

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

## Société Médicale de Montréal.

Séance du 20 juin 1877.

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

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

Le Dr. L. J. P. Desrosiers donne lecture d'un travail intitulé : "La viande est-elle nécessaire à l'alimentation de l'homme." Le lecteur fait voir que chaque classe d'animaux est supérieure à celle dont elle se nourrit ; que le genre de nourriture influe considérablement sur le moral ; que tout animal qui se nourrit d'un genre d'aliments non conforme à son organisation ne tarde pas à dépérir ; que l'appétit non perverti est le meilleur guide diététique que nous ayons, mais que la perversion du goût nous fait désirer des substances nuisibles à la santé, ex. : tabac, alcool, etc. Puis il démontre que l'appétit naturel et non vicié procure les jouissances du goût, la tranquillité d'esprit et le développement de l'intelligence. Il jette ensuite un coup d'œil sur le côté médical de la question et rapporte plusieurs guérisons obtenues par l'abstinence de la viande. Chaque animal, dit-il, se nourrit d'aliments conformes à son caractère et à ses instincts. La nourriture animale développe des instincts de férocité, la diète végétale produit la douceur de caractère ; il effeuille l'histoire de tous les peuples et de tous les âges à l'appui de cette proposition. Il termine en démontrant jusqu'à quel degré la destruction des animaux émousse le sentiment moral, puis il se demande : Laquelle doit-on préférer de la diète animale, végétale ou mixte ; et se prononce en faveur de la diète végétale et termine en démontrant qu'elle contient tous les éléments nécessaires à la nutrition.

Dr. Perrault : J'ai occasion de voir tous les jours, une religieuse qui ne mange jamais de viande et jouit d'une santé parfaite. J'ai vu la suppression de la viande amener la guérison dans plusieurs cas d'aliénation mentale et tout récemment chez un homme très-instruit devenu fou à la suite d'excès dans l'usage de la viande et des alcools ; ce patient est 17 jours sans ingérer autre chose que de l'eau puis il guérit complètement. Quand au reste, je ne partage pas les opinions du Dr. Desrosiers.

Dr. Ed. Desjardins : Longuet dans son "Traité de Physiologie," dit que le défaut de viande dans l'alimentation de l'homme

porte atteinte à ses facultés supérieures. Kuss abonde dans le même sens et proclame la viande l'aliment par excellence. Dans un des départements de la France, on fit des statistiques sur un grand nombre d'ouvriers employés à l'exploitation d'une mine et on constata qu'en les soumettant à la diète végétale, chaque ouvrier avait en moyenne quinze jours de maladie par année, tandis qu'avec la diète animale ce nombre se réduisait à trois.

Brillat-Savarin, le gourmet physiologiste, prétend que la nourriture végétale amollit la vigueur et le courage.

Jouffroy St. Hilaire dit que les Irlandais sont esclaves parce qu'ils mangent trop de patates et pas assez de viande. Des milliers d'Hindous se laissent gouverner par une poignée d'Anglais, pourquoi ? Il ne mangent que des dates et du riz.

Dr. N. Fafard : Sur cette question je crois qu'il faut faire des concessions de part et d'autre, si d'un côté l'abus de la viande est préjudiciable à l'homme, de l'autre il est très-avantageux d'en user avec modération et discernement. Le lion dont l'intestin est très-court digère, brûle vite ses aliments, la viande lui est indispensable. Le mouton a un intestin très-long dans lequel tous les éléments nutritifs des végétaux ont le temps d'être absorbés, aussi est-il herbivore par instinct. M. le lecteur a, suivant moi, le tort d'être trop exclusif.

Vu l'heure avancée de la soirée, le président propose que la question soit remise sur le tapis à la prochaine séance, sous forme de discussion et la séance est levée.

DR. A. LAMARCHE,  
Secrétaire Pro-temp. S. M.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

---

#### HOTEL-DIEU DE PARIS.

##### CLINIQUE DE M. G. SÉE.

**De l'ulcère de l'estomac.**—M. G. Sée commence par déclarer à ses auditeurs qu'il leur fera grâce de la partie historique relative à cette affection. Ainsi qu'il est de règle, en

pareille matière, il serait en effet facile de faire remonter à Hippocrate et à Gallien les découvertes les plus récentes sur cet objet. Il se contente de faire observer que ce n'est qu'à partir du dix-septième ou du dix-huitième siècle que l'on commence à trouver quelques notions précises sur une maladie confondue jusqu'alors avec le cancer de l'estomac.

C'est à Cruveilhier que revient tout l'honneur de cette importante découverte anatomo-pathologique. Ainsi que Laennec, dans le champ de l'auscultation, cet illustre médecin a creusé si à fond son sujet, qu'après lui il n'a laissé possibles que quelques glanes. Un seul point a été par lui négligé : celui qui a trait au mécanisme de la production de l'ulcère.

L'ulcère de l'estomac, a dit Cruveilhier, est une forme spéciale d'ulcération qui n'a d'analogue, dans l'économie, que celle du duodenum.

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE.**—La caractéristique de cet ulcère, c'est sa forme en entonnoir. On constate quelquefois sur ses parois de véritables étages répondant aux membranes muqueuse, musculaire, et même séreuse. Il arrive quelquefois cependant que ces parois, au lieu d'être par étages, sont perpendiculaires.

Ces ulcères sont généralement arrondis. Quelquefois cependant, ils présentent une forme elliptique, en écharpe. Ces dernières dispositions tiennent d'ordinaire, à la confluence de deux ou trois ulcères.

Quant aux bords de ces ulcères, ils sont abruptes, et comme taillés à l'emporte-pièce. Au-delà de ces bords, la muqueuse est exempte de toute inflammation, soit aiguë, soit chronique. Cette considération est capitale, au double point de vue clinique et thérapeutique.

On a cru longtemps que cette affection entraînait la dyspepsie. C'est une erreur. Les malades qui en sont atteints digèrent à merveille. En effet, le point malade ne dépassant pas la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, le reste de la muqueuse fait parfaitement les frais de la sécrétion peptique normale.

Le fond de l'ulcère est constitué tantôt par la membrane sous-muqueuse, tantôt par la musculuse, tantôt par la séreuse péritonéale. Il peut se faire encore que l'estomac contracte des adhérences avec les organes voisins, foie, rate, intestin. On a vu un trajet fistuleux s'établir au travers du diaphragme avec les bronches. Ces adhérences s'opposent à un épanchement péritonéal promptement mortel. Dans ces conditions, les malades peuvent plus ou moins longtemps conserver la vie.

L'ulcère de l'estomac a son siège d'élection à la paroi posté-

rieure de cet organe où on a constaté sa présence soixante-quinze fois sur cent.

**FRÉQUENCE.—TERMINAISON.**—La fréquence de cette affection est plus grande qu'on ne serait porté à le croire. Sur 13,605 autopsies pratiquées en Angleterre et en Allemagne, on a trouvé des ulcères cicatrisés dans les proportions de 4 ou 5 p. 100. A Iéna, cette proportion s'est élevée jusqu'à 10 p. 100. Cette fréquence est beaucoup moindre en France, où l'on fait *un usage bien plus modéré des boissons alcooliques.*

En Allemagne, cette affection est si commune, que 25 chlorotiques sur 100, en sont, à tort ou à raison, réputées atteintes. Dans le pays d'outre-Rhin, quiconque ressent des troubles gastriques, est, en quelque sorte, considéré comme affecté d'un ulcère de l'estomac.

Le fait est que la maladie qui nous occupe n'est pas aussi grave qu'on pourrait le croire. Un grand nombre de malades guérissent, par les seuls efforts de la nature. Rien donc d'étonnant que l'on trouve à l'autopsie des traces d'une lésion qui, souvent, a pu être méconnue pendant la vie.

Les cicatrices qui en résultent ne sont pas, du reste, sans inconvénients. Lorsque l'ulcération siège à la région du pylore, par exemple, elle peut donner lieu à un rétrécissement cicatriciel de nature à compromettre l'existence.

Dans sa marche envahissante, l'ulcération peut atteindre un vaisseau. Si ce dernier est d'un petit calibre, l'hémorragie qui en résulte est peu à redouter. Mais, dans les conditions opposées, une rupture vasculaire peut occasionner une hématomose foudroyante. Ces dangers sont d'autant plus à craindre qu'une maladie antérieure expose davantage ces vaisseaux à une rupture. Ainsi, ils peuvent être athéromateux. L'alcoolisme, la syphilis sont également susceptibles de prédisposer à une rupture. Dans ces conditions, la moindre cause, la seule action du suc gastrique peuvent déterminer une hémorragie quelquefois funeste.

**ÉTILOGIE.**—Si la question de l'étiologie n'est pas encore bien avancée de nos jours, on n'en peut dire autant de la statistique. A cet égard, on a accumulé des chiffres, qui n'ont pas abouti à de grands résultats pratiques. Les uns ont estimé que l'on rencontrait l'ulcère de l'estomac trois fois plus souvent chez la femme que chez l'homme. Les autres ont trouvé que deux femmes en étaient atteintes contre un homme. D'autres, enfin, ont avancé que les deux sexes en étaient également affectés. Ces considérations sont peu importantes au point de vue pratique. Concluons, si l'on veut, que les femmes sont plus souvent affectées d'ulcère de l'estomac que les hommes.

Mais, en somme, que nous importe? Cette notion ne nous fournit pas un renseignement bien précieux au point de vue de la question la plus essentielle, concernant le traitement.

Les Allemands et les Anglais ont établi que l'ulcère de l'estomac se trouvait plus fréquemment chez les vieillards que chez les enfants et les adultes. C'est là une pure naïveté. Il est établi que, souvent, cette affection guérit spontanément. Ce n'est qu'à un âge plus avancé qu'il y a lieu de pratiquer l'autopsie de ces sujets. Il n'est donc pas étonnant que les lésions se trouvent plus fréquemment chez les vieillards que chez les jeunes gens et les adultes. La vérité, c'est que cette maladie se produit d'ordinaire vers l'âge de vingt ans. Il est prouvé, aussi, qu'elle peut persister des années, dix, quinze ans et plus.

On a prétendu que l'anémie, la chlorose, la débilité constitutionnelle étaient autant de causes prédisposantes à cette affection. Les Allemands, surtout, ont beaucoup exagéré sa fréquence chez la femme. C'est à l'ulcère notamment, qu'ils ont pour habitude d'attribuer les hématomèses, qui ne sont qu'une métastase des règles. Ce sont là des erreurs qui, nombre de fois, ont été rectifiées par l'autopsie. On a également prétendu que les tuberculeux y étaient particulièrement prédisposés. La vérité est que l'estomac peut être affecté de tubercules, au même titre que les poumons, les plèvres, etc.

Les causes contingentes de l'ulcère stomacal, sont donc mal connues. Tout ce que l'on sait, sur l'étiologie de cette affection, c'est qu'elle atteint de préférence les femmes, le jeune âge, les chlorotiques, les anémiques et les sujets adonnés aux habitudes alcooliques.

**MÉCANISME DE LA PRODUCTION DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC.**— M. Sée commence par faire savoir à ses auditeurs que l'on chercherait en vain, dans les livres, une bonne explication relative à cette importante question.

Neuf fois sur dix, continue-t-il, il est facile de s'expliquer mécaniquement le genèse de l'ulcère gastrique. Il est occasionné par l'action du suc gastrique. Pour expliquer cet effet nuisible, il faut de deux choses l'une: ou que cet acide soit sécrété en proportions surabondantes, ou que les glandes péptiques fournissent une réaction alcaline insuffisante.

La première hypothèse est inacceptable. En effet, jamais le suc gastrique n'acquiert une acidité telle que son contact avec la muqueuse le rende susceptible de la détruire sur un point aussi circonscrit. En pareils cas, son action serait tout au moins générale, tandis qu'ici il y a une localisation des plus restreintes.

La seconde hypothèse est la seule admissible. Les glandes

peptiques ne déversent pas à la surface gastrique une quantité suffisante de principes alcalins pour la neutralisation, à un degré voulu, du suc gastrique. Or, à quelle source les glandes peptiques puisent-elles ces principes alcalins? Elles les empruntent au sang, qui a cette dernière réaction. Admettant donc que, pour une raison quelconque, le fluide nourricier n'arrive pas, avec une abondance physiologique, dans un point quelconque des parois du ventricule, ce même point se trouve dans les conditions qui sont susceptibles de produire la lésion dont il s'agit.

Aux deux causes précédentes: action superficielle du suc gastrique, alcalinescence du fond des parois gastriques, une troisième cause doit se surajouter, pour expliquer la genèse de l'ulcère de l'estomac. Cette cause, c'est l'arrêt de la circulation sur un point circonscrit de ses parois.

Eh bien! c'est précisément ce que les nécroscopies ont permis de vérifier dans les deux tiers des cas. On trouve, en effet, dans ces conditions, soit des embolies, ce qui est le plus rare, soit des thromboses, ce qui est plus fréquent; soit des infractus hémorragiques, dans les parois de l'estomac. Dans d'autres cas, on a aussi trouvé les artères malades, athéromateuses, et plus aptes, par là même, à subir l'influence nocive de l'acide gastrique.

Les conséquences de cet état particulier s'expliquent aisément. Il a pour effet de déterminer une olighémie, et, par tant, une sub-alcalisation des liquides peptiques. De là résulte une sur-acidité relative d'acide gastrique. Ce dernier devient ainsi un élément destructeur, dont les effets se font sentir plus ou moins loin, en surface et en profondeur.

Dans un dixième des cas, environ, on n'a trouvé aucune lésion vasculaire pour rendre compte de la production des ulcères. Peut-être n'a-t-on pas bien cherché? Peut-être, aussi, le corps du délit avait-il disparu après avoir produit ses effets? Sans s'efforcer de forger des hypothèses plus ou moins vraisemblables, il faut prendre les faits tels quels. Une théorie qui donne la raison de neuf cas sur dix, peut bien permettre de négliger le dixième, en attendant mieux.

**SYMPTOMATOLOGIE.**—Les symptômes sont très-peu nombreux. Ils se réduisent à la douleur, aux vomissements, à la dyspepsie et à la dénutrition. Or, aucun de ces signes n'est constant ce qui fait que l'ulcère de l'estomac est une des affections dont le diagnostic est le plus difficile.

Ces symptômes, les deux premiers surtout, par leur importance, lorsqu'ils se manifestent, sont dignes d'une étude spéciale.

*Douleur.*—La douleur est le phénomène le plus fréquent de l'ulcère de l'estomac. Cependant on ne l'observe pas constamment.

Le moment où se manifeste cette douleur est très-variable. Le plus souvent elle se produit quelque temps après l'ingestion des aliments, surtout lorsque ces dernières sont indigestes. Fréquemment, aussi, elle a lieu alors que l'estomac est vide, ou soi-disant vide d'aliments.

Il faut savoir, en effet, que certains d'entre eux, non encore digérés, restent dans le ventricule bien au-delà du temps attribué à la digestion stomacale.

On a prétendu que cette douleur était occasionnée ou augmentée par l'action du refroidissement, et qu'elle se développait sous l'influence d'une impression morale. Ce sont là des erreurs, car ces causes ne peuvent rien pour le développement d'un phénomène d'ordre purement local et physique.

