence des irrigations rectales froides sur la température de l'estomac. 25 minutes après le début d'une irrigation d'un litre d'eau à 11°, et 5 min. après qu'elle est terminée, la température gastrique est abaissée de 0°, 9 centigrades; à ce moment, la température de l'aisselle est supérieure à celle de l'estomac. On savait déjà que la chaleur générale est diminuée par les lavements, il serait prouvé par ces expériences nouvelles que la réfrigération la plus considérable se produit dans les organes de la cavité abdominale, ce qui pourrait conduire à d'importantes applications thérapeutiques.—(*Ibid.*)—*Lyon médical*.

Des complications cardiaques de la blennorrhagie.—Les différents cas dans lesquels on voit des complications cardiaques survenir dans la blennorrhagie ont été passés en revue par le Dr Morel; il a recueilli un certain nombre d'observations qu'il a comparées et analysées, et de ce travail il expose ce qui suit :

La blennorrhagie peut se compliquer d'inflammation dans diverses séreuses, et agir d'une façon directe aussi bien sur celles de l'organe central de la circulation que sur les séreuses articulaires par exemple.

Le rhumatisme n'est nullement l'intermédiaire obligé entre la lésion spécifique et la lésion de la séreuse; mais les cas où il y a coexistence des deux complications sont de beaucoup les plus fréquents.

Tous les malades observés étaient des hommes. Et si le nombre de blennorrhagies n'est pas une cause prédisposante, la véritable cause prédisposante est l'existence antérieure de manifestations rhumatismales, que celles-ci aient ou non accompagné une chaude-pisse.—*Le mouvement médical.*

De la morphine et du chloroforme employés simultanément comme anesthésique,—par le docteur LEROY (de Constantine).—Il s'agissait d'enlever une molaire cassée et très-douloureuse à un homme qui se faisait ordinairement enlever les dents à l'aide de l'anesthésie par le protoxyde d'azote. Ce dernier faisant défaut, on dut recourir au chloroforme. L'opération fut très-pénible: il fallut un quart d'heure et près de 100 grammes de chloroforme pour obtenir une insensibilité suffisante pour pratiquer l'avulsion de la dent sans grande douleur.

A quelque temps de là, l'auteur se trouvant dans la nécessité de recourir à la même opération chez le même sujet, eut l'idée de pratiquer au préalable une injection hypodermique d'un centigramme de chlorhydrate de morphine. Avec quatre grammes de chloroforme et au bout de trois minutes, l'insensibilité était suffisante pour pratiquer l'extraction, dont le patient n'eut absolument pas conscience. Le réveil s'opéra très-facilement et, sauf une somnolence qui persista toute la soirée, il déclara se trouver dans un bien-être parfait.—(*Vichy médical.*—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Nouvelle méthode d'opération des tumeurs blanches (ou abrasion intra-articulaire, ou encore arthroxésis.—Par M. LÉTHÉVANT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon et professeur à la Faculté de médecine.

I.

J'ai été conduit à pratiquer ma nouvelle méthode d'opération des tumeurs fongueuses *intra-articulaires* (tumeurs blanches communes), à la suite de diverses opérations sur des tumeurs fongueuses *extra-articulaires*.

Ces dernières, développées en dehors des articulations, touchent souvent à la surface externe de la capsule articulaire et y sont accumulées en masses quelquefois multiples.

J'ai pratiqué l'ablation de plusieurs de ces tumeurs, soit au dos du carpe, soit sous le tendon d'Achille, soit sur la dépression calcanéo-cuboïdienne par la méthode du râclage.

La raquette, d'une direction très-précise, m'a permis de découvrir le mal, de le circonscire et de n'enlever que lui.

Les désordres peu considérables causés par ce mode d'opération ont rendu la guérison facile et prompte. A la suite de ces résultats heureux la récédive ne s'est pas produite.

La bénignité du râclage *extra-articulaires* m'a engagé à faire l'abrasion des fongosités *intra-articulaires* de certaines tumeurs blanches.

Les tumeurs blanches communes ou synovites fongueuses (je ne parle ici que de celles-là) débutent généralement par des fongosités formées à la surface interne de la synoviale. Ces fongosités se développent, distendent, puis perforent la capsule articulaire et vont s'accumuler en un ou plusieurs points au-dessous de l'aponévrose et de la peau.

Ces fongosités constituent à elles seules la lésion morbide dans la synovite fongueuse. L'os, dans ces cas, n'est altéré que par leur présence: cette altération, légère d'ailleurs, est seulement à sa surface. L'os est alors comme érodé par place. Le cartilage d'encroûtement, atteint quelquefois sur les bords, s'y détache par parcelles fines; ou bien ces bords ont disparu par altération velvétique; quelquefois le cartilage à complètement disparu.

L'extrémité osseuse érodée n'a aucune lésion dans son épais-

seur, ni abcès, ni fongosité intérieure, ni séquestre. Le mal c'est la fongosité. Les altérations de l'os ou des autres tissus ne sont que des lésions accessoires et symptomatiques.

Il me paraît inutile, dans ces cas, de sacrifier une masse osseuse parce qu'elle est entourée d'un fungus qui a légèrement altéré sa surface. Il se trouverait même, en un ou deux points, ce que je n'ai pas observé, des fongosités profondes. il faudrait éviter, sans pour cela amputer ou réséquer. *Enlever le mal. rien que le mal. Respecter ce qui est sain. tout ce qui est sain.*

En agissant ainsi on doit obtenir :

1^o Une économie pour l'organisme dans le travail de réparation.

2^o Une adaptation exacte des surfaces articulaires laissées dans leurs rapports normaux.

3^o La conservation plus complète des capsules articulaires ligamenteuses qui seront à peine intéressées.

4^o Une précision dans les mouvements que les méthodes en usage ne donnent pas habituellement.

Ce dernier point, bien important, me paraît devoir imposer la méthode dans les synovites fongueuses du coude par exemple : la résection, dans ces cas, paraissant délaissée par quelques chirurgiens, en raison de la mobilité exagérée et folle du membre qui en est assez souvent la conséquence et qui laisse un membre inutile et embarrassant.

Pour toutes ces raisons, et autorisé par les essais heureux sur les fungus extra-articulaires. j'appliquai l'abrasion pour une tumeur blanche, volumineuse du coude, au mois d'avril dernier (1879) sur ce jeune homme que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

II.—OBSERVATIONS

§ 1.—Marcellin Bador, âgé de 15 ans, portait au coude droit une volumineuse tumeur blanche fongueuse, datant de trois ans, douloureuse, ramollie, sur le point de s'ouvrir.

On avait proposé l'amputation du bras, puis la résection de la jointure.

Opération.—Le 29 avril 1879, le malade est anesthésié, son membre supérieur exsangüifié suivant les préceptes d'Es-march.

Premier temps : Je fis à la surface externe de la région du coude une incision longue de 10 centimètres. Elle commençait au bord externe de l'aponévrose inter-musculaire externe, au bras, descendait sur la région latérale du coude, puis se recour-

bait un peu en arrière pour se terminer sur le bord externe du cubitus : cette direction dans le but d'éviter le nerf radial et de le laisser dans la lèvre antérieure de la plaie.

