

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.

GAZETTE MEDICALE

Revue Mensuelle, Médico-Chirurgicale.

Rédacteurs-Propriétaires :

DR. A. DAGENAIS,
Licencié du Collège des Médecins
et Chirurgiens du Bas-Canada,
Médecin du Dispensaire de la Pro-
vidence.

ABONNEMENT :
Par An.....\$2.00
Invariablement payable d'avance.

DR. LEMIRE,
Licencié du Collège des Médecins
et Chirurgiens du B. C., Médecin
des Dispensaires des Dames Grises
et de la Providence.

VOL. 1

MONTREAL, FEVRIER 1866.

No. 7

LE CHANGEMENT DE TYPE DES MALADIES

Le type des maladies est-il changé? Voilà une question que la science s'est posé depuis un certain temps, qui n'est pas encore résolue et qui semble ne pas devoir l'être de sitôt, tant il est vrai que toute idée nouvelle, tout principe nouveau tendant à détruire des faits déjà établis ou que l'expérience a consacrés, doivent rencontrer d'obstacles avant d'atteindre la réalisation. Peut-il en être autrement dans un temps ou tout est soumis à la plus sévère investigation, ou chaque pas en avant réalisé par le progrès est discuté, nié même, jusqu'à ce que l'évidence vienne forcer ceux que les préjugés ont rendu aveugles ou ceux chez qui la routine fait place à l'étude, de reconnaître que la route qu'ils poursuivent est le sentier de l'erreur. Pour nous qui n'avons certes pas l'expérience des années mais qui nous habituons à étudier les choses au point de vue scientifique, nous sommes prêt à reconnaître toute innovation que le progrès enfante, en autant qu'elle ne renverse pas complètement un état de choses bien établi, que l'expérience a mûri, et que les lois de la nature et de la physiologie humaine reconnaissent comme immuable. Que!que profond que soit le respect que nous ayons pour nos pères en médecine, qu'elqu'élévée que soit la position de nos prédécesseurs immédiats, bien qu'à juste titre, nous ne pouvons pas croire et nous ne pouvons admettre que très difficilement, que le monde ait tourné, que

les arts aient grandi, que le génie de l'homme après avoir produit des merveilles dans l'architecture, les industries etc., soit venu se heurter sur la science médicale, avouer son impuissance et reconnaître que la médecine n'a pas avancé depuis le temps de nos pères. Ce serait, ce nous semble, souffleter le XIX siècle. Ce serait plus, ce serait l'effacer. Cette question du changement de type est certainement d'une haute importance, tant au point de vue de la pathologie que de la physiologie. Au point de vue pathologique, parcequ'elle renverse les opinions universellement acceptées sur la nature des maladies dont le caractère anatomique a été démontré, identifié par l'examen cadavérique; au point de vue physiologique, parcequ'elle doit apporter certaines modifications, certains changements dans les appréciations des fonctions organiques. Il n'y a pas à se le dissimuler, si le type des maladies est changé, si les résultats que l'on obtient aujourd'hui par une thérapeutique nouvelle, sont dûs plutôt à ce changement de type, il faut admettre que la science est restée stationaire, que nos connaissances pathologiques et thérapeutiques sont ce qu'elles étaient alors. Ce que nous sommes loin d'admettre. Aussi la question de savoir, si l'emploi des saignées générales et locales dans le traitement des fièvres et des maladies inflammatoires, rejeté comme il l'est par la plupart des médecins, est dû à ce changement de type des maladies, ou bien à une connaissance plus approfondie des con-