On a dit encore que la douleur était augmentée par la pression. Rien de moins juste, car une pression douce et étendue soulage souvent cette souffrance gastrique, ainsi que cela a lieu également pour la gastralgie.

La douleur est paroxystique. Elle se produit quelquefois trois ou quatre fois par jour, et peut faire défaut pendant des semaines et même pendant des mois.

On a prétendu que sa production, ses paroxysmes étaient en rapport avec une extension de l'ulcère. Rien n'est moins exact. On a vu, à l'autopsie de très-petits ulcères chez des sujets qui, avaient été éprouvés par de violentes douleurs, et des ulcères très-étendus, chez des malades qui n'avaient nullement souffert.

Quelle est la cause, quel est le siège de la douleur? Deux ordres de causes peuvent être invoqués. Il est manifeste quelle est due à l'action du suc gastrique sur les ramifications plus ou moins dénudées du nerf pneumo-gastrique; mais on doit faire intervenir aussi, dans une certaine part, une contraction des muscles, une sorte de crampe qui se propage aux nerfs moteurs.

La douleur a deux lieux d'élection; la région épigastrique et la région rachidienne dorso-lombaire. Il est manifeste que cette douleur ne siège pas à l'estomac lui-même, car souvent elle se produit à l'épigastre, et l'on sait que, dans les quatre cinquièmes des cas, le lieu d'élection de l'ulcère est à la paroi postérieure du ventricule. Il ne faut voir dans ce phénomène qu'une action réflexe. Il y a, de la part du pneumo-gastrique, une réaction sur la moelle épinière, qui renvoie ensuite des irradiations douloureuses. Il se produit, en pareil cas, un phénomène analogue à celui qui s'observe dans la pneumonie du

sommet, qui développe des névropathies vers les 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> espaces intercostaux.

*Vomissements.*—Les vomissements constituent aussi un symptôme très important, quand ils existent, car ils manquent souvent. Sur 120 cas, Muller a fait la remarque qu'ils n'ont fait défaut que pour un cinquième. Il est donc des malades qui n'en sont jamais affectés.

De même que la douleur se produit quelque fois à jeun, ainsi les vomissements peuvent avoir lieu dans le moment où le ventricule est vide d'aliments. On ne peut donc dire que ce soient ces derniers qui donnent exclusivement lieu à la production de ces deux phénomènes morbides.

Mais, parce que l'estomac d'un sujet à jeun ne contient pas d'aliments, est-ce à dire qu'il soit vide? En aucune façon; à ce moment on avale de la salive. C'est ainsi que se produisent les vomissements pituiteux matutinaux. Or, la salive détermine une sécrétion d'acide gastrique, dont la surabondance suffit pour exciter la douleur.

M. Sée fait incidemment remarquer que la plupart des médecins, pour combattre l'acidité gastrique du matin, prescrivent l'eau de Vichy ou le bicarbonate de soude. En cela, ils se trompent grossièrement. A l'inverse de ce que l'on pourrait croire *a priori*, les alcalins ont précisément pour effet une augmentation immédiate du suc gastrique.

Un fait d'observation; c'est que les vomissements font aussitôt disparaître la douleur. Cela s'explique naturellement par la disparition du corps du délit.

*Hématémèse.*—Un phénomène des plus graves ouvre souvent la scène. Dans les meilleures conditions apparentes de santé, dans un état de souffrance mal définie, c'est-à-dire en l'absence de douleur, de vomissements, de dyspepsie, un sujet est pris d'hématémèse. L'affection se dessine: il s'agit, soit de règles déviées, soit d'un cancer, soit un ulcère de l'estomac.

C'est un singulier phénomène que l'hématémèse. Après un premier vomissement de sang, le malade recouvre quelquefois sa pleine santé. D'autrefois cet accident se reproduit au bout de plusieurs mois, de plusieurs années. Lorsque l'on vient à pratiquer l'autopsie tardive de ces sujets, on retrouve une ou plusieurs cicatrices, signes révélateurs des ulcères.

Il est manifeste que ces hémorragies sont dues à la destruction d'un vaisseau. Leur abondance, leur persistance sont en rapport avec le calibre de ce dernier.

La perte du sang, du reste, peut s'effectuer par plusieurs voies. Non-seulement il arrive qu'il est évacué par le vomissement, mais il peut être entraîné par les selles. Dans d'autres

cas, l'hémorrhagie est purement interne. On a vu des malades succomber dans ces conditions, sans que cet accident se soit traduit au dehors. Les malades pâlissent, accusent du malaise ou des nausées suivies ou non de vomissements sanguinolents, et ils perdent la vie dans une syncope. Plusieurs fois, à l'autopsie, on a trouvé des quantités énormes de sang dans les intestins.

Lorsque le sang est expulsé aussitôt après son extravasation dans l'estomac, il conserve sa coloration vermeille. S'il a séjourné quelque temps dans le ventricule, s'il a parcouru le tube intestinal, au contact du suc gastrique ou des acides de l'intestin, il prend un aspect noir, marc de café, coloration due à la transformation de l'hémoglobine.

La moitié des malades succombent après trois, quatre, dix hématomèses. L'issue funeste se fait quelquefois attendre dix, douze, quinze ans. Souvent on se croit guéri, et on ne songe plus à la maladie, quand arrive une nouvelle hémorrhagie, qui met fin à la vie. On peut donc dire que, quiconque a été une fois atteint d'hématémèse, peut bien être à l'abri à tout jamais de nouveaux accidents, comme il peut aussi considérer comme suspendue sur sa tête une nouvelle épée de Damoclès.

*Dyspepsie.*—La dyspepsie, qu'on observe chez certains malades, est un phénomène accidentel, qui ne s'explique par aucune lésion anatomique. L'ulcération est si limitée, qu'elle n'a aucune influence sur les fonctions gastriques. Par cela même, la nutrition s'entretenant très-bien, il n'y a pas de dépérissement, à part les cas, bien entendu, où il se produit des hématomèses et des vomissements, derniers symptômes qui expliquent clairement l'autophasisme des sujets qui en sont affectés.

*Constipation.*—Lorsque l'affection présente de la gravité, les malades mangent peu; éprouvant des troubles gastriques lorsqu'ils font usage des féculents, des légumes secs, de la graisse, ils renoncent à ces aliments, pour ne se nourrir que de viande, d'œufs, de poisson, en un mot, de substances azotées. Rien donc d'étonnant qu'avec un tel régime, quand surtout on réduit sensiblement la proportion de pain, qui fournit une forte proportion de résidu, rien d'étonnant qu'avec un tel régime les matières fécales soient peu abondantes. On considère à tort ces malades comme éprouvés par la constipation. Évidemment leurs selles ne sauraient être aussi copieuses que celles des personnes qui se bourrent l'estomac de fécules. Il faut considérer que le pain, les légumes secs, fournissent la moitié de résidu, tandis que le régime azoté n'en produit que

15 p. 100.

**TERMINAISON.**—Il est des malades qui sont atteints d'ulcère

simple de l'estomac, et qui le supportent si bien qu'ils n'en ont nullement conscience. Chez d'autres, cette affection n'est révélée que par une ou plusieurs hématomèses. C'eux-là, guérissent encore quelquefois très-bien. Il en est chez lesquels on n'arrive à poser le diagnostic qu'ultérieurement, par le fait de la cicatrice de l'ulcère une fois guéri, cicatrice qui gêne les mouvements de l'estomac.

D'autre fois la maladie à une autre terminaison.

Il peut se produire une perforation du ventricule. Les conséquences diffèrent selon la nature de la perforation. Dans les cas les plus malheureux, l'ulcère s'ouvre dans la péritoine, et donne lieu à une péritonite promptement mortelle. Dans un second cas, l'estomac a contracté des adhérences avec un organe parenchymateux (foie, rate). La mort n'est pas la conséquence forcée, immédiate de cet accident, et la vie peut se prolonger plus ou moins longtemps; mais, le plus ordinairement, le malade mène une existence mauvaise, et pleine de menaces. On a vu des perforations secondaires se faire dans l'intestin, dans la veine porte, entraînant à sa suite des abcès du foie, dans les poumons, occasionnant des pneumothorax.

Si l'on considère que l'on observe une perforation sur sept à huit cas, on comprendra combien le pronostic de l'ulcère simple de l'estomac doit être posé avec réserve. — *Revue de Thérapeutique Médico-chirurgicale.*

DR. RENOUX.

**Du traitement de la diphthérie par le cubèbe et le copahu.**—Le docteur Thibeau (d'Andouillé) revient sur la méthode qu'il préconise, et qu'il considère toujours comme le meilleur traitement de cette maladie. Voici les règles qui doivent présider à ce traitement :

*Emploi du cubèbe.*—1<sup>o</sup> Employer toujours le cubèbe en poudre fine pulvérisée au moment de s'en servir, en suspension dans un sirop quelconque ou dans un liquide fortement sucré;

2<sup>o</sup> Le donner toujours à hautes doses, fragmentées d'heure en heure, de façon que l'économie soit continuellement sous l'influence du médicament (soit 8 à 10 grammes pour les enfants au-dessous d'un an, 25 à 40 grammes pour les adultes dans les vingt-quatre heures);

3<sup>o</sup> Continuer l'usage du remède quelques jours encore après la disparition des fausses membranes (ordinairement trois à quatre jours), surtout si l'engorgement ganglionnaire persiste;

4<sup>o</sup> S'il ne se produit pas d'amélioration au bout de deux ou

trois jours, ne pas craindre d'augmenter les doses, quel que soit l'âge du sujet :

5° Reprendre immédiatement le médicament et le continuer avec persévérance à la moindre réapparition des couennes,

6° S'il survient de la diarrhée, faire prendre un peu de sirop diacode pur aux enfants, de sirop d'opium aux adultes ;

7° Associer toujours à cette médication un régime reconstituant (lait, potages, œufs), et se borner à des aliments liquides s'il existe une paralysie du larynx ;

8° Surveiller très-attentivement la marche de la maladie et s'assurer si le sujet prend convenablement le médicament.

Voici la formule que j'emploie :

Poivre cubèbe en poudre fine et fraîche.....	ʒij à iv
Sirop simple.....	ʒiv
Vin de Malaga. )	aa.....
Eau..... )	ʒv

pour une potion.

Prendre une, deux ou trois potions semblables dans les vingt-quatre heures, selon l'âge du malade et la gravité de la maladie.

*Emploi du cubèbe et du copahu.*—1° Dans le cas où le mal résisterait à l'emploi du cubèbe seul, il faut donner (*surtout chez les adultes*), concurremment avec le médicament, le copahu sous la forme suivante :

Copahu solidifié officinal (Mialhe).....	grs. v
Cubèbe pulvérisé.....	grs. ij

pour une pilule ou dragée (20 ou 30 par vingt-quatre heures).

Ces dragées sont du poids de 1 gramme; il faut n'en donner qu'une à la fois et avoir bien soin d'administrer le nombre prescrit, ainsi que le cubèbe, à intervalles égaux dans les vingt-quatre heures ;

2° L'éruption copahique scarlatiniforme, qui survient ordinairement après l'emploi plus ou moins prolongé de ces dragées, coïncide toujours (cette loi ne nous a offert que de très-rare exceptions, et seulement chez les enfants très-jeunes) avec la cessation de la maladie (*in hoc signo vinces*) :

3° Avec le copahu donner toujours quelques cuillerées à café de sirop diacode aux enfants, ou thébaïque aux adultes, pour empêcher la diarrhée,

4° Si l'on est obligé d'employer ces dragées chez les enfants, en donner par jour autant qu'ils ont d'années (6 à six ans, 10 à dix ans, etc.) ;

5° S'il y a difficulté à les avaler, les faire broyer ou émietter dans un peu de marmelade ou de pomme cuite ;

6° Il est bien entendu que la potion au cubèbe sera continuée ainsi qu'il est dit plus haut.

*Emploi du copahu.*—Si, pour une raison quelconque, on était forcé de donner exclusivement les dragées de copahu, il faudrait augmenter le nombre ci-dessus d'un tiers ou même le doubler : ainsi à six ans donner 9 ou 12 dragées, à huit ans 12 ou 16, etc. ; n'en donner qu'une à la fois et en espacer les doses à intervalles égaux dans la journée. Il faut s'assurer qu'elles sont digérées en visitant les selles. J'ai donné chez des adultes, dans des cas graves, jusqu'à 60 degrés dans les vingt-quatre heures pour obtenir l'éruption copahique.—*Gazette hebdomadaire*, 28 mars 1877. p. 186.—*Bulletin général de thér. méd. et chir.*

**Danger des médicaments actifs dans les cas de lésions rénales.**—Depuis assez longtemps déjà, on a signalé dans l'albuminurie ce symptôme curieux : à savoir l'imperméabilité du rein aux odeurs ; c'est ainsi que chez ces malades, l'absorption de la térébenthine ou des asperges ne donne pas lieu à l'odeur caractéristique habituelle des urines ; de Beauvais avait même indiqué ce fait comme pouvant suffire, à lui seul, à établir l'existence d'une maladie de Bright. Lorsque ce défaut d'élimination se produit pour des médicaments actifs comme l'opium, la belladone, etc., il peut en résulter des accidents graves. d'où cette conclusion, que ces substances deviennent toxiques, même à petite dose, dans le cas où il y a une altération du rein. M. Chauvet a pleinement démontré ce fait dans sa thèse, par les observations qu'il a recueillies, et a fait voir en même temps par les expériences que le mode d'élimination de certains médicaments était profondément modifié par une maladie des reins. Pour le sulfate de quinine, par exemple, l'élimination par le rein, chez un sujet sain, commence vingt-cinq minutes après l'ingestion et dure trois ou quatre heures, en outre, on retrouve dans les urines plus du quart de la substance ingérée. Chez des sujets dont les reins sont altérés, au contraire, le sulfate de quinine tarde plus longtemps à se montrer dans les urines, son élimination peut durer jusqu'à huit jours, et la quantité totale éliminée varie entre un dixième et un cinquième de celle qui a été prise. Ces expériences ont porté sur un grand nombre de sujets différents.

Le bromure de potassium, dont l'élimination est terminée vingt jours après la suspension du médicament chez un sujet sain, dure trente ou trente-cinq jours chez celui dont le rein est malade.

Des résultats analogues ont été observés pour l'iodure de potassium, dont l'élimination d'ailleurs est beaucoup plus rapide.

M. Chauvet rapporte encore deux cas dans lesquels survint une intoxication mercurielle rapide et des plus graves, produite par l'absorption de liqueur de Van Swieten à doses très-modérées dans le premier, et par une cautérisation au nitrate acide de mercure dans le secusud cas. Chez ces deux malades, on trouva à l'autopsie une maladie de Bright; les reins, ne fonctionnant alors que très-imparfaitement, n'avaient pu éliminer suffisamment le mercure, d'où ces accidents si graves.

Les auteurs anglais, qui ont bien observé cette susceptibilité chez les albuminuriques, recommandent d'éviter l'emploi des mercuriaux chez les brightiques, la salivation arrivant plus rapidement chez eux qu'à l'état normal.