L'incision, n'intéressant d'abord que la peau et l'aponévrose, mit à découvert deux foyers de fongosités gros comme des œufs de pigeons, que j'enlevais avec les râclettes à cet usage. L'abrasion de ces fongosités, ainsi que le nettoyage complet des cavités celluleuses qui les logent, s'opèrent avec facilité.

Ces premières masses fongueuses communiquaient par deux ou trois petits plongements à travers la capsule articulaire avec celles qui étaient contenues dans la cavité articulaire.

Je fis à ce niveau sur la capsule fibreuse une incision verticale de trois centimètres, réunissant les perforations, et, par cette fente, j'enlevais les masses fongueuses accumulées vers la petite tête du radius.

Elles étaient nombreuses à la face interne du ligament annulaire distendu, au pourtour de la cupule et du col du radius, au devant et en arrière de la facette sigmoïdale du cubitus. Il fallut une attention patiente pour faire, à ce niveau, une abrasion complète.

Le cartilage était détruit sur le bourrelet radial et les bords de la capsule, intact sur le centre de la cupule et sur la facette sigmoïdale. L'os était érodé au col et au bourrelet radial ; je n'enlevais que les poussières cartilagineuses et osseuses qui cédèrent à un léger frottement.

Par la même fente, je fis encore la toilette du condyle huméral dont le cartilage était détruit ; j'abrasais les végétations accumulées dans la région olécrânienne externe d'abord, coroi-dienne externe ensuite. Le bord externe de l'olécrâne n'était pas altéré ; la crête qui borde la poulie en dehors était dénudée de son cartilage ; mais le cartilage de la gorge de la poulie était intact.

Pour apprécier ces caractères et compléter la toilette articulaire de la région externe, je dus écarter les surfaces osseuses, les dévier et faire ainsi une luxation de quelques instants.

Deuxième temps : Incision de la peau à la région interne de l'article, partant du niveau de l'aponévrose inter-musculaire interne, au bras, laissant en arrière le nerf cubital, se continuant dans une direction rectiligne en dedans de la gouttière du nerf cubital et se terminant en s'inclinant légèrement en avant dans le but de respecter le nerf cubital laissé ainsi tout le long en arrière.

Cette incision, motivée dans ce cas par les saillies fon-

gueuses, doit être, dans d'autres cas, faite plus en arrière, de manière à laisser le nerf cubital en avant dans toute sa longueur.

Je fis alors, comme pour la région externe, le râclage de la région olécrânienne interne, et à ce moment avec la râquette, au-dessous du tendon du triceps, un passage pour introduire le doigt indicateur. Je communiquais ainsi avec la région externe de l'articulation.

Les fongosités de la région interne de l'interligne, celles de la région interne de l'apophyse coronoidé furent à leur tour enlevées. Je soulevais en avant le tendon du brachial antérieur, et à ce niveau encore je mis en communication la plaie interne avec la plaie externe.

L'opération avait duré plus d'une heure.

J'inspectais alors minutieusement toutes les parties de la cavité articulaire, m'assurant de la netteté de la surface interne de la capsule; je m'assurais aussi du nettoyage complet de toutes les saillies et dépressions osseuses et cartilagineuses articulaires, et de l'absence de tout plongement intra-osseux.

Deux drains de crins furent placés dans les trajets sus-olécrânien et sous-coronoidien pour favoriser l'écoulement des liquides.

. Pansement anti-hémorrhagique et *phéniqué*.

Immobilisation du membre en gouttière.

Il n'y eut aucune complication, ni fièvre, ni douleurs vives. Le malade conserva son appétit, il se leva la deuxième semaine, la troisième il sortit au jardin.

L'exsudat séro-purulent versé par la plaie fut assez abondant plus d'un mois, puis diminua progressivement.

Un mois et demi après l'opération, il ne restait plus de crins dans la plaie; deux mois plus tard la cicatrisation était complète. Le malade depuis déjà plusieurs semaines s'exerçait aux divers mouvements de l'avant bras.

Ces mouvements s'accomplissent aujourd'hui avec précision; ils existent dans la moitié de leur étendue pour la flexion et l'extension. La pronation et la supination s'accomplissent: le doigt reconnaît facilement pendant ces mouvements latète radiale roulant dans sa situation normale. Le doigt reconnaît aussi l'épicondyle, l'épitrochlée, la poulie humérale, l'olécrâne, en un mot toutes les saillies osseuses comme toutes les dépressions qui existent à l'état normal. Ce coude a sa conformation parfaite et la précision la plus grande dans ses mouvements. Les flexions latérales n'y existent nullement. C'est un retour à l'état normal comme disposition, et avec le temps la motilité deviendra complète.

§ 2.—Encouragé par ce résultat, j'ai entrepris la même opération sur une jeune fille de 19 ans. Augustine B... portait une tumeur blanche du coude dans des conditions analogues à celles de Bador. L'arthrite remontait à six ans. On avait proposé une résection.

Les masses fongueuses intra-articulaires occupaient surtout les régions radio-humérale, olécrânienne et coronôidienne.

Une masse du volume d'un œuf siégeait à la partie interne du bras, à cinq centimètres au-dessus de l'épitrôchlée: elle était ramollie, fluctuante. Elle communiquait par deux petits filons fongueux, longs de deux à trois centimètres et divergents. L'un se terminait dans la masse fongueuse huméro-radiale, l'autre dans la masse olécrânienne interne.

Je pratiquais l'abrasion comme précédemment.

Par cette seconde étude, je pus m'assurer que l'on pouvait poursuivre les fongosités dans leurs derniers retranchements et qu'aucune d'elles ne pouvait échapper à cette poursuite; que par cette méthode donc on ne pouvait non-seulement n'enlever que le mal, mais encore enlever *tout* le mal.

Opérée le 17 juillet, cette malade est aujourd'hui en très-bonne voie de guérison.

§ 3.—J'ai opéré une troisième malade, Françoise C..., âgée de 23 ans, le 29 octobre 1879. Elle avait une tumeur fongueuse du coude remontant à six mois, La tuméfaction avait été rapide.

Deux *très-larges* ulcères fistuleux existaient à la région interne et externe de l'articulation avec décollement cutané. La sonde conduisait dans la cavité articulaire érodée, rugueuse. En avant de l'articulation, sous les parties molles de la région antéro-supérieure de l'avant-bras, était une large poche pleine de fongosités désagrégées et flottant dans un pus épais, grumeleux.

Je fis l'abrasion intra-articulaire par ma méthode. Toutes les fongosités furent poursuivies et enlevées.

Les surfaces articulaires osseuses étaient ici complètement dépouillées de leurs cartilages d'encroûtement. Le nettoyage fut complet.

La luxation temporaire des trois os fut réduite, des drains passés, des lavages phéniqués pratiqués. Les jours suivants, la malade cessait de souffrir, avait un pouls naturel, une température de 37 degrés $\frac{1}{2}$, de l'appétit, du sommeil et des plaies vermeilles.

C'était là pourtant une tumeur blanche à rapide développement, arrivée à cette troisième période de désagrégation fongueuse, de destruction de tous les cartilages, de purulence,

de destruction de tous les cartilages, de terminaison fâcheuse.

La malade aujourd'hui est dans d'excellentes conditions de guérison.