ditions pathologiques par les médecins du jour sur ceux de nos devanciers, est un sujet qui a soulevé beaucoup de discussions. Il vient d'être mis de nouveau de l'avant par le docteur Stokes, M. D. D. C. L., professeur de pratique à l'université de Dublin, dans une adresse devant la *British Medical Association*, à une séance du mois d'Août dernier. La position élevée qu'occupe le savant professeur, sa grande expérience doivent certainement apporter beaucoup de poids à ses opinions émises à ce sujet. Le docteur Stokes demeure parfaitement convaincu que depuis 30 ans, le type des maladies n'est plus le même, marchant en ceci avec les docteurs Christison, Watson, Alison et Graves. Voici ce qu'il dit et ce qu'il apporte en faveur du changement de type. Nous extrayons. " La société pathologique de Dublin existe maintenant depuis 26 ans; durant cette période, elle a eu des assemblées toutes les semaines pendant six mois de chaque année. Comme un des secrétaires de cette société, il m'a été donné de voir et d'examiner des exemples récents d'organes malades, adressés à cette société — à peu près 3,000 spécimens — tous résultats d'une collection venant des différents hôpitaux de la ville; et le résultat est frappant que les spécimens de maladies aiguës avaient un caractère très différent de celui que l'on rencontrait communément à Dublin de 1820 à 1830. En règle générale, ces spécimens offraient tous une apparence qui indiquait un degré moindre d'énergie pathologique. Dans la pneumonie par exemple, on rencontrait rarement la rougeur, la fermeté et la solidité du poumon, et cet état de sécheresse et d'injection écarlate que je considère comme la première période de la pneumonie, devient très rare. Au lieu de ces caractères, nous avons une des conditions se rapprochant plus de la splénisation; les parties affectées étaient pourpres, friables, humides, au lieu d'être d'un rouge clair, fermes et sèches, le tout paraissant être plus tôt le résultat d'une inflammation diffuse, asthénique, que d'une inflammation énergique, sthénique; où nous avons une autre forme à laquelle le docteur Corrigan a donné

le nom de pneumonie bleue, dans laquelle la structure ressemblait à celle d'un poumon qui aurait trempé dans le sang veineux. Maintenant parlons des membranes séreuses et nous verrons la même chose. Cette grande injection artérielle, cette sécheresse de la surface, cette forte adhésion et la structure ferme des fausses membranes dans les affections aiguës de l'Aracnoïde, de la Plevre, du Péritoine qui nous étaient si familières se rencontrent maintenant très rarement. Les exsudations sont plus ou moins hémorrhagiques, la lymphe plus claire et moins transparente. Dans plusieurs de ces cas, comme le rapporte le docteur Mayne dans ses mémoires sur la Péricardite, on ne rencontrait jamais le bruit de frottement. Des effusions séreuses, fibreuses teintes de matières abondantes remplaçaient les résultats des inflammations sthéniques!" Eh bien, nous ne voyons pas bien, qu'il nous soit permis de le dire, jusqu'à quel point l'apparence que présente ces poumons, établit l'existence du changement de type. Au contraire, nous voyons dans cette rougeur, cette fermeté, et la sécheresse aussi bien que l'injection écarlate, nous voyons, disons-nous, un poumon à la première période d'inflammation, c'est-à-dire l'hépatisation rouge, tandis que dans les derniers, ceux qui étaient friables, humides, se rapprochant plus de la splénisation, nous croyons voir le poumon rendu à la deuxième ou troisième période d'inflammation. Ainsi donc, il nous semble que loin d'établir le changement de type, ces faits nous démontrent une chose, que nous croyons parfaitement admise du reste, c'est qu'avec les connaissances pathologiques et thérapeutiques, du jour, le nombre de mortalités, résultant de pneumonie au premier degré est plus rare; c'est-à-dire que grâce à l'abandon de ces fortes déplétions sanguines d'autrefois, le malade, s'il ne guérit pas toujours, vit au moins plus longtemps. Non, pour nous l'inflammation d'aujourd'hui est la même que celle d'autrefois, et si les saignées excessives ont été remplacées par la méthode actuelle, c'est que les connaissances anatomopathologiques et thérapeutiques sont plus générales et plus étendues qu'elles étaient

alors, et prétendre le contraire, ce serait nier Trousseau, Sims, Bennett, etc. Mais il y a une chose sur laquelle on n'a pas insisté, et qui est peut-être pour beaucoup dans cette asthénie inflammatoire, c'est l'action de la civilisation sur les constitutions malades. Que l'on étudie la société en général, les conditions d'existence des différents individus, les habitudes, l'éducation sociale, et l'on trouvera, croyons-nous, dans toutes ces raisons les causes d'un affaiblissement général, de certaines modifications dans l'expression de la maladie, et le pourquoi de ces inflammations à type asthénique.