L'auteur cite encore deux autres observations dans lesquelles il y a eu des accidents produits par de légères doses d'opium et d'atropine. Dans la première, la mort s'en suivit; dans la seconde, à la suite d'instillations d'atropine, faites pour une iritis, il y eut des accidents d'intoxication atropique; le malade étant mort plus tard, on trouva les reins tuberculeux.

De l'ensemble de ces faits, il résulte donc, que les maladies des reins rendent toxiques des médicaments actifs, administrés même à petites doses. et qu'avant d'ordonner ceux-ci, il sera prudent d'examiner avec soin comment se fait la sécrétion urinaire; en outre, fait important au point de vue médico-légal, dans une expertise relative à un empoisonnement par les alcaloïdes et les médicaments dits actifs, on ne verra rigoureusement noter l'état des reins, puisque, ainsi que cela s'est vu d'ailleurs dans un cas analogue, une dose médicamenteuse peut amener la mort dans ces circonstances particulières.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

---

**Empoisonnement par la santonine.**—*La Gazette obstétricale* rapporte, d'après la *Revue médicale de l'Est*, un cas d'empoisonnement intéressant en ce sens qu'il peut servir à préciser la dose de santonine qui peut provoquer des accidents graves chez un enfant de quatre ans et demie. M. Duclaux, qui raconte ce fait, fut appelé auprès d'un enfant de cet âge, plongé dans un assoupissement très-prononcé, avec les yeux immobiles et injectés, les pupilles dilatées et insensibles à la lumière, les lèvres et gonflées, la respiration stertoreuse, le pouls lent, la peau froide et couverte d'une sueur abondante. Les draps de

lit étaient mouillés et offraient une coloration jaune-orangé; l'enfant urinait goutte à goutte et presque continuellement; de là la coloration des draps. M. Duclaux apprit alors que les parents avaient acheté la veille douze tablettes de chocolat vermifuge et en avaient fait faire prendre deux le matin à l'enfant, mais que celui-ci avait profité de leur absence pour avaler le reste deux heures auparavant. Pensant alors à un empoisonnement par la santonine, M. Duclaux donna à l'enfant un vomitif qui amena l'expulsion d'un petit fragment de chocolat; puis, sous l'influence de frictions, de stimulants, de thé additionné de rhum, l'état général se releva peu à peu, non sans difficultés, et deux jours après, l'état du malade pouvait être considéré comme guéri. Il est à noter que l'urine d'un jaune très-foncé, traitée par l'ammoniaque, donna aussitôt une couleur rouge sang.

D'après les renseignements fournis par le pharmacien, on put établir que l'enfant avait avalé 5 à 6 grains de santonine en une seule dose. La santonine est donc plus dangereuse qu'on ne le pense, puisque cette dose a failli amener la mort. Son administration doit, par conséquent, être surveillée avec soin chez les enfants. Depuis ce moment, M. Duclaux dit en avoir prescrit plusieurs fois chez des enfants de deux à quatre ans à la dose de 75 milligrammes par jour. Dès le quatrième jour, les urines se coloraient en jaune-orange ou rouge-brun, et il survenait des nausées et quelquefois des vomissements.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

**Rhumatisme chronique, traitement par l'iodure de potassium.**—M. Siredey, dans un cas de rhumatisme chronique, a obtenu par l'iodure de potassium un résultat très-remarquable et qui mérite d'être rapporté, puisqu'il s'agit d'une affection des plus rebelles à la thérapeutique. C'était chez un ancien garde-chasse, ayant subi par conséquent longtemps les atteintes du froid et de l'humidité, et qui souffrait depuis plus de deux ans dans les articulations; c'étaient surtout les petites articulations du pied et de la main qui étaient prises et rendaient tous les mouvements impossibles; en outre, il y avait une telle raideur dans la colonne vertébrale, que le malade ne pouvait être relevé, pour ainsi dire, que tout d'une pièce. Cet homme, tout-à-fait confiné au lit, par conséquent, était dans un état d'infirmité absolue. M. Siredey lui prescrivit alors des bains de vapeur à prendre tous les deux jours; il fit badigeonner les articulations malades avec de la teinture d'iode, et enfin ordonna la potion suivante qu'il avait vu prescrire par M. Moissenet:

Iodure de potassium.....	3ijss
Iode .....	grs. ij
Sirop de gentiane.....	ʒviiij

Le malade en prit une cuillerée à bouche matin et soir. L'amélioration produite fut très-rapide, et quinze jours après, il pouvait déjà marcher dans la salle et se rendre seul au bain. On sait que cette forme de rhumatisme, rhumatisme chronique primitif, est très-rare chez l'homme, tandis qu'elle est extrêmement commune chez la femme, à tel point qu'on l'a appelée goutte des femmes. Les travaux de MM. Trastour et Charcot qui ont donné les premières descriptions très-complètes de cette maladie, ont déjà signalé cette prédominance. C'est à cette forme encore que s'applique le traitement de M. Guéneau de Mussy et qui consiste dans l'emploi des bains d'arséniate de soude. La médication par l'iodure de potassium, qui peut toujours être essayée tout d'abord, a sur cette méthode l'avantage d'être d'une application plus facile.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

**Formation de sublimé corrosif dans un mélange de calomel et de sucre.**—Si le calomel est un purgatif précieux, fort utile et fort commode, surtout dans la médecine des enfants, le praticien ne doit pas perdre de vue que ce médicament peut se changer en bichlorure et devenir ainsi un poison violent. Il est donc nécessaire de ne pas l'associer aux substances qui peuvent donner lieu à la formation de ce nouveau sel.

Quand le calomel en poudre est mis au contact du sucre blanc pulvérisé ou de la magnésie, il se forme en vingt-quatre heures une certaine quantité de sublimé corrosif.

D'après l'*Osservatoire med. siciliano* (Nos. 1-2, 1877), le Dr. Polk a constaté tous les effets d'un empoisonnement par le sublime corrosif, produit par l'administration d'un mélange de calomel et de sucre, préparé depuis un mois. L'examen d'un reste de ce mélange a permis de constater la présence d'une notable quantité de bichlorure de mercure.

Dans le journal de pharmacie et de chimie de Turin (nov. 1875), le même fait se trouve consigné. Ici ce sont des pastilles à base de calomel qui déterminent l'empoisonnement. Les pastilles, en effet, contiennent du sucre, qui, comme matière organique, agit sur le calomel et le transforme en bichlorure de mercure. La proportion de sublimé est en raison du temps depuis lequel ces pastilles sont préparées.

D'un autre côté, Carlo Bernadi, pharmacien à Milan (*Bulletin farm. di Pietro Viscardi*, oct. 1876), a fait de nombreuses expériences et a pensé qu'il pouvait conclure qu'il fallait attribuer l'empoisonnement non pas à la formation de sublimé corrosif, mais à l'impureté du calomel employé. Il résulte de ces faits qu'il faut qu'il faut être circonspect dans l'emploi de pastilles calomel. Le calomel peut être facilement employé sous une autre forme que celle de pastilles.—*Paris médical*.—*Le Bordeaux médical*.

—

**Atonie de la vessie. Injections hypodermiques d'ergotine.**—Le professeur von Langenbeck a fait connaître récemment à la Société de médecine de Berlin le traitement qu'il emploie dans cette maladie si fréquente chez les personnes âgées. On sait qu'elle dépend souvent d'une hypertrophie de la prostate et ses symptômes sont connus de tous les médecins; les malades urinent volontairement, mais en petite quantité à la fois; ils ne voient jamais entièrement la vessie, ce qui entraîne à la longue une décomposition ammoniacale des urines et un catarrhe de la muqueuse vésicale. Dans trois cas récents de cette affection, von Langenbeck a employé les injections hypodermiques d'ergotine avec des résultats remarquables. Il a vu la contractilité de la vessie s'accroître rapidement et permettre aux malades d'évacuer une quantité d'urine de plus en plus considérable. L'un de ces cas est celui d'un homme de 62 ans, qui urinait trois à quatre fois par jour, et ne rendait à chaque miction qu'une trentaine de grammes d'urine, tandis que l'introduction du cathéter en évacuait plus d'un demi-litre. Le premier jour on fit une injection sous-cutanée de 12 centigrammes d'ergotine de Boujean en solution. Le même jour le malade put uriner plus facilement, et quelque temps après, l'hypertrophie de la prostate, qui existait en même temps, avait notablement diminué. Après quatre injections, l'atonie vésicale était vaincue.—*Jour. des soc. méd. de Louvain*.—*Revue de théor. méd.-chir.*

—

**Des usages de la pepsine en médecine et des préparations de cette substance.**—Le docteur Oscar Liebreich pense que le champ des applications de la pepsine à la thérapeutique pratique est très-vaste, mais que le nombre considérable des préparations employées, et parfois leur instabilité, ont obscurci les résultats et en ont amoindri la valeur.

Toutes les affections qui ont pour cause une digestion imparfaite peuvent s'améliorer par l'emploi de la pepsine; telles sont la chlorose, l'épuisement consécutif au typhus, à la rougeole et autres affections débilitantes; la pepsine facilite la nutrition et en même temps active directement la restauration du pouvoir digestif naturel.

La dyspepsie consécutive à l'usage continu des condiments irritants, poivre, moutarde, vinaigre, ou à l'abus de l'alcool, est due à un affaiblissement du pouvoir digestif qui ne répond plus à l'action des stimulants. Dans les cas, très nombreux d'ailleurs où la diarrhée des enfants est due à une digestion imparfaite de l'estomac, rien ne convient mieux, comme dans les cas précédents, que l'usage de la pepsine.

Le cancer et l'ulcère simple de l'estomac constituent des contre-indications à l'emploi de ce médicament, dont l'action sur la muqueuse gastrique pourrait accélérer le processus ulcératif. M. Liebreich pense que les préparations alcooliques n'ont que peu de valeur, parce que, à la longue, elles subissent des modifications qui ont pour résultat la disparition de la pepsine par fermentation. Il pense, d'après une expérience prolongée, que la pepsine se conserve parfaitement dans la glycérine, parce que celle-ci s'oppose à la fermentation de la première, et recommande très-chaudement cette préparation.—(*The Practitioner*, mars 1877, p. 161.)—*Bulletin général de Thérapeutique*.

**Tænia chez un enfant à la mamelle**, par le docteur Dawosky de Celle (*Betz's memorabilien*).—Il y a environ une quinzaine d'années, que le docteur Dawosky fut prié de débarrasser de son hôte, un enfant âgé de six mois, qui évacuait continuellement des bouts de tænia, et cet enfant n'avait pris jusqu'alors que le sein maternel. S'étant assuré de la présence du parasite, l'auteur fit prendre journellement à son petit malade, de l'huile de ricin, et eut le plaisir de voir, au bout de huit jours, l'animal expulsé avec sa tête.

Notre confrère se pose cette question: d'où cet enfant avait-il pu prendre ce parasite? Il rappelle que le Dr. Weisse, de Saint-Petersbourg, le grand promoteur de la viande crue, comme méthode de traitement chez les enfants, spécialement contre la diarrhée des petits enfants sevrés, communique que souvent ces derniers ont eu plus tard le tænia; il en cite un de dix-huit mois qui en fut atteint. Ici tel n'est pas le cas, aussi rien ne peut expliquer par quelle voie ce ver intestinal a pu s'introduire.—*Revue de thérap. médico chir.*

**Le hareng dans les coliques hépatiques.**—M. le docteur Rapin cite plusieurs cas de coliques hépatiques guéries ou du moins améliorées par l'usage quotidien du hareng. Il fait circuler sous les yeux des membres de la Société médicale de la Suisse romande un certain nombre de calculs éliminés par ses patients, ainsi qu'une riche collection de sables biliaires. L'auteur se demande s'il faut attribuer cette action curative du hareng à la propylamine qu'il contient.—*Lyon Médical.*—*Revue de thér. médico-chir.*

---

**De l'ergot de seigle dans la polyurie.**—Dans un cas de polyurie observé sur un enfant de quatorze ans, M. Murrell a prescrit l'extrait liquide d'ergot de seigle, dans une potion, à la dose de 0 gr. 80 trois fois le jour. Au bout de quinze jours, la quantité d'urine émise chaque jour ayant diminué de 800 centimètres cubes, on ne prescrivit plus d'extrait liquide d'ergot qu'à la dose de 0 gr. 60 toutes les quatre heures. Au bout de huit nouveaux jours, réduction de 280 gr. sur le volume de l'urine. On élève alors la dose d'ergot jusqu'à 1 gr. 50 toutes les quatre heures. Pendant cette semaine, la moyenne de l'urine rendue chaque jour est de 1,983 centimètres cubes, et pendant les douze jours suivants, de 1,842 centimètres cubes. Pour réveiller l'appétit, on substitue pendant quinze jours, à l'extrait d'ergot, une mixture de cassia amara, et, pendant cette période, le volume de l'urine excrétée n'augmente pas. L'extrait d'ergot est alors repris à la dose de 1 gr. 50 toutes les quatre heures, et continué pendant un mois. Durant tout ce temps, le poids de l'urine rendue chaque jour oscille entre 1,700 et 1,983 centimètres cubes. Le mois suivant, l'usage de l'ergot est abandonné et remplacé par des amers, sans aucun avantage du côté de l'urine.

Pendant ce traitement, il se manifesta une amélioration générale dans l'état du malade; les vomissements du matin cessèrent; la peau devint moite et la soif s'apaisa. Quoique l'enfant n'ait point guéri, il a éprouvé un certain bienfait du traitement, et il est bon d'en tenir compte pour l'appliquer à l'occasion contre une maladie vis-à-vis de laquelle on est presque entièrement désarmé.—*Union médicale.*—*Revue Thérapeutique médico-chirurgicale.*

---

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

**Applications du thermo-cautère.— Considérations pratiques.**— Nos lecteurs auront trop souvent l'occasion de s'occuper du thermo-cautère, pour que nous négligions de leur faire connaître les progrès accomplis par cet instrument si plein des ressources pour la pratique chirurgicale, (voir article 11111). Une discussion sur ce sujet a déjà eu lieu à la Société de chirurgie et continuera certainement, et nous donnerons ici les éléments pour permettre de la suivre. C'est à propos de la trachéotomie qu'elle a commencé. Il ressort en effet de ce qui a été dit, que dans la trachéotomie sur l'adulte, surtout en cas de développement vasculaire considérable, le thermo-cautère peut être préféré à l'instrument tranchant. Pour la trachéotomie sur l'enfant, la question sera nécessairement réservée, parce qu'il existe là quelques conditions spéciales ; il y a eu des cas malheureux où l'opération a amené des eschares considérables. Peut-être y a-t-il encore des défauts dans la manœuvre et qu'une connaissance plus approfondie de l'instrument permettra d'éviter les accidents.

Sur l'instrument, MM. Verneuil, Trélat, Tillaux et de Saint-Germain ont donné des détails intéressants à la Société, et nous avons eu nous-même l'occasion d'étudier l'instrument dans un assez grand nombre de cas pour pouvoir dire ce que la pratique nous enseigne.