§ 4.—Le 6 novembre 1879, j'ai opéré une quatrième malade, Marie M..., âgée de 16 ans, atteinte de tumeur blanche fongueuse, ouverte à l'extérieur par une large fistule qui conduisait le stylet dans une cavité rugueuse. Mêmes conditions que chez ma troisième opérée. Même opération complète. Mêmes résultats immédiats heureux.

§ 5.—Je puis joindre à ces quatre faits celui d'une jeune, fille, Gabrielle N..., âgée de 15 ans $\frac{1}{2}$, que nous avons opérée de la même manière, M. Daniel Mollière et moi, le 8 novembre 1879.

Cette malade était entrée dans le service de mon collègue et ami M. D. Mollière. Il me pria de faire avec lui cette opération qu'il n'avait pas encore pratiquée.

Il constata que tous les temps de l'opération était précis, et que l'abrasion intra-articulaire pouvait être complètement obtenue.

III

Ces cinq faits qui seront publiés avec détails et où la méthode nouvelle a été substituée à une opération plus grave me permettent de conclure :

1^o Que l'abrasion totale des fongosités d'une articulation est possible ;

2^o Que celle du coude, dont je viens de présenter cinq faits, est d'une grande innocuité dans ses suites immédiates :

3^o Que relativement la réparation consécutive à ce mode opératoire s'effectue avec rapidité ;

4^o Dans ses résultats éloignés, cette méthode conserve la précision des mouvements et évite pour le coude la flexion latérale et l'inertie par mobilité exagérée.

Le coude de Bador est des plus démonstratifs sur ce point.

5^o Cette méthode agrandit le champ des études anatomopathologiques sur les désordres intra et extra-articulaires causés par les fongosités.

Ces cinq faits, dont plusieurs sont encore récents, tous heureux, me paraissent devoir encourager à l'emploi de cette méthode nouvelle, que je vous présente comme réalisant un progrès dans la chirurgie conservatrice.—*Lyon médical.*

—

Ongle incarné.—Service de M. de St-GERMAIN.—L'ongle incarné est simple ou double. Dans le premier cas, c'est-à-dire

quand l'ongle n'est incarné que d'un côté, on peut mettre en usage le procédé dit *en serpette*. On l'exécute au moyen d'un bistouri, avec lequel on enlève largement la partie de l'ongle qui s'incarne, ainsi que les parties molles correspondantes. En un mot, on taille la phalangette, selon un de ses côtés, à la manière d'une plume ou d'un crayon.

Lorsque l'ongle est incarné en dedans et en dehors, on pourrait mettre en pratique de l'un et de l'autre côté le procédé en serpette. Mais, ainsi réduite, la phalangette prendrait une forme par trop singulière. Mieux vaut, en pareil cas, enlever totalement l'ongle avec sa matrice, selon le *procédé de Denonvilliers*. Voici de quelle façon on doit procéder.

On s'arme de ciseaux droits. La pointe d'une des lames est enfoncée à la partie moyenne de l'ongle jusqu'à l'extrémité de la matrice, puis on opère la section longitudinale de l'ongle. On prend alors en main une forte pince à artère, avec laquelle on arrache, en les renversant sur elles-mêmes, par un mouvement d'un quart de cercle, chacune des moitiés de ce dernier. La matrice unguéale se trouve ainsi à découvert. Pour éviter la reformation de l'ongle, il ne s'agit plus que d'en extirper la matrice. En cette vue, on prend un bistouri droit avec la pointe duquel on cerne circulairement la surface de cruentation en arrière, en dedans, en dehors, en avant, de manière à enlever tout autour un liseré de deux millimètres environ de largeur. On dissèque ensuite toutes les parties molles en raclant, si les tissus sont offensés, la surface même de la phalangette.

En procédant de la sorte, on est bien sûr que l'ongle ne repoussera plus. Il sera remplacé par une cicatrice blanche très solide et régulière, qui se rétrécira beaucoup et ne sera pas disgracieuse. Selon M. de St-Germain, l'ongle est absolument inutile.

L'habile chirurgien trouve, chez le même enfant, l'occasion d'appliquer ces deux derniers procédés. Il portait au gros orteil droit un ongle incarné double. Il l'opère par l'arrachement de l'ongle et l'abrasion de la phalangette. Au côté interne du gros orteil gauche existait un ongle incarné simple ; le chirurgien effectue son ablation par le procédé en serpette. Le jeune malade, préalablement chloroformisé, n'a eu nullement conscience de cette double opération, la première surtout particulièrement délicate et douloureuse.

Les deux pansements ont été des plus simples. Des plumasseaux de charpie imbibés d'alcool pur ont été appliqués sur les plaies et ont été maintenus par des tours de bande.—*Revue de Thérap. Méd.-Chir.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Cas remarquable de grossesse abdominale congénitale observé sur une jeune fille de six ans, qui guérit après avoir expulsé par l'abdomen un fœtus complet, et vécut dix-sept ans.

Tel est le titre d'une observation que le Dr Robert P. Harris publie dans le numéro de juin des *Transactions of the college of the physicians of Philadelphia*, et dont le résumé m'est fourni par le *Journ. des Sc. méd.* de Lille et son secrétaire, le Dr Eustache :

Le sujet de l'observation est une petite fille d'York (Pensylvanie) qui, dès sa tendre enfance, présentait une conformation irrégulière et un élargissement notable de l'abdomen. Elle était faible, de complexion délicate et appartenait à une famille de phthisiques. Vers l'âge de six ans, elle devint malade, eut de la fièvre, des douleurs abdominales et finalement un abcès se forma à la partie inférieure de la région épigastrique et supérieure de la région ombilicale : cet abcès s'ouvrit spontanément, du pus s'en écoula, et en même temps une masse dure, irrégulière, vint faire hernie à travers l'ouverture. Les médecins d'York, craignant toute exploration, se contentèrent d'appliquer plusieurs ligatures sur la masse herniée, afin de la maintenir au dehors ; bientôt après, la masse entière fut expulsée : on reconnut une tumeur formée par un fœtus très-distinctement constitué. Le produit fut soigneusement conservé dans l'alcool et envoyé à Philadelphie pour être soumis à l'examen du professeur William Grant. Dès que la petite malade fut un peu rétablie, elle fut adressée au Dr Atlee, de Lancaster.

Le Dr Atlee constata l'existence d'une assez large fistule abdominale, à travers laquelle faisaient hernie une touffe de cheveux blonds et longs de plus d'un pouce ; il pratiqua l'extraction de cette masse restante, lava et nettoya soigneusement la cavité, et reconnut alors qu'elle s'ouvrait à la fois du côté de la peau et du côté de l'estomac. Les aliments ingérés par la bouche ressortaient par la fistule, et le Dr Atlee put recueillir par là, et à plusieurs reprises, des noyaux de cerises et des grains de riz que la jeune fille avait avalés peu auparavant.

Sous l'influence d'un traitement convenable, les forces et la santé revinrent peu à peu ; la poche se rétrécit progressive-

ment : toutefois la fistule persista jusqu'à l'âge de quatorze ans, époque à laquelle elle se ferma, ne laissant d'autre trace qu'un petit bouton saillant du volume d'un quart de dollar.