De l'eczéma et de ses variétés lichenoïde, impetigineuse et prurigineuse. Par T. McCall Anderson M. D. Médecin du Dispensaire pour les maladies de la peau, Glasgow.

Le but de l'auteur dans son ouvrage sur les maladies ci haut mentionnées, est de donner à la profession un guide pour le traitement de ces maladies si communes et généralement si rebelles. Etant lui-même un des élèves du célèbre Hébra de Vienne, possédant une expérience acquise au milieu du travail et d'observations continuelles, il ne laisse pas d'être essentiellement pratique, et promet de ne faire aucun avancé qui ne soit appuyé sur des faits, ni de proclamer aucun traitement qui ne soit justifié par l'expérimentation ; inutile alors de dire qu'il mérite toute notre attention et notre étude, certains que nous sommes de l'utilité incontestable que tout praticien lui reconnaîtra. Nous traduisons les extraits suivants qui, au point de vue pratique laissent peu à désirer. L'auteur commence par affirmer que les vésicules ne sont aucunement le caractère essentielle de l'éruption eczémateuse, mais que la principale lésion élémentaire ou le premier symptôme, peuvent être soit un Erythème, une vésicule, une pustule, ou simplement une érosion de la peau, et que pendant le cours de la maladie ces différentes éruptions peuvent se mêler dans une seule tache eczémateuse.

Il dit aussi qu'il n'est pas le seul de cette

opinion, qu'elle est partagée par plusieurs des célèbres Dermatologistes français et allemands. Il affirme de plus que quiconque étudiera soigneusement cette affection, arrivera à la même conclusion : que l'Impétigo, le Lichen et le Prurigo, ne sont que des variétés de l'Eczéma qui peut avoir pour point de départ soit une érosion ou une pustule. Que l'Exéma a pour symptôme une infiltration de la peau, une exsudation à sa surface, la formation de croûtes, et la démangeaison. Que l'infiltration est due à l'effusion de serum dans la peau, que plus l'infiltration est grande, plus le cas est invétéré ; qu'à la pression la rougeur disparaît pour un moment et fait place à une couleur jaunâtre, que l'exsudation à la surface de la peau, peut se faire constamment, ou simplement lorsque la circulation est excitée, ou que la partie est exposée à une friction quelconque. Une solution de Potasse, (Potasse Fusa, x grs. Eau ʒj) appliquée sur une surface eczémateuse amène une copieuse exsudation de ce fluide à l'extérieur, et semble diminuer l'infiltration profonde. Quelquefois cette exsudation offre un caractère purulent et se trouve mêlée de sang lorsque l'individu se gratte beaucoup. Les croûtes sont formées par l'exsudation qui a séché et par l'exfoliation de l'épiderme. Mais en enlevant ces croûtes au moyen de cataplasmes, l'exsudation sèche en petites écailles fines, qui même peuvent ne pas se former du tout. Tandis qu'en négligeant ce moyen, elles deviennent très épaisses et très adhérentes, par des additions continuelles à leur surface profonde. Si l'exsudation est séreuse les croûtes sont grisâtres, si elle est purulente, elles sont jaunes tandis que si elle est mêlée de sang elles sont brunes ou noires. Le prurit peut-être constant ou intermittent. Il est toujours augmenté par le toucher, et surtout par l'usage des boissons stimulantes, et par la chaleur du lit. Quelquefois au lieu du prurit, le malade éprouve la sensation que ferait un insecte marchant sur la peau ; d'autres fois c'est une chaleur brûlante. Dans la forme érythémateuse de l'eczéma, la rougeur quoique semblable d'abord à l'érythème simple, est bientôt accompagnée d'exfoliation, survient

graduellement l'infiltration, puis l'exfoliation : d'autrefois au début de l'eczéma, la peau devient rouge, douce et luisante, tandis que les structures profondes s'infiltrant. La forme vésiculaire de l'eczéma débute généralement par une éruption érythémateuse sur laquelle se développent des vésicules dont un grand nombre prennent le caractère de pustules. Les vésicules sont petites, se rompent facilement et la sérosité se concrète. Comme la précédente la forme pustuleuse se développe sur une surface érythémateuse ou les pustules peuvent être primitives ou secondaires. Elles sont généralement plus larges que les vésicules et sont plus lentes à se rompre ; la forme pustuleuse de l'eczéma constitue l'impétigo des auteurs, et se rencontre le plus souvent sur les parties chevelues ou elle affecte les orifices des follicules des cheveux.