Les anciens employaient le feu bien plus communément que nous ne le faisons, et il y a lieu de se demander s'ils n'étaient pas à cet égard dans une meilleure voie que nous. L'emploi, la vulgarisation des ligatures a diminué ce rôle du feu ; et, nous voyons déjà dans les mémoires de l'Académie de chirurgie, qu'à la fin du siècle dernier des voix autorisées s'étaient élevées pour réclamer en faveur du cautère actuel délaissé.

Les pratiques qui paraissent presque neuves, aujourd'hui qu'on y applique le thermo-cautère, étaient choses vulgaires : la destruction de certaines tumeurs, l'ouverture des kystes, l'ouverture des abcès, la cautérisation des plaies anfractueuses, la destruction des parois fistuleuses, tout cela était de chirurgie courante. Même l'opération de l'empyème se faisait avec le fer rouge, comme M. Féréol vient de la faire récemment avec le thermo-cautère ; et, pour cette opération, il existait un cautère spécial et un protecteur spécial pour les parties environnantes.

En effet, les formes des cautères étaient variées à l'infini, il y en avait des séries distinctes pour chaque genre d'opération.

Le fer rouge fut négligé d'abord pour faire des ligatures. Il fut accusé par Ambroise Paré de produire des douleurs atroces dans son application faite *largâ manu*, puis de laisser après lui des processus inflammatoires prolongés, des eschares énormes, s'éliminant lentement, et, pour les moignons en particulier, des cicat, ices difformes, des saillies osseuses conduisant à l'inutilité absolue du membre.

On peut croire d'abord que la réaction contre le fer rouge s'était faite trop vive et trop complète.

Puis le chloroforme est venu qui supprime un des inconvénients de fer rouge, la douleur.

Enfin, l'instrument nouveau, non-seulement est maniable, facile, d'action sûre, mais il ruine en partie la seconde objection. Avec lui, l'abus de la chaleur n'existe plus; on ne cautérise qu'à une profondeur déterminée, à une température voulue; on ne brûle ni autour de la plaie, ni dans la plaie les parties qu'il faut respecter. Les eschares énormes, les suppurations prolongées, les hémorrhagies secondaires, sont donc infiniment moins à redouter.

Aussi cette nouvelle invention est bien propre à nous faire revenir à l'usage commun du fer rouge, plutôt sans doute qu'à faire abandonner le galvano-cautère, comme on l'a dit.

Il y a deux rôles que le thermo-cautère ne peut pas jouer. 1<sup>o</sup> Il ne remplace pas l'anse galvanique et ses précieuses propriétés: 2<sup>o</sup> si l'on a besoin de températures énormes, comme celles maintenues quelquefois par des piles puissantes, cet instrument ne les donnera pas.

Mais pour toutes les autres actions à demander à un instrument incandescent il les donnera; et l'on sait que la chirurgie réclame surtout des instruments modérément chauffés pour qu'ils restent hémostatiques. Les instruments à trop grandes températures causent des hémorrhagies comme l'instrument tranchant.

La première fonction que peut remplir cet instrument, c'est la cautérisation simple. Il agit alors comme le cautère actuel habituellement employé, mais avec cette immense supériorité qu'il ne rayonne que fort peu, que sa chaleur dure, il ne s'éteint que si on le maintient longtemps contre les tissus.

Il n'a besoin d'aucun appareil terrifiant, aussi la cautérisation transcurrente la cautérisation d'une fistule, deviennent des opérations extrêmement supportables.

Pour ma part, moi qui n'opère jamais une fistule à l'anus sans cautériser ensuite toute la plaie au fer rouge, sans en né-

gliger aucune partie, pour détruire les moindres culs de sac et pour éviter l'emploi des mèches, je ne saurais trop dire combien le thermo-cautère, dans ces cas, est supérieur aux cautères ordinaires les plus commodes et les mieux chauffés.

S'il faut diviser les tissus, l'instrument agira comme le couteau galvanique, on pourra le prendre droit ou courbe, comme dans la figure 1. Le couteau, étant modérément chauffé, sera promené suivant la ligne d'incision, assez lentement, puis enlevé assez vivement, puis reporté, et l'on devra de la sorte tracer une division sans perdre de sang. Si un vaisseau donnait du plat, on appliquerait à son ouverture légèrement le couteau à plat. En avançant lentement sans arracher les tissus, on traversera des régions très-vasculaires sans hémorrhagie.

Toutes les opérations, à la rigueur, peuvent être accomplies avec cet instrument, et l'on a vu que des opérations, comme la trachéotomie ou l'empyème, donnent de beaux succès. Certaines énucléations de tumeurs seront faites.

Outre ces cautères larges et plats, droits et courbes, M. Collin est arrivé à en produire de pointus, de très-fins, qui peuvent remplir le rôle des cautères pointus du galvano-cautère (fig. 2). Ce cautère étroit est employé quelquefois pour trancher dans les tissus presque comme un couteau, mais il est utile surtout pour les traverser, les transpercer. C'est avec lui que l'on fera l'ignipuncture, l'ouverture des abcès. Mais il a sur le fer rouge l'immense avantage de se maintenir chaud, aussi pénétré-t-il plus facilement, avec moins de douleur. Il a déjà été employé avec succès pour un usage spécial, pour les cautérisations du col de l'utérus. Dans les cas de col énorme qui ne peut être réduit par d'autres moyens, la réduction du col par le fer rouge est une bonne opération. La destruction du col en masse est laborieuse et dangereuse, et l'atresie du col lui succède, pire souvent que le mal guéri.

En faisant la cautérisation interstitielle du col, en piquant dans son parenchyme avec le thermo-cautère comme avec le galvano-cautère en plusieurs points, sans toucher au canal cervical, on détruit une partie des tissus, et la cicatrice qui succède, en se retractant, modifie le col. Cette pratique est depuis longtemps suivie par exemple, dans le service de M. Siredey. M. Courty, à Montpellier, la fait aussi avec succès.

Avec cet instrument, on opère les hémorrhoides, on traite les tumeurs érectiles comme avec l'aiguille rouge, et on ouvre des abcès de petit volume. On a opéré jusqu'aux tumeurs sébacées du cuir chevelu par ce procédé.

Le thermo-cautère, sous une nouvelle forme, peut encore remplir une autre fonction. Notre 3e fig. représente une sorte

de ciseaux mousse et contondant dont une branche est un thermo-cautère qui rougit, et cet instrument agit quand il faut écraser en cautérisant. On l'emploiera, par exemple, pour écraser un bourrelet hémorroïdaire, pour éteindre le pédicule d'une tumeur, etc.

Nous avons tant de fois l'occasion de citer cet instrument que ces courtes explications sur ses formes étaient nécessaires.

Il laisse une plaie de cautérisation très-superficielle, si on n'a pas insisté; l'eschare est plus épaisse, moins feuilletée qu'avec l'anse du galvano-cautère, mais elle est peu profonde et rapidement éliminée, en laissant une surface granuleuse rouge bien unie, qui a été si bien utilisée, comme nous le verrons plus tard, par M. le professeur Verneuil, pour faire dans la fistule vesico vaginale la *réunion immédiate secondaire*. Cette surface est douée d'une vitalité telle, qu'elle reprend, s'unit comme une plaie récemment avivée, quand elle est accolée à une surface semblable par la suture.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

—

**Des tumeurs bénignes de la mamelle.**—Une jeune femme de la ville, âgée d'une trentaine d'années, d'une tenue très-convenable, ne voulant pas entrer à l'hôpital, vient se faire opérer à la clinique d'une petite tumeur du sein droit. M. Gosselin pratique cette opératipn dans l'amphithéâtre. La malade supporte cette épreuve douloureuse avec un grand courage, l'habile chirurgien n'ayant pas jugé convenable de la soumettre aux vapeurs anesthésiques. La petite plaie est réunie par première intention au moyen de longues bandelettes agglutinatives. Une épaisse couche d'ouate est posée sur les bandelettes, puis assujettie par quelques tours de bande. Cette jeune femme ayant quitté l'amphithéâtre, M. Gosselin entre, sur les tumeurs de cette nature, dans des considérations intéressantes, que nous allons nous efforcer de résumer.

Cette tumeur, du volume d'une noix, indolore à la pression, était mobile sous la peau, mobile aussi sur les parties profondes.

Était-ce une tumeur fibreuse sous-cutanée? Non, car à l'inverse des tumeurs que MM. Bérard et Denonvilliers appellent fibromes sous-cutanés douloureux, celle-ci était absolument indolente. Il est loin, nous le répétons, d'en être ainsi dans les névromes dont nous parlons, dans lesquels la douleur à la pression est extrême. Cette douleur est due au développement des filets nerveux qui se sont formés dans son parenchyme. Dans l'espace, il ne faut donc pas penser à un produit pathologique de cette nature.

Tenant compte du défaut de développement des filets nerveux, s'agirait-il d'une tumeur fibreuse indolente? Le degré peu prononcé de consistance de cette tumeur, son volume plus considérable que celui des fibromes, font écarter de l'esprit cette seconde supposition.

Son siège, uni aux caractères déjà mentionnés, donnerait plutôt lieu de croire à un développement partiel de la glande mammaire, à une tumeur adénoïde. Telle est l'idée à laquelle s'est, en effet, arrêté M. Gosselin.

En opérant l'ablation de cet adénome, il en a effectué la dissection avec le plus grand soin, dans le but de rechercher une disposition caractéristique. Ces sortes de tumeurs sont enveloppées d'une membrane celluleuse qui les isole, en quelque sorte, des tissus voisins. Il en a été ainsi, en effet, dans le cas dont il est ici question.

Au simple doup-d'œil, dans l'aspect de la coupe qui en a été faite, on ne trouve rien de bien caractéristique. Le tissu est grisâtre et légèrement lobulé, un peu dur. On y découvre aucun élément de tissu fibreux franc. On y constate une petite apparence lobulée, mais sans sillon ni dépression, à proprement parler. Le microscope dira s'il existe des tubes de tissu glandulaire, avec épithélium. Il s'en trouvera sans doute, car à l'œil nu on peut reconnaître une tumeur fibreuse un peu insolite, mélange de tissu fibreux entremêlé de tissu graisseux.

Jusqu'à Astley Cooper, qui s'est le premier occupé sérieusement de ces sortes de tumeurs, on considérait ces produits hétéromorphiques comme de petits cancers du sein. Comme les opérations, qui étaient pratiquées en vue de les enlever, n'étaient pas suivies de récidive, les chirurgiens étaient heureux de leurs succès. On désignait ces néoplasmes sous le nom de tumeurs squirrhueuses superficielles. L'illustre chirurgien anglais, en faisant l'étude des affections mammaires, avait reconnu que l'opération n'était pas toujours suivie de récidive, et que les produits enlevés présentaient, en pareils cas, les caractères du tissu de la mamelle. De là le nom de tumeurs mammaires chroniques qu'il leur avait imposé.

Cette étude fut poursuivie par Cruveilhier qui, de 1835 à 1837, décrivit, à l'Académie de médecine, les caractères macroscopiques (il n'était pas alors question de microscope) des tumeurs fibreuses de la mamelle. Velpeau reprit à son tour cette question, et, frappé de l'analogie de ce tissu de nouvelle formation avec celui de la glande mammaire, il a imposé à ces tumeurs la dénomination de tumeurs adénoïdes. Pour lui, la cause étiologique devait en être rapportée aux contusions si fréquentes de cet organe délicat, contusions d'où résulterait une

extravasation de sang, qui se transformerait en un autre tissu. On ne saurait le nier, une telle explication est aussi simple que séduisante. Quoiqu'il en soit de ces considérations histologiques et étiologiques, au point de vue clinique, on peut désigner cette variété de produits néoplasiques sous le nom de tumeurs bénignes du sein. La femme qui en est atteinte peut la porter longtemps sans en être incommodée. L'opération ne donne lieu à aucune récidive.

Quelles sont donc les raisons qui peuvent engager le chirurgien, ainsi que dans le cas ci-dessus, à l'ablation de ces tumeurs bénignes ?

Les raisons sont de plusieurs ordres. En premier lieu, lorsqu'elles sont développées chez de jeunes sujets, elles sont loin de rester toujours stationnaires. Elles sont susceptibles parfois de prendre des développements, de s'enflammer, de donner lieu à des trajets fistuleux. Elles peuvent devenir le point de départ de un ou plusieurs kystes énormes. Il arrive donc un moment où l'opération est devenue une nécessité. Ne vaut-il pas mieux prendre l'initiative et procéder à l'ablation dans le moment où elle ne comporte qu'une incision presque insignifiante, tandis que plus tard elle est susceptible de nécessiter une véritable mutilation ?

Ce n'est pas tout, les femmes atteintes de ces sortes d'affections sont rarement raisonnables. Talonnées par l'inquiétude, elles portent incessamment la main sur leur tumeur, l'irritent, l'enflamment et en accélèrent le développement. Leur tête se monte, elles entretiennent leurs amies et connaissances de leur affection, le mot de cancer est prononcé; le souvenir d'une foule d'histoires lugubres est journellement évoqué. Bref, le sommeil se perd, l'appétit s'en va, et la malade tombe dans un véritable état de dépérissement.

C'est pour éviter toutes ces tristes conséquences qu'il est, à tous égards, préférable de débarrasser de bonne heure les pauvres femmes d'un compagnon aussi dangereux. *Principiis obsta!* Cette opération ne les expose à aucun péril; elle se fait très-rapidement. Il ne faut donc jamais hésiter à l'effectuer, toutes les fois qu'une malade en manifeste le désir. Tel a été le cas de la jeune femme que vient d'opérer M. Gosselin, et qui lui a inspiré l'intéressante leçon dont nous venons de présenter le résumé à nos lecteurs.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Gastrotomie accidentelle.**—Un médecin français, le Dr. Brulaud, qui exerce avec distinction la médecine à Técu-

man (République argentine), publie dans *Revze medico-quirurgica*, de Buenos-Ayres, une observation de gastronomie accidentelle des plus intéressantes. Nous la résumons comme suit :

“ Un propriétaire reçut, dans un combat contre des voleurs de bestiaux, un violent coup de poignard qui l'atteignit à la région épigastrique, sous l'appendice xyphoïde. L'hémorragie fut très-abondante et le malade sentit que quelque chose sortait par la plaie. Il comprima la masse herniée avec une main, et remontant à cheval il regagna son domicile, éloigné de deux lieues. A son arrivée, le Dr. Brulaud constata une large plaie de la paroi abdominale ; l'estomac faisait hernie au dehors et on pouvait constater qu'il avait été transpercé et portait sur deux de ses faces une solution de continuité mesurant environ un pouce. Le Dr. Brulaud débarrassa l'estomac de son contenu, exécuta des lavages au moyen d'injections d'eau tiède, pratiqua la suture des deux plaies des viscères, et, pour pouvoir réduire, se vit contraint d'agrandir la plaie extérieure qu'il ferma à son tour par une suture en surjet. Pendant les premiers jours, il y eut des vomissements et un peu de sphacèle des bords de l'orifice cutané ; mais tout alla si bien que vingt-quatre jours après l'accident, le médecin allant voir son malade, le trouva prêt à monter à cheval pour aller le remercier.”—*Le Bordeaux médical*.