La jeune fille se développa et devint une belle et élégante *lady* ; elle fut réglée à treize ans et continua à l'être régulièrement jusqu'à vingt-trois, époque à laquelle elle mourut victime de la phthisie pulmonaire.

Voici maintenant quels sont les caractères de la masse expulsée : elle mesure $3\frac{1}{2}$ pouces de long sur 2 de large, et est formée d'un squelette très distinct recouvert de chairs dans toute son étendue, et de cheveux longs et soyeux à l'une de ses extrémités. La pièce, dissequée avec soin, montre les diverses parties du squelette complet. Tous les os du crâne existent ; les fontanelles sont très grandes, la fente buccale est très distincte ; la mâchoire inférieure est articulée, mais l'articulation temporo-maxillaire gauche est ankylosée ; trois dents sont implantées sur elle, une incisive latérale, une canine et une molaire. La colonne vertébrale est ouverte en arrière dans toute son étendue (*spina bifida*) ; les os des membres sont à peu près réguliers ; les viscères sont indistincts.

— Cette observation présente deux particularités intéressantes : 1^o il ne s'agirait pas ici d'une tumeur *dermoïde*, comme il en existe plusieurs observations dans la science ; non-seulement la masse expulsée présentait des cheveux, des dents, des débris d'os plus ou moins informes ou plus ou moins rudimentaires, mais il s'agissait d'un véritable fœtus entier et à peu près normalement constitué. Ce n'était donc pas une sorte de production anormale, plus ou moins hétérotopique, mais bien un véritable produit de génération ; un *jumeau*, pourrait-on dire, de la petite fille dans le ventre de laquelle il s'était partiellement et irrégulièrement développé ; 2^o l'expulsion du *fœtus par inclusion* a été suivie de guérison complète : c'est la première observation où l'on ait pu noter cet heureux résultat.—*Le Mouvement Médical.*

Un accouchement dans un cas de bassin incomplètement fermé.—On sait que l'extrophie de la vessie est ordinairement accompagnée d'un arrêt de développement de la paroi antérieure de bassin. Dans ce cas le bassin n'est pas fermé à sa partie antérieure. On ne connaît que cinq cas d'accouchements dans ces conditions.

Le docteur Güsserow, professeur de gynécologie à Berlin, a rencontré à la clinique de la charité un de ces cas très-rares. Il

s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans, chez laquelle manquait la paroi antérieure de l'abdomen, de la vessie et du bassin. La conception avait eu lieu au mois de février 1878, la grossesse avait été normale et était arrivée à terme. A son entrée à la maternité, la jeune fille avait perdu les eaux amniotiques depuis deux heures, et l'accouchement n'avancait pas. Les contractions étaient assez fortes, mais demeuraient infructueuses par suite de l'étroitesse des organes génitaux externes, de l'insuffisance d'action de la presse abdominale. L'enfant se présentait par les pieds; le pied était même déjà sorti de la matrice sous l'action des contractions utérines, les parties qui se présentaient pressaient violemment contre la mince lame de peau qui unissait les deux portions du bassin non soudées, et menaçaient de déchirer cette membrane cutanée et de déterminer ainsi une perforation de la cavité abdominale. L'accoucheur se vit donc obligé d'agrandir par une incision les organes génitaux externes et l'extraction d'un enfant mort se fit facilement.

Les suites de couches furent très régulières.—(*Berliner klinische Wochenschrift et Ann. de méd. de Grand.*)—*Le mouvement médical.*

A quel jour l'accouchée doit-elle quitter le lit?—La polémique récemment ouverte en Amérique entre Goodell et Garrigues, le premier voulant que les nouvelles accouchées se lèvent dès le second jour, parce que sur 756 femmes traitées de cette façon il n'en a perdu que 6, le second se déclarant l'adversaire de cette manière de faire, engage Kuestner à livrer à la publicité quelques expériences entreprises dans le même ordre d'idées, il y a deux ans, dans la clinique d'Olshausen à Halle.

Il a choisi 16 femmes dont l'accouchement avait été aussi normal que possible et qui ne présentaient aucune lésion extérieure. Toutes ont commencé à se lever, selon leur désir, dans l'un des quatre premiers jours des couches, 6 d'entre elles étaient primipares, 7 en étaient à leur deuxième accouchement 2 à leur troisième et 1 à son quatrième.

L'état sanitaire de l'établissement était excellent et depuis plus d'un an aucune accouchée n'avait succombé à une infection puerpérale.

4 quittèrent leur lit dès le premier jour, 2 le second, 3 le troisième et 7 le quatrième.

Parmi celles qui se levèrent dès le premier jour, aucune ne voulut rester debout plus de 5 heures; le lendemain elles

demeurent déjà plus longtemps levées, et dès le quatrième jour elles passèrent toute la journée hors de leur lit.

Lorsqu'une accouchée levée se trouvait prise de fièvre, on la consignait désormais au lit. Ces femmes n'avaient d'ailleurs d'autre occupation que les soins à donner à leurs enfants.

Un premier effet du séjour hors du lit fut la régularisation des fonctions de l'intestin; la quantité des urines ne parut pas modifiée.

La déperdition de poids qui suit normalement l'accouchement ne fut pas plus marquée chez les accouchées levées que chez celles demeurées au lit, bien que le régime alimentaire des unes et des autres fût le même.

Ce fait est d'autant plus surprenant que chez les premières l'écoulement lochial était plus abondant.

Outre leur abondance, les lochies des accouchées levées se caractérisaient encore par la prolongation de leur consistance peu épaisse, de leur teinte rosée et de leur nature séreuse.

Aucune des accouchées séjournant hors du lit n'a eu de métrorrhagie; 13 d'entre elles n'ont présenté aucun retard de l'involution utérine et n'ont jamais offert durant les dix jours d'observation, une température supérieure à 38°, chiffre qui n'a été d'ailleurs atteint que deux fois le soir.

Les 3 autres femmes ont été prises de fièvre, le jour même où elles ont commencé à se lever; la première était une multipare levée le troisième jour, la deuxième et la troisième s'étaient levées le 4^o jour. Deux de ces fébricitantes avaient une petite déchirure vaginale, qui avait probablement été irritée par le séjour debout et par le contact des lochies. D'autre part, il n'est pas superflu de remarquer que parmi celles qui n'eurent aucun mouvement fébrile deux avaient une blessure tout à fait analogue. Chez une seulement des 3 accouchées prises de fièvre, on constata à la sortie de l'hôpital un petit exsudat dans le ligament large gauche.

En résumé, bien que le lever précoce des accouchées supprime la constipation, favorise peut-être même, au lieu de lui nuire, l'involution utérine, en activant les différentes fonctions, et ne paraisse pouvoir devenir la cause ni de rétroversions ni d'abaissements de l'utérus, comme il provoque, chez certaines femmes, de la fièvre, Kuestner conclut qu'il faut s'en tenir aux anciens errements et laisser les accouchées au lit septenaire.—*(Revue des sciences médicales.)—Lyon médical.*

—

Influence de l'âge de la mère sur le sexe de l'enfant.—Bidder donne, dans le *Zeitschrift für Geburtshülfe und*

Gynæcologie, une série de tableaux statistiques pour arriver à trouver quelle influence peut exercer l'âge de la mère sur le sexe de l'enfant. Les résultats obtenus par l'auteur sont tout opposés à la loi de Hofacker-Sadler, loi qui ferait dépendre le sexe de l'enfant de la proportion existant entre l'âge du père et celui de la mère. Bidder n'admet pas que l'on doive avoir un nombre à peu près égal de garçons et de filles lorsque les conjoints sont de même âge, un excédant de garçon si l'homme est le plus âgé, et un excédant de filles dans le cas contraire.

