

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

L'EXTRAIT DE MALT a presque remplacé l'Huile de Foie de Morne dans le traitement de la phthisie et autres maladies de ce genre à l'Hôpital de Bâle.—Encyclopédie de Ziemssen, vol. 16, page 471.

TRUMMER EXTRACT OF MALT } APPROUVÉ PAR TOUTE LA PROFESSION. } PREPARATION MAGIS, HALE.

"The Trummer Extract of Malt Company" garanti à la Profession Médicale l'excellence de la qualité et la pureté absolue de leur EXTRACT OF MALT et de tous ses composés.

Vol. 11

FEVRIER 1882

No. 2

L'UNION MEDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

L'UNION

paraît au commencement de chaque mois.

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

UN NUMERO : 25 CENTIMS.



Adresse de la Rédaction :

Boite 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

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

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. —Lésions valvulaires ou organiques du cœur, par M. le Dr A. Laramee, Professeur de clinique interne à l'Université Laval, à Montréal. — Chimie médicale : l'urine, par le Dr N. Fafard, (Suite)..... 49	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. —L'opération de Porro. — Délivrance artificielle sept heures après l'accouchement. — Application du forceps pour un cas d'insuffisance de contractions utérines. — Mutilation de l'ovaire <i>in situ</i> . — Les indications de l'emploi de la morphine dans la fièvre puerperale..... 82
COMMUNICATION. —Du traitement des névralgies par les injections hypodermiques d'eau froide..... 61	FORMULES ET PRESCRIPTIONS. —Lint à l'iodoforme. — Constipation habituelle. — Gonorrhée. — Chancroïdes..... 86
REVUE DES HÔPITAUX. —Hôpital Notre-Dame, Montréal..... 62	BULLETIN. —La variole aux Etats-Unis. — Société Médicale de Montréal. — Petite correspondance. — Bibliographie. — Brochure reçue..... 88
REVUE DES JOURNAUX. PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. —Hystérie. — Un signe précurseur de la phthisie pulmonaire. — De l'ascite curable des alcooliques (<i>à suivre</i>). — De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie.... 67	NOUVELLES MÉDICALES. —Bureau de Santé Provincial. — Nominations. — Le professeur Nicolas Pirogoff. — Women's Hospital. — Les femmes médecins..... 93
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. —Pansement à l'iodoforme. — De la trachéotomie. — Extirpation du poulmon..... 74	VARIÉTÉS. —Les institutions médicales de New-York — Mariages. — Décès..... 95

Administration, à la Compagnie d'Imprimerie Canadienne

30, RUE SAINT-GABRIEL, MONTREAL.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Lésions valvulaires ou organiques du cœur,

par M. le Dr A. Laramée, Professeur de Clinique Interne à l'Université Laval, Montréal (1).

M. le Président,

Messieurs,

Je ne viens pas avec la prétention de rajeunir l'histoire pathologique des lésions valvulaires du cœur, ou de répandre de nouvelles lumières sur ces lésions.

Je viens tout simplement vous donner un aperçu général ou plutôt un résumé, sur ces affections, de plusieurs ouvrages connus favorablement dans le monde entier. Si l'*Union fait la force* n'est-ce pas que la réunion de plusieurs travaux, de plusieurs opinions sur un même sujet, doit avoir sa force et son importance pathologiques ?

Aussi, pour remplir cette tâche, ai-je fait des emprunts à Jaccoud, Peter, Diculafoj, Trousseau, Racle, Fernet, Straüs, l'*Encyclopédie de Ziemssen*, Reynolds, Flint, Grisolle, de Niemeyer, etc.

Je me suis efforcé de grouper, dans le cadre de ce travail, les traits les plus saillants et les plus propres à mettre en relief l'histoire des lésions organiques du cœur et à enregistrer quelques détails dont on peut avoir besoin pour se rendre compte de certains phénomènes appartenant à ces maladies.

Les lésions valvulaires du cœur sont des altérations permanentes ou parfois transitoires, ayant leur siège sur les valvules ou sur les orifices, et y constituant soit l'*insuffisance des valvules*, soit le *rétrécissement des orifices* du cœur ou l'*insuffisance* et le *rétrécissement combinés*. On dit qu'il y a *insuffisance* quand les valvules qui garnissent un des orifices du cœur, n'obturant plus suffisamment cet orifice, permettent au sang de refluer dans la cavité qu'il vient de quitter, tandis que toutes les fois que la lésion gêne la progression du sang d'une cavité dans l'autre, ce mode de perturbation

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

constitue le *rétrécissement* ; l'insuffisance porte donc sur les valvules et le rétrécissement sur les orifices.

Les quatre orifices du cœur peuvent être intéressés, mais ceux du côté gauche le sont infiniment plus souvent que ceux du côté droit. Les lésions valvulaires peuvent donc se retrouver par ordre de fréquence sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ou sur la valvule mitrale ; sur l'orifice aortique ou sur la valvule sigmoïde de l'aorte ; sur l'orifice auriculo-ventriculaire droit ou sur la valvule tricuspide ; sur l'orifice pulmonaire ou sur la valvule sigmoïde pulmonaire.

Avant d'aborder la description de chacune des lésions valvulaires, jetons un coup d'œil rapide sur quelques phénomènes locaux et généraux qui accompagnent ces altérations.

Si l'insuffisance affecte la valvule mitrale, le sang, pendant la systole du ventricule gauche, au lieu de s'échapper uniquement par l'orifice aortique, refluera en partie dans l'oreillette gauche, si, au contraire, il y a insuffisance de la valvule tricuspide, le sang, pendant la systole du ventricule droit, refluera en partie dans l'oreillette droite au lieu de s'échapper par l'orifice pulmonaire.

Si, maintenant, l'insuffisance porte sur la valvule sigmoïde de l'aorte, le sang lancé dans l'aorte reflue en partie dans le ventricule gauche pendant la diastole, tandis que si la valvule sigmoïde de l'artère pulmonaire est affectée, le sang, lancé dans l'artère pulmonaire retourne en partie dans le ventricule droit pendant la diastole.

Dans le rétrécissement des orifices cardiaques, la lumière de l'orifice intéressé, ayant perdu ses dimensions normales laisse passer, à chaque révolution cardiaque, une quantité de sang bien moindre qu'à l'état normal, et il en résulte alors une hypertrophie avec dilatation de la cavité qui est située derrière le rétrécissement. Cette hypertrophie s'explique par la violence plus grande des contractions et par le surcroît de nutrition qui en est la conséquence. La stase habituelle du sang dans la cavité qui ne peut plus se vider complètement à chaque contraction, à cause du rétrécissement de l'orifice lésé, rend compte de la dilatation.

Ainsi, dans le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, le sang artériel, ne pouvant circuler facilement dans le ventricule du même côté, séjourne dans l'oreillette droite ce qui entraîne une hypertrophie avec dilatation de cette oreillette. Si le rétrécissement affecte l'orifice aortique, il y a arrêt du sang dans le ventricule gauche et plus tard hypertrophie avec dilatation. Je me hâte de rappeler, en passant, que l'hypertrophie n'est jamais plus considérable que dans

l'insuffisance et dans le rétrécissement aortiques et c'est cette hypertrophie, à laquelle le ventricule gauche prend une si large part, qui a valu à la lésion le nom de *cor bovinum*. On cite des cas où le cœur a donné le poids morbide de 20, 30 et même 48 onces (le poids normal du cœur étant de 8 à 9 onces jusqu'à 60 ans, et au-dessus de cet âge, de 11 onces chez l'homme et de 9½ onces chez la femme). Dans l'hypertrophie simple ou purement fonctionnelle, le cœur entier participe à l'augmentation de volume vû que l'hypertrophie n'a pas de raison pour se dissocier sur telle ou telle partie de l'organe, comme dans les lésions valvulaires. En résumé, toute hypertrophie cardiaque est liée à la suractivité musculaire de l'organe; si le sang stagne ou reflue dans une cavité, si le cœur se contracte trop ou trop souvent, alors il rentre dans la loi commune à tout muscle soumis à un travail exagéré, c'est-à-dire il s'hypertrophie.

Il faut admettre que le travail pathologique subi par le tissu musculaire sous l'influence de l'irritation, doit entrer aussi en ligne de compte dans la production de l'hypertrophie justement appelée par Laennec. Beau et autres, *lésion providentielle*. Le rétrécissement de l'orifice pulmonaire entraîne une hypertrophie avec dilatation du ventricule droit de même que le rétrécissement de l'orifice tricuspide détermine une hypertrophie avec dilatation de l'oreille droite. Je dois ajouter que les insuffisances valvulaires s'accompagnent également des mêmes modifications, c'est-à-dire que les cavités cardiaques, que les valvules cessent de protéger contre le reflux du sang, s'hypertrophient et se dilatent comme dans les retrécissements des orifices.

Quelque soit l'orifice lésé, du moment, dit Dieulafoy, qu'une des pièces du rouage cardiaque est altérée, toute la circulation en éprouve le contre-coup après un temps plus ou moins long, ce qui revient à dire que les lésions organiques du cœur peuvent être neutralisées pour un temps variable par les *hypertrophies compensatrices*, surtout celle du ventricule gauche, qui ont pour résultat de contrebalancer les fâcheux effets des lésions valvulaires. Ce travail salutaire est appelé *travail de compensation*. Mais il arrive un temps où la compensation vient à manquer c'est-à-dire qu'elle devient subitement ou graduellement incomplète suivant que la cause qui détermine cette insuffisance est passagère ou permanente. Ainsi, si la rupture de l'équilibre est amenée par des émotions morales vives, des excès de toute espèce, le désordre général pourra bien avoir un résultat fatal, mais le plus ordinairement il est temporaire, tandis, qu'au contraire, si l'insuffisance de la

compensation est le résultat des progrès de la maladie, la cause étant alors persistante, le muscle cardiaque, frappé dans sa nutrition, n'a plus l'énergie nécessaire pour faire face au danger, alors les troubles fonctionnels augmentent, les congestions, la dénutrition générale, les hydropisies progressent, de même que la cyanose, la dyspnée, le coma, en un mot, ces phénomènes que Beau a désignés sous le nom d'*asystolie* sont graduellement portés au *maximum* jusqu'à la mort. Le résultat final des lésions du cœur, dit Jaccoud, est le même; elles élèvent la pression dans les veines et l'abaissent dans les artères.

Parfois la maladie ne suit pas une marche lente et progressive, les malades sont alors frappés d'accident divers, entr'autres d'embolie cérébrale, d'hémorragie cérébrale ou meurent subitement. Quand la maladie suit une marche lente et progressive, l'on peut dire que l'économie tout entière participe à cette affection, ce qui fait dire à Petor: "Quand il a cessé de vivre, le malade n'a fait en réalité que cesser de mourir."

Aussi, dans les autopsies pratiquées chez des gens morts de *cachexie* cardiaque, on trouve l'encéphale et les sinus cérébraux congestionnés. Les poumons sont le siège de congestion, d'œdème, d'hémorragie. Le cœur est ordinairement volumineux, sa fibre musculaire pâle, dégénérée est parsemée d'ilots graisseux et scléreux. Ses cavités contiennent des caillots fibrineux adhérents ou libres suivant qu'ils sont de formation ancienne ou récente. Le foie volumineux, induré présente une altération connue sous le nom de *foie muscade*. D'après Dieulafoy, l'aspect du foie muscade serait dû à des ilots foncés formés par la stase sanguine des veines hépatiques, ilots entourés de zones jaunâtres dues à la stase de la bile. La rate est gorgée de sang, et, le rein, augmenté de volume, offre à sa surface des arborisations multiples. Tous ces phénomènes appartiennent spécialement aux lésions tricuspides et quelquefois mitrales. Le cœur gauche, je le répète, est beaucoup plus souvent affecté que le cœur droit et l'orifice auriculo-ventriculaire mitral est un peu plus souvent intéressé que l'orifice aortique. Ces lésions se rencontrent particulièrement chez les adultes et les vieillards, tandis que les lésions du cœur droit sont presque toujours congénitales comme nous le verrons plus loin.

Les deux orifices, mitral et aortique, sont souvent malades simultanément parce qu'en raison du rapprochement des orifices, l'endocardite génératrice envahit fréquemment ces deux orifices. Du reste, les rétrécissements peuvent finir par entraîner des insuffisances, c'est-à-dire que les valvules devenues

immobiles cessent alors de remplir leurs fonctions et permettent au sang de refluer en partie dans les cavités.

Cependant, le rétrécissement peut exister sans insuffisance et *vice versa*, mais le plus ordinairement, à l'orifice mitral et aortique, surtout au premier, il n'y a presque pas de rétrécissement sans insuffisance tandis qu'il peut y avoir insuffisance sans rétrécissement et cela surtout à l'orifice aortique.

Quant aux rares lésions du côté droit du cœur, l'insuffisance à l'orifice tricuspide a été observée plus souvent ou plutôt moins rarement que le rétrécissement, tandis que c'est le contraire pour l'orifice pulmonaire.

Passons maintenant aux causes des lésions valvulaires, surtout du cœur gauche, vu qu'après la naissance ces altérations sont bornées le plus souvent à l'orifice mitral et à l'orifice aortique.

Messieurs, l'endocardite aiguë ou chronique et l'endartérite athéromateuse sont, en quelque sorte, les causes constantes et directes de ces lésions. Les lésions mitrales sont le produit de l'endocardite aiguë ou chronique, primitive ou secondaire et se rencontrent spécialement chez les jeunes gens et les adultes, vu la fréquence de l'endocardite rhumatismale à ces âges, tandis que les lésions aortiques résultent tantôt de l'endartérite athéromateuse ou enfin de ces deux causes réunies. Les altérations de texture des parois vasculaires étant causes d'oblitérations artérielles, on s'explique pourquoi on les rencontre chez les vieillards et pourquoi aussi les lésions aortiques sont communes à cette époque de la vie. Cependant, il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas que la vieillesse qui puisse provoquer l'athérome, mais que cet état pathologique peut s'observer chez des sujets encore jeunes, comme par exemple, chez des alcooliques, des syphilitiques ou encore chez des individus souffrant de la maladie de Bright, de la goutte, etc., autant d'affections qui ont pour caractères communs de produire l'altération plus ou moins profonde du sang, de troubler la nutrition des parois vasculaires, et, par conséquent, de favoriser l'athérome ou *cette rouille de la vie*, comme le dit Peter.