**Traitement de la prostatite aiguë.**—La seconde indication, celle qui consiste à donner issue au pus, embarrasse quelquefois le médecin. En effet, s'il s'introduit le doigt dans le rectum, il sent de tous côtés les battements des hémorrhoidales, qui sont des artères assez volumineuses ; aussi doit-il se tenir en garde contre elles, car il peut les ouvrir quelles que soient les précautions prises. Chez un malade qui, à la suite d'uréthrotomie, fut atteint d'abcès à la prostate, M. Guyon ponctionna cet organe par le rectum ; mais cette ponction donna lieu à une hémorragie si considérable qu'on pensa voir succomber le malade. Pour parer à ce danger si redoutable, M. Guyon eut l'idée de bourrer le rectum du malade avec des bourdonnets de charpie, comme on tamponne le vagin des femmes dans les grandes hémorragies puerpérales. Ce moyen fut couronné de succès, malgré les efforts du malade, qui souffrait, en outre, de très-fréquentes envies d'uriner.

Pour opérer la ponction dont nous venons de parler, on introduit l'index gauche, préalablement bien graissé, dans l'anus, et l'on cherche un point fluctuant et sans artère. On

peut alors se servir soit d'un bistouri caché, soit d'un bistouri dont la pointe est garnie d'une boule de cire; l'un ou l'autre de ces instruments est glissé sur le doigt, jusqu'à ce que l'on soit arrivé au point voulu. Si c'est le bistouri caché, on en fait saillir la pointe et on fonctionne; si c'est le bistouri muni d'une boule de cire, on fait traverser cette boule par le tranchant de l'instrument, et on incise. Les instruments dont nous venons de parler peuvent être remplacés par un trocart.

Si on a affaire à un abcès tendant à fuser du côté de la fosse ischio-rectale, il faut inciser largement, dans un point avoisinant l'anus, sur les parties latérales, du côté de l'abcès. L'incision, qui doit avoir cinq à six centimètres, comprendra la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Une fois l'ouverture faite, on introduit le doigt avec lequel on déchire les tissus pour arriver jusqu'au foyer. Cette opération doit se faire prématurément, quitte à ne pas avoir de pus le premier jour.

M. Guyon ne pratique les incisions au périnée que secondairement et quand on n'a pas fait assez tôt les incisions dont nous venons de parler; il n'a ouvert qu'une seule fois un abcès de la prostate par le périnée.

Cependant, c'est là une pratique discutable; car, nous l'avons vu, elle peut entraîner de redoutables hémorrhagies, puisque M. Guyon lui-même en a été témoin chez le malade dont nous venons de parler.

Comme M. Guyon, Velpeau préférerait ouvrir les abcès de la prostate de bonne heure, que d'en abandonner la rupture aux progrès naturels de la maladie. Mais, d'après lui, le lieu le plus convenable pour cette ouverture serait le périnée, dans un point aussi rapproché de l'anus que possible. La situation déclive de cette ouverture favorise l'écoulement du pus, ce qui permet aux surfaces de se modifier plus facilement. Malheureusement le pus proémine bien rarement de ce côté, en sorte que c'est encore à la pratique de M. Guyon qu'on est forcé d'en venir, dans presque tous les cas.

La manière d'agir de Thompson est la même que celle des chirurgiens que nous venons de nommer. Si l'abcès proémine dans le rectum, il n'hésite pas à le ponctionner; mais, en l'absence de fluctuation du côté cet organe, s'il a des raisons de penser, d'après l'examen du périnée, qu'il existe un abcès de la prostate, il pratique sur le raphé, à 18 millimètres environ en avant de l'anus, dans la direction connue de la glande, une incision de 3 à 5 centimètres de profondeur.

Dans les cas douteux, Thompson préfère attendre le résultat de la marche ultérieure de la maladie. C'est qu'en effet, le pus s'avance vers l'urèthre, finit par s'ouvrir un passage et termine

la scène de la manière la plus favorable. Cette terminaison, comme nous l'avons dit, peut être spontanée ; mais souvent le chirurgien peut ici jouer un rôle actif et débarrasser le malade plus promptement.

Ce rôle actif, il le joue assez souvent sans le vouloir ; le malade, dont la prostate proémine dans le canal, ne peut uriner et doit être sondé. C'est alors qu'en introduisant le cathéter, et quelle que soit, d'ailleurs, la prudence de l'opérateur, l'instrument pénètre dans le foyer, ce dont on est averti aussitôt par un flot de pus qui s'échappe du canal. D'autres fois, c'est intentionnellement que le chirurgien agit de cette façon. La sonde étant introduite et la symphyse dépassée, il sent l'obstacle et quelquefois même la fluctuation. Alors, au moyen de légers efforts, il peut traverser l'enveloppe de ce kyste, ce dont il est averti, comme dans le cas précédent, par la sortie du pus, à laquelle s'ajoute la sensation d'une résistance vaincue.

Au cas de résistance des parois du kyste, Velpeau conseille d'introduire l'index gauche dans le rectum pour guider la sonde et lui donner plus de fixité, ce qui permet de faire des efforts plus énergiques et en même temps plus assurés. Il fait alors basculer la sonde en bas et en arrière, de manière à l'appuyer sur la paroi inférieure du canal, et il lui imprime en même temps de petits mouvements brusques. Dans le cas où l'on sentirait manifestement la fluctuation entre le doigt et la sonde, Velpeau croit qu'on serait autorisé à se servir d'une sonde à bec conique.

La conduite à tenir serait la même à peu près si l'abcès, occupant la partie postérieure, proéminait dans la vessie ; on pourrait l'ouvrir au moyen de la sonde introduite dans cet organe, et appuyée tantôt à droite, tantôt à gauche, sur le trigone vésical et la racine de l'urèthre.—*Revue de théor. médico-chirurgicale.*

### Des injections intra-vésicales sans cathétérisme.

—Depuis plus de dix ans, M. Duchaussoy fait des injections intra-vésicales sans cathétérisme. Il emploie pour cela une poire de caoutchouc munie d'un embout d'ivoire. L'opération est fort simple. Les trois premiers doigts d'une main appliquent les lèvres du méat contre la canule qu'on y a introduite ; l'autre main saisit la poire, et, après avoir doucement pressé pour remplir la cavité de l'urèthre, pousse vivement, de façon à forcer la résistance du sphincter et à lancer le reste du liquide dans la vessie. Le malade apprend aisément à faire cela lui-même. Si la quantité de liquide ainsi injecté n'est pas suffi-

sante, on peut recommencer. Seulement, comme ce liquide est gardé, l'opération devient à chaque fois un peu moins aisée.

Ce procédé permet d'éviter les orchites auxquelles donne souvent lieu le cathétérisme lorsque la prostate est irritée. Il rend de grands services dans le cas de catarrhe vésical, ou de fréquents lavages sont indiqués. Il est aussi fort utile aux malades sujets à un ténésme douloureux à la fin de la miction. En injectant de l'eau dans la vessie avant que ce ténésme se soit produit ou réussit à le prévenir; mais s'il existe déjà, il est trop tard, car alors le liquide ne peut plus passer.—*Abeille Médicale.—Revue de Thér. Medico-Chirurgicale.*

—

**Panaris du pouce.**—D'une façon générale, sur quel point doit être pratiquée l'incision de ses tumeurs phlegmoneuses.—La première phalange du pouce de ce malade présente deux incisions. La première, siégeant à la partie interne, a été pratiquée, il y a quelques jours, sans amener aucun soulagement. La tuméfaction et la douleur ayant augmenté, cet homme est entré dans les salles de M. Verneuil. L'interne de service a pratiqué une incision profonde sur la ligne médiane. La douleur a aussitôt disparu et le phlegmon est entré en voie de résolution.

A propos de ce malade, M. Verneuil fait observer que, dans les panaris, en général, l'incision ne doit jamais être pratiquée que sur la ligne médiane. Non seulement, les incisions latérales exposent à la section des artères et des nerfs, avec leurs conséquences, c'est-à-dire l'hémorrhagie et l'anesthésie temporaire de l'organe, mais encore elles n'apportent que rarement du soulagement aux malades. Encore une fois, les incisions sur la ligne médiane doivent toujours être préférées, par cette double raison qu'elles n'exposent à aucun accident, et qu'elles sont beaucoup plus efficaces.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

## SYPHILOGRAPHIE.

—

**Syphilis et Mariage.** *Suite.*—TROISIÈME POINT :—TROISIÈME CONDITION.—*Certaine période d'immunité consécutive aux dernières manifestations.*—Une troisième condition que M. Alfred Fournier considère comme indispensable à l'admissibilité

au mariage est une période d'immunité suffisamment prolongée.

Avant de songer au mariage, le professeur veut que le futur époux soit resté exempt de tout accident syphilitique pendant un laps de temps suffisamment prolongé. C'est là ce qu'il appelle période d'immunité.

Cette dernière est une garantie nécessaire, et cela à des titres divers :

1<sup>o</sup> D'abord, elle signifie, atteste que la diathèse a passé sa période aiguë, cette époque particulièrement redoutable où les poussées syphilitiques se succèdent à brève échéance et tout aussi dangereuses par le nombre que par la qualité contagieuse des manifestations qui les caractérisent ;

2<sup>o</sup> Puis, ce temps passé sans accidents permet de juger le degré d'apaisement de la diathèse. C'est un critérium, c'est une épreuve, c'est le meilleur témoignage de la non-activité de la diathèse.

Mais n'est-ce qu'une trêve ? Ultérieurement, à un moment donné, le mal ne va-t-il pas reprendre ses droits ? Qu'importe. Cette trêve est une condition favorable, et, de plus, si le traitement a été suffisant, qui dit que cette trêve n'est pas le début d'une paix définitive ?

Quoi qu'il en soit, cette immunité prolongée est un bon signe, un signe qui annonce la détente de la maladie.

Au lendemain d'un accident, d'une poussée, ne nous avisons pas de donner à un syphilitique notre consentement pour un mariage, nous ignorons ce qui va suivre. Tandis que si le malade se présente à nous en nous disant : "Voilà deux, trois ou quatre ans que je n'ai plus rien eu," nous nous sentons bien autrement à l'aise et nos appréhensions sont diminuées d'autant.

Bel et bien, honoré maître, mais vous nous devez des chiffres, une mesure précise ; vous allez nous dire quelle est la durée de cette période d'immunité, de cette sorte de "stage" que vous exigez du mal ?

M. Fournier nous répond :

Une mesure fixe serait impossible à déterminer ; comme minimum d'immunité, il serait imprudent de l'abaisser au-delà de deux ans à dix-huit mois.

Il est indispensable d'exiger la période d'immunité plus ou moins longue, suivant le caractère plus ou moins atténué, plus ou moins menaçant des derniers accidents, suivant le caractère général de la diathèse.

Cette dernière considération donnée, nous arrivons à la quatrième condition d'admissibilité de notre programme.

QUATRIÈME POINT:—QUATRIÈME CONDITION.—*Caractère non menaçant de la diathèse.*—Il y a évidemment syphilis et syphilis; il est assurément des syphilis légères et des syphilis graves. Or, la qualité de la syphilis dont un candidat au mariage a été affecté est loin d'être sans importance pour la question qui nous occupe actuellement. C'est là, au contraire, une considération essentielle à consulter, et dont il y a lieu de tenir grand compte.

En effet, si la syphilis a été moyenne ou légère,—si elle s'est bornée à un petit nombre de poussées,—si les accidents qui ont composé ces poussées ont été superficiels et bénins,—si cette syphilis a été sensible au traitement et s'est facilement, rapidement amendée sous l'influence hydrargyrique et du traitement en général,—ce sont là, sans le moindre doute, autant de conditions excellentes, autant de "bons points" en faveur du client. Il y a là un ensemble de bénignité qui, à de certains points de vue, est bien fait pour rassurer le médecin et l'engager, presque malgré lui, à se départir quelque peu de la sévérité nécessaire dans aussi grave appréciation.

Ce sera justice, car, dans une certaine mesure, les prévisions de bon augure que le médecin tirera d'un tel ensemble seront confirmées par l'avenir, l'expérience.

N'exagérons rien cependant en ce sens, car :

D'une part, les syphilis ordinairement bénignes et légères pourraient bien, si elles n'étaient maîtrisées, se révéler plus ou moins tardivement par des accidents plus sérieux; et l'on a vu plus d'une fois des syphilis de ce genre devenir plus tard nuisibles au double point de vue de la contagion et de l'hérédité; mais cela, il est vrai, n'est qu'assez exceptionnel.

D'autre part—et ceci est bien plus sérieux—ces syphilis originellement bénignes ne laissent pas de comporter un point noir.

Il est, en effet, actuellement bien prouvé—et plus qu'un autre, M. Fournier a contribué à l'établir—que la bénignité initiale d'une syphilis ne constitue en rien une garantie absolue pour l'avenir. Telle syphilis qui commence bien n'est pas moins exposée pour cela à mal finir, dans dix, quinze et vingt ans. Mais enfin, ce sont là des éventualités qu'un traitement bien institué peut le plus habituellement, sinon toujours, conjurer.

En somme, ces réserves faites, on ne saurait nier que la qualité bénigne d'une syphilis ne soit un élément favorable pour permettre l'admissibilité au mariage.

Inversement, des conditions contraires amenées par une

“mauvaise” syphilis rendront le médecin plus difficile, ou plus réservé pour permettre le mariage.

“Mauvaise” syphilis, a dit M. Fournier: il conserve le mot et il l'explique.

Voyons avec ce maître les principaux types de “mauvaises” syphilis.

a. Mauvaises sont pour le mariage ces syphilis, comme on en rencontre assez souvent, qui, sans être graves, sont remarquables par la reproduction répétée, par la repullulation facile, presque incessante d'accidents secondaires, toujours bénins, mais non moins dangereux au point de vue de la contagion.— Exemple de ce jeune homme cité par M. Fournier, qui, affecté d'une syphilis bénigne, a été traité assez régulièrement et auquel il n'a pas “marchandé” la dose de mercure (jusqu'à 3 grains de proto. par jour). Or, en dépit de tous les efforts, le malade n'a cessé d'être depuis cinq ans, affecté de syphilis linguale de forme érosive, incessamment renaissante.

Eh bien, que serait-il arrivé si M. Fournier avait laissé son client se marier, dans l'intervalle de deux poussées? Nous ne le savons que trop.

b. Mauvaises également pour le mariage sont toutes les variétés nombreuses de syphilis, qu'à des titres divers on peut qualifier de graves.

Soit graves par la multiplicité et l'intensité des accidents :

ou “ “ la nature des accidents (ulcérations creuses, phagédénisme, etc.) ;

ou “ “ leur tendance à affectuer de bonne heure la forme gommeuse, tertiaire, à se porter sur les viscères ;

ou “ “ la réaction qu'elles exercent sur la constitution, sur la santé, sur l'organisme vivant ;

soit enfin graves par leur caractère rebelle, réfractaire au traitement.

c. Mauvaises encore plus particulièrement et plus évidemment sont certaines syphilis qui, sans avoir, d'ailleurs, présenté rien de grave, font élection de certains organes importants, essentiels aux fonctions et à la vie. Comme exemple, citons les syphilis à localisations cérébrales et médullaires.