L'eczéma papuleux décrit par les auteurs sous le nom de Lichen est une autre variété, l'éruption commence par de petites papules rouges qui peuvent être discrètes ou confluentes, et suit le cours ordinaire des autres formes. De simples fissures de la peau peuvent donner lieu à l'eczéma, et se rencontrent généralement à l'anus, aux angles de la bouche et aux mains. En parlant de l'étiologie de cette affection, l'auteur classe parmi les causes prédisposantes, les tempéraments lymphatiques et scrofuleux et toute débilité de la constitution. Les causes excitantes sont les irritants quelconques, une nourriture impropre et insuffisante. Cependant, elle peut attaquer une personne jouissant d'une santé parfaite. Les cuisiniers, les épiciers, les boulangers, etc., sont les plus exposés à la maladie. Il ajoute que l'eczéma peut se développer par contagion. Quant au diagnostic, l'eczéma peut facilement être reconnu de l'érythème simple, de l'érysipèle, de l'herpes et de la gale par les caractères propres à ces maladies et que l'on ne rencontre pas dans l'eczéma. Le pronostic de la maladie n'est jamais sérieux, et il nie le danger, qui, selon quelques auteurs, existe à supprimer une maladie chronique de la peau, elle est aussi très sujette à récidiver. Le traitement consiste

d'abord à régulariser les fonctions intestinales ; si le malade est faible, il prescrit la formule suivante :

Pulv Rhei vj grs
Quinæ ij "
Hydr. c. creta iij "

En une dose pour l'adulte, répétée matin et soir. Si le patient est d'un tempérament lymphatique, scrofuleux, il prescrit l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer, si le patient est trop faible pour supporter la quinine, on la remplace par l'acide sulfurique dilué qui est généralement bien supporté. Les remèdes sur lesquels l'auteur repose plus de confiance sont, l'arsenic, le soufre et les alcalis. Il prescrit la solution de Fowler à la dose de cinq gouttes 3 fois par jour après le repas, au bout d'une semaine il augmente d'une goutte tous les 2 ou 3 jours, jusqu'à ce que la maladie semble céder au traitement ou que le patient ne puisse plus la supporter. L'irritation des yeux, et la bouffissure de la face, à moins qu'elles soient accompagnées de douleurs d'estomac et de perte d'appétit ne sont pas suffisantes pour discontinuer le traitement et il ajoute que bien souvent le traitement est abandonné au moment où ses effets curatifs sont sur le point de se manifester. On doit aussi en continuer l'usage pendant quelque temps encore quand l'éruption est disparue. Pour les enfants d'un an ou deux, une goutte peut être donnée deux fois par jour, et l'on augmente graduellement. Si l'on préfère la solution de Donovan, la dose pour commencer est de 10 gtt 3 fois par jour. Si l'on veut combiner l'iode avec l'arsenic, on prescrit la solution de Néligan ainsi formulée :

℞
Sol. Potas. arsenical, 80 gtt
Iodid Potas. xvj grs
Iodin ij "
Sirup. ℥ij

Une cuillerée à thé à prendre dans un verre à patte d'eau 3 fois par jour, après le repas. Le soufre est aussi fréquemment employé à l'intérieur chez les personnes lymphatiques et lorsque l'éruption est à son déclin. Les alcalis quoique moins employés que l'arsenic

et le soufre sont surtout utiles chez les personnes qui font usage des stimulans, ou chez qui il existe une diathèse goutteuse et rhumatismale. La liqueur de Potasse doit être donnée à la dose de 20 gts. largement diluée, 3 fois par jour. Le sesqui-carbonate d'ammoniaque est l'alcali qu'il emploie le plus souvent, il le donne à la dose de 10 à 40 grs. 3 fois par jour et largement dilué dans du lait. Le traitement locale consiste d'abord à nettoyer les parties au moyen de cataplasmes chauds, et d'appliquer les onguents suivans, l'onguent de Benjoin (3j. pour 5vj axonge) l'oxide de zinc, la crème, ou la glycérine.