Après le rhumatisme articulaire, sous toutes ses formes, mais principalement le rhumatisme articulaire aigu, le froid, le traumatisme, la scarlatine, puis d'autres affections dont on a quelquefois exagéré l'importance étiologique comme la variole, la chorée, l'érysipèle de la face, la myocardite, la pleurésie, la pneumonie, etc., peuvent déterminer l'endocardite et, par conséquent, devenir des causes éloignées de lésions valvulaires du cœur. Les auteurs font mention d'une endocardite dite ulcéreuse, mais cette forme semble spécialement avoir pour résultat

de donner naissance à des embolies qui vont se loger à l'encéphale, aux reins, à la rate, etc. Du reste, cette variété d'endocardite qui appartient à la pyémie et surtout à la pyémie purpurale et aux fièvres graves se termine très rapidement par la mort. On cite encore quelques cas d'insuffisances aortiques ou mitrales qui auraient apparu subitement, après un effort, mais ces cas se terminent rapidement par la mort, cependant on mentionnait en 1880 deux personnes qui vivaient encore six ans après l'accident. On ne connaît pas encore les causes de l'endocardite fœtale, mais l'on sait qu'elles ont de la prédilection pour le cœur droit, vu la pression prépondérante que subit ce côté du cœur pendant la vie intra-utérine.

Quant aux effets de l'endocardite sur les valvules et les orifices, les auteurs s'accordent à dire que l'inflammation, au lieu d'envahir toute la séreuse ventriculaire, se limite généralement aux régions valvulaires gauches, c'est-à-dire, aux points qui sont le plus exposés aux effets mécaniques de pression et de frottement exercés par le courant sanguin. Il n'est donc pas étonnant que la mitrale et l'aortique soient si souvent intéressées : il n'est pas étonnant non plus que chez des sujets dont la circulation pulmonaire est depuis longtemps embarrassée, comme chez le vieillard ou chez le tuberculeux, la tricuspide et la sigmoïde pulmonaire puissent présenter parfois des altérations plus ou moins marquées.

L'endocardite a pour effet ou de rétrécir les orifices cardiaques par des dépôts d'incrustation calcaire, de dégénérescence graisseuse dont elles les encombre ou de produire l'insuffisance ou l'occlusion de ces orifices en amenant soit la rigidité, soit la perforation, soit le retrait ou même la rupture des valvules, ou encore, ce qui arrive quelquefois, l'endocardite peut produire tous ces désordres à la fois. L'athérome, de son côté, détermine des désordres analogues sur l'endocarde mais surtout sur l'orifice aortique. Les altérations valvulaires peuvent être passagères si l'endocardite arrive à résolution parfaite, mais le praticien n'a pas souvent occasion de rencontrer de ces cas heureux et tout à fait exceptionnels, car le plus ordinairement l'endocardite laisse après elle un dommage presque fatalement irréparable. Pourtant l'on cite quelques cas isolés qui seraient de nature à laisser croire que l'insuffisance mitrale et aortique seraient susceptibles de guérison dans le cas où une seule lame valvulaire serait intéressée. Il se ferait alors une sorte d'accommodation c'est-à-dire que les valvules saines finiraient par s'allonger et s'élargir suffisamment pour que l'occlusion de l'orifice soit de nouveau possible, mais ce travail réparateur ne s'accomplirait qu'après

des mois et même des années. Du reste, ces rares guérisons seraient propres au jeune âge.

L'endocardite ainsi que les lésions valvulaires se développent dans l'ombre, insidieusement, et la plupart du temps elles resteraient longtemps méconnues sans les ressources de la percussion et de l'auscultation. On cite même des cas de lésions organiques du cœur qui auraient commencé à présenter des symptômes marqués, dix ans et plus après une attaque de rhumatisme depuis longtemps oubliée, c'est-à-dire que bien souvent les malades consultent l'homme de l'art, lorsqu'ils sont sous l'influence des désordres résultant du manque d'équilibre de la compensation, en d'autres termes à l'époque où ce travail providentiel perd du terrain dans sa lutte contre la résistance fournie par l'obstacle au cours du sang. En réalité, Messieurs, une raison qu'on pourrait bien invoquer pour expliquer la marche insidieuse des lésions organiques du cœur c'est que ces affections ne sont pas accompagnées de douleur cet hôte incommode à qui tout le monde refuse hospitalité et qui *pousse* à réclamer du secours. La douleur fait défaut dans les maladies du cœur parce que cet organe est privé de nerfs rachidiens directs et qu'il n'est animé que par le grand sympathique. Le cœur est insensible dans l'état pathologique comme dans l'état normal et il paraît d'après Bouillaud, dont l'opinion est appuyée par Râcle, Fernet, Strauss etc., il paraît, dis-je, qu'on peut déchirer le cœur sans y déterminer de la douleur et ces auteurs ajoutent que la douleur fait défaut dans la péricardite, l'endocardite, l'hypertrophie simple, dans les anévrysmes partiels, les perforations et les communications anormales des cavités, dans les ulcérations de l'intestin grêle accompagnant la tuberculisation ou la fièvre typhoïde, etc., enfin dans tous les organes dépourvus de nerfs sensitifs. Le malade ressent bien quelque chose, comme des sensations incommodes ou un état de gêne, mais non pas de la douleur à proprement parler. Râcle et les autres qui, sur ces points, supportent la doctrine de Bouillaud, enseignent qu'il n'y a qu'une maladie qui ferait exception à cette règle, s'il était prouvé qu'elle a réellement le cœur pour point de départ, faisant allusion à l'angine de poitrine que beaucoup attribuent à des lésions valvulaires de l'aorte, à des lésions de la substance charnue du cœur, à l'ossification des artères coronaires ou encore à une névralgie du cœur. Mais les auteurs en question trouvent plus naturel de rattacher l'angine de poitrine à une névralgie des parois thoraciques et des nerfs du plexus cervico-brachial pour la raison déjà citée, que le cœur ne reçoit que des nerfs du grand sym-

pathique et non des nerfs sensitifs. Les quelques autres filets nerveux qui vont au cœur et qu'on dit être fournis par le pneumo-gastrique et les nerfs laryngés pourraient bien n'être que des rameaux indirects de ce même grand sympathique résultant des anastomoses du pneumo-gastrique, au col, avec le ganglion cervical supérieur et quelques autres points du même système (1). Enfin, fait important, c'est que pendant l'accès de l'angine de poitrine, le pouls qui est calme, régulier, sans intermittences devrait présenter tout le contraire si l'angine de poitrine était une névralgie du cœur, vû que les névralgies ne manquent pas de déterminer des contractions, des spasmes des muscles dans lesquels se distribuent les nerfs malades comme par exemple, dans la gastralgie, dans les névralgies de l'utérus, de la face, etc.

Il arrive bien souvent que des personnes nerveuses, surtout des femmes chlorotiques ou anémiées se croient réellement affectées du côté du cœur, parce qu'elles ressentent des étouffements et des palpitations accompagnées de douleurs plus ou moins vives sous le sein gauche et au niveau de la pointe du cœur. On s'exposerait à de grandes méprises si l'on regardait cette douleur comme appartenant au cœur, car il est bien vrai que les lésions valvulaires peuvent atteindre les sujets chlorotiques ou anémiés, comme les sujets de n'importe quelle condition, mais le plus ordinairement ces palpitations sont nerveuses et ces douleurs sont liées à quelque point névralgique, ce qui le prouve c'est que ces palpitations se manifestent sous l'influence d'une émotion ou d'une fatigue, disparaissent plus ou moins promptement et ne s'accompagnent d'aucun trouble persistant de la circulation. Quant à la douleur, elle est superficielle, mobile et apparaît ailleurs, surtout du même côté du thorax; enfin ces sujets sont souvent affectés de névralgies faciales, abdominales, de gastralgie, etc., et chez les femmes, il y a ordinairement coïncidence de leucorrhée, de névralgie du col utérin. De plus, chez les chlorotiques, on entend des bruits de souffle à la base du cœur, dans les artères du cou; cependant lorsque ces bruits de souffle sont très intenses on peut les entendre à la pointe du cœur, mais c'est très rare. Tous ces phénomènes accusent plutôt l'appauvrissement du sang qu'un obstacle à la circulation. Enfin, ces troubles passagers cèdent quelques fois aux antispasmodiques tandis que ceux-ci n'ont aucune influence sensible sur les lésions organiques du cœur. Du reste, les palpitations organiques surviennent rarement par accès, et ne s'accompagnent pas de cette mobilité particulière aux individus impressionnables et de la diurèse aqueuse propre aux névroses.

Les bruits anormaux qui remplacent les bruits naturels, dans les lésions valvulaires, méritent de fixer un instant l'attention car ils constituent souvent une source précieuse de diagnostic. Je rappellerai, d'une manière générale, que les bruits anormaux du cœur sont dûs aux vibrations d'une ondée sanguine qui traverse un orifice malade d'où le nom de *bruits liquidiens* d'après Monneret, contrairement aux bruits normaux qui sont dûs aux claquements valvulaires et à la distension brusque des parois cardiaques, c'est-à-dire produits par la vibration des solides, d'où le nom de *bruits solidiens*. Les bruits anormaux portent les différents noms de *bruits de souffle*, *bruits de scie*, *de râpe*, *de piaulement*, *d'engluement*, *de galop*, etc. Règle générale, ces bruits sont doux et prolongés dans l'insuffisance aortique, râpeux dans l'insuffisance mitrale, quelquefois stridents dans le rétrécissement aortique, parfois dans le rétrécissement mitral ils sont peu marqués et ressemblent plutôt à un roulement sourd qu'à un souffle.

Le bruit de piaulement a un timbre musical et se fait entendre rarement. Quelquefois il ressemble au miaulement d'un jeune chat, au roucoulement d'une tourterelle ou d'un pigeon, etc. On croit l'expliquer ou par la nature même de la lésion, ou par quelque lambeau flottant mis en vibration au devant d'un orifice par l'ondée sanguine. En somme, tous les différents bruits qui accompagnent les lésions organiques du cœur, ne sont que des modifications du bruit de souffle dont ils diffèrent par leur rudesse et l'acuité de leur timbre. Cependant les bruits rudes ont généralement une valeur plus grande que le souffle simple, car ils indiquent une lésion des valvules ou des orifices, tandis que le bruit de souffle simple peut aussi appartenir à la chlorose ou à l'anémie.

Les bruits des orifices auriculo ventriculaires s'entendent surtout à la pointe du cœur, tandis que les bruits des orifices ventriculo-artériels à la base, normalement et pathologiquement.

Les bruits chlorotiques s'entendent à la base du cœur, au 1er temps, et jamais au 2e temps. De plus, ces souffles sont doux, excepté dans les vaisseaux du cou, où ils sont quelquefois intenses et parfois musicaux.

(A suivre.)

Chimie médicale.—L'urine.

(Suite.)

5. Quantité.

De 1,000–1,500 centim. cubes (1–1½ pinte) dans les 24 heures à l'état normal.

Avant toute analyse, il est nécessaire de connaître la quantité d'urine émise dans les 24 heures, si l'on veut se rendre compte, au moins approximativement, des éléments normaux ou anormaux contenus dans le liquide urinaire.

6. Gravité spécifique.

On se sert d'un petit instrument appelé urinomètre. Il est composé d'un récipient, destiné à recevoir l'urine, et d'une tige flottante, graduée de telle sorte que dans l'eau pure cette tige s'enfonce jusqu'au sommet de l'échelle où est marqué 1,000°. La graduation est faite en descendant, c'est-à-dire qu'au bas de la tige l'échelle marque 1,060°. Plus le liquide est dense plus la tige s'élève au-dessus du liquide.

Si l'urine est trop trouble pour permettre de lire sur l'échelle, filtrez avant de prendre la gravité spécifique.

Gravité normale.	(Urina potūs.....	1,002°–1,015°
	- Urina sanguinis.....	1,015°–1,020°
	(Urina cibi.....	1,020°–1,030°
1,030°–1,065°.	(Recherchez le sucre et un excès	
	(d'urée.	
Densité permanente	{ Recherchez l'albumine.	
au-dessous 1,015°.		

L'urine doit être à la température de l'air ambiant, 60° Fahr.; autrement il pourrait y avoir de graves erreurs. L'urine est d'autant plus dense qu'elle contient plus de matières solides en solution. Par une règle simple et facile on peut avoir une idée suffisante du résidu sec que laisserait l'urine par l'évaporation; il suffit de multiplier par 2 les deux derniers chiffres de la densité spécifique exprimée avec trois décimales, et l'on a approximativement le poids, en grammes, du résidu correspondant au litre. Ainsi, comme exemple: une urine a une gravité

spécifique = 1,020°, multipliez les deux derniers chiffres par 2, ce qui vous donne 40 grammes, poids du résidu par litre du liquide.

Cette petite opération, si facile à faire, ne devrait jamais être négligée par le médecin à cause des indications importantes qu'elle peut lui fournir.

La sécrétion urinaire est beaucoup augmentée (polyurie); deux cas se présentent :

1^o Cette urine augmentée a une densité spécifique élevée : donc elle contient plus de matières solides que l'état normal n'en fournit habituellement. Dans ce cas, la métamorphose régressive des tissus est trop active, le malade s'affaiblit et maigrit, c'est le diabète insipide; ou bien l'urine contient du sucre, c'est le diabète sucré.