Les deux cas suivants, qui l'ont si vivement frappé, M. Fournier tient à nous les faire connaître.

1. Un jeune homme, syphilitique depuis neuf ans, et n'ayant jamais présenté que des accidents assez légers, et ne s'étant jamais traité que d'une façon très-insuffisante, éprouva subitement des phénomènes d'ordre cérébral, en septembre 1873.

Un jour, à la chasse, il s'aperçoit qu'il ne peut plus porter son fusil de la main gauche, son bras est comme engourdi.

Il se traite et cela disparaît. L'année suivante, il éprouve à plusieurs reprises, des embarras subits et éphémères de la langue. Nouveau traitement, tout disparaît. Il écrit alors à M. Fournier s'il peut se marier. M. Fournier l'en dissuade énergiquement. Le client passe outre, et se marie. Dix jours après son mariage, il est repris d'accidents cérébraux très-graves et d'origine manifestement syphilitique : hémiplegie gauche, amnésie, dépression intellectuelle progressive. Mort par démence, six mois plus tard.

2. Un jeune homme, syphilitique depuis 1863, est pris, en 1870, d'une céphalée violente avec paralysie incomplète de la troisième paire (strabisme interne, diplopie). M. Fournier le traite, et tout disparaît. M. Fournier le perd alors de vue, et ne le retrouve qu'en 1875 (marié!), avec des accidents cérébraux des plus graves (hémiplegie, amnésie hébétude, etc.) À l'aide d'un vigoureux traitement spécifique, un mieux sensible se fit sentir, mais l'intellect ne revint plus ce qu'il était autrefois, de telle sorte que le malade fut obligé de liquider son fonds de commerce.

Il est donc un certain ordre de syphilis, ou un certain ordre de symptômes syphilitiques, qui sont de nature à rendre le médecin singulièrement circonspect, alors qu'il est appelé à statuer sur l'aptitude au mariage d'un malade anciennement syphilitique.

Il n'est pas de règle générale à établir, à poser en pareil cas, car tout dépend ici du fait particulier et des circonstances particulières qui s'y rattachent. Tout est affaire individuelle. Et c'est à la science, au tact du médecin, qu'il convient de juger, en première analyse, de par les enseignements recueillis, le degré d'aptitude au mariage du client pour lequel il est consulté.

CINQUIÈME POINT.—CINQUIÈME CONDITION.—*Traitement spécifique suffisant.*—Tel est le point important, telle est la condition majeure, capitale par excellence ; car, en somme, tout converge, tout revient à ceci : un malade donné, aspirant au mariage, est-il suffisamment guéri pour ne plus être dangereux dans le mariage ?

Pas n'est besoin de longs développements pour démontrer ce qui n'est plus à démontrer, à savoir : que c'est le traitement spécifique qui, d'une façon générale, amoindrit et conjure les dangers de la syphilis, et, partant, qui, dans le cas actuel, amoindrit et conjure les dangers de la syphilis relativement au mariage.

Est-il bien utile d'insister pour dire que le traitement spécifique constitue la meilleure sauvegarde contre les risques personnels qu'apporte l'époux dans la communauté? Nous ne le croyons pas, et nous effleurons également les points suivants, à savoir :

Que le traitement spécifique diminue et supprime les chances de contagion dans le mariage, les risques héréditaires.

Cela est tellement vrai, en ce qui concerne les risques d'hérédité, qu'il peut suffire, pour obtenir un enfant sain, qu'au moment de la procréation les parents se trouvent sous une influence mercurielle assoupissant d'une façon temporaire les effets de la diathèse. Une simple influence, même provisoire, du traitement, a suffi en plusieurs cas pour anéantir provisoirement l'hérédité syphilitique.

Quel traitement peut conférer cette immunité? Quel est le traitement que M. Fournier appelle *suffisant* pour croire le syphilitique débarrassé de la diathèse, des expressions dangereuses de la maladie? Nous le savons tous, il serait, à notre avis, bien fastidieux d'insister sur ce chef thérapeutique.

En résumé, combiné avec le temps, le traitement spécifique de la diathèse, méthodiquement co-ordonné et prolongé plusieurs années, constitue à coup sûr la meilleure garantie que nous puissions exiger du syphilitique candidat au mariage.

Le temps, d'une part, le traitement, de l'autre: voilà les deux grands correctifs de la vérole;—voilà les deux conditions majeures à exiger de tout sujet fracastorisé, avant de lui ouvrir les portes du connubium.

Parlerons-nous incidemment de la croyance qu'ont la plupart des gens du monde, et même quelques médecins, à l'efficacité des eaux sulfureuses comme réactif de la vérole? Deux mots.

Certes, les eaux sulfureuses sont utiles, très-fréquemment utiles, dans le traitement de la vérole: mais elles le sont à d'autres titres que par cette prétendue faculté révélatrice. Elles le sont surtout à titre tonique.

Sans doute, en raison de l'excitation qu'elles déterminent à la peau, ces eaux provoquent parfois chez les syphilitiques la sortie de quelques éruptions; mais, ce qui est tout aussi vrai, c'est que, dans l'énorme majorité des cas, ces eaux ne déterminent rien, absolument rien.

L'action révélatrice des eaux sulfureuses est donc, en définitive, une légende qu'il faut abandonner.

De tout ce qui précède découlent naturellement les conclusions suivantes :

A tout sujet ne remplissant pas les conditions de ce pro-

gramme, le médecin doit formellement et énergiquement interdire le mariage ;

A tout sujet satisfaisant à ces conditions, le médecin peut permettre le mariage.

Tel est le programme de M. Alfred Fournier, simple résultat de son observation personnelle, aidé d'emprunts qu'il a su faire ça et là aux maîtres les plus autorisés ; car il a l'honnêteté d'ajouter que c'est un programme essentiellement sujet à révision, à amendements, à corrections, de par l'expérience, et qu'il sera le premier à modifier si l'observation ultérieure lui montrait des changements à introduire.

Car il ne faut point se faire d'illusion sur la possibilité de constituer aujourd'hui, de constituer jamais un programme qui réponde à toutes les éventualités possibles, et qui, d'une façon absolument certaine, à l'abri de tout mécompte, détermine, dans un sens ou dans un autre, l'aptitude du syphilitique au mariage."

Nous le répétons : arithmétique et syphilis ne sont ni sœurs ni amies ; elles ne se connaissent pas, elles ne se connaîtront jamais. Que de fausses soustractions, Fracastor, tu as déjà faites ! Longtemps encore, nous le craignons, le reste que tu obtiendras sera passible d'un sérieux contrôle et commandera un léger excès d'attention.

Les faits sont là. Sans doute, le médecin ne dispose que d'un calcul de probabilité, mais ces probabilités ont assurément une haute valeur, puisque l'événement vient presque infailliblement les confirmer.

Nous avons vu, nous avons envisagé le syphilitique avant le mariage ; reste à le voir et à l'envisager après et pendant le mariage.—*Le Mouvement Médical.*

E. LABBÉE.

(à continuer.)

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Traitement des ulcérations chroniques de la vulve et du col de l'utérus par le sulfure de carbone, par M. le Dr. GUILLAUMET.**—Pendant son internat à Saint-Lazare, M. Guillaumet a rencontré un nombre relativement considérable d'affections utérines, d'ulcérations du col, d'érosions souvent rebelles à toutes médications. Après avoir employé le sulfure

de carbone contre quelques ulcérations chroniques, quelle qu'en soit la nature, contre le lupus, contre l'esthiomène qui semblait incurable et en avoir obtenu de bons résultats, il l'a employé également pour les ulcérations chroniques du col, et cela avec un grand avantage.

Malheureusement ce liquide possède une odeur très-pénétrante et fort désagréable qui l'a fait repousser par la plupart des praticiens. M. Guillaumet pense que ce n'est pas là une raison suffisante pour en rejeter l'usage. Divers moyens peuvent atténuer considérablement cet inconvénient. Parmi les plus simples, M. Guillaumet préconise le suivant. Il ajoute 10 gouttes d'essences d'amandes amères ou de menthe.

Sulfure de carbone.....	ʒijss
Essence de menthe .....	10 à 13 gouttes
M.	

L'iode, qui est très-soluble dans le sulfure de carbone, en diminue considérablement l'odeur, et au lieu d'être un obstacle à la cicatrisation de ce corps, il vient au contraire ajouter aux qualités réparatrices et stimulantes du médicament.

Voici les solutions qu'il emploie :

Sulfure de carbone.....	ʒijj
Iode .....	grs. xv
M. s. a.	

Ou bien :

Sulfure de carbone.....	ʒiv
Teinture d'iode.....	15 gouttes
Essence de menthe.....	1 gouttes
M. s. a.	

Le flacon qui renferme le sulfure de carbone doit être tenu très-près de la plaie à panser et *loin de tout corps enflammé* : on imbibe du liquide un pinceau de charpie en exprimant sur les bords du flacon l'excès du médicament, puis, on promène le pinceau sur toute la surface de la plaie que l'on recouvre immédiatement de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé. Sur la poudre, on applique un gâteau de charpie sèche. Le *modus faciendi* ne diffère pas pour les ulcérations du col de l'utérus; seulement il est utile de mettre de la poudre en quantité, de la maintenir à l'aide d'un tampon de ouate que la malade gardera douze heures environ. Quand elle retirera le tampon, elle prendra une injection qui entraînera la poudre imbibée de muco. tés.

Des scrofules ulcéreuses de la vulve, ou esthiomene, des chancres, des syphilides muqueuses érosives génito-anales, des plaques muqueuses de la vulve ou de l'anus ont été guéris dans l'espace de quelques jours sous l'influence de ce traitement.

Le sulfure de carbone agit comme irritant réfrigérant et anesthésique; son action est toute locale et limitée aux tissus malades; malgré l'irritation produite, les bourgeons charnus deviennent très-rarement exubérants au point de nécessiter leur répression, comme s'il y avait en même temps dans ce corps une action excitante et répressive.

Il faut proportionner la fréquence des pansements à l'atonie et à l'ancienneté de la plaie: on n'en fera jamais plus d'un par jour.—*Paris médical.—Revue de Thér. médico-chirurgicale.*

**Atrésie du méat utérin.—Eponge préparée.—Mort.**  
—Le fait suivant, communiqué à la Société obstetricale de Philadelphie, tendrait à faire voir que la dilatation artificielle de l'orifice cervical de l'utérus ne serait pas une opération exempte de danger.

Des accidents, des cas de mort même, semblent être assez souvent la suite de cette pratique en Amérique. Bien qu'il ne paraisse pas en être ainsi en France, nous ne croyons pas moins convenable d'enregistrer le fait en question, par cela seul que ce résultat malheureux est, pour tous, une salutaire invitation à la prudence.

—Une femme mariée depuis huit ans, étant restée stérile, le Dr. Willard crut devoir l'attribuer à l'étroitesse du col utérin. Un premier tampon d'éponge préparée y fut introduit, puis un plus volumineux, qui permit l'admission du petit doigt; mais des douleurs névralgiques s'ensuivirent et un troisième tampon plus petit remplaça le second. Bientôt le ventre devint douloureux, tendu avec fièvre, et la femme succomba le neuvième jour.

L'autopsie montra une exsudation séreuse dans la cavité abdominale avec fausses membranes sur le péritoine. Un abcès, contenant 45 grammes de pus, fut rencontré à gauche de l'utérus.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

**Moyen d'arrêter les hémorrhagies.**—Voici le moyen indiqué par Ricord: "Les hémorrhagies en général et les métrorrhagies en particulier, quelle que soit à la rigueur leur

cause prochaine, sont, comme on le sait, très-souvent difficiles à réprimer. Les hemostatiques à l'intérieur, les injections astringentes de toute nature, le tamponnement, etc., échouent le plus souvent. Or, un moyen qui me réussit d'une manière presque infaillible, ce sont les injections d'eau chaude à 50 centigrades portées directement sur le col à l'aide du tuyau d'un irrigateur dépourvu de sa canule en caoutchouc."—*Union Médicale*, 2 juin 1877.—*Lyon Médical*.

## MÉDECINE LÉGALE.

**De la valeur médico-légale des ecchymoses sous-pleurales.**—M. le Dr. Girard a eu à discuter cette question dans un cas de mort par submersion, et l'a résolue dans un sens opposé à ce qui est admis généralement, non sans donner la preuve expérimentale de ce qu'il avançait. Voici le récit des faits, tel qu'il est donné par le *Journal de médecine et de pharmacie de l'Isère*, et reproduit par la *Gazette hebdomadaire*.

“Le cadavre d'une femme est trouvé dans un puits; les médecins experts, reconnaissant des ecchymoses sous-pleurales et péricrâniennes, n'hésitent pas à déclarer que la femme a subi des tentatives de suffocation avant d'être jetée à l'eau. Il y a donc un coupable, et les soupçons se portent immédiatement sur le mari de la victime, qui est arrêté et accusé.

“M. Tardieu et la plupart des auteurs classiques qui ont produit ses œuvres, admettent, en effet, que, dans la mort par submersion, *il n'y a jamais d'ecchymoses sous-pleurales*, celles-ci ne se rencontrant que dans la mort par suffocation.

“Mais M. Girard pense que, dans le cas en question, la mort par submersion s'était effectuée dans des circonstances peu habituelles, capables d'expliquer la présence de lésions qu'on ne rencontre pas habituellement chez les noyés. “Dans l'histoire pothétique d'un suicide, dit-il, la femme s'est jetée dans un puits de 10 mètres de profondeur, de 1 mètre 60 cent. à 1 mètre 80 cent. de largeur, dans lequel existait une nappe d'eau de 2 mètres 30 centimètres d'épaisseur; dans ces conditions, en admettant que la victime n'ait pu revenir à la surface aspirer un peu d'air et s'y débattre pendant quelques instants, pour quoi n'aurait-elle pas péri *suffoquée sous l'eau*, et pourquoi les lésions, attribuées à la mort par suffocation, ne se seraient-elles pas produites?”

« Ce raisonnement paraissait juste, mais il fallait le démontrer. C'est ce qu'a fait M. Girard, en instituant une série d'expériences sur les animaux. Quatre lapins furent plongés dans l'eau, les pattes liées; au bout de deux minutes ils étaient morts, et l'on trouva à l'autopsie des ecchymoses sous-pleurales. Ces faits parurent assez concluants au jury, qui prononça un acquittement, et M. Girard eut la satisfaction de sauver un innocent. Voici du reste les conclusions auxquelles il est arrivé:

« Il n'est pas vrai de dire qu'on ne trouve jamais d'ecchymoses sous-pleurales péricardiques, péricrâniennes dans la mort par submersion.

« La mort par submersion se produit de trois manières: 1<sup>o</sup> Par syncope. L'animal est saisi par le froid, tombe en syncope et meurt. Ce mode est admis par les auteurs, sans que des preuves bien décisives puissent être citées à l'appui; 2<sup>o</sup> par suffocation rapide, quand l'animal ne peut revenir à la surface de l'eau; 3<sup>o</sup> par suffocation lente. L'animal fait plusieurs inspirations avant de succomber; c'est la mort ordinaire des noyés.