Lorsque l'éruption est devenue chronique, qu'à la chaleur brulante a succédé le prurit, la liqueur de Potasse selon la pharmacopée peut-être employée, dans toute sa force, en lotions matin et soir. Si la peau a une tendance à secher, l'huile de foie de morue est très utile. Le chlorure de zinc 20 grs à l'once d'eau enlève promptement l'infiltration et le prurit. Durant l'usage des préparations alcalines la peau doit être tenue fraîche au moyen du lavage à l'eau froide que l'on peut laisser tomber d'une certaine hauteur. Lorsque le prurit est très violent 8 gts. d'acide hydrocyanique peuvent être ajoutées aux solutions alcalines, ou bien l'on ajoute aux différens onguents le cyanure de Potassium à la dose de 5 à 10 grs. à l'once.

Lorsque l'on emploie les onguents, il faut autant que possible exercer des frictions jusqu'à ce que toutes les particules de l'onguent soit entièrement disparues et que la peau offre un aspect luisant, et les parties doivent toujours être lavées avant chaque application. Lorsque l'eczéma est limité le moyen qu'il préconise le plus est la vésication au moyen d'une drachme de Bichlorure de mercure pour une once d'alcool, on promène sur la partie au moyen d'un pinceau et on laisse sécher. La teinture d'iode est aussi recommandée, en applications matin et soir, et on applique un cataplasme de mie de pain une fois par semaine. Tel est le résumé des principaux moyens de guérison que l'auteur recommande et que nous avons cru devoir reproduire.

NOUVEAU SUCCES DE LA VERATRINE,
dans le traitement du Rhumatisme articulaire aigu.
Par M. BOUCHUT.

M. Bouchut, dans ses conférences cliniques, attire particulièrement l'attention sur le rhumatisme articulaire aigu qui s'attaque aux enfans, chez qui, cette affection est susceptible de toutes les complications qu'on observe à un âge plus avancé. Sur un dixième de cas qui se sont présentés dans le service de ce médecin, il a vu cette affection se compliquer de pneumonie, de pleurésie, d'endocardite et surtout de péricardite. Il dit que l'endocardite est plus difficile à reconnaître pendant la vie que la péricardite qui en masque les caractères. Il cite le cas suivant: Un jeune garçon de 14 ans avait été exposé à l'action d'une pluie mélangée de neige. Deux jours après il fut pris d'étouffement avec douleur dans la région cardiaque, palpitations, bouffissures de la face, oedème des pieds, des mains, du scrotum, sans albuminurie. Le cœur mesurait cinq centimètres carrés; ses battemens étaient sourds, lointains, etc. Des ventouses scarifiées firent cesser les accidens, et l'enfant a guéri sans conserver aucune lésion organique du cœur. A propos de la cardite, qui lui semble être une conséquence nécessaire de l'endo-péricardite, M. Bouchut a émis l'opinion que la grande irrégularité des mouvemens du cœur constatée chez les petits malades rhumatisans n'est due, selon toute probabilité, qu'à un état spasmodique du cœur dont les fibres ont été rhumatisées. Relativement au traitement du rhumatisme articulaire aigu chez les enfans, il doit être très actif, l'expectation n'étant pas de mise en présence des lésions éventuelles qui peuvent frapper le cœur ou les autres organes importants. Mais les émissions sanguines chez des sujets lymphatiques ont des inconvénients qu'il faut éviter, et on le peut en ayant recours au sulfate de quinine ou à la vératrine.

M. Bouchut préfère ce dernier médicament pour deux raisons, 1^o parce que le sulfate de quinine produit le vertige quinique et parfois des troubles persistans du côté de la

vue et de l'audition. 2^o parceque la vératri-ne est d'une valeur vénale insignifiante. Il n'a rien changé au mode d'administration de ce médicament. Voici la formule :

℞

Ext. Gom. opii. } à à 1 gr.
Veratriæ }

à diviser en 10 pilules. On donne 2 pilules le premier jour, 3 le second, 4 le troisième, 5 le quatrième et ainsi de suite jusqu'à 6 ou 7 le plus dans les 24 heures, en augmentant d'une pilule par jour. On évite la colique et les diarrhées par des lavements émollients. Si le vomissement survient on suspend le remède. Sous l'influence de cette médication la fièvre tombe comme par enchantement ; les douleurs disparaissent et la convalescence s'établit sans que jamais encore M. Bouchut ait constaté aucun inconvénient sérieux imputable à l'administration de ce précieux agent. (*L'Abeille Médicate.*)

Tumeur comprenant le Pneumogastrique ; Douleurs périphériques et réflexes.
Par H. M. HITNER.