2^o La sécrétion urinaire très abondante a une gravité spécifique peu élevée (hydrurie): l'eau est le principal élément séparé du sang, et comme ce liquide est facilement remplacé, le malade ne s'affaiblit pas et ne devient pas cachectique. Cet état anormal est souvent un symptôme favorable, parce que la sécrétion abondante de l'eau favorise l'élimination de produits pathologiques, comme dans l'hydropisie.

Le liquide urinaire est diminué et la densité spécifique est peu élevée : alors on doit soupçonner un obstacle à la sécrétion de l'urée et des autres principes extractifs de l'urine (urémie); nous avons à craindre, à bon droit, les symptômes d'empoisonnement par ces différentes substances, tels que délire, coma, épilepsie, éclampsie, etc.

Un médecin observateur et instruit pourra tirer, de la densité seule de l'urine, bien d'autres indications importantes que le cadre de cette étude ne nous permet pas de développer. Cette opération toutefois aura pour effet de le mettre sur la voie d'une analyse plus complète et l'aidera considérablement à porter son diagnostic.

Il va sans dire qu'il doit tenir compte des circonstances dans lesquelles cette observation est faite. Ainsi, à l'état normal, la sécrétion sera abondante et la densité faible, si la personne a consommé une grande quantité de boissons. L'urine peu abondante aura une densité élevée, si le sujet, après un exercice violent, a été soumis à une transpiration abondante.

SECTION II.—RECHERCHES DES SUBSTANCES ANORMALES DE L'URINE.

(DR DEEMS.)

Divisez le liquide urinaire en diverses portions, dans lesquelles vous rechercherez successivement les substances suivantes :

§ 1. Excès et insuffisance de l'urée.

- § 2. Albumine.
- § 3. Sucre.
- § 4. Bile et pigments biliaires.
- § 5. Sang.
- § 6. Chyle.

§ 1. Urée.—Excès et Insuffisance.

Réaction de l'urine variable; couleur normale; gravité spécifique au-dessus de 1030° (s'il y a excès). A cause de son extrême solubilité, l'urée ne forme jamais de dépôt spontanément. Un homme en santé secrète de 300 à 600 grains d'urée dans les 24 heures.

a. Réactif pour excès.

Mettez dans un tube à réactif environ un pouce de l'urine des 24 heures. Ajoutez un tiers de son volume d'acide nitrique pur et incolore, et placez le tube dans de l'eau froide. Si des cristaux de nitrate d'urée se forment immédiatement ou en peu d'instants, il y a excès d'urée. Le nitrate d'urée apparaît en plaques minces, rhomboïdales ou hexagonales, intimement unies les unes aux autres. Elles sont incolores.

b. Réactif pour insuffisance.

Prenez un échantillon de la même urine, évaporez sur un bain d'eau à la moitié de son poids, à une basse température, et placez le tube dans de l'eau froide. Si des cristaux de nitrate d'urée ne se forment pas en peu d'instants, c'est-à-dire dans cinq minutes, l'urée est au-dessous de la proportion normale.

NOTE.—La quantité d'urine passée dans les 24 heures doit être prise en considération, car si le patient, au lieu de passer la quantité normale 1500 c.c. ne passait par ex : que 600 c.c., l'urine devrait être diluée jusqu'à 1,500 c.c. pour le réactif a, et employée sans évaporation pour le réactif b.

Si d'un côté le patient est diabétique et passe 3000 c.c. par 24 heures, un échantillon donné de son urine doit être réduit de moitié par l'évaporation pour le réactif a, et une portion de cette urine réduite doit être réduite de nouveau de moitié pour le réactif b.

Une augmentation permanente de la sécrétion de l'urée indique toujours un accroissement d'activité de la métamorphose des substances azotées protéiques.

Cette sécrétion est abondante dans les maladies aiguës, à cause de l'état fébrile du patient, et devient une cause d'affaiblissement. C'est un symptôme défavorable si cet état se maintient longtemps.

Une diminution de la quantité d'urée peut dépendre :

“ 1^o D'une diminution d'activité dans la métamorphose des substances protéïques (dans les maladies chroniques).

“ 2^o De la retention dans le corps, de l'urée formée, (dans l'urémie et les hydropisies).” Vogel.

Un homme soumis à un exercice violent, ou bien faisant usage d'une nourriture animale abondante, passera temporairement plus d'urée. De même cette sécrétion sera diminuée par le repos et un régime trop végétal. C'est au médecin à juger des circonstances et à tirer ses conclusions.

DR N. FAFARD.

(à suivre)

COMMUNICATION.

Du traitement des névralgies par les injections hypodermiques d'eau froide.

Nous avons reçu à ce sujet la communication suivante :

336 Greene Avenue—Brooklyn, 22 décembre 1881.

Messieurs les Rédacteurs de l'UNION MÉDICALE,

Messieurs et chers Confrères,

Permettez-moi de vous adresser quelques mots au sujet d'une observation de M. le prof. Laramée à propos des *névralgies simulées* (voir *Union médicale*, décembre 1881, pp. 538, 539). Mon savant confrère paraît quelque peu sceptique touchant les vertus de l'*aqua pura* injectée sous la peau dans le but de soulager les souffrances intolérables de la névralgie. Ayant moi-même vu des cas où ce mode de traitement a réussi et parfois à merveille, je désire expliquer ici la méthode que j'ai suivie, méthode qui, à vrai dire, n'est pas nouvelle. Quelques médecins de Brooklyn, et je suis de ceux-là, ont fait usage depuis plusieurs années d'une solution d'acide phénique au 50^e (2 p. 100) en injection hypodermique pour la cure des névralgies opiniâtres et en particulier de la sciatique. Les succès obtenus ont été brillants, et aujourd'hui tout le monde les

connait ici. Or nous avons constaté que l'eau froide seule, administrée de la même façon a également réussi plusieurs fois, pourvu seulement,

a. Que la quantité d'eau injectée soit relativement considérable;

b. Qu'elle soit toujours injectée aussi près que possible du nerf.

Pour ma part, j'explique les résultats obtenus par l'effet de la pression sur le nerf malade. (Voyez les expériences de M. le Dr Boudet de Paris sur l'emploi du diapazon en vibration près d'un nerf affecté de névralgie? N'est-ce pas là quelque chose d'analogue?)

Si je ne me trompe, j'ai employé cette méthode environ vingt fois. Dans la moitié des cas il y a eu soulagement *presque instantané*; quelquefois, l'effet a été à peu près nul, dans d'autres cas il a été tardif ou simplement partiel.

Enfin, je crois que l'effet de cette médication est *mécanique* et non pas thérapeutique, et si j'ai raison il serait inutile d'espérer soulager une névralgie de la 5e paire, par exemple, au moyen d'une injection d'eau pure pratiquée sous la peau du bras.

Permettez moi, en finissant, de suggérer à notre savant confrère de vouloir bien faire encore quelques expériences à ce sujet dans les salles de son service à l'Hôpital et de nous communiquer ses résultats.

Veuillez agréer, Messieurs, etc.,

NELSON B. DE S. SIZER,

Bac. Sc., M.D., Univ., N.Y.,

Membre de la Société otologique américaine, chirurgien de l'Hôpital pour les yeux et les oreilles de Brooklyn, etc.

REVUE DES HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Ulcères chroniques.—Névrose intéressante; pulsations abdominales.—Paraplégie et hémiplegie.

Ulcères chroniques.—Dans le cours du mois de décembre dernier, on a eu occasion de traiter plusieurs cas d'ulcères chroniques de la jambe, résultant de traumatisme. Dans ces cas

d'ulcères de longue durée, la nutrition de la peau au voisinage de l'ulcère est généralement en défaut, le sang y stagne plus ou moins et c'est ce qui rend compte en grande partie de la difficulté d'amener une guérison.

Plusieurs modes de traitement ont été essayés en rapport avec les exigences de chaque cas. C'est la compression méthodique unie à la position élevée du membre, qui a jusqu'ici donné les meilleurs résultats dans les ulcères de ce genre. La compression est exercée au moyen d'une bande roulée, la plaie ayant été préalablement pansée au cérat phéniqué ou à l'onguent d'oxyde de zinc et recouverte d'une épaisse couche de ouate par dessus laquelle on place une attelle en carton afin d'exercer une pression égale.

Quand les bourgeons sont trop exubérants, rouges ou mollasses, on les réprime soit par une cautérisation superficielle au nitrate d'argent soit en saupoudrant la plaie d'une couche d'alun calciné. La lotion rouge (*Red wash*) constitue également une excellente application quand l'ulcère secrète une grande quantité de pus. C'est alors aussi qu'il est bon de remplacer la ouate ordinaire par de la ouate dite absorbante (*absorbent cotton*) qui s'imbibé de l'excès de pus et empêche celui-ci d'inonder les bords de l'ulcère.

En certains cas d'ulcères étendus on a employé avec un succès marqué la bande élastique de caoutchouc, appliquée une fois le jour, le membre ayant été préalablement recouvert d'une forte couche de ouate.

Le pansement qui consiste à recouvrir la plaie d'une couche assez épaisse de sous nitrate de bismuth a donné des succès.

Névrose intéressante; pulsations abdominales.—Alphonsine F..., 33 ans. Tempérament nerveux, est admise le 9 janvier, se plaignant de soubresauts violents siégeant dans l'abdomen, et existant, dit-elle, depuis plusieurs années. A la palpation on constate sur la région iliaque gauche comme un corps résistant, allongé, légèrement sensible à la pression. Ce corps est le siège de palpitations violentes non isochrones avec les battements du pouls, et communiquant aux doigts qui le pressent une sensation presque analogue à ce que donnerait l'anévrisme d'un gros tronc artériel. Ces battements paraissent imprimer quelques mouvements d'oscillation au membre inférieur du côté correspondant, surtout quand on exerce une forte pression au niveau de l'endroit où siègent les pulsations. L'auscultation ne révèle aucun bruit de souffle. Quelle est la nature de ces pulsations?

M. le Prof. Laramée, dit à ce sujet: ces battements se pas-

sent dans l'artère iliaque commune gauche et ce qui prouve que ce mouvement est artériel, c'est que la pression sur l'aorte abdominale au-dessus de la bifurcation suspend entièrement ces mouvements insolites. Ces pulsations offrent ceci de remarquable qu'elles ne correspondent pas avec le rythme de circulation et ce fait, tout extraordinaire qu'il paraisse, a été observé par plusieurs auteurs dignes de foi.

Ces pulsations remarquables s'observent chez des sujets nerveux, c'est-à-dire chez des sujets impressionnables, mobiles. Il a été observé chez des hystériques, des hypochondriaques et quelquefois au commencement de la grossesse. Mais ce qu'il y a de remarquable c'est que cet accident semble n'avoir été rencontré que dans l'aorte abdominale ou s'étendant jusqu'aux iliaques primitives et non dans l'iliaque seulement comme dans le cas qui nous intéresse.

Ces battements, en général, cessent d'un jour à l'autre mais peuvent persister des semaines ou même des années. Dans le cas actuel les battements existent depuis plusieurs années, dix ans, d'après le rapport de cette fille, mais ils sont intermittents comme c'est le cas dans les névroses. Les antispasmodiques suspendent ces battements qui en réalité, sont plutôt une incommodité qu'une maladie. Le chloroforme en inhalation, a suspendu complètement ces battements insolites et naturellement la tumeur a aussi disparu.

Il est probable qu'il s'agit ici d'une affection nerveuse de l'artère iliaque primitive gauche et le plexus solaire, d'après Râcle, qui forme une tunique presque complète autour des vaisseaux de l'abdomen pourrait bien avoir sa part dans la production de ces battements artériels.

Quant à la sensation d'un corps dur qui accompagne ces battements remarquables, le Dr Laramée croit pouvoir l'expliquer par l'artère en mouvement et soulevant en même temps le péritoine ou le rectum. Cependant dans les cas de battements de l'aorte abdominale rapportés par quelques auteurs il n'existait pas toujours de tumeur et dans les cas où celle-ci s'est rencontrée, à la région épigastrique, on a cru que cette tumeur était formée le plus souvent par des gaz enfermés dans une cellule du colon transverse.

Paraplégie et hémiplegie.—Dame A. B... 55 ans, tempérament sanguin, entre à l'hôpital, Salle Ste. Marie, No. 35, dans le cours du mois de décembre dernier, souffrant d'hémiplegie du côté droit. La malade donne les informations suivantes : Il y a un an environ, elle eut une attaque d'hémiplegie (bras et jambe gauches), sans que l'intelligence et la parole fussent affectées. La paralysie était incomplète. Les deux membres recouvré

rent leurs fonctions graduellement, quand, tout à coup, le 1er novembre 1881, vers 10 hrs. a.m., les quatre membres furent à la fois atteints de paralysie. La malade perdit alors tout à fait connaissance, mais cette perte de connaissance ne fut que passagère, et au bout d'une demi-heure la malade avait recouvré non seulement son intelligence, mais encore l'usage des quatre membres naguère paralysés. Le soir du même jour, autre attaque d'hémiplégie double, sans perte de connaissance cette fois, mais avec grande difficulté à parler. Depuis, la jambe et le bras gauche sont graduellement revenus à un état voisin de l'état normal tandis que les membres correspondants du côté droit sont restés entièrement paralysés, la jambe l'étant un peu moins que le bras. A son entrée à l'hôpital, la malade éprouve encore une certaine difficulté à articuler les mots. A cela sont venues s'ajouter, pendant trois jours, des douleurs dans la région dorso-lombaire, de la difficulté dans la miction, et même la rétention d'urine.

D'après l'histoire du cas, aucune lésion de la moëlle ne peut être invoquée pour rendre compte de la paraplégie. Restent les lésions du côté du cerveau.