Cette prétendue loi est en contradiction avec les observations de Nasse, de Morel, de Martegonte, de Moreau, d'Ahlfeld. Elle mérite d'être mise de côté, et au lieu de chercher les rapports existant entre l'âge de la mère et celui du père, il faut d'après Bidder, faire attention uniquement à l'âge de la mère.

Les femmes très-jeunes ont généralement des enfants du sexe masculin. Un peu plus tard, lorsqu'elles sont dans la force de l'âge, elles donnent naissance plutôt à des filles, et enfin, lorsque la mère est âgée et approche de la ménopause, on retrouve de nouveau dans leurs enfants un plus grand nombre de garçons que de filles.

Les statistiques de Bidder portent sur 11,871 accouchements qui ont donné 6,274 garçons et 5,597 filles. La mère ayant moins de 18 ans, les accouchements cités par Bidder donnent 134 garçons pour 100 filles; de 18 à 30 ans, il trouve 109 garçons pour 100 filles; de 30 à 40, 117 garçons pour 100 filles. Et au-delà de 40 ans, 130 garçons pour 100 filles.—(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier.*)—*Lyon médical.*

MÉDECINE LÉGALE.

Quelques considérations critiques sur les taches de sang en médecine légale, par MM. les docteurs CAZENEUVE et CLÉMENT.—Tous les traités de médecine légale parlent de la recherche des taches de sang et exposent en détail les divers procédés à l'aide desquels on peut caractériser ces taches. Mais aucun, à notre sens, n'insiste assez sur le côté pratique. Ce n'est qu'après de réels tâtonnements que l'expert novice en s'inspirant de ses livres pourra obtenir des résultats satisfaisants. Cette observation est surtout vraie pour la pré-

paration des cristaux d'hémine qui échappent si fréquemment à l'investigation faite de rigueur expérimentale. S'agit-il également de faire l'examen spectroscopique de l'hémoglobine d'une minime quantité de sang comme celle donnée par une petite tache, l'expert est souvent fort embarrassé pour utiliser cette faible quantité de matière colorante.

Le but de notre note est précisément de donner à l'expert des renseignements pratiques sur ces points de chimie légale, afin de lui épargner toute hésitation.

Nous dégagerons notre exposé du fatras des documents historiques parfaitement inutiles pour l'objet que nous poursuivons. D'un autre côté, nous ferons bon marché d'une série de réactions chimiques applicables au sang, qui n'offrent qu'une garantie relative et qui peuvent détourner l'expert de réactions concluantes. C'est dire que notre note a également pour but l'examen critique des procédés donnés pour reconnaître les taches de sang.

Le sang renferme des matières azotées (substance albuminoïdes) et du fer à l'état d'hémoglobine. Caractériser dans une tache l'azote ou l'élément fer paraît devoir fournir des indications. Ces indications sont bien relatives. Le tissu du vêtement taché peut renfermer de l'azote; des taches de blanc d'œuf, de salive, de sperme, etc., contiennent des matières azotées. Rien donc de décisif dans ces données. Quant au fer, il laissera également dans l'incertitude, ce sont précisément les taches ferrugineuses qui ressemblent le plus au sang. Ce n'est donc pas sur la présence de cet élément que l'on basera ses conclusions.

Et cependant autrefois l'expert bornait ses recherches à ces essais superficiels.

Quelques chimistes tentent également la réaction de la teinture de gaïac et de l'essence de térébentine ozonisée : la tache bleuit au contact de ce mélange. Cette réaction échoue avec les taches de sang anciennes, et ensuite elle n'est pas particulière au sang : d'autres substances peuvent bleuir la teinture de gaïac. Des essais nous ont démontré que du linge propre donne cette réaction sans trace de sang. C'est une réaction tout à fait secondaire pour nous, qu'on ne fera qu'en dernier lieu, lorsqu'on a beaucoup de sang à sa disposition.

Nous supposerons deux cas : 1^o les taches n'ont pas subi le contact d'agents chimiques ; 2^o les taches ont été modifiées par des agents chimiques (eau froide, eau chaude, savon, alcalis).

§ I. — Admettons tout d'abord que les taches n'ont pas subi l'influence des agents chimiques. L'expert bien entendu, avant

toute épreuve chimique, se préoccupera du caractère physique des taches. Les taches épaisses ont toujours un fond rouge remarquable, quels que soient les objets sur lesquels elles se rencontrent. Les taches faibles peuvent varier du brun au rose sur les objets poreux, tissus de fil, de coton. Sur les objets durs, elles sont brillantes et d'un brun noirâtre (fer, bois dur, pierre), sur le drap et le feutre, elles sont luisantes avec une teinte souvent peu perceptible.

Nous rappellerons en passant qu'il faut noter avec soin la position des taches sur les vêtements ou autre objet contaminé, étudier la forme des taches pour savoir si l'on a affaire à des taches de projection ou à des taches de contact par des mains ou avec instrument souillés, tous points utiles pour l'instruction criminelle.

Recherche chimique. — Pour caractériser chimiquement une tache de sang, on découpe avec soin la tache dans le tissu qui la porte; cette tache est portée avec la pointe de l'instrument dans un petit tube A, renfermant dans la partie effilée jusqu'au niveau B une solution de chlorure de sodium très-étendue (1 gramme pour 5 litres d'eau). Le morceau d'étoffe coupée plus large que la partie rétrécie est retenue en D. Plus ou moins rapidement, suivant que la tache est plus ou moins vieille, le morceau d'étoffe abandonne à l'eau le sang qui l'imprègne. La dissolution est prompte si la tache ne date pas de plusieurs mois: on voit les stries de matière colorante descendre dans la partie C. Bientôt la diffusion est complète. Tout le liquide de la partie rétrécie est coloré en rouge par l'hémoglobine. L'examen spectroscopique peut alors être pratiqué. Il suffit de porter devant la fente du collimateur la partie rétrécie C que l'on fixe à l'aide d'un support, pour voir les deux bandes caractéristiques de l'hémoglobine oxygénée. Elles sont comprises, on le sait, entre les raies D et E de Fraunhofer. Cette réaction est très-sensible. La sensibilité diminue avec l'âge de la tache: la matière colorante semble subir avec le temps une modification.

Si l'on peut découper dans le tissu contaminé une autre tache, on peut procéder dans le tube à une deuxième réaction. On ajoute une goutte d'hydrogène sulfuré ou de sulfhydrate d'ammoniaque à la solution d'oxyhémoglobine. Sous cette influence réductrice, elle passe à l'état d'hémoglobine réduite, comme on sait, caractérisée par la bande unique de Stokes comprise précisément entre les deux bandes de l'oxyhémoglobine. Cette dernière est moins sensible que la précédente. Souvent l'agent réducteur pousse son action jusqu'à faire de l'hématine dont les caractères spectroscopiques sont bien moins sensibles encore.