Histoire du cas.—Mme Spelleman âgée de 50 ans se présente au Dispensaire du Collège Médical d'Ohio. Elle rapporte que depuis deux ans une tumeur s'est déclarée sur le côté gauche du cou, à peu près un pouce en bas de l'angle du maxillaire inférieur, qui lui causait beaucoup de trouble et avait résisté à tous les traitements. Elle s'aperçut, de cette tumeur pour la première fois au mois d'octobre 1863 ; et quoique petite à cette époque elle a augmenté graduellement. Dans l'espace de 6 mois elle avait atteint une grosseur d'à-peu-près deux pouces et demi de diamètre. Sans aucune application locale elle est aboutie et laisse échapper un fluide sero-sanguinolent en quantité moindre que le laisserait supposer une tumeur de cette dimension. Depuis cette époque jusqu'au moment où la patiente s'est présentée au dispensaire les ouvertures dans la tumeur se sont fermées puis ouvertes à différents intervalles. La malade se plaignait en même temps de douleurs lancinantes le long du

côté gauche, s'étendant dans presque toute la région thoracique et à l'estomac. Pendant deux ans elle a été sujette à des nausées, des vomissements contre lesquels les remèdes employés sont restés sans résultats. Il y eut en même temps diminution de la vue, et perte partielle de l'ouïe, symptômes que l'on observait plus du côté gauche que du côté droit. Le sens de l'odorat était aussi affecté, mais le symptôme, le plus proéminent était une douleur névralgique dans la tête.

Symptômes.—Une tumeur existe près de l'angle de la mâchoire au bord interne du muscle sterno-cleido-mastoidien. Elle paraît produite par une inflammation du tissu alvéolaire et un dépôt de fibrine qui comprend la gaine des vaisseaux. Il y a des douleurs dans le côté, s'étendant sur toute la poitrine, avec un peu de difficulté de la respiration, douleurs dans la région épigastrique, avec nausées, et s'irradiant sur les organes de la cavité abdominale. La vue, l'ouïe et l'odorat sont plus ou moins affectés surtout du côté gauche et elle se plaint de douleurs névralgiques, dans la distribution des branches de la cinquième paire.

Diagnostique.—Les symptômes dans ce cas-ci sont indubitablement dûs à la présence de cette tumeur. Les différents phénomènes que l'on observe, peuvent s'expliquer des deux manières suivantes : 1^o La tumeur presse sur le nerf pneumogastrique qui en passant dans le trou jugulaire se trouve renfermé dans la même gaine que l'artère carotide et la veine jugulaire interne. L'irritation produite sur le tronc du nerf détermine les douleurs thoraciques et abdominales et les nausées. Comment pouvons-nous expliquer la névralgie de la cinquième paire et les troubles fonctionnels des nerfs à sensation spéciale ? Les impressions peuvent être transmises au centre nerveux et de là être réfléchies sur les autres nerfs. Dans ce cas, l'impression sur le pneumogastrique est aussi transmise au centre nerveux, réfléchi et distribuée le long de la 5^{me} paire. Mais le trifacial n'est pas le seul nerf impliqué. Les troubles fonctionnels des nerfs auditifs, olfactifs et optiques doivent s'expliquer par la même action réflexe.

2^o La tumeur peut attaquer les branches du *descendens noni* qui s'anastomose sur la gaine des vaisseaux. Si cette manière de voir est juste, les différents phénomènes nerveux sont tous d'un caractère réflex. La première explication me paraît la plus probable.

Traitement. — Considéré au point de vue de l'une ou de l'autre de ces théories, le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation de la tumeur qui est la cause de l'irritation. Dans ce but des vésicatoires furent appliqués sur la tumeur et la surface pansée avec l'onguent d'Iode. On a combattu en même temps la constipation par les cathartiques.