D'après M. le Prof. Laramée, il y a eu ici, lors de la première attaque d'hémiplégie double, un petit épanchement sanguin au centre de la protubérance annulaire. Cette hémorragie a dû être très limitée, car, si elle eut été tant soit peu considérable elle aurait certainement et rapidement entraîné la mort. L'hémorragie, au centre de la protubérance, entraîne la paralysie des quatre membres.

Quant à la 3e attaque qui se répéta le soir du même jour, l'épanchement a dû se faire non seulement au centre de la protubérance mais aussi dans l'hémisphère gauche, probablement dans les corps striés ou couches optiques vu que les épanchements dans la majorité des cas, siègent dans ces parties de l'encéphale.

Lors de la première attaque, c'est-à-dire celle qui date d'un an, comme l'hémiplégie était du côté gauche, l'épanchement a dû se faire dans l'hémisphère droit.

Le côté intéressant de ce cas, c'est que l'épanchement a été léger dans tous les cas, surtout dans l'attaque qui a été suivie de paralysie des quatre membres et ordinairement, dans les récurrences, les hémorragies ont lieu dans le même hémisphère. Mais dans le cas actuel les épanchements ont eu lieu, lors de la première attaque, dans l'hémisphère droit vu qu'elle a été suivie d'hémiplégie du côté gauche; dans la seconde attaque, l'hémorragie a eu lieu au centre de la protubérance vu qu'elle a été suivie de paralysie des quatre

membres. Enfin, dans la dernière attaque, l'épanchement a dû se faire au centre de la protubérance et dans l'hémisphère gauche vû la paralysie permanente du côté droit. Les parties de l'encéphale où siègent ordinairement les épanchements sont les couches optiques, les corps striés, la protubérance, les circonvolutions, le cervelet, le bulbe, les pédoncules cérébelleux moyens et le centre ovale, mais les $\frac{7}{8}$ des épanchements ont lieu dans les corps striés, dans le domaine de l'artère lenticulo-striée ou dans les couches optiques, c'est-à-dire dans le domaine de l'artère lenticulo-optique ou dans leur voisinage.

Quant à la cause qui a favorisé cette hémiplegie, dans le cas qui nous occupe, le Prof. Laramée est bien disposé à admettre la prédisposition héréditaire vû que la maladie s'est manifestée du côté des parents maternels, il est probable aussi que l'excès de tension vasculaire peut être invoqué ici vû que la malade est d'un tempérament sanguin.

Pour expliquer la rétention d'urine il est probable que cette paresse de la ves-ic tenait au décubitus dorsal, et les douleurs dont la malade s'est plaint dans la région dorso lombaire étaient dûes à la même cause. vû que cet état de choses n'a duré que trois jours; si la moelle épinière eut été pour quelque chose dans ce trouble vésical, cet état normal aurait persisté d'avantage.

On a suivi pour ce cas le traitement ordinairement préconisé. Faradisation du bras et de la jambe du côté droit, une à deux séances par jour. A l'intérieur, d'abord l'iodure de potassium à dose de 5 gr. trois fois par jour, puis le sulfate de strychnine à 1/60 gr aussi trois fois par jour. Contre la constipation on prescrit des pilules ainsi composés: Extrait de belladone $\frac{1}{4}$ gr. Extrait de noix vomique gr. $\frac{1}{8}$, Podophylline $\frac{1}{8}$ gr et occasionnellement des lavements simples.

Au bout d'un mois de ce traitement, l'état de la malade s'est sensiblement amélioré. Les mouvements volontaires commencent à se faire dans les membres paralysés.

La malade est encore sous traitement.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Hystérie.—*De ses rapports avec d'autres états morbides tels que la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la tuberculose etc. etc.*—*Le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* publie une remarquable étude clinique de M. Huchard, (Hôpital Tenon) sur les rapports de l'hystérie avec diverses maladies auxquelles on la trouve souvent associée. Il est de fait que de graves erreurs se commettent tous les jours à ce sujet. Que de fois n'a-t-on pas pris pour des manifestations hystériques pures et simples, certains états morbides dans lesquels l'élément nerveux ne jouait qu'un rôle tou. à fait secondaire et qui ont passé inaperçus. Et par contre, en combien de cas l'état hystérique n'a-t-il pas à lui seul, présenté une série de symptômes propres à embarrasser le praticien et à lui faire redouter quelque maladie grave ?

Ce sont de semblables erreurs que combat M. Huchard. Nous laissons parler un de ses auditeurs :

“ Il est évident que dans certains cas, l'existence de l'hystérie, à titre de protopathie, suivant l'expression si heureuse de M. Verneuil, peut imprimer à des maladies diverses des allures singulières qui pourraient de prime abord embarrasser le clinicien ; il peut arriver alors que l'hystérie, se combinant avec les symptômes d'un autre état morbide, fasse croire à une complication plus ou moins grave qui n'existe pas. A cet égard, M. Huchard nous a rappelé le fait suivant qu'il a observé dans son service : Une jeune fille de 16 ans entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde légère ; des le second jour, on s'aperçoit qu'il existe sur toute la surface cutanée une hyperesthésie telle qu'on ne pouvait toucher la peau de cette malade sans éveiller une vive douleur ; si l'on ajoute à cela que les apophyses épineuses cervico-dorsales étaient extrêmement douloureuses, et que les phénomènes de paralysie vaso-motrice étaient assez marqués pour qu'on pût facilement tracer sur la peau des lignes rouges analogues aux taches dites méningitiques, on comprendra que dans ce cas on pouvait et on devait d'abord croire à la probabilité d'une complication grave du côté des centres nerveux.

“ Mais cependant, dès le premier jour, ces symptômes d'apparence grave contrastaient singulièrement avec la bénignité de la température, avec l'absence de contracture, de raideur du cou et de douleur de tête, etc. La fièvre typhoïde évoluait régulièrement, la diarrhée était modérée, le ventre légèrement météorisé, et l'état de stupeur peu accusé. C'est qu'en rapprochant ces symptômes *pseudo-méningitiques* de l'état nerveux de la malade qui se manifestait de temps à autre par des pleurs sans motif, par la boule hystérique, par certaines bizarreries de caractère, M. Huchard émit l'idée que l'hystérie jouait un grand rôle dans cet état et que le pronostic avait seulement l'apparence de la gravité. Enfin, durant la convalescence, les accidents hystériques s'accusèrent davantage, et, chose singulière, l'hypéresthésie disparut complètement et fut remplacée par une anesthésie sensitive et sensorielle du côté gauche avec hypéresthésie ovarienne du même côté. Cette ovaralgie devenait ainsi un élément de diagnostic et séparait nettement cette hémianesthésie hystérique de certaines hémianesthésies d'origine probablement congestives dont M. Calmette a relaté, il y a plusieurs années, quelques cas dans le cours de la dothiéntérie.

“ Ainsi, dans ce fait intéressant, la fièvre typhoïde a été l'occasion de l'appel de phénomènes hystériques sous la forme de troubles de sensibilité ; mais d'autres fois ce sont les troubles de la motilité qui prédominent, et l'on peut observer certaines dothiéntéries dans lesquelles les accidents ataxiques à allures désordonnées et capricieuses n'entraînent pas d'aggravation notable de l'état général et du pronostic et sont surtout sous la dépendance de la névrose hystérique.

“ Cette sorte d'appel des accidents hystériques peut d'ailleurs se montrer à la suite des affections inflammatoires, qui s'accompagnent alors de spasmes et de convulsions localisées plus ou moins intenses : des angines simples, des laryngites ou des bronchites survenant chez des hystériques s'accompagnent avec une facilité des plus remarquables de rétrécissement spasmodique de l'œsophage, de spasmes de la glotte, d'aphonie ou encore de toux rauques, sonores et stridentes, contre lesquelles la médication antiphlogistique n'a aucune prise. Une simple indigestion ou un embarras gastrique devient la cause de vomissements opiniâtres qui cependant n'altèrent pas la santé et qui, après avoir été rebelles à tous les traitements, peuvent cesser tout à coup sans qu'on puisse attribuer la guérison à l'intervention thérapeutique. De même, une hystérique est atteinte de métrite ou d'une simple congestion utérine, et aussitôt éclatent des accidents de péritonisme avec tympanite

intestinale, douleurs vives sur le trajet des nerfs lombo-abdominaux et sur les apophyses épineuses lombaires, hyperesthésie cutanée abdominale et même vomissements; et cependant il n'y a pas de fièvre, pas d'altération des traits, aucun retentissement sur l'état général. Ce n'est en réalité qu'une pseudo-péritonite, car bientôt cet orage passager se calme et tout rentre dans l'ordre. Une autre fois, c'est une femme hystérique qui est atteinte de blennorrhagie avec cystite du col. La cystite du col passe, et une rétention d'urine reste, et il s'y ajoute un état très pénible de vaginisme, ou plutôt de vulvisme.

“ Bien d'autres exemples probants pourraient être cités où l'on démontrerait l'influence des phlegmasies sur la fixation de l'hystérie dans certains organes.

Le traumatisme est une cause suffisamment connue d'hystérie locale, et il n'est pas nécessaire de passer en revue tous les cas cités par Brodie et Charcot, ou des traumatismes insignifiants, une simple piqûre, une contusion légère, sont devenus le point de départ de contractures dont la brusque et rapide disparition attestait la nature névrosique.

“ Chez les individus indisposés, ou lorsque l'hystérie se développe dans l'enfance (*hystérie infantile*), celle-ci survient le plus souvent sous l'influence d'un traumatisme (contusion, chute, plaie légère, etc.). Une malade observée par M. Huchard, reçoit un coup de poing au creux épigastrique; deux jours après elle eut une hématomose abondante qui se répéta un grand nombre de fois. On crut d'abord à l'existence d'un ulcère de l'estomac d'origine traumatique comme on en a cité quelques exemples. Mais ces hémorragies se montrent surtout à l'époque des règles; elles persistent abondantes pendant huit mois sans aucune altération de l'état général, et elles disparaissent un jour sans cause après avoir défié tous les traitements et font place à des convulsions nettement hystériques. Alors le vrai diagnostic était déjà nettement établi sur ces deux caractères: apparition des hémorragies au moment des menstrues et conservation de l'embonpoint et de la santé générale malgré l'abondance et la répétition des hémorragies. Dans ce cas, les crises nerveuses qui sont survenues dans la suite n'ont fait que confirmer les prévisions favorables du pronostic.”

(à suivre.)

—

Un signe précurseur de la phthisie pulmonaire.— Le *Courrier Médical*, 10 déc. 1881, publie une étude sérieuse, qui est résumée par le *Lyon Médical*, 25 déc. 1881, concernant

un signe précurseur de la phthisie pulmonaire. L'auteur, qui paraît être un observateur minutieux, prétend que chez les jeunes gens, la coexistence d'une langue saine avec un pouls de 85 pulsations est un indice presque certain d'un prochain développement de la phthisie pulmonaire. Pour l'ordinaire, ces sujets, dont l'âge moyen doit être placé entre 18 et 30 ans, paraissent jouir d'une santé excellente, et ne font part qu'accidentellement d'une singularité qui peut intéresser le médecin. Les uns (première observation) sont des héréditaires ayant d'ailleurs un excellent tempérament; d'autres ne présentent aucune tare organique. Tous, en général, deviennent phthisiques peu de temps après la constatation de ce symptôme.

L'auteur donne quatre observations très concluantes. Il croit que chez ces prédisposés il existe déjà des granulations tuberculeuses dont l'auscultation est encore impuissante à révéler l'existence. Pour lui, tout individu qui, avec une langue saine, a le pouls au-dessus de 80, est un candidat à la tuberculose. Nous ne ferons qu'un reproche à l'auteur de ces recherches minutieuses, c'est celui de n'avoir pas pris la température de ses malades ou examiné les urines au point de vue des déchets. Peut-être eût-il trouvé là l'explication du singulier phénomène qu'il enrégistrait.



De l'ascite curable des alcooliques.—Ce titre va peut-être sonner mal à l'oreille de certains praticiens par qui l'hydropisie de la cavité péritonéale survenant chez un sujet d'habitudes alcooliques, est ordinairement considérée comme étant en dehors des ressources de la thérapeutique. Les lésions organiques du foie qui produisent l'ascite dans la très grande majorité des cas justifient assez cette manière de voir. Il est cependant certaines formes d'ascite susceptibles d'amélioration très considérable, voir même de guérison.

M. L. Bouveret, médecin des hôpitaux, publie à ce sujet dans le *Lyon Médical* (décembre 1881,) une remarquable étude appuyée de plusieurs observations, et où il démontre que dès lors que l'on constate l'existence de l'ascite chez un alcoolique il ne faut pas pour cela se hâter de déclarer le cas désespéré, puisqu'il peut exister certaines lésions hépatiques ou péritonéales indépendantes de la cirrhose, produisant comme celle-ci un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité du péritoine et susceptibles de guérison.

“Lorsque, dit M. Bouveret, chez un alcoolique qui a souffert de troubles digestifs on voit s'établir l'ascite, on affirme générale-

ment et avec raison que ce malade est atteint de cirrhose atrophique. L'hydropisie péritonéale est en effet le meilleur signe de l'obstruction circulatoire qui développe à peu près fatalement l'hépatite interstitielle. Une fois établie, l'ascite peut bien rester quelque temps stationnaire, ou même diminuer, si les voies de la circulation collatérale viennent à s'ouvrir, mais bien rarement elle disparaît d'une façon durable, car l'atrophie cirrhotique du foie, arrivée à la période de l'ascite, est une affection absolument incurable.

"Il est de ces malades que leurs antécédents, leurs habitudes d'alcoolisme reconnues ou avouées, certains troubles digestifs très caractéristiques autorisent à ranger dans la catégorie des cirrhotiques; un jour ils sont pris d'une ascite progressivement croissante, quelquefois considérable, et désormais le diagnostic de cirrhose atrophique paraît tout à fait confirmé; mais bientôt, soit spontanément, soit sous l'influence d'une ponction ou d'un traitement médical approprié, cette ascite va diminuant de jour en jour et finit par disparaître d'une façon complète et durable, parfois définitive. Assurément ce n'est pas là une ascite d'hépatite interstitielle atrophique; elle n'en a ni les allures, ni surtout la persistance et la gravité.