Nous nous bornons généralement à obtenir le spectre caractéristique de l'oxyhémoglobine.

C'est d'après les indications de M. le professeur Glénard que nous avons employé ce petit tube effilé, si commode pour l'examen spectral.

Dans cette macération de la tache, le tissu abandonne souvent un petit caillot fibrineux dépouillé de l'hémoglobine. Ce petit caillot, plus ou moins filamenteux, est en suspension dans le liquide. D'autres fois il reste sur le tissu d'où on peut le détacher avec une aiguille. Avec l'acide azotique ou le réactif de Millon il sera facile de caractériser cette fibrine.

On pourra soumettre ensuite à l'action de la chaleur la pointe effilée du tube dans sa partie la plus extrême. On verra aussitôt un trouble se manifester avec disparition de la teinte rouge sang du liquide qui brunit un peu. Cette coagulation des matières albuminoïdes a sa valeur. Tout le liquide ne doit pas être ainsi soumis à l'action de la chaleur. Les parties supérieures du petit tube renferment un liquide encore rouge de sang. A l'aide d'une pipette effilée on recueille une goutte de la solution sanguine que l'on place sur une lame microscopique. On porte la lame sur la lampe à alcool en l'agitant de mouvement de va-et-vient pour éviter de trop chauffer. Il ne faut pas que le liquide se trouble, autrement dit se coagule. La température de la lame tenue par la main droite est appréciée en la portant de temps en temps sur le dos de la main gauche. Il est facile d'éviter ainsi que la température ne s'élève à plus de 10°. point éloigné d'ailleurs de la température de coagulation, ce qui est une garantie de succès. On peut souffler également sur la goutte pour hâter l'évaporation. On recouvre avec la lamelle la goutte complètement desséchée. On apporte avec une baguette de verre un peu d'acide acétique cristallisable au contact des deux lames; l'acide s'insinue par capillarité. On chauffe sur la lampe à alcool de manière à provoquer une ébullition très légère accusée sur la lamelle par de très-petites bulles de vapeur. Une ébullition tumultueuse projetterait la lamelle et la matière colorante.

Quand le sang est frais, il a suffi de chauffer une fois pour avoir sous le microscope les cristaux de Reichmann, appelés, comme on sait, hémine ou chlorhydrate d'hématine. Si le sang est vieux, il faut souvent apporter de nouveau de l'acide glacial au contact de la matière colorante et chauffer encore, et cela à plusieurs reprises. Les cristaux, qui n'avaient point apparu de prime abord, se montrent bientôt.

Il faut au moins un grossissement de 300 diam. pour bien apprécier les lamelles rhomboïdales d'hématine qui sont colo-

rées au rouge brun plus ou moins foncé. Il est bon que l'expert qui n'a jamais vu ces cristaux ait sous les yeux un échantillon type préparé par les soins d'un homme expérimenté. Dans tous les ouvrages spéciaux ces cristaux sont figurés. Lorsque le sang est frais on peut les obtenir très-volumineux.

Nous avons dit précédemment d'éviter toute coagulation en évaporant la goutte sur la lame. L'expérience démontre, en effet, que la coagulation albumineuse est défavorable à la formation des cristaux d'hémine. La transformation isomérique de l'albumine la rend réfractaire à l'action dissolvante de l'acide acétique. Il faudrait chauffer très-longtemps en présence de cet agent pour obtenir la dissolution. Pendant cette ébullition prolongée au contact d'un grand excès d'acide acétique glacial le chlorure de sodium peut être inutilement décomposé. Et c'est à l'état naissant, dans les conditions où l'on opère, que l'acide chlorhydrique paraît contracter plus facilement sa combinaison. De là les échecs constants éprouvés dans le traitement d'un sang coagulé par la chaleur.

Il est indispensable également pour réussir dans la formation des cristaux de Teichmann d'éviter un trop grand excès de sel marin qui empâte la matière colorante dans une cristallisation en masse. Il faut aussi que l'acide employé soit de l'acide cristallisable, sinon la décomposition du chlorure est plus difficile.

Nous ajouterons, comme dernière précaution, que si le sang est trop alcalin, par un commencement de putréfaction, par exemple, il faut saturer l'alcalinité par un peu d'acide acétique avant de faire évaporer sur la lame. Les alcalis modifient, en effet, profondément l'hématine à chaud et même à froid, de telle sorte que la formation du chlorhydrate n'est plus possible. Si la putréfaction du sang a été très-avancée, il est même impossible, quelles que soient les précautions que l'on prend, de réaliser la combinaison cristallisée d'hématine. Ce fait que nous avons observé a été d'ailleurs signalé par d'autres expérimentateurs.

Si l'on craint de confondre les cristaux d'hémine avec ceux d'indigotine, qui est la seule confusion peut être admissible, on peut sous le microscope essayer les caractères de solubilité. On sait que l'hémine est insoluble dans tous les véhicules neutres dans les divers acides étendus d'eau, mais soluble dans les solutions alcalines.

Si la tache de sang, au lieu d'être fixée sur un tissu, est fixée sur un objet dur (bois, pierre, fer) la tache enlevée avec précaution par râclage sera soumise comme précédemment à une macération aqueuse.

Il est arrivé des cas en médecine légale où le vêtement examiné ne portait qu'une tache de sang grosse comme une tête d'épingle. Assurément l'examen spectroscopique dans ce cas particulier devra être négligé, d'autant plus que la faible quantité de matière colorante serait peut-être un obstacle à la possibilité de cette réaction dont la sensibilité est bien plus limitée. Voici le tour de main que nous conseillons dans ce cas délicat, où si peu de matière est à la disposition du chimiste. Il faut porter une goutte d'eau chlorurée à 0,50 pour 1000 sur la lame microscopique, la tache découpée dans le tissu ou détachée de l'objet dur imprégné est déposée avec une aiguille au sein de cette goutte. On laisse la macération s'effectuer en ayant soin de recouvrir la lame d'une petite cloche, afin que l'évaporation ne soit pas trop rapide. Quand l'eau s'est emparée de la matière colorante, avec des aiguilles on enlève le tissu du macératum. Alors on continue l'opération suivant les indications précédentes. On évapore avec précaution. Il reste une goutte sèche constituée par une série de zones de matière colorante, que l'acide acétique transformera en cristaux.—*Lyon médical.*—(A CONTINUER.)

+amj 72

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement des hémorroïdes par des injections d'acide phénique. — Ce traitement nous vient du docteur Andrews (de Chicago), qui s'est chargé d'une enquête sur ce traitement, que des charlatans seuls ont, dès les début, employé.