Progrès de la maladie. — La tumeur a diminué de volume, le vomissement et les nausées cessèrent graduellement. A mesure que la tumeur disparut les fonctions des nerfs à sensation spéciale se rétablirent sans aucune médication particulière ; aucuns remèdes furent employés contre la névralgie. Tous les symptômes disparurent complètement aussitôt que le cou eut atteint sa forme naturelle. Ce cas démontre on ne peut mieux l'action réflexe. — (*Cincinnati Lancet and Observer.*)

De la cauterisation ammoniacale de l'arrière-bouche, dans un cas de hoquet hystérique très opiniâtre, efficacité et guérison, à deux reprises différentes, chez la même malade, par M. LEVY, interne.

Le 7 mai, Virginie R..., âgée de trente et un ans, de tempérament lymphatico-nerveux, institutrice, entre à l'hôpital Necker, salle Sainte Adélaïde.

Cette malade n'a eu qu'une bronchite, pendant six semaines, vers l'âge de vingt cinq ans ; à dix-sept ans la menstruation s'est facilement établie, et s'est toujours accomplie régulièrement. Jusqu'à l'année 1858 aucun accident chloro-anémique ni hystérique n'est venu se montrer. A cette époque notre malade se trouvant en Pologne, dans une maison de campagne, est saisie subitement, une nuit, d'une frayeur très grande en voyant son habitation envahie par les flammes et sa vie en danger. Ceux qui lui vinrent en aide furent obligés de lancer sur elle une grande quantité d'eau ; elle put, de la sorte,

se soustraire à l'incendie ; elle passa, assurée-elle, le reste de la nuit en plein air, sans changer de vêtements. Le lendemain, et surtout les jours suivants, elle fut en proie à des phénomènes nerveux intenses, caractérisés surtout par des accidents gastralgiques, des palpitations de cœur violentes, des douleurs lombaires, des baillements, et pardessus tout un hoquet si fatiguant, que la malade était obligée de se tenir presque constamment dans la position horizontale. Ce hoquet était, à chaque fois précédé d'une sensation d'anxiété, d'oppression, siégeant d'abord à l'épigastre et remontant peu-à-peu vers la partie supérieure du cou. Rarement la malade passait un jour ou deux sans être tourmentée par cette convulsion diaphragmatique, laquelle, ordinairement, ne cessait qu'une heure ou deux pendant le jour. Le sommeil était trois ou quatre fois interrompu, chaque nuit, par ce même spasme, ce qui ajoutait encore aux causes d'affaiblissement. La vérité est que la malade était en proie à des désordres nerveux de plus en plus prononcés, à un abattement, à un découragement profond, à une inaptitude pour toute espèce d'occupation. Plusieurs médecins de la Pologne et de l'Allemagne, tour-à-tour consultés, l'ont soumise sans grand avantage, dit-elle, aux préparations de fer, aux alcalins, à quelques laxatifs, et l'ont même envoyée en pure perte, à quelques stations thermales, celle de Carlsbad entre autres.

En 1861, trois ans environ après le début des accidents, elle entre au mois de Nov., à l'hôpital Necker, dans le service de M. N. Guillot. Là fut essayé tour à tour l'emploi des ventouses sèches et des vésicatoires volants à l'épigastre, des frictions avec l'huile de croton, des douches froides des antispasmodiques et particulièrement l'éther ; le hoquet n'en persista pas moins, et à ce qu'il paraît, de plus belle. C'est alors qu'on eut, pour la première fois, l'idée vraiment heureuse de pratiquer une cauterisation ammoniacale du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx, laquelle, tout en causant une angine assez intense pendant deux jours, empêcha à l'instant même le retour du hoquet.

A partir de ce moment, les autres symptômes s'amendèrent de plus en plus, et la malade put quitter l'hôpital en assez bonne santé, au bout d'un mois de séjour. Pendant environ une année Mlle R... alla très bien; mais au mois de Décembre dernier, sa santé fut de nouveau éprouvée.