"J'ai vu deux faits de ce genre. Dans l'un et l'autre, le tableau clinique fut pendant quelque temps celui de la cirrhose atrophique d'origine alcoolique, et je ne doutais pas avoir affaire à cette maladie du foie. L'événement a montré que ce diagnostic n'était pas exact et qu'il fallait chercher de cette ascite une autre interprétation. De ces deux malades, l'un n'a pu être suivi pendant un temps assez long et son observation n'a pas été prise assez régulièrement; l'autre, au contraire, n'a pas été perdu de vue après la guérison de son ascite, aussi son histoire me paraît être très démonstrative."

L'observation de M. Bouveret se résume ainsi :

"X. 54 ans. Pas de syphilis antérieure. Habitudes d'alcoolisme anciennes. Est observé en janvier 1881. Il souffre beaucoup de troubles digestifs datant de plusieurs années. En août 1880 il avait eu un peu d'œdème aux malléoles. En octobre le ventre devient douloureux, surtout à l'hypochondre droit et augmente de volume considérablement; bientôt les extrémités inférieures s'œdématisent. A la fin de décembre, l'hydropisie péritonéale est assez abondante pour gêner notablement la respiration. Le malade supporte difficilement le décubitus dorsal. La ponction de l'abdomen est pratiquée le 5 janvier 1881 au moyen de l'aspirateur Potain. On obtient sept litres d'un liquide clair, jaune citrin.

Après cette évacuation on explore plus facilement l'abdomen et l'on constate que le foie est très volumineux, la limite supérieure de la matité remontant jusqu'au mamelon et le bord inférieur du foie étant senti à un travers de main au-dessous du rebord costal. La surface de l'organe paraît lisse, régulière, sans granulations. Rate normale. En palpant, on sent des frottements péritonéaux dans toute la partie supérieure de l'abdomen surtout à l'épigastre et à l'hypochondre droit. Ces frottements sont aussi très appréciables à l'auscultation. Urine rouge et plus rare. Rien au cœur. Râles sous crépitants aux bases des deux poumons.

Traitement : Régime lacté exclusif ; iodure de potassium 1 à 2 gram., par jour ; vésicatoires répétés à la région sus ombilicale ; extrait thébaïque le soir ; un verre d'eau purgative le matin, deux ou trois fois par semaine.

L'amélioration est sensible pendant les premiers jours qui suivent la ponction, cependant, peu à peu, le liquide ascitique se reproduit. Le 20 janvier nouvelle ponction qui donne issue à sept autres litres de liquide ; l'évacuation n'est pas complète. Après cette seconde ponction, l'ascite cesse de se reproduire et le ventre diminue graduellement de volume.

Dès lors les troubles concomitants du rein, des poumons et de l'estomac s'améliorent sensiblement. Le malade revient à l'alimentation habituelle et cesse l'usage de l'iodure de potassium. Au commencement de mars il reprend une partie de ses occupations. L'ascite a complètement disparu. Le ventre est encore tuméfié et sensible à la palpation, mais on ne sent plus de frottements péritonéaux. Le foie est encore gros : le bord inférieur dépasse de trois travers de doigt le rebord costal.

Le 25 novembre 1881. on constate que la guérison s'est maintenue. Les forces sont tout à fait revenues. Le malade a complètement renoncé à ses habitudes d'alcoolisme. Le foie est encore augmenté de volume ; le bord inférieur dépasse les côtes d'un à deux travers de doigts. Il n'y a point trace de liquide ascitique. On ne perçoit plus de frottements ; la sensibilité abdominale est aussi disparue. Le ventre est un peu gros encore, vu qu'il est resté un certain degré de météorisme habituel, possiblement dû à la parésie des parois intestinales. L'état général est excellent et M. X se considère comme définitivement guéri.

M. Bouveret commente ensuite cette observation :

« Il me paraît hors de doute que l'ascite ne peut être attribuée à l'hépatite interstitielle atrophique. Ce malade n'a pas été atteint de cirrhose. Après deux ponctions qui ont évacué 12

à 14 litres de liquide, l'ascite, depuis plus de neuf mois, ne s'est pas reproduite. Ce n'est point là certainement la marche habituelle de l'ascite de la cirrhose.

“ On ne peut davantage s'arrêter à cette opinion que la cirrhose a véritablement existé, mais que, bien que l'obstruction hépatique persiste, les voies de la circulation veineuse collatérale se sont largement ouvertes, prévenant ainsi le retour de l'hydropisie péritonéale. Les signes indiquant l'établissement d'une circulation collatérale ont toujours fait défaut; les veines de la paroi abdominale n'ont jamais été notablement dilatées; le malade n'a pas eu d'hématémèses; enfin et surtout l'amélioration considérable des fonctions digestives et de l'état général ne permet pas d'accepter cette hypothèse de la persistance d'une lésion aussi grave et irrémédiable que l'obstruction hépatique due à la cirrhose atrophique.

“ On ne peut invoquer pour expliquer cette ascite une affection extra hépatique ayant causé la compression de la veine porte; l'exploration de l'abdomen n'a jamais fait découvrir aucune tumeur; et d'ailleurs quelle affection abdominale, quelle tumeur aurait exercé sur la veine porte une compression aussi passagère?

“ L'abus des boissons alcooliques, poussé à un haut degré, reste la seule cause acceptable de cette hydropisie péritonéale. Par quel intermédiaire, en dehors de la cirrhose atrophique, l'alcool peut-il provoquer l'ascite? Mon malade présentait, outre l'ascite, des signes non douteux de congestion hépatique et de péritonite chronique; le foie dépassait d'un travers de main le rebord costal, les conjonctives avaient une teinte subictérique, et plusieurs fois j'ai senti à l'épigastre, et même au-dessous de l'ombilic, des frottements péritonéaux très-nets, indices de la présence de néomembranes dans les feuillettes de la séreuse abdominale.

(A continuer).

—

De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie.

—Le *Bulletin général de Thérapeutique* (30 décembre 1881) reproduit de la *Gazette médico-chirurgicale de Pesth* un article du Dr Greza-Faludi sur ce sujet. Le Dr Greza-Faludi a de nouveau expérimenté le médicament et en est venu aux conclusions suivantes:

1^o “ La pilocarpine, administrée à l'intérieur contre la diphthérie est un agent dont la supériorité paraît incontestable; ”

2° La pilocarpine, provoquant une salivation excessive, trouvera toujours son utilité dans les affections phlegmasiques si variées des cavités buccale et pharyngienne. Toutefois, elle ne paraît pas supérieure au chlorate de potasse et au perchlorure de fer et ne saurait être considérée comme un spécifique ;

3° Elle rend surtout des services dans les cas légers de diphthérie, alors que la maladie reste limitée aux cavités buccale et pharyngienne ;

4° Elle n'empêche pas malheureusement le processus morbide d'envahir le larynx et les voies aériennes, et, dans ce cas, il y a tout lieu de redouter une terminaison funeste ;

5° Son effet est nul dans les cas graves, quand les fausses membranes diphthéritiques encombrant le larynx et les voies aériennes ;

6° Il ne faut pas oublier, quand on l'administre aux petits enfants, les effets déprimants consécutifs ; aussi est-il nécessaire de recourir simultanément aux stimulants et particulièrement aux vins généreux."

De ce qui précède il découle tout simplement que la pilocarpine n'est pas plus efficace que les autres méthodes de traitement jusqu'ici employées pour combattre la diphthérie grave et qu'il faut chercher ailleurs le spécifique contre cette affection. Comme on a pu le voir par une note insérée dans notre numéro de janvier (page 37), M. le Dr Archambault, médecin de l'Hôpital des enfants malades, en est venu aux mêmes conclusions que M. Greza-Faludi.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Pansement à l'iodoforme.—La révolution opérée dans la chirurgie moderne par la méthode antiseptique de Lister, ne semble pas être le dernier mot des perfectionnements dont est susceptible cette éclatante conception du génie de Pasteur.

Si la *méthode* antiseptique rencontre aujourd'hui peu d'adversaires, il n'en est pas tout à fait de même du procédé Listerien. Son emploi dans la chirurgie abdominale battu en brèche par Keith au congrès international de Londres a plus d'une fois donné des résultats de nature à refroidir l'engoue-

ment qu'il avait d'abord suscité. Les propriétés toxiques de l'acide phénique et l'insuffisance du pansement de Lister dans une nombreuse catégorie de cas, tels que ceux de plaies produites par les résections articulaires ou communiquant avec une cavité (bouche, rectum, vagin, etc.) laissent une lacune à combler. De nombreux agents antiseptiques ont été dans ce but soumis à l'étude sur les deux continents. Prônés hier, oubliés aujourd'hui, ils ont dû faire place à l'iodoforme qui semble promettre plus que ses prédécesseurs. C'est au moins ce qui paraît ressortir des travaux de l'École de Vienne. Mosetig-Moorhof est le premier à expérimenter ce topique. Après lui Billroth en fait une longue étude clinique dont Mikulicz, son assistant, résume les résultats éclatants dans la phrase suivante : "L'introduction de l'iodoforme dans le traitement des plaies est le plus grand progrès qui soit à enregistrer après la découverte de Lister." Nous empruntons au *Journal de médecine de Bordeaux* les conclusions d'une communication de Mikulicz au dernier congrès de la Chirurgie allemande :

1^o L'iodoforme est un antiseptique assuré pour les plaies de toute nature ; il agit seulement par contact direct. Dans les plaies que l'on panse de cette façon, l'irritation locale fait défaut, la sécrétion est minime et séruse ; pas de fièvre, pas de douleurs ; pansements plus rares, emploi facile, troubles généraux nuls ;

2^o Sous forme de gaze iodoformée, l'emploi de ce topique est d'une grande simplicité et assure toute sécurité dans les plaies qui communiquent avec la bouche, le pharynx, l'intestin, le vagin, etc. ; l'asepsie et l'absence de douleurs sont alors absolues ;

3^o L'iodoforme jouit d'une action détersive très énergique sur les ulcères et les plaies de mauvais aspect ;

4^o Il exerce une action spécifique sur les fongosités tuberculeuses, mais seulement par contact direct. Il les transforme en un tissu de granulations louables et solides, tendant à la cicatrisation.

La France n'est pas restée en arrière, comme on le voit par le résumé, que nous fournit le *Praticien*, de la séance du 23 novembre, de la Société de Chirurgie.

M. Marc Sée emploie l'iodoforme depuis le mois de mai à la maison de Santé, comme pansement des ulcères de toute espèce, des plaies anciennes et récentes, particulièrement à celles qui succèdent à l'ablation des tumeurs. Dans des plaies anfractueuses où l'on a à craindre la stagnation du pus, la décomposition de ce liquide et les accidents consécutifs les plus divers et les plus graves, M. Sée remplit la cavité de ces plaies avec

de la poudre d'iodoforme; elles se couvrent bientôt de bourgeons charnus de bonne nature, la fièvre tombe rapidement et les malades guérissent dans un temps très-court. Le pansement à l'iodoforme est d'une application simple et facile, aussi sur et beaucoup moins compliqué que le pansement de Lister; mais il est cher, l'odeur en est très désagréable pour les malades et leur entourage, et on a signalé quelques cas d'intoxication imputables à la négligence.

M. Terrillon a visité, à Vienne, le service de clinique du professeur Billroth où tous les pansements sont faits à l'iodoforme, et où cependant on ne perçoit presque aucune odeur. On prend de la gaze ordinaire, on la dégomme, on la fait sécher et on la triture avec de l'iodoforme en poudre impalpable: il reste dans la gaze ainsi traitée assez d'iodoforme pour en augmenter notablement le poids; on la conserve en boîte et on la découpe comme la gaze de Lister; enfin pour lui enlever l'odeur, on répand sur elle quelques gouttes d'essence de menthe ou de bergamote.

M. Terrillon a vu surtout employer l'iodoforme à Vienne, dans les plaies résultant d'un évidement osseux, par exemple de l'évidement du grand trochanter et du calcanéum, et à la suite de l'ablation totale de l'utérus par le vagin. Dans ce dernier cas, le chirurgien, immédiatement après l'opération, bourre le vagin sans le distendre, avec la gaze iodoformée et laisse le pansement appliqué pendant sept ou huit jours sans y toucher.

M. Verneuil emploie depuis longtemps l'iodoforme pour les ulcérations de mauvaise nature, le chancre mou et le chancre induré, et ne connaît pas de topique plus efficace et d'action plus rapide; il a vu des ulcérations guérir en trois ou quatre jours, alors que tous les autres moyens avaient échoué. L'iodoforme rend aussi de grands services dans le traitement des ulcères scrofuleux, parfois si rebelles. Il lui reproche, comme M. Sée, son prix élevé et son odeur.

M. Trélat se servait aussi depuis longtemps de l'iodoforme, mais il l'a un peu abandonné depuis le pansement de Lister. L'iodoforme lui paraît surtout indiqué dans les plaies plates, exposées: il ne croit pas qu'il convienne aux plaies qui suppurent abondamment. L'incorporation de l'iodoforme au glycéré d'amidon lui a donné d'excellents résultats. Le coagulum déterminé par l'iodoforme à la surface d'une plaie ne se putréfie pas et la cicatrisation s'opère au-dessous sans suppuration. M. Trélat a employé le traitement à l'iodoforme dans un cas d'écrasement de la main avec fracture comminutive des phalanges et des métacarpiens; le pansement resta en place

quinze jours, au bout desquels la cicatrisation s'était faite sans suppuration, comme dans les cas les plus favorables du pansement ouaté.