« Les différences des lésions observées dans les deux derniers modes sont dues uniquement à l'absorption de l'air et de l'eau quand l'animal surnage, à la pénétration du sang dans les vaisseaux pulmonaires, quand il fait une inspiration. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

---

## OPHTHALMOLOGIE.

---

**Du drainage de l'œil.**—Le drainage de l'œil, que décrit le docteur Grizou, se pratique au moyen d'une aiguille tubulée, courbe, très-fine, qu'on introduit dans la sclérotique, en bas et en dehors du globe oculaire, pour la faire ressortir à quelques millimètres du point d'entrée. Un double fil d'or filiforme est introduit par le tube de l'aiguille, laquelle est ensuite retirée. Il ne reste plus qu'à nouer les chefs du fil, qui forme ainsi un véritable seton.

L'œil peut presque impunément supporter un corps étranger de cette nature, introduit à travers ses membranes. Il est très-rare qu'il survienne des accidents inflammatoires; dans ce cas, on retirerait le fil métallique. Ordinairement le fil reste à demeure pendant des semaines et même des mois entiers.

C'est un moyen puissant pour amener la filtration des liquides intra-oculaires. On peut dire que les maladies hydroph-

rhalmiques ont trouvé en lui un mode de traitement énergique et puissant.

Le glaucome se trouve heureusement modifié par le drainage, dont l'emploi sera utile principalement dans les cas de glaucome absolu, de glaucome hémorrhagique, et dans le cas où le glaucome a résisté à l'iridectomie.

Il paraît agir favorablement sur le décollement de la rétine, qui peut être modifié rapidement et avantageusement par ce moyen.

Malgré le petit nombre de faits bien observés, on peut dire que ce mode de traitement introduira des modifications heureuses dans la thérapeutique oculaire.—*Bulletin de Thérapeutique.—Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

**Traitement de l'orchite blennorrhagique par la pommade à l'iodoforme.**—Le Dr. Julian Alvarez, de Palma (Majorque), publie sous ce titre quatre observations dans l'*Independencia medica* de Barcelone. Voici les conclusions de ce travail :

1<sup>o</sup> Mieux que tout autre agent, l'iodoforme calme la douleur qui accompagne l'orchite blennorrhagique; ce résultat est obtenu au bout d'une ou deux heures.

2<sup>o</sup> L'iodoforme a une action résolutive très-manifeste et présente sur l'onguent mercuriel, généralement employé, l'avantage de n'occasionner aucun accident par son absorption.

3<sup>o</sup> L'iodoforme abrège très-notablement la durée de l'orchite et empêche l'induration consécutive de l'organe.

4<sup>o</sup> Il faut employer une pommade contenant, pour trente grammes d'axonge, de un à deux grammes d'iodoforme, suivant l'intensité de l'inflammation.—*Le Bordeaux médical.*

### Diarrhées rebelles.

Oxyde de zinc.....	Si
Bicarbonate de soude.....	Siiss

Mélez et divisez en 4 paquets. A prendre dans la journée un paquet toutes les trois heures, et continuer les jours suivants.

En 5 ou 6 jours les diarrhées les plus rebelles sont arrêtées par ce traitement. (Dr. Bonamy, de Nantes). — *Revue Thér. Médico-Chirurgicale.*

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, AOUT 1877.

---

## Le nouveau Bureau.

Au-delà de cinq cents médecins s'étaient assuré le droit de prendre part aux procédés de la dernière assemblée triennale, en se faisant enregistrer et en payant leur contribution annuelle, et tous ceux qui ont pu se rendre aux Trois-Rivières, étaient présents à cette assemblée, tandis que beaucoup d'autres, ne pouvant s'absenter, avaient remis leurs procurations à des amis, les autorisant à agir et à voter pour eux.

Ce résultat seul, suffirait à prouver combien les promoteurs de la nouvelle loi étaient bien les interprètes des désirs et des besoins de la profession en général, lorsqu'ils insistaient pour que les portes du collège fussent ouvertes à tous les médecins. En effet, soixante médecins à peine prenaient part à la dernière élection, en 1874, tandis que cette année plus de cinq cents se sont empressés de se prévaloir des avantages que leur donne la nouvelle loi, témoignant ainsi tout l'intérêt qu'ils portent aux affaires de la profession, et leur désir bien arrêté de coopérer à leur avancement et d'en surveiller l'administration.

On ne saurait se le dissimuler aujourd'hui, il se fait dans notre profession un mouvement important vers le progrès; l'indifférence et l'apathie font place à une légitime émulation qui, avant longtemps, nous l'espérons au moins, aura rehaussé considérablement le niveau moral et scientifique du corps médical de cette province. Les médecins comprendront mieux à l'avenir, qu'appartenant tous à un même corps, à la même famille, pour ainsi dire, ils sont solidaires les uns envers les autres, et tous veilleront avec plus de sollicitude à ce que l'honneur et les intérêts de la profession soient sauvegardés.

C'est au nouveau bureau des gouverneurs qu'il appartient maintenant, de faire exécuter la nouvelle loi et d'en assurer les bénéfices à la profession médicale, c'est à lui qu'il appartient de réprimer les abus partout où ils se rencontreront. À lui aussi incombe la responsabilité de bien connaître les besoins de la profession pour faire amender la loi chaque fois que des lacunes se révéleront et chaque fois que des exigences nouvelles le requerr-

ront. Espérons qu'il sera à la hauteur de sa mission, et que pour avoir fait amender les lois anciennes et obtenu l'acte médical actuel, ses membres ne croiront pas avoir fait du premier coup une œuvre parfaite, devant suffire aux besoins de tous les âges et de tous les temps, et les autorisant à se reposer sur leurs lauriers pendant trente ans. Espérons qu'ils sauront profiter de l'expérience du passé, et qu'au lieu de s'opposer à de justes réformes et de laisser faire leur œuvre par d'autres, ils sauront toujours prendre l'initiative et accepter avec empressement les bonnes suggestions qui leur viendront du dehors.

Tous les médecins devront, de leur côté, se faire un devoir d'aider le Bureau dans sa tâche, et lui faire connaître, soit les abus contre lesquels il faudrait sévir, soit les besoins pour lesquels il faudrait une nouvelle législation.

En parcourant le rapport de la première assemblée du Bureau, que nous publions plus loin, nos lecteurs verront que des mesures sont déjà prises pour combattre la grande plaie du charlatanisme. Maintenant, c'est à ceux qui ont des charlatans dans leurs paroisses ou dans leurs villes, à se mettre en communication avec le Grand Connétable de leur district judiciaire, pour les lui faire connaître et le mettre à même d'exercer contre eux les rigueurs de la loi.

Ceux qui ne se sont pas encore fait enregistrer et qui n'ont pas encore payé leur contribution annuelle, doivent se hâter de s'acquitter de ce devoir, s'ils veulent jouir des privilèges accordés par la nouvelle loi et ne pas s'exposer à en subir les pénalités. Pour cela ils devront s'adresser au registrateur, M. le Dr. Léonidas LaRue, à Québec, lui transmettre la somme de \$3.00 et lui faire connaître leurs noms et prénoms, leur âge, le lieu de leur résidence et la date à laquelle ils ont obtenu la licence de l'ancien bureau. De plus, s'ils sont porteurs de diplômes universitaires, ils devront les faire connaître, ainsi que le nom de l'Université qui les leur a accordés.

---

## Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

---

### *Assemblée Triennale.—Election des Gouverneurs.*

L'assemblée triennale des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu mercredi, le 11 juillet dernier, aux Trois-Rivières, dans les salles de

l'Hotel-de-Ville, un grand nombre de médecins, venus de toutes les parties de la province, y assistaient, et plus de 500 votes ont été enrégistrés pour l'élection des gouverneurs.

Au nombre des membres présents se trouvaient messieurs les docteurs. C. E. Lemieux, E. A. De St. Georges, A. G. Belleau, W. Marsden, L. LaRue, R. P. Howard, J. P. Rottot, G. E. Fenwick, H. Peltier, A. H. David, A. Dugénais, E. P. Lachapelle, J. J. Ross, M. G. E. Badeaux, A. T. Michaud, Jos. Marmette, Chas. Gingras, Théod. Robitaille, L. T. F. Rousseau, L. R. Church, J. B. Gibson, M. Turcot, Jules Prévost, A. Rivard, L. D. Lafontaine, Ed. Laberge, A. H. Paquet, F. X. Perrault, N. H. Ladouceur, F. D. Gilbert, F. Paré, E. Worthington, W. H. Kingston, A. T. Brosseau, E. Robillard, J. V. Leprohon, J. A. Duchesneau, A. G. A. Ricard, F. E. Roy, J. S. Brigham, A. Brunneau, A. Fortier, R. H. Russell, L. A. Fortier, G. S. Badeaux, R. F. Rinfret, George Ross, A. Vallée, O. Pelletier, C. Sirois, F. J. Austin, J. Meigs, O. Richer, G. O. Beaudry, A. Lamarche, Ferron, Victor Mignault, G. Fleury, L. Gervais, Ed. Belleau, A. Primeau, L. Beauchesne, D. Archambault, H. Thérien, Brunelle, P. E. Mount, M. Fiset, H. Beauchemin, P. F. Casgrain, J. B. Millette, S. LaRue, G. Archambault, S. Gauthier, A. F. Dame, Desroches, J. Fitzpatrick, P. E. Brossard, J. A. Desjardins, A. Gilmour, O. Raymond, W. A. R. Gilmour, C. St. Paul, J. B. Boudreau, F. D. Fontaine, J. A. Prévost, P. Laberge, Savoie, A. C. Macdonell, A. Piché, G. H. Dufresne, P. Grenier, H. W. Wood, A. G. Fenwick, E. Meunier, N. Fafard, C. M. Filiatrault, J. Stansfeld, A. D. Aubry, C. Legris, J. A. Lapierre, L. Laberge, C. L. Augé, E. R. Darche, J. B. Garneau, F. Hurlubise, J. Gagnon, J. Lanctôt, J. E. A. Lanouette, Lesage, Ed. Rousseau, P. E. Plante, J. A. Meek, L. A. L. Toupin, C. S. Parke, E. Landry, F. Hamelin, Osler, Garder, A. Duval.

M. le Dr. R. H. Russell prit le fauteuil à 10.30 h. a. m.

Les minutes de la dernière assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada furent lues en français par le Dr. A. G. Belleau, et en anglais par le Dr. H. Peltier; puis adoptées.

Le président donna lecture de son rapport.

L'assemblée nomma ensuite un comité composé de MM. les Drs. R. F. Rinfret, G. E. Fenwick, J. P. Rottot et R. P. Howard, pour examiner et enrégistrer les qualifications et les procurations des voteurs.

Il fut proposé par le Dr. Marsden, secondé par le Dr. Rottot, et résolu unaniment :

Que les porteurs de procurations en fassent une liste, la soumettent au registrateur, que celui-ci en certifie le nombre sur

le dos de leurs bulletins de votation, et que chacun de ces bulletins compte pour autant de votes qu'il représentera de procurations ainsi vérifiées et certifiées.

Proposé par le Dr. Rottot, secondé par le Dr. S. Gauthier, et résolu unanimement :

Que tout médecin, ayant payé son enregistrement et sa souscription pour cette année, tel que l'exige la loi actuelle, ait le droit de voter et d'être élu gouverneur.

Le président propose alors que le comité des scrutateurs soit composé des Drs. R. P. Howard, Théodore Robitaille, F. F. Roy, J. P. Rottot et E. Worthington.—Apopté.

Puis on procéda à la votation et chacun ayant déposé son bulletin, le comité se mit à l'œuvre et commença le dépouillement du scrutin qui se prolongea jusqu'à 1 heure du matin, le comité fit alors rapport à l'assemblée que les messieurs suivants étaient élus gouverneurs :

*Pour la cité Montréal :* J. P. Rottot, R. P. Howard, H. Peltier, G. E. Fenwick, A. H. David, F. W. Campbell, A. Dagenais, E. P. Lachapelle.

*Pour la cité de Québec :* J. A. Sewell, C. E. Lemieux, A. G. Belleau, W. Marsden, L. LaRue, M. J. Ahern, P. Wells, E. A. De St. Georges.

*Pour le district de Montréal :* L. R. Church, A. H. Paquet, E. Laberge, L. D. Lafontaine, J. B. Gibson, Jules Prevost, F. X. Perrault, M. Turcot, P. E. Mignault, A. Rivard, N. H. Ladouceur.

*Pour le district de Québec :* Théodore Robitaille, A. T. Michaud, Jos. Marmette, L. Têtu, Chs. Gingras, L. T. E. Rousseau, P. A. A. Collet.

*Pour le district des Trois-Rivières :* J. J. Ross, M. G. E. Badeaux, D. Desaulniers.

*Pour le district de St. François :* F. D. Gilbert, F. Paré, E. Worthington.

Le Dr. J. P. Rottot fut ensuite appelé au fauteuil, et sur motion du Dr. Howard secondé par le Dr. Fenwick, des remerciements furent votés au Dr. R. H. Russell, président sortant de charge, pour le zèle et l'habileté qu'il a déployé dans l'accomplissement de ses nombreux devoirs, durant le terme de sa présidence.

Des remerciements furent aussi votés à M. le Maire des Trois-Rivières pour la bienveillance et la libéralité avec lesquelles il a mis les salles de l'Hôtel-de-Ville à la disposition du collège; le Trésorier fut autorisé à donner une récompense au gardien de l'Hôtel-de-Ville.

Puis, sur motion du Dr. Marsden, secondé par le Dr. Turcot, l'assemblée est ajournée.

## BUREAU DES GOUVERNEURS.

*Première assemblée.—Election des officiers.*

Le nouveau bureau des gouverneurs du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec s'assembla au même lieu, le 12 juillet, à 9 heures a. m.

Étaient présents MM. les Drs. J. P. Rottot, R. P. Howard, H. Peltier, G. E. Fenwick, A. Dagenais, E. P. Lachapelle, W. Marsden, Ed. Laberge, L. D. Lafontaine, Jules Prevost, F. X. Perrault, A. T. Michaud, M. G. E. Badeaux, F. D. Gilbert, M. Turcot.

L'élection des officiers donna le résultat suivant :

Président: Dr. J. P. Rottot, Montréal; Vice-Présidents: Drs. R. P. Howard, Montréal et C. E. Lemieux, Québec; Secrétaires: Drs. A. G. Belleau, Québec et A. Dagenais, Montréal; Régistrateur-Trésorier: Dr. Léonidas LaRue, Québec.

Sur proposition du Dr. Lachapelle, il est résolu qu'à l'avenir le Régistrateur-Trésorier au lieu de donner deux cautions pour son administration, sera tenu de fournir une police d'assurance dans une Compagnie de Garantie, le montant de cette police devant être fixé par le Bureau et la prime devant être payée par le Collège.