Le *Journal de méd. et de ch. prat.* de Paris donne des détails circonstanciés sur ladite enquête; qu'il nous suffise de savoir que M. Andrews propose le *modus operandi* suivant :

Injecter les hémorroïdes externes;

Employer d'abord le remède dans sa forme la moins concentrée et ne recourir à la solution la plus forte que lorsque la première a échoué;

Traiter une hémorroïde à la fois et mettre de quatre à dix jours entre les opérations;

Injecter seulement de une à quatre gouttes à la fois, après avoir préalablement enduit toute la surface de vaseline pour empêcher les caissons; injecter très-doucement et maintenir l'aiguille en place quelques instants pour permettre au liquide de se fixer;

Maintenir l'opéré au lit le premier jour, le faire recoucher s'il survient quelque symptôme grave. Ne permettre qu'un exercice modéré pendant le cours du traitement.—*Le mouvement médical.*

Des lavements d'hydrate de chloral,—par STARKE.
—Il s'agissait d'un catarrhe chronique de l'estomac avec insomnie. L'estomac ne pouvant pas supporter le chloral, l'auteur injecta dans le rectum dix grammes d'une solution aqueuse au vingtième de chloral chauffée jusqu'à 36 degrés, aussitôt douce sensation de chaleur, puis sommeil qui dura cinq heures. A partir de ce moment, il fut fait pendant cinq mois un usage quotidien du chloral, en même temps survient une amélioration de l'état gastrique. La dose de 50 cent. de chloral n'a pas besoin d'être dépassée.—L'auteur recommande de bien huiler la canule, de l'enfoncer profondément au-delà du sphincter, de chauffer le liquide jusqu'à la température du corps.—(*Méd. chir., Rundschau, et Lyon méd.*)—*Le mouvement médical.*

Nouveau mode d'emploi de l'acide salicylique.—On applique sur les articulations douloureuses des compresses imbibées d'une solution aqueuse de salicylate de soude 5 %; pour éviter l'acidité on neutralise la liqueur avec une goutte ou deux d'ammoniaque. Dans deux cas; les douleurs ont été notablement apaisées en un court espace de temps; chez un des malades, des mouvements légers étaient possibles moins d'une demi-heure après l'application des compresses. Celles-ci n'ont amené aucune irritation vive de la peau; il y a eu seulement une légère desquamation. Le salicylate de soude est absorbé assez rapidement, puisqu'on pouvait constater sa présence dans l'urine au bout de 12 à 15 heures.

Ces recherches ouvrent une voie nouvelle à l'emploi de l'acide salicylique; bien des malades ne peuvent tolérer ou refusent ce médicament; l'usage externe recommandé par M. Bochefontaine lèvera toutes les difficultés.—(*Revue des sciences méd.* 15 oct. 1879.)—*Lyon médical.*

Des propriétés anesthésiques de l'acide phénique dans les affections prurigineuses de la peau, par H. RIGAULT.—Le phénol est un caustique analgésique employé par

certaines dentistes pour remplacer la créosote. Dans le traitement des démangeaisons, l'auteur emploie le phénol en pulvérisation ou en compresses, se servant d'une solution de 2 % avec addition de 5 à 10 grammes de glycérine pour rendre cette solution plus homogène. La durée des pulvérisations est de six minutes en moyenne, deux par jour. M. Rigaut a réussi surtout dans le lichen, l'eczéma, le prurigo; l'acide phénique peut même amener une guérison complète.—(*Journal de thérapeutique*, 25 août.)—*Lyon médical*.

Ascite à frigore, traitement.—M. le Dr. Mosa adresse au *Courrier médical* un long article sur ce sujet. Il arrive à ce diagnostic avec beaucoup de difficulté, diagnostic en quelque sorte sanctionné par l'issue de la maladie et la nature du traitement, consistant dans l'emploi, tous les deux jours, de l'huile de ricin, qui provoque des selles copieuses. Comme complément de cette médication, il donne chaque jour, deux cuillerées à bouche de vin diurétique de Trousseau, cataplasmes sur le ventre. Régime : laitage, œufs, viandes blanches, vin blanc, vin de quinquina, fer. Quoique l'on ne comprenne pas trop cet assemblage de moyens, qui va du cataplasme, au vin, au quinquina, au fer, le malade guérit parfaitement.

Pour le traitement de l'ascite à frigore, nous préférons de beaucoup le moyen que signale, dans les *Archives médicales belges*, M. le docteur Lecocq, médecin principal de l'armée belge. Il est tout au moins plus rationnel. Il s'agit d'un soldat qui a été saisi par un grand refroidissement, auquel a succédé un anasarque. Le malade bien examiné et le diagnostic établi, M. Lecocq lui fait administrer à 9 heures et demie du matin une infusion tiède de jaborandi 5/200, prise en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, diète lactée. En 20 minutes, transpiration et légère sécrétion des voies salivaires et lacrymales. A 2 heures après-midi, la sudation a été si abondante, que la literie est transpercée et que l'on est obligé de changer de lit. Ensuite, les phénomènes cessent graduellement. Douze jours plus tard, la guérison est complète.

Nous ne doutons pas qu'en comparant les deux manières de traiter l'ascite ou l'anasarque à frigore, tout praticien voudra imiter la manière de faire de M. Lecocq, aussi simple que rationnelle.—*Le Scalpel*.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1880.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

Bonne année!

Bonne année! chers amis collaborateurs et collègues, c'est-à-dire à vous tous confrères!

La femme et les enfants, toute cette famille du cœur enfin que chacun possède, ont eu leur tour avant nous c'était leur tour; ~~et nous~~ nous avons laissé passer au milieu d'un enivrement indicible (car est-il plus beau spectacle que celui-là?) A présent au tour de cette autre famille qui est la famille de l'intelligence, de la science, de la bonne confraternité médicale et à laquelle nous appartenons tous, qui elle aussi a besoin des affectueux souhaits de l'amitié, qui elle aussi a besoin d'échanger de ces paroles du premier de l'an qu'on aime toujours à entendre quand même elles sont sévères quelquefois, parce qu'alors on est certain qu'elles partent toujours du cœur.

L'Union Médicale, en 1880, atteint sa neuvième année; l'an prochain elle enregistra en lettres d'or, sa première décade d'années; les chances de vie augment avec les âges, l'enfant de neuf ans est plus sûr de vivre que celui d'un an!... Si *L'Union Médicale* a atteint ce chiffre, dont elle est fière comme on est fier d'un beau titre, c'est bien certainement grâce au public médical de la province de Québec, grâce à vous tous, chers confrères, qui l'avez prise sous votre protection et qui l'avez nourri de vos travaux et de votre argent, c'est-à-dire de tous vos efforts, de toutes vos sueurs. Rien donc de plus légitime que les souhaits de notre journal, ce sont ceux de la reconnaissance! Rien de plus noble, ils sont conçus dans le travail, qui est et qui doit être le capital, la fortune de tous.

L'encouragement donné à *L'Union Médicale* n'a fait que s'accroître avec le temps, pourquoi? parceque nous avons toujours fait tous les efforts possibles pour qu'elle soit toujours un or-

Europe, marche d'Europe en Amérique; et ici comme ailleurs la vérité scientifique est fille du temps et non pas d'un cerveau, "*temporis, non autem ingenci humani filia,*" nous dit Bacon; et traduisant Bacon, Fonsagrives nous dit que la génération de cette vérité ne peut se faire que par l'effort collectif des intelligences qui se vouent à sa recherche.

A l'œuvre donc! répèterons-nous, et bonne année!

Société Médicale de Montréal.

Séance du 11 Décembre 1879.

M. LE DR. J. W. MOUNT, Président, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption du procès verbal de la dernière séance, M. le Président prononce le discours d'ouverture. (Voir page .)