M. Desprès prétend obtenir d'aussi bons résultats dans le traitement des ulcères en particulier, à moins qu'ils ne soient trop chroniques et calleux, par le simple repos et les cataplasmes ou encore avec le vin aromatique. L'iodoforme n'est en réalité qu'une contrefaçon de l'iode; il y a beau temps que Bazin guérissait les plaies et ulcères scrofuleux avec la teinture d'iode, et M. Boinet pourrait s'écrier à bon droit qu'on lui prend son iodothérapie. Quant au malade de M. Trélat, il aurait aussi bien guéri par le pansement ouaté ou avec le pansement par occlusion de Chassaignac. M. Desprès affirme que ses statistiques à lui, qui ne comprennent que des malades traités selon les errements de la vieille chirurgie, peuvent soutenir la comparaison avec celles de n'importe quel chirurgien listérien ou iodoformiste.

M. Trélat ne relèvera pas le défi. parce que les statistiques ne sont guère comparables et que nier les progrès de la chirurgie contemporaine revient à nier l'évidence.

M. Sec. Contrairement à l'opinion de M. Trélat qui réserve le pansement à l'iodoforme aux plaies exposées, j'ai voulu attirer l'attention sur les services qu'il rend dans les plaies profondes, anfractueuses, difficiles à déterger: tels sont les abcès froids. Quoi qu'en dise M. Desprès, l'action de l'iodoforme qui se poursuit pendant huit et même quinze jours, ne peut être rabaisée au rôle de l'iode qui n'agit que quelques minutes.

A. L.

De la trachéotomie.—La bronchotomie est aujourd'hui une opération reconnue classique et pas un chirurgien ne se croirait excusable de n'y pas avoir recours au moins en dernier ressort, dans tous les cas où un obstacle mécanique siégeant à la partie supérieure des voies respiratoires s'oppose à l'entrée de l'air dans le poumon. Mais qu'il s'agisse de laryngite croupale ou diphthéritique l'unanimité d'opinion disparaît et on aborde la question la plus discutée de toute la chirurgie. Méthodes et procédés, indications, instruments, tout est sujet à controverse.

A peine Bretonneau et Trousseau avaient-ils obtenu leurs premiers succès de trachéotomie dans le croup, que Bouchut cherchait à substituer le *tubage de la glotte* à l'ouverture de la

trachée. Malgré les résultats obtenus par Trousseau dans sa dernière série, (2 succès sur 9 opérations), par Pilcher de Brooklyn (3 sur 5), par sir Thompson de Londres (7 sur 14) et la statistique de tous les hôpitaux de Paris pris collectivement (30 sur 100), on compte parmi les adversaires de la trachéotomie les noms illustres de Dessault et Bouchut en France, de Williams, Cheyne, Stokes, Ryland et Porter, en Angleterre, et de Dewees, Stewart et Eberle en Amérique. Cependant il n'est pas douteux que la grande majorité des chirurgiens considèrent la trachéotomie comme une opération légitime.

L'arbre respiratoire peut être ouvert à différentes hauteurs.

La laryngotomie thyroïdienne consiste à diviser le cartilage thyroïde exactement sur la ligne médiane. Cette opération ne se pratique que pour l'extraction de corps étrangers siégeant à ce niveau; la pratiquer pour le croup ou la diphthérie serait s'exposer inutilement à blesser les cordes vocales et l'ouverture se trouverait presque toujours au-dessus du point obstrué par les fausses membranes.

La laryngo-trachéotomie, par laquelle on divise la membrane crico thyroïdienne, le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, a l'avantage d'exposer moins que les autres méthodes à l'hémorrhagie.

La trachéotomie par la haute opération qui consiste à diviser les quatre premiers anneaux de la trachée.

La trachéotomie au-dessous de l'isthme du corps thyroïde, qui assure le mieux l'ouverture au dessous de l'obstacle mais qui expose le plus à l'hémorrhagie et qui est difficile d'exécution à cause de la situation profonde de la trachée à ce niveau.

Ces différentes opérations peuvent être pratiquées par la dissection comme nous l'a enseigné Trousseau, ou par le procédé rapide de Chassaignac et de St Germain. Le premier de ces deux procédés est le plus généralement suivi pour la raison que l'opérateur voit mieux ce qu'il fait et peut éviter de blesser les vaisseaux si nombreux et si variables dans leur trajet qui recouvrent la trachée, mais d'un autre côté l'opération pour être pratiquée convenablement exige un temps relativement considérable que l'état du malade ne laisse pas toujours à la disposition du chirurgien, et requiert des connaissances anatomiques que ne possèdent pas la plupart des praticiens.

Si par le procédé rapide on agit plus ou moins à l'aveugle, il faut aussi tenir compte que dans la laryngotrachéotomie telle que préconisée par M. St. Germain il y a peu à craindre de l'hémorrhagie et que l'évidence des points de repère, la

rapidité de l'opération qui dispense de l'emploi du chloroforme, la simplicité du manuel opératoire élargent bien des difficultés et mettent l'opération à la portée de tous les praticiens, avantages inestimables quant il s'agit d'une opération d'urgence. A tout prendre ne vaut-il pas mieux s'exposer à voir mourir quelques enfants d'hémorrhagie que de les abandonner tous à une mort presque inévitable, faute de connaissances anatomiques. Dans notre pays surtout on n'a pas toujours un chirurgien sous la main.

Le thermo-cautère et le galvano-cautère, employés depuis quelques années, mettent il est vrai à l'abri de l'hémorrhagie, mais on reproche au premier, à tort d'après Boeckel, d'être une cause de rétrécissement de la trachée, et ces instruments ne sont pas à la portée de toutes les bourses et ne se trouvent pas toujours sous la main.

On est généralement d'opinion que la trachéotomie ne vaut pas la peine d'être tentée dans le croup chez les enfants au-dessous de deux ans, cependant des cas de succès à un âge beaucoup moins avancé peuvent être cités en assez grand nombre : Scoutett en opéra avec succès son propre enfant âgé de six semaines ; Bell, d'Edimbourg, réussit chez un enfant de six mois et demi ; Greenfield chez un enfant de dix mois ; Forster chez un enfant de onze mois ; tout récemment enfin, Steinmeyer a réussi chez un enfant de neuf semaines. Il ne faut pourtant pas donner à ces cas isolés plus de valeur qu'ils n'en comportent, car les statistiques nous prouvent à l'évidence que la mortalité à la suite de la trachéotomie est de beaucoup plus élevée au dessous de deux ans qu'à un âge plus avancé. L'âge le plus favorable paraît être de 3 à 5 ans, le succès diminuerait après l'âge de 7 ans suivant quelques auteurs. Cependant le Dr Mastin (*Annals of Anatomy and Surgery*, avril 1881) tire de l'analyse d'un grand nombre de trachéotomies des conclusions bien différentes, à savoir : De 7 à 8 ans inclusivement, 1 succès sur 1 5/7 opérations ; de 6 à 7 un succès sur 2 3/5 ; de 3 à 5, un succès sur 3 1/8 ; de 2 à 3, un sur quatre. Depuis la naissance jusqu'à l'âge de deux ans inclusivement, 1 succès sur 4 2/10 ; de 6 à 18 mois inclusivement, un sur 5 1/4, de 8 à 9 ans 1 sur 3 1/2.

De ces statistiques il résulterait donc que l'âge du sujet n'est pas une contre indication à la trachéotomie dans le croup.

Une dernière question non moins vivement discutée que les autres est celle qui se rapporte aux moyens de maintenir béante l'ouverture faite à la trachée. Je me contenterai d'en indiquer les principaux.

Le plus usuel est sans contredit la double canule courbée en

quart de cercle de deux pouces à deux pouces et un quart de longueur et d'un diamètre proportionné à l'âge du sujet. Trousseau recommande l'emploi de grosses canules. Ripley de New-York se sert habituellement d'une canule de cinq seizièmes de pouce de diamètre, il a même employé deux fois une canule de cette grosseur chez des enfants âgés de moins d'un an. Par contre il l'a employée chez deux adultes et l'a trouvée amplement suffisante. Le Dr Bloch de Copenhague est plus explicite, comme on le voit par le tableau ci-dessous que le *Annals of Anatomy and Surgery*, reproduit du *Hospitals Tidende*.

Numéro.	Age.	Circonférence.	Diamètre.
0	1 an	17 m.m.	5 $\frac{2}{3}$ m.m.
1	2 ans	21 "	7 "
2	3 "	24 "	8 "
3	5 "	27 "	9 "
5	7 "	30 "	10 "
Au-dessus de 7 "		41-47 "	10 $\frac{1}{3}$ -15 $\frac{2}{3}$ "

Il conseille particulièrement d'avoir sous la main les trois moyennes. Thomas dans son traité "des opérations d'urgence" conseille des dimensions qui se rapprochent de celles-ci, quoique un peu moindres.

On reproche avec raison à ces canules de produire des ulcérations sur les parois antérieure et postérieure de la trachée. Pour obvier à cet accident Roger a imaginé une canule mobile sur son pavillon, et dont le corps suit les mouvements de la trachée. Parker, de Londres, remplace la courbure en quart de cercle par une courbure angulaire plus en rapport avec la direction de la trachée. Le Dr Little (*Société de chirurgie de New York*), emploie une canule en quart de cercle dont le corps est fenêtré à la partie moyenne de sa face convexe. Cette modification permet au malade de parler, avantage considérable surtout dans les cas où on est obligé de laisser la canule en place pendant longtemps et prévient la paralysie passagère des muscles du larynx, paralysie ou défaut de synergie qu'on observe assez souvent quand on emploie la canule ordinaire. En outre cette fenêtrure permet de constater sans enlever la canule si la glotte est désobstruée et retarde ou prévient les accidents dus à l'obstruction de la canule.

Pour prévenir les ulcérations de la trachée on a voulu remplacer la canule métallique par une canule en caoutchouc vulcanisé, malheureusement ces canules sont comparativement trop volumineuses à cause de l'épaisseur de leurs parois qui deviennent trop fragiles si on les fait trop minces.

On a tenté différents moyens pour se dispenser de l'usage

de la canule. Ainsi Brainard après avoir divisé les tissus fait à la trachée une ouverture ovale en emporte pièce qui rend la canule inutile; Martin, de Boston, fait l'ouverture linéaire classique et ligature séparément chacune des lèvres de la plaie avec un fil solide qui traverse le bord divisé de la trachée et les tissus mous qui le recouvrent. Le bout de chacun de ces fils est attaché à l'extrémité correspondante d'une bande élastique qui entoure le cou et à laquelle on donne une tension suffisante pour maintenir la plaie béante, tout en lui permettant de s'accommoder aux changements de volume et de position imprimés aux parties par la respiration ou la toux.

Enfin on s'est servi dans le même but de deux broches à cheveux, (de celles dont se servent habituellement les femmes). On en recourbe en crochet l'extrémité arrondie, on roule en forme d'anneaux chacune des extrémités libres et il ne reste plus qu'à introduire les crochets dans la plaie, un sur chaque lèvre et à fixer le lien aux anneaux des extrémités opposées. Quoique ces derniers procédés n'aient pas été encore bien employés et qu'ils présentent plus d'un inconvénient, il n'est pourtant pas inutile de les connaître, car ils trouveraient parfaitement leur indication dans le cas où le médecin n'aurait pas de canules à sa disposition.

A. L.

Extirpation du poumon. — L'expérience clinique a prouvé qu'il est possible d'enlever avec succès et sans abolir la fonction, l'un de tous les organes pairs internes; le testicule, l'ovaire, le rein et même les centres de l'encéphale, s'il faut s'en rapporter aux récentes expériences de M. MUNK. Bien plus, les organes impairs les plus importants sont susceptibles d'être morcelés ou enlevés comme nous le prouve l'opération de Billroth qui réséqua avec succès les deux cinquièmes de l'estomac, celle de Kœberlé qui a enlevé deux mètres d'intestin, l'extirpation du larynx, du pharynx et de la rate. Nous voyons tous les jours des phthisiques complètement privés de l'usage de l'un des poumons mais jusqu'aujourd'hui l'audace des chirurgiens allemands avait reculé devant l'idée d'extirper un de ces organes. Il y a déjà une dizaine d'années que le Prof. Mosler, de Griefswald, conçut et exécuta l'idée d'ouvrir et de drainer les cavités purulentes du poumon chez les phthisiques et malgré que le succès n'ait pas couronné cette brillante tentative on propose d'aller plus loin encore et d'extirper l'organe en entier.

Le *Cincinnati Lancet and Clinic* reproduit à ce sujet une

communication de Gluck au *Berliner Klin-Wochenschrift* (1881 No. 44).

L'auteur appuie sa suggestion sur des expériences faites avec succès sur les animaux. Il commença d'abord par ligaturer le pédicule de l'un des poumons chez toute une série d'animaux (six chiens et quatorze lapins). Grâce aux précautions opératoires et antiseptiques, la plaie guérit par première intention. Deux des animaux moururent subitement par arrêt du cœur, tous les autres survécurent aux effets immédiats de l'opération. Chez plusieurs qui moururent six ou huit semaines après, le poumon présentait l'aspect d'une masse caséuse et les vaisseaux ligaturés avaient guéri par première intention. Un des plus gros lapins est encore en parfaite santé un an après la ligature de son poumon droit.

Encouragé par le succès, Gluck ne voulut pas rester en aussi bonne voie. Après avoir largement réséqué les côtes et découvert le pédicule pulmonaire de manière à pouvoir appliquer des sutures profondes et à réduire d'autant la capacité du thorax, il enleva le poumon. Dans aucun cas il n'y eut d'hémorrhagie secondaire. Entre le septième et le dixième jour quelques-uns des lapins moururent de péricardite et de pleurésie, mais l'auteur a encore en sa possession deux de ces animaux dont la plaie guérit sans réaction, en dix jours. Il n'y eut ni hémorrhagie ni aucun autre symptôme alarmant et après trois mois les survivants sont aujourd'hui en parfaite santé.