Proposé par le Dr. Marsden, secondé par le Dr. Gilbert et résolu :

Qu'un comité composé du Président et des Drs. Marsden, Howard, Lemieux et Lachapelle, soit chargé de préparer un code de règles et règlements pour la régie du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, en conformité avec l'acte médical passé à la dernière session de la Législature Provinciale, et que ces règles et règlements soient soumis à la discussion et à la sanction du bureau lors de sa prochaine assemblée semi-annuelle, à Québec.

Proposé par le Dr. E. Laberge, secondé par le Dr. Dagenais, et résolu.

Que le projet de règlements adopté par le comité nommé pour reviser les règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec soit imprimé, et qu'une copie en soit adressée à chacun des gouverneurs, au moins 15 jours avant la prochaine assemblée semi-annuelle.

Proposé par le Dr. Gilbert, secondé par le Dr. Fenwick, et résolu :

Que le Président soit requis d'appointer le Grand Connétable de chaque district judiciaire ou toute autre personne qu'il jugera à propos, pour agir au nom du Collège des Médecins et

Chirurgiens de la Province de Québec et poursuivre toute personne non-licenciée pratiquant la médecine ou la chirurgie.

Proposé par le Dr. Fenwick secondé par le Dr. Peltier et résolu :

Que le montant total des pénalités qui pourront être obtenues des personnes pratiquant sans licence soit abandonné aux officiers autorisés par le collège à les poursuivre en son nom.

Proposé par le Dr. Laenapelle, secondé par le Dr. Howard et résolu :

Qu'un comité soit nommé pour préparer un projet de tarif d'honoraires (maximum et minimum) pour la ville et la campagne, et faire rapport lors de la prochaine assemblée du Bureau, et que ce comité soit composé du Président, des Drs. Lemieux, Fenwick, Prévost et Worthington.

Le Président est autorisé à appointer des auditeurs, choisis en dehors de la profession, pour recevoir les comptes du Trésorier sortant de charge et faire rapport sur l'état actuel des affaires du Collège.

Le Trésorier sortant de charge est autorisé à régler les comptes qu'il a fait jusqu'à ce jour.

Sur proposition du Dr. Lachapelle, des remerciements sont votés aux officiers sortant de charge et en particulier au Régistrateur et aux Secrétaires.

Et la séance est levée.

---

## VARIÉTÉS.

---

**Nouveau procédé pour reconnaître la fuchsine dans les vins falsifiés.**—M. Baudrimont, professeur à la Faculté des Sciences, dans la leçon du cours de chimie agricole qu'il a faite le vendredi, 25 mai, s'est occupé de la falsification des vins, principalement au point de vue des matières colorantes étrangères que l'on y introduit. La fuchsine, qui est malheureusement, employée pour obtenir ce résultat, a été l'objet d'une étude spéciale. Il a fait voir expérimentalement qu'elle contenait de l'arsenic, et, de plus, il a donné un procédé d'une simplicité extrême qui permet d'en reconnaître immédiatement la présence. Pour cela, il suffit d'appliquer sur la peau de la main une goutte du liquide soupçonné, de l'y étendre quelque peu et d'attendre quelques instants jusqu'à ce qu'elle soit au moins en partie desséchée. Si le vin contient de la

fuchsine, la peau se trouve alors colorée en rouge et cette teinte ne peut être enlevée par des lavages à l'eau.

Une autre matière colorante, employée pour falsifier les vins (la cochenille ammoniacale), peut aussi colorer la peau, mais la teinte qui en provient tire sur le violet et permet de la distinguer. Dans tous les cas, ces taches ne sont pas moins l'indice d'une fraude.

Ajoutons que les taches produites par le vin sur la peau humaine, peuvent facilement être enlevée par des lavages à l'eau, et que cela permet d'affirmer les falsifications qui viennent d'être indiquées.

Ce procédé est le plus simple de tous ceux qui sont connus, et il permet à tout le monde de reconnaître la présence d'un agent dangereux, et malheureusement beaucoup employé maintenant.

Emettons le vœu que la simplicité de ce procédé et la facilité de mettre en pratique fera cesser la falsification honteuse dont le vin est l'objet depuis quelques années.—*Le Bordeaux Médical.*

**La médecine homœopathique en Angleterre.**—En 1851, l'Association médicale britannique, réunie à Brighton, prit, à l'égard de l'homœopathie, une résolution par laquelle elle déclara "que ses membres ne peuvent, sans déroger, avoir aucun rapport avec les homœopathes." De là, entre allopathes et homœopathes, une scission profonde que ces derniers voudraient voir disparaître. Une tentative de rapprochement, en effet, vient d'être faite par deux représentants des plus autorisés de l'école homœopathique, MM. Wyld, vice-président de la *British homœopathic Society*, et Pope, président du *British homœopathic Congress*.

Dans une lettre adressée au docteur Richardson, qui a reçu, en Angleterre, la publicité de la *Lancet* et du *Times*, et que nous trouvons reproduite dans le *Journal officiel*, M. Wyld s'exprime ainsi :

"Pour résumer, nous admettons d'abord que les vues exprimées par Hahnemann sont souvent extravagantes et inexactes; en second lieu que Hypocrate avait raison quand il disait: "Quelques maladies sont mieux traitées par les contraires, quelques autres par les semblables," et que, par conséquent, il n'est pas sage et qu'il est inexact de prendre le titre d'homœopathe; en troisième lieu, que quoique beaucoup pensent que l'action des quantités infinitésimales peut être démontrée dans la nature, leur usage dans la médecine est, en pratique, à peu près abandonné dans ce pays.

“ Sur ces bases, nous demandons le droit d'admission dans vos sociétés médicales, et l'établissement de rapports professionnels avec le corps médical tout entier. En concluant, je dois faire remarquer que, quoique cette lettre n'ait pas un caractère officiel, les sentiments qu'elle exprime sont ceux d'un grand nombre d'entre nous.”

M. Pope, en des termes moins précis et moins conciliants, exprime au fond le même désir.

En somme, les homœopathes anglais nous semblent faire amende honorable. Lorsque, suivant le programme tracé par M. Wyld lui-même, il auront renié les vues extravagantes et inexactes d'Hahnemann, rejeté le principe *similia similibus* et, par suite, le titre d'*homœopathes*, qui en a été la conséquence, enfin qu'ils auront renoncé, dans la pratique, à l'emploi des doses infinitésimales, que restera-t-il de leur doctrine ? On pourra dire que l'homœopathie est morte. La condition ainsi formulée par le *Times* : “ Rien de moins que la renonciation sans réserve à tous les dogmes de l'homœopathie en parole et en fait, ne peut être accepté ” sera remplie ; dès lors il n'y aura plus d'homœopathes, et les sociétés médicales, les associations professionnelles, ouvertes en principe à tout médecin recommandable par ses titres scientifiques et son honorabilité, n'auront plus lieu d'être fermées systématiquement au groupe de médecins convertis dont M. Wyld est l'interprète.—*Gazette médicale de Paris*.

**Le Professeur Lister.**—Les journaux de médecine de Londres annoncent que M. Lister a accepté le poste de professeur de clinique chirurgicale à King's Collège, place laissée vacante par le décès de sir W. Fergusson.

L'illustre chirurgien avait d'abord refusé de venir à Londres ; il ne voulait pas quitter Edimbourg, où il s'est créé une place considérable, attirant autour de lui une nombreuse cohorte d'étudiants ; mais il a fini par céder aux sollicitations de ses amis de Londres, en posant comme condition qu'il serait libre d'organiser comme il l'entendrait, le service de chirurgie de King's College pour y appliquer son système antiseptique. Nul doute que Lister ne prenne à Londres une situation exceptionnelle, comme opérateur et comme clinicien.—*Gazette médicale de Paris*.

**Hôtel-Dieu de Montréal.**—M. le Dr. H. Lemery a remplacé le Dr. Duval comme médecin interne de cet hôpital.

# Mortalité de la ville de Montréal pour le mois de Juin 1877.

Population, 134,000.—Total des Décès, 629.

## 1re Classe—Maladies Zymotiques.

Variole.....	71
Rougeole.....	4
Scarlatine.....	3
Diphthérie.....	29
Croupe.....	8
Coqueluche.....	9
Fièvres typhoides.....	7
Dysenterie, diarrhée, choléra des enfants.....	165
Méningite cérébro-spinale.....	2
Autres maladies zymotiques.....	11

Total..... 312

## 2me Classe—Maladies Constitutionnelles.

Phthisie.....	47
Cancer.....	6
Autres maladies constitutionnelles.....	19

Total..... 72

## 3me Classe—Maladies locales.

Encephalite.....	11
Apoplexie.....	7
Paralysie.....	5
Convulsions.....	14
Autres maladies du système nerveux.....	12
Maladies du cœur.....	11
Maladie de l'appareil circula- toire.....	1

Bronchite.....	1
Pneumonie.....	17
Autres maladies des poumons.....	9
Maladies des organes digestifs.....	18
Néphrite.....	1
Maladie de Bright.....	1
Autres maladies des organes urinaires.....	5
Maladies de la peau.....	4

Total..... 121

## 4me Classe—Maladies de développement.

Débilité infantine.....	55
Naissance prématurée.....	16
Dentition.....	28
Autres maladies des enfants.....	2
Vieillesse.....	10
Débilité chez les adultes.....	3

Total..... 109

## 5me Classe—Par violence.

Accidentelles.....	8
Inconnues.....	6

Total..... 15

## Morts nés.

Canadiens-Français.....	9
Canadiens-Anglais.....	1
Protestants.....	1

Total..... 13

AGES.	Can.-Franc. Catholiques.	Can.-Ang. Catholiques.	Protestants.	Total.
Au-dessous d'un an.....	265	16	45	326
De 1 à 5 ans.....	129	14	7	141
" 5 à 10 .....	13	4	4	21
" 10 à 15 .....	8	2	2	12
" 15 à 20 .....	11	1	5	17
" 20 à 30 .....	20	8	4	32
" 30 à 40 .....	7	3	3	13
" 40 à 50 .....	7	5	2	15
" 50 à 60 .....	5	4	4	13
" 60 à 70 .....	3	7	5	15
" 70 à 80 .....	9	3	7	19
" 80 à 90 .....	1	1	3	5
" 90 à 100 .....				
Inconnus.....				
Total.....	470	68	91	629

# Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal

FONDÉE EN 1843 ET INCORPORÉE EN 1845

## Faculté Médicale de l'Université Victoria

P. BEAUBIEN, *Docteur en Médecine de l'Université de Paris,*  
*Médecin de la Prison de Montréal, Médecin consultant*  
*de l'Hôtel-Dieu, etc., etc.*

PROFESSEUR ÉMÉRITE DE PATHOLOGIE INTERNE.

PIERRE MUNRO, M. D., *Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,*  
PROFESSEUR DE CHIRURGIE ET DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET  
PRÉSIDENT DE LA FACULTÉ.

J. G. BIBAUD, M. D., *Médecin de l'Hôtel-Dieu,*  
PROFESSEUR D'ANATOMIE.

H. PELTIER, M. D., *Médecin de l'Hôtel-Dieu,*  
PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE ET SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ.

J. EMERY CODERRE, M. D., *Médecin de l'Hôtel-Dieu,*  
PROFESSEUR DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE.

EUGÈNE H. TRUDEL, *Médecin de l'Hôtel-Dieu*  
*et de la Maternité de Ste. Pélagie,*  
PROFESSEUR D'ACCOUCHEMENTS ET DES MALADIES DES FEMMES  
ET DES ENFANTS.

THS. E. D. D'ORSONNENS, M. D., *Médecin de l'Hôtel-Dieu,*  
PROFESSEUR DE CHIMIE ET DE PHARMACIE.

J. P. ROTTOT, M. D., *Médecin de l'Hôtel-Dieu,*  
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE CLINIQUE MÉDICALE.

A. T. BROSSEAU, M. D., *Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,*  
PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE ET DE BOTANIQUE.

E. P. LACHAPELLE, M. D., *Médecin de l'Hôtel-Dieu.*  
PROFESSEUR D'HYGIÈNE.

A. LAMARCHE, M. D.,  
PROFESSEUR D'HISTOLOGIE ET DÉMONSTRATEUR D'ANATOMIE.

J. O. BEAUDRY, M. D., PROSÉCUTEUR D'ANATOMIE.

**Note du docteur Richebourg sur l'emploi du Salicol Dusaule.**—Parmi les désinfectants, peu, très-peu jouissent d'une grande estime comme antiseptiques et antipudriques. Les uns, agissant mécaniquement, sont doués de propriétés plus ou moins faibles; les autres, ceux qui agissent chimiquement, ont une action plus rapide. Mais on reproche à la plupart de ces derniers de substituer, au moins en partie, à une mauvaise odeur, une odeur différente, souvent plus désagréable que celle contre laquelle on lutte. C'est ainsi que se comportent les préparations chloriques, certaines huiles essentielles, le goudron, le phénol (acide phénique), et autres corps identiques. Tous les médecins connaissent ces composés. Je n'insiste pas.

Une préparation nouvelle pour nous, mais déjà très-répandue et très-estimée en France depuis quelques années, possède incontestablement des propriétés désinfectantes remarquables, et semble combler tous les *desiderata*. Je veux parler du *Salicol Dusaule*.

Le *Salicol Dusaule* s'emploie ordinairement mélangé à l'eau; il a, dans ces conditions, une odeur des plus agréables, n'a aucune causticité, et n'irrite jamais les tissus. Ce composé n'est nullement vénéneux, et par ce motif, il peut être laissé entre les mains des gardes-malades, des serviteurs les moins intelligents, ce que l'on ne devrait jamais faire, par exemple, avec l'acide phénique, le désinfectant, le plus infectant et le plus dangereux que la thérapeutique possède aujourd'hui, comme l'ont démontré les recherches récentes du docteur Ferrand, médecin des hôpitaux de Paris.

Des expériences comparatives entre le phénol (acide phénique),—dont l'action est vraiment puissante, mais parfois dangereuse,—et le *Salicole Dusaule*, ont donné l'avantage à ce dernier, qui a doublement droit à la préférence, puisqu'il est plus énergique que tous les autres désinfectants, et qu'il n'est pas toxique. C'est, à mon avis, la préparation hygiénique et parfois thérapeutique qu'il conviendra d'employer toutes les fois qu'il s'agira d'assainir les habitations, les vases, les linges des malades ou des convalescents; de désinfecter les latrines et les injections au moment des épidémies, qui ont pour cause la transmission du contagium, par les émanations miasmatiques de ces déjections; d'amoindrir, ou même d'annihiler les chances de contagion dans les épidémies de scarlatine, de variole, de rougeole et de diphthérie.

Il n'est pas douteux non plus que le *Salicol Dusaule* n'ait déjà rendu, et ne soit destiné à rendre les plus grands services dans le pansement de certaines plaies. Le pansement de Lister, si vanté dans ces dernières années, mais que l'on commence à abandonner en raison de son prix élevé et de l'odeur désagréable de l'acide phénique, cèdera d'ici peu le pas à cette préparation qui donne des résultats vraiment étonnants dans la cicatrisation des plaies chirurgicales ou traumatiques, dans les vastes surfaces suppurées, les ulcères cancéreux, putrides ou variqueux, les *eczémas*, etc., etc.