Le DR. E. P. LACHAPELLE appuie les remarques de M. le Président et insiste avec lui sur les avantages précieux qu'offre à la profession en général l'existence d'une société destinée à promouvoir le progrès des sciences médicales, ainsi que sur l'obligation où sont tous les membres d'assister assidûment aux séances. Il déclare que la Société Médicale doit se considérer comme étant entièrement chez elle, bien qu'elle tienne ses réunions sous le toit de l'Université-Laval. Celle-ci ajoute-t-il, considère comme étant de son devoir de continuer envers la Société Médicale, l'œuvre commencée par M. l'abbé Verreau.

Quant à l'*Union Médicale*, elle a jusqu'ici beaucoup travaillé — et elle travaillera encore autant qu'elle pourra pour seconder les efforts de la Société dans le sens du progrès. Cette revue est toute entière à la disposition de la Société, et il est important pour celle-ci d'avoir un organe autorisé qui publie les travaux de ses membres, et les fasse connaître au public médical. Il importe également que nous, médecins Canadiens-Français ayons dans la presse médicale un organe qui sauvegarde et défende nos droits, tout en nous tenant au courant des recherches et découvertes qui se font chaque jour dans le monde scientifique. Nous avons donc tous intérêt à ce que notre journal et notre société marchent eux aussi dans la voie du progrès. Puissent ils en même temps être des moyens efficaces de faire cesser certains éléments de division qui n'ont pas raison d'exister au milieu de nous.

LE DR. A. G. A. RICARD parle aussi dans le même sens. Il dit que la jeune génération possède tous les éléments du succès. Elle a pour elle sa jeunesse d'abord, puis son énergie, son amour de l'étude et un désir ardent de progresser: avec cela une éducation médicale qui laisse peu à désirer, vu les facilités et les avantages qu'offre aujourd'hui l'enseignement médical tant en Europe qu'en Amérique.

Sur proposition du DR. E. P. LACHAPELLE, il est résolu unanimement que désormais les séances de la Société se tiendront le 1er et le 3e vendredi de chaque mois, à 8 heures P. M.

LE DR. E. ROBILLARD, Trésorier de l'Association Médicale Canadienne communique ensuite une motion adoptée par cette association à sa réunion de Septembre dernier, et où l'on suggère l'adoption de nouvelles mesures dans le but d'obtenir des statistiques concernant l'influence atmosphérique sur la santé générale et la production des maladies. Il explique la nature des mesures proposées et demande l'opinion des membres de la Société Médicale sur la question. Il s'en suit une discussion très animée à laquelle prennent part les Drs. Larocque, Dagenais, Lamarche, Filiatrault et Fafard.

Vu l'heure avancée de la soirée, il est résolu, sur proposition du Dr. A. T. Brosseau, que la séance soit ajournée à vendredi, 19 courant, et que la lecture de M. le Dr. Laramée sur la "Théorie de l'Inflammation" y soit le premier ordre du jour.

La séance est en conséquence ajournée à vendredi, 19 décembre.

Séance du 19 Décembre 1879.

M. LE DR. J. W. MOUNT, Président, au fauteuil.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr. J. A. Laramée donne lecture d'un travail très élaboré sur la Théorie cellulaire de l'Inflammation, d'après les recherches et découvertes histologiques les plus récentes. (Voir page .)

M. le Président, et les Drs. Brosseau, E. P. Lachapelle, A. Dagenais et H. E. Desrosiers prennent tour à tour la parole sur la question, et la séance est levée.

Nomination.—M. Arthur Lacoste, C. R., Bâtonnier du Barreau de Montréal, a reçu dernièrement le diplôme de Docteur en Droit de l'Université Laval et a été nommé professeur titulaire de droit maritime et commercial à la Faculté de Droit de cette même Université à Montréal.

VARIÉTÉS.

Origine des globules rouges.—Drs FOA et SALVIOLI.—

1^o Dans la vie embryonnaire les organes de la production des globules rouges sont, par ordre d'importance, le foie, la rate, la moelle des os ;

2^o Les globules rouges prennent naissance dans chacun des organes précités en subissant toujours la même évolution ;

3^o Les globules rouges ne dérivent pas de la transformation directe des globules blancs, mais bien de la transformation d'éléments spéciaux (thématoblastes) dont le nombre correspond à celui des globules embryonnaires. Le processus a lieu par la multiplication du noyau des cellules mères et non par formation libre dans le protoplasma de ces cellules ;

4^o Les globules rouges embryonnaires ne sont pas constitués par toutes les parties qui entrent dans la composition du protoplasma des cellules hématoblastiques, mais seulement par la substance hyaline, qui prend une coloration jaune en dehors de la cellule mère.—(Spallanzani et Jal. de méd. de Br.)—*Revue médico-chirurgicale.*

Vaccination animale.—M. de Pietra Santa vient de faire à l'Académie de médecine une communication sur la vaccination animale, qu'il termine par les conclusions suivantes :

1^o La vaccination animale, dit-il, telle que nous l'avons définie (culture successive, sur le terrain de la génisse, du cow-pox spontané recueilli sur le pis des vaches laitières), telle qu'elle se pratique dans plusieurs contrées de l'Europe (Italie, Belgique, Hollande, Prusse, Russie), et telle qu'elle doit se pratiquer consciencieusement, constitue une méthode bonne, utile, efficace.

2^o Les résultats de centaines de mille de vaccinations et de revaccinations opérées dans les conditions les plus variées d'expérimentation démontrent les avantages et la valeur de la vaccination animale.—*Revue de Litt. Méd.*

Les aliments crus.—Un médecin allemand veut que l'on cesse de faire cuire les aliments. L'usage des viandes crues et des fruits serait, selon lui, le meilleur remède à la goutte rhumatismales, aux dyspepsies, etc.

Passé encore ; mais le même docteur va plus loin. Il soutient que l'habitude de se vêtir est une erreur de la civilisation. Il faut être Allemand pour rêver de cette sorte.—(*Med. Pres.*)

—

Chassaignac, un des plus grands chirurgiens de notre siècle, un des plus illustres à l'étranger, est mort.—Il a été le créateur de méthodes chirurgicales qui ont été le point de départ de progrès considérables en chirurgie et dont ont bénéficié un grand nombre de blessés.—Si l'on jugeait les hommes par le nombre de distinctions honorifiques qu'ils reçoivent, Chassaignac ne serait pas des premiers.—Mais de beaux, de vrais titres de gloire ont largement compensé cet oubli. Dans quelques paroles vraies, un professeur de la Faculté de Paris, M. Panas, a marqué toute la valeur de l'illustre chirurgien :

“ Maître accompli par son savoir et sa vaste expérience ;
 “ auteur dans le vrai sens du mot, puisqu'il fut assez heureux
 “ pour faire des découvertes, opérateur habile en même temps,
 “ inventeur de méthodes opératoires nouvelles, Chassaignac a
 “ été sans contestation *une des grandes figures chirurgicales de*
 “ *notre époque.* ”—*L'année médicale.*

NAISSANCE.

A Belœil, le 10 décembre, la dame du Dr. O. Desjardins, un fils.

DÉCÈS.

A St. Jean, Ile d'Orléans, le 20 décembre dernier à l'âge de 75 ans, le Dr Isaïe Demers.