Gluck conclut de ces expériences que l'extirpation du poumon chez le lapin peut évidemment être suivie de succès et que la même opération pourrait être justifiable chez l'homme dans les cas d'abcès ou de gangrène du poumon, de bronchiectasie et de cavités tuberculeuses, de tumeurs et de traumatismes du poumon. Il applique au traitement des maladies du poumon, l'axiome antique : *Ubi pus, ibi incisio; ubi hæmorrhagia, ibi ligatura; ubi tumor, ibi extirpatio*, et caresse l'idée que l'extirpation du poumon sera bientôt sanctionnée par la science chirurgicale.

A. L.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

L'opération de Porro. — L'opération dite de Porro a été pratiquée pour la septième fois à l'hôpital Ste Catherine de Milan par le Dr Paolo Negri, second assistant à l'École royale

d'obstétrique. C'est le cinquième succès que les chirurgiens de cet hôpital ont à enregistrer en faveur de cette opération. Dans le cas présent il y avait *malacosteon* avec difformité considérable du bassin. L'opération fut pratiquée le 9 octobre. Au bout de deux semaines, la guérison était regardée comme assurée. Ceci donne, pour l'Italie seulement, 34 opérations de Porro et 13 guérisons. Les sept cas de l'hôpital Ste-Catherine se sont terminés comme suit :

1	Difformité par rachitisme	Prof. Chiara	femme morte	Enfant vivant
2	" "	" "	" "	" "
3	" " malacosteon	" "	" guérie	" "
4	" " rachitisme	" Mangiagalli	" "	" "
5	" " "	" Chiara	" "	" "
6	" " "	" Mangiagalli	" "	" "
7	" " malacosteon	" Negri	" "	" "

(*Medical News*, janvier 1882.)

Nous empruntons au *Médecin Praticien* du 24 décembre 1881 l'extrait suivant d'une clinique de M. le PROF. DEPAUL sur deux sujets importants de tocologie pratique :

1^o Délivrance artificielle sept heures après l'accouchement.—Hier matin, vers 10 heures, on nous a apporté la jeune femme que vous avez vue au numéro 12. Elle a vingt-cinq ans et avait déjà eu un premier enfant à terme. Celui dont elle vient d'accoucher était probablement aussi à terme ; mais comme l'accouchement a eu lieu chez elle et que l'enfant a été aussitôt envoyé en nourrice, nous n'avons pas de renseignements précis sur ce point.

L'enfant était né à 3 heures du matin, et c'est à 10 heures qu'on nous a apporté la mère parce qu'on n'avait pas pu la délivrer.

Lorsqu'elle nous est arrivée, le col n'était plus très ouvert, il n'était cependant pas fermé. On avait fait des tentatives de délivrance en tirant sur le cordon, mais voyant que l'on éprouvait des difficultés, on avait abandonné la partie ; heureusement, il n'y avait pas eu de seigle ergoté administré, ce qui, en somme, laissait les choses dans des conditions relativement meilleures.

M. Ribemont, chef de clinique, a essayé de faire la délivrance en tirant sur le cordon, mais, voyant qu'il n'y pouvait pas parvenir, il n'a pas hésité à introduire la main dans l'utérus, et il en a retiré le délivre sans trop de difficultés.

Le placenta en est raquette, c'est-à-dire que le cordon est inséré sur son bord.

De ce fait nous devons tirer les conclusions suivantes :

Lorsqu'on ne peut pas délivrer une femme par les moyens ordinaires, il est indiqué formellement de ne pas abandonner cette femme pendant sept heures.

Si la personne qui a accouché cette femme eût été suffisamment instruite, elle aurait fait ce qu'à fait M. Ribemont.

Malheureusement il y a encore bien des sages-femmes et bien des médecins qui ne sont pas très experts en accouchements et qui, par leur manque d'expérience, peuvent exposer les femmes à de grands dangers.

Certainement, ce que M. Ribemont a pu faire sept heures après l'accouchement, on l'eût pu faire bien mieux et bien plus facilement au moment même de l'accouchement.

N'oubliez donc pas ce fait, pour en tirer profit dans l'occasion.

2^o **Application du forceps pour un cas d'insuffisance de contractions utérines.**—La femme du numéro 18 était dans le service déjà depuis assez longtemps. C'est chez elle que j'ai fait une application de forceps pour insuffisance de contractions utérines.

Elle était en travail depuis quarante et une heures et demie, et rien n'avait été essayé qui eût pu la fatiguer.

Il y avait dans cette situation, trois partis à prendre : laisser faire, donner du seigle ergoté, enfin en faire une application de forceps. Nous nous étions assurés que l'enfant était plein de vie.

J'ai préféré avoir recours au dernier de ces moyens, ne serait-ce que pour vous donner un bon exemple.

En effet, peut-être aurais-je pu sans danger employer le seigle ergoté dans ce cas particulier, exceptionnel presque : mais comme, en principe, pour la plupart des cas je suis l'ennemi de ce procédé, je n'ai pas voulu m'en servir, même cette fois.

Du reste, ma conviction est qu'il y a moins de danger à employer le forceps lorsque c'est possible qu'à donner du seigle ergoté.

Les choses se sont passées le plus simplement du monde, et nous avons eu rapidement un enfant vivant.

Mutilation de l'ovaire "in situ."—Le *Medical and Surgical Reporter* nous fournit la note suivante :

Le Dr Johnson, de Durham N. C., rapporte dans le *North*

Carolina Medical Journal, le cas d'une femme âgée de trente-cinq ans qui souffrait d'une violente névralgie de l'ovaire droit, qu'aucune médication ne put soulager, et qui nécessita l'ovariotomie.

A l'opération, l'ovaire fut trouvé adhérent fortement à la partie postérieure, près du côté droit du sacrum. Le chirurgien craignant de déchirer une adhérence aussi étendue, et étant dans l'impossibilité d'employer le couteau ou la ligature dans un espace aussi restreint, il fut décidé d'enlever à l'organe malade sa vitalité par la mutilation au moyen des doigts, ce qui fut fait, et l'organe fut laissé en place.

La cavité péritonéale fut ensuite nettoyée au moyen de l'acide carbolique, les intestins replacés, et l'incision abdominale refermée avec les précautions antiseptiques ordinaires, comme après l'opération de l'ovariotomie.

Le matin suivant la température marquait 101°, le pouls 104. Une nourriture liquide fut administrée *pro re nata*; l'acide carbolique continué, trente gouttes d'opium données trois fois par jour.

La température et le pouls s'élevèrent graduellement jusqu'au cinquième jour; le matin, température 103°, pouls 124; le soir, température 103° 5, et pouls 130. Puis graduellement aussi tout revint à l'état normal dix-huitième jour après l'opération.

Le douzième jour on cessa de donner l'opium, et un léger lavement chaud produisit une bonne action des intestins.

A tous les points de vue l'opération a été un succès.

—

Les indications de l'emploi de la morphine dans la fièvre puerpérale.—Nous traduisons du *Medical and Surgical Reporter* la note suivante :

Le Dr L. McFarlane, de Toronto, qui considère les injections hypodermiques de morphine comme un remède très efficace dans le traitement des convulsions puerpérales, donne les raisons qui lui ont inspiré cette confiance, dans le *Canadian Journal of Medical Science* du mois de décembre 1881.

La cause principale des convulsions est l'anémie du cerveau accompagnée d'une irritation exagérée et d'un épuisement général de tout le système nerveux; cet épuisement résulterait d'un surcroît d'activité du cœur par la circulation du fœtus.

La morphine augmente la circulation du sang dans les centres nerveux, et, par son action calmante, tient le cerveau en

repos, ce qui a pour effet de donner du ton aux fonctions vitales.

L'action de la morphine dans les convulsions puerpérales soit dès les premiers symptômes, soit pendant les attaques, est tellement prompte et efficace, qu'il faut être bien sceptique pour ne pas se rendre à l'évidence de son utilité.

L'administration des préparations opiacées par l'estomac n'a pas sa raison d'être, vu que ce dernier organe, malade lui-même, empêche l'absorption qui doit être prompte.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Lint à l'iodoforme.—On commence par préparer la solution d'iodoforme d'après la formule suivante :

P. Iodoforme.....	4 gram.
Ether.....	20 —
Huile de fenouil.....	1 —
Alcool dilué.....	40 —
Glycérine.....	40 —

Faites dissoudre l'iodoforme dans l'éther, auquel on unira l'huile de fenouil et l'alcool mélangé. Ajoutez la glycérine.

Trempez alors le lint dans cette solution avec les proportions suivantes :

Lint	10 parties
Solution d'iodoforme.....	25 —

Incorporez en triturant et en foulant dans un mortier.

Se prépare au moment des besoins, et il suffit de l'exposer quinze minutes à l'air pour que l'éther s'évapore.—(*New Remedies.*)—*Siècle médical.*

Constipation habituelle.—

P. Extrait de Belladone.....	gr. $\frac{1}{4}$
Podophilline.....	" $\frac{1}{8}$
Extrait de noix vomique.....	" $\frac{1}{4}$
Extrait de coloquinte comp..	" 1

M.—Pour une pilule.

A prendre le soir au moment du coucher.

Gonorrhée.—Le Dr J. A. Stites, de Belmont (Nevada), recommande la formule suivante :

P Sulfate de morphine.....	gr. iv
Acétate de plomb.	
Acide tannique.....	ââ ʒi
Sous nitrate de bismuth.....	ʒi

M.—Enduire de glycérine un cathéter n° 10 ou 12, puis le saupoudrer de ce mélange et l'introduire dans l'urèthre, matin et soir. Avec cela, le malade devra observer le decubitus dorsal; repos absolu; diète légère; usage du bromure de potassium à haute dose à l'intérieur; comme boissons, la tisane de graine de lin *ad libit.*—(*Therapeutic Gazette*, décembre 1881.

Chancroïdes.—

P. Acide salicylique.....	2 gram
Glycérine	100 “

M.—En application sur le chancre.

Quand le bubon virulent a été ouvert et converti par là même en un vaste chancroïde, on peut le traiter avantageusement au moyen de la lotion précédente.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, FEVRIER 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPPELLE,
ET E. H. DESROSNIERS.

La variole aux Etats-Unis.

Le "Le National Board of Health" vient de déclarer la variole épidémique aux Etats-Unis. Les rapports officiels démontrent que presque toutes les villes et villages du New-England et des Etats du centre de la République en sont infectés. Tous les grands centres et surtout Chicago, l'entrepôt d'où l'immigration se verse dans les plaines de l'Ouest, sont décimés par la maladie.

La ligne nationale des anti-vaccinateurs d'Angleterre va trouver là, sans doute, un thème inépuisable et ne manquera pas de trouver pour le moins étonnant, peut-être tout naturel, qu'un pays aussi jennérien soit ravagé par la variole. Il y a pourtant à cela une explication que nous donne le *Chicago Medical Review*. L'immigration aux Etats-Unis se chiffre chaque année par millions : Chicago pour sa part a été traversé en 1881 par près de 400,000 émigrants. Or c'est la ville qui a le plus souffert de l'épidémie qui semble suivre le courant de l'émigration et prendre avec les nouveaux citoyens droit de cité dans toutes les parties de la République. Au moins 30 pour cent de cet excédant européen est susceptible d'infection variolique et contribue à répandre le fléau.

Le vingt-sixième rapport annuel du Bureau d'Education démontre que la population quotidienne des écoles publiques a été, en 1877, de 39,494; en 1878, de 41,469; en 1879, de 43,341; en 1880, de 45,076; en 1881, de 50,000, et cependant telle a été l'influence protectrice du vaccin que sept cas de variole, seulement, y ont été constatés pendant ces cinq années. C'est là un argument sans réplique dont il est facile de tirer profit dans la circonstance actuelle; et nos voisins ne l'ignorent pas, le remède le plus efficace à l'épidémie c'est là.

quarantaine maritime, mesure de protection plus nécessaire chez eux que dans aucun autre pays civilisé et dont le défaut est une des plus grandes lacunes du code de la République modèle.

Les Bureaux de santé d'Etat et locaux tout en étant mieux organisés que les nôtres sont pourtant susceptibles de beaucoup d'améliorations, et là comme ici on semble s'occuper plutôt de vivre vite que de vivre longtemps. Le *Medical and Surgical Reporter* reproche aux législatures d'Etat l'indifférence et l'inertie dont elles font preuve en fait de matières sanitaires; certes, sous ce rapport, nous avons tout lieu de croire que nos législateurs sympathisent avec leurs confrères américains.

Montréal, à peine débarrassé d'un fléau qui l'a couvert de deuil et a paralysé son commerce, se voit de nouveau menacé, par voisinage, de passer par la même épreuve. Nous est-il permis d'espérer que l'expérience de la République américaine, surajoutée à la nôtre, déterminera enfin un pas vers le progrès sanitaire.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 14 décembre 1881.

M. le DR J. A. LARAMÉE, président, au fauteuil.

Lecture et adoption des minutes de la dernière séance.

M. le DR LAMARCHE, au nom du comité chargé d'examiner le projet de loi concernant la santé publique, fait rapport que le comité, après avoir étudié ce projet de loi, est d'avis que l'on a donné à celui-ci une portée trop considérable, et que l'on devrait d'abord songer à élaborer une loi sanitaire pour la province seulement, sauf à obtenir plus tard une législation pour toute la puissance. Le comité conclut à ce que le projet de loi en question soit refondu et amendé dans le sens indiqué.

Le rapport du comité est adopté.

M. le Président quitte ensuite le fauteuil où il est remplacé par le premier Vice-Président, et donne lecture d'un travail élaboré sur les "*lésions valvulaires du cœur.*" (1).

M. le DR FOUCHER demande à M. LARAMÉE s'il a eu quelque occasion de constater des troubles du côté de la vision dans le cours des maladies organiques du cœur qu'il a été appelé à traiter.

(1) Nous publions ce travail dans notre présent numéro.

M. le DR LARAMÉE répond négativement.

M. le DR H. E. DESROSIERS rapporte un cas où il a constaté un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec insuffisance mitrale chez une personne qui, quelques jours auparavant, avait été subitement frappée d'amaurose siégeant à l'œil droit. Cette amaurose persista pendant quatre ou cinq heures et fut suivie de guérison complète. Cette même personne avait depuis un an perdu l'usage de son œil gauche devenu soudainement amaurotique de la même façon que l'œil droit. La patiente avait souffert de rhumatisme articulaire aigu dix ans auparavant.

M. FOUCHER déclare avoir examiné la malade dont a parlé le Dr Desrosiers. Le fond de l'œil droit était absolument normal, à l'exception des veines qui étaient congestionnées et tortueuses. Du côté gauche le nerf optique était atrophié et les vaisseaux filiformes.

Après quelques remarques de MM. les DRS DAGENAI, S. LACHAPPELLE et LAMARCHE, la séance est levée.

Petite correspondance.

Dr A. H.—Quel est le meilleur traitement du charbon ?

R.—Trois indications dans cette maladie :

- 1^o Détruire la bactérie qui constitue le charbon ;
- 2^o Stimuler l'organisme affaibli par l'empoisonnement ;
- 3^o Tonifier rapidement dès que les signes de l'empoisonnement sont disparus.

Pour détruire la bactérie deux médicaments sont également recommandés : l'iode et l'acide carbolique, intrà et extrà.

Les formules suivantes pourront être employées :

Iode	grs. v
Eau	lbj.

En injection hypodermique et à l'intérieur.

Acide carbolique.	̄ i.
Eau.....	lbj.

En injection hypodermique.—A l'intérieur, l'icde préférablement.

Ces injections pourront être plus fortes ; ainsi on peut augmenter la dose d'iode jusqu'à un scrupule par livre ; seulement il ne faut pas oublier d'ajouter la même quantité d'iodure de potassium pour faciliter la solution de l'iode. Aucun accident ne survient par l'augmentation de l'iode employé localement.

Les solutions plus concentrées seront employées dans la zone morbide environnant la pustule ; les solutions plus faibles dans la zone plus éloignée. A l'intérieur on pourra donner la préparation indiquée dans la formule ci-dessus, dans les vingt quatre heures ; trois ou quatre cuillerées à soupe toutes les deux heures.

L'acétate d'ammoniaque à haute dose comme stimulant dans la deuxième période.

Dans la troisième, les toniques les plus choisis.

Bibliographie.

A Manual of Ophthalmic practice by HENRY S. SCHELL, Philadelphia : D. G. Brinton, 1881.

Le but de l'auteur a été d'exposer brièvement les principes de l'ophtalmologie actuelle, et les méthodes de traitement qui ont paru lui donner les meilleurs résultats. Le cadre restreint du manuel a fait négliger les références aux autorités et à l'histoire de la science. Les illustrations, nombreuses, qui ne sont pas originales, ont été reproduites de Landolt, *Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux* ; Manuel d'ophtalmoscopie ; Gray, *Traité d'anatomie* ; Wells & Stelwag.

Nous aurions désiré trouver, au bas de chaque gravure, le nom de l'auteur et de l'ouvrage d'où elle a été reproduite.

Le livre contient la feuille des échelles de Snellen, à l'usage des lettrés, qui peut être détachée, collée sur un carton, et placée dans un endroit convenable de la salle de consultation, pour servir à déterminer l'acuité visuelle. Dans le court espace de 250 pages, divisé en quatorze chapitres, l'auteur a traité toutes les principales questions de l'ophtalmologie.

On trouve, à l'article conjonctivite, la description relativement détaillée, d'une variété de conjonctivite catarrhale que l'on rencontre surtout à l'automne.

N'est-il pas préférable, surtout dans les manuels, de simplifier le plus possible la division des inflammations d'une même

membrane de manière à éviter la confusion en ne séparant pas des types cliniques qui doivent rester unis? C'est l'idée qui nous vient lorsque nous ouvrons un ancien traité d'ophtalmologie, où l'on consacre un chapitre spécial à l'*ophtalmie contagieuse, épidémique, militaire, d'Égypte, granuleuse, purulente, blennorrhagique, des nouveaux-nés, rubéolique, variolique, érysipélateuse*, maladies qui se cadrent dans les inflammations catarrhales, purulentes ou granuleuses de la conjonctive, sans égard au pays, à la profession de ceux chez qui elles se développent, ni à la maladie avec laquelle elles co-existent. Rien ne justifie cette abondance de divisions et de subdivisions subtiles que ne confirme pas l'anatomie pathologique.

Pour cette raison l'*autumnal conjunctivitis* de M. Schell peut figurer à côté de la *conjunctivite lacrymale* de M. Galéowski.

Sous le titre de *Trachoma, follicular conjunctivitis, granular lids*, l'auteur a réuni dans une même description, comme étant une seule et même affection, la conjunctivite folliculaire et granuleuse. Beaucoup d'auteurs, parmi les plus recommandables, voient une différence marquée entre ces deux états de la conjonctive. De Wecker, entr'autres, différencie, de la manière suivante, la conjunctivite granuleuse de la conjunctivite folliculaire: les follicules sont transparents, vésiculeux, leur forme est arrondie, leur volume plus considérable que celui de la granulation, les follicules se localisent plus spécialement vers la paupière inférieure, guérissent sans laisser de trace et ne provoquent pas de lésions secondaires du côté de la cornée. La granulation se localise à la paupière supérieure, provoque des lésions cornéennes et se transforme, sur place, en tissu cicatriciel.

Il y a là une question de pathologie à résoudre; M. Schell n'avait pas l'espace suffisant pour exprimer son opinion sur ce sujet.

Dans le traitement de l'ophtalmie purulente il n'est fait aucune mention des cautérisations de la conjonctive à l'aide du crayon mitigé. L'auteur rejette sans doute cette pratique, introduite par Desmarres, et acceptée par la majorité des ophtalmologistes.

Les maladies du fond de l'œil ont été traitées brièvement, comme on doit s'y attendre de la part de celui qui a pour but, en écrivant, de vulgariser les connaissances ophtalmologiques qui peuvent être le plus souvent utilisées en pratique.

En résumé, le livre de M. Schell est un recueil de notes cliniques, pouvant servir de complément à des ouvrages plus détaillés sur l'ophtalmologie.

A. A. F.

Brochure reçue.

"The Skin in health and disease, with treatment, classification and notes on diet and Hygiene," by L. DUNCAN BULKLEY, M. D., un joli petit manuel de 150 pages destiné aux étudiants. La forme concise et pratique de ce petit livre, son prix modique et surtout le nom de son auteur, le recommandent à l'attention des élèves.

En vente chez P. Blackiston, 1012 Walnut St, Philadelphia. Prix, cartonné 50 cts, broché 30 cts.

NOUVELLES MÉDICALES.

Bureau de Santé Provincial.—Le Dr Larocque, aidé des autorités civiles et d'un certain nombre de membres de la profession, est à préparer un projet de loi sanitaire qu'on se propose de faire sanctionner par la Législature à sa prochaine session. La nouvelle loi a pour objet l'organisation d'un Bureau de santé provincial et de Bureaux de santé locaux dans toutes les villes, villages, municipalités, etc. de la province. Ces bureaux devront s'occuper, en outre des questions d'hygiène et de salubrité, de l'enregistrement des naissances, mariages et décès, et telles statistiques seront transmises par Bureaux locaux au Bureau provincial, qui sera chargé de les compiler.

Ces jours derniers M. le Procureur-Général a reçu, au bureau du gouvernement, les représentants du conseil de salubrité et des sociétés médicales française et anglaise qui ont examiné et discuté avec lui le projet en question. M. le Procureur a promis de s'en occuper activement et de le soumettre le plus tôt possible à ses collègues et de faire connaître, aux intéressés, en temps opportun, la décision du gouvernement.

Nominations.—MM. Gauthier, J. D., Joyal, A., Gagnier, Frs., et Prévost, W. ont été nommés *externes titulaires* à l'Hôpital Notre-Dame pour le terme commencé le 6 janvier dernier.

Le prof. Nicolas Pirogoff est décédé le 5 décembre 1881 en son château de Winnitza, en Podolie, à l'âge de 71 ans. Il était professeur de Chirurgie à l'Académie Médico-Chirurgicale de St-Petersbourg, et chirurgien de plusieurs hôpitaux. C'est comme chirurgien militaire que le prof. Pirogoff s'est principalement rendu célèbre. Tout le monde sait qu'il a attaché son nom à une méthode particulière d'amputation du pied.

Women's Hospital.—A une assemblée tenue ces jours derniers du Bureau médical de cette institution, le Dr F. W. Campbell a été élu président et le Dr Perrigo réélu secrétaire.

Les femmes médecins.—Sous ce titre nous lisons dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* :

“ L'Administration de l'Assistance publique de Paris vient de décider que les élèves en médecine appartenant au sexe aimable pourront dorénavant concourir pour l'Internat.

“ C'est là une mesure libérale dont il convient de la féliciter. Si les femmes peuvent faire leurs études en médecine, elles doivent avec les inconvénients avoir droit aux mêmes avantages que les hommes. Mais, cette voie ouverte, il faudra aller jusqu'au bout et leur permettre aussi, une fois docteurs, de concourir pour les hôpitaux. Nous verrons donc des dames médecins ou chirurgiens des hôpitaux. Et l'agrégation, pourra-t-on la leur refuser ?

“ Sans aller aussi loin dans l'avenir, constatons que la décision prise par l'Assistance publique est bonne. L'imitera-t-on à Bordeaux ? Nous le souhaitons. La question a été posée l'année dernière à l'Administration par une étudiante. L'Administration a répondu non. Paris donnant l'exemple cette fois, va-t-elle refuser à nouveau ? ”

Nous croyons, pour notre part, que Bordeaux suivra l'exemple de Paris. Une fois lancés sur la voie de semblables réformes nos confrères d'outre-mer auront peut être quelque peine à s'arrêter. Combien cela doit réjouir le cœur de la citoyenne Louise Michel et des nombreux partisans des droits de la femme ?

VARIÉTÉS.

Les institutions médicales de New-York. — Nous extrayons à ce sujet, du *Maryland Medical Journal*, les renseignements ci-dessous :

“Bellevue Hospital,” fondé en 1826, a actuellement 800 lits, mais peut faire place à 1200, la dépense annuelle en est de \$100,000. Trois écoles de médecine sont attachées à cette institution dont les matériaux cliniques ont immensément contribué aux progrès de la science.

“Charity Hospital,” sur Blackwell’s Island, compte 1,000 lits. Il est divisé en départements dont un chirurgical, trois médicaux, trois de maladies vénériennes, un d’ophtalmologie, un de dermatologie, un de maladies du pharynx et du larynx et un de maladies de l’utérus. Trois médecins et chirurgiens sont attachés à chaque département et y font alternativement le service pendant deux mois. Il y a en outre un médecin interne assisté de 24 médecins et assistants. 7,045 patients ont été traités au “Charity” en 1880. Des leçons cliniques y sont données tous les jours par les professeurs des trois facultés médicales de la ville.

Le “New York Hospital” date de 1770, mais l’édifice actuel date de 1879. C’est l’hôpital fashionable de New-York. Il compte 150 lits et reçoit annuellement 2,400 patients. Les malades n’y sont pas admis gratuitement : ceux des salles communes y paient \$1.00 par jour et les malades privés de \$15 à \$50 par semaine. Le coût d’entretien de l’établissement en a été en 1880 de \$72,596.86.

Un musée et une bibliothèque publique de 12,000 volumes sont attachés à l’établissement.

Le “Nursery and Child’s Hospital” fondé en 1870 se compose de quatorze pavillons et d’un édifice central. 1,075 patients y ont passé en 1880. La dépense en est de \$68,591.

Le “Woman’s Hospital of the State of New York.” Hôpital de gynécologie de 120 lits dont 20 sont gratuits et le reste payés de \$4 à \$15 par semaine. Cliniques tous les jours, excepté le dimanche. En 1880-81 il y eut 634 patients internes et 6,415 externes. Dépense annuelle \$37 000. C’est la pépinière et l’école des gynécologistes américains.

Le “Hospital of the New York Society for the relief of the ruptured and crippled,” destiné aux enfants en nourrice, aux

femmes en couches et aux nouveaux nés, a donné en 1881 des soins à 969 patients. Dépense annuelle, \$63,000.

Le "Roosevelt Hospital" ouvert en 1872 compte 180 lits. Il porte le nom de son fondateur et bienfaiteur.

Le "St. Luke's Hospital" ouvert en 1858 compte de 150 à 200 lits, dont 60 gratuits et coûte \$66,000 par année.

En somme, New-York compte 54 hôpitaux et 32 dispensaires gratuits, dont les principaux sont :

Le "New-York Dispensary," 20,000 patients par année; "Demilt Dispensary," 18,000; le "North Eastern," 23,000; le "Out-Door Department of Mount Sinai Hospital," 23,700.

Il y a en outre 26 Sociétés Médicales et un nombre considérable de corps scientifiques dont le plus important est le "New York Academy of Medicine", organisé en 1847 et composé de 350 membres. La bibliothèque compte 19,000 volumes et souscrit à 140 journaux domestiques et étrangers.

MARIAGES.

En cette ville, le 15 janvier dernier, à l'église St-Jacques, par M. l'abbé Sentenne, H. M. Barcelo, écr., M.D., à Dlle S. McKenna, du Nouveau-Brunswick.

A Ste-Anne des Plaines, le 17 Janvier, M. le Dr Ferdinand St-Jacques à Mlle Marie-Odile-Alexina Latour.

DÉCÈS.

Le 19 janvier. à Ste-Cunégonde de Montréal, Marie-Antoinette-Blanche, âgée de 4½ ans, enfant de M. le Dr J. A. R. Leonard.