Les symptômes déjà signalés d'une gastralgie accompagnée de baillements et de hoquet ne tardèrent pas à réapparaître, et c'est dans ces conditions que la malade entra de nouveau à l'hôpital Necker, service de M. Vernois, où nous l'avons observée. Le hoquet, qui était continu, devenait surtout fatiguant après l'ingestion de quelques aliments, et il était bien alors tellement bruyant, que le repos des malades voisins en était troublé. Il nous a été permis de constater que ce phénomène se manifestait jusqu'à cinq ou six fois en peu de minutes. Boissons amères et toniques, vins de Bordeaux et de quinquina, bicarbonates alcalins, laxatifs, hydrothérapie, poudre de valériane, vésicatoires volants à l'épigastre, tels furent les moyens employés pendant les premiers quinze jours de son séjour à l'hôpital, soit concurremment, soit successivement, sans modification sensible du spasme diaphragmatique.

Le 22 mai, la malade est chloroformée, ce qui fait cesser le hoquet ce jour là, à la grande satisfaction de la malade. Nouvelle chloroformisation le lendemain, mais sans bénéfice.

Le 24 mai, nous fîmes un badigeonnage du palais et de la paroi postérieure du pharynx avec l'ammoniaque liquide coupée d'un tiers environ de son volume d'eau. Il s'ensuivit immédiatement un degré médiocre de spasme du larynx pendant 1 à 2 minutes, accompagné de quelques vomituritions. Le soir on constata de la simple angine érythémateuse, laquelle le lendemain, avait déjà presque disparu. Le hoquet fut enrayé immédiatement après l'application ammoniacale, et depuis ce moment, la malade a vu s'atténuer successivement et rapidement tous les autres accidents auxquelles elle était en proie, et sa santé générale améliorée d'une façon remarquable. (*Bull de thérapeutique.*)

DU TANNIN CONTRE LA PHTHISIE.

Il paraît démontré à M. Woillez que le tannin fait disparaître, plus ou moins rapidement, au moins chez un certain nombre de malades, les râles humides qui accompagnent parfois les tubercules crus (première période). Le tannin diminue en même temps la dyspnée, la fréquence de la toux et l'expectoration, et enfin il améliore sensiblement l'état général. "La modification de l'état local par le tannin, dit M. Woillez à ce propos, me semble démontrer que les poussées congestives, avec productions de râles humides, sont la principale cause des aggravations temporaires que l'on voit survenir dans le cours de la première période de la phthisie. J'ai dit que l'emploi du tannin en faisant disparaître rapidement les râles, prouvait qu'il s'agissait alors de tubercules à l'état cru. J'insiste avec conviction sur ce moyen de distinguer la tuberculisation au premier degré avec la tuberculisation arrivée à sa période la plus grave, c'est-à-dire celle de la production des cavernes du poumon. On ne saurait méconnaître, en effet, que la confusion, au point de vue clinique, ne soit d'abord très facile dans un assez grand nombre de cas. De part et d'autre, il peut s'observer de la matité, des souffles, des râles humides, de la bronchophonie. Ce n'est que lorsque la respiration est manifestement cavernueuse ou amphorique, avec pectoriloquie incontestable et gargouillement augmentant par la toux, et lorsqu'il existe une fièvre hectique avec diarrhée et marasme, que l'existence des cavernes ne sauraient être confondue avec la congestion péricavereuse de la première période. Or, combien sont nombreux les cas dans lesquels ne se constatent pas encore les signes les plus avancés! Dans ces cas douteux, le tannin fait disparaître rapidement les râles, s'il n'y a pas de cavernes, et beaucoup plus lentement ceux qui se produisent dans des excavations."

Dans la phthisie arrivée à sa période avancée, M. Woillez a encore vu le tannin avoir un effet favorable en arrêtant dans leur marche les accidents, et en les modifiant au point

de produire une guérison apparente. Lorsque les cavernes ne sont pas très vastes, il arrive ordinairement que les signes locaux s'améliorent sensiblement au bout de huit à quinze jours. Cette amélioration est caractérisée par la diminution prononcée des râles humides. La respiration soufflante ou caverneuse est ensuite plus nette, ainsi que la bronchophonie, et les râles parfois peu nombreux se perçoivent principalement à la fin de l'inspiration ou seulement au moment de la toux, qui leur donne leur véritable valeur.

Les principales conditions dans lesquelles la médication par le tannin a paru échouer dans la phthisie, sont la continuité de la fièvre, la rapidité de la marche de la maladie et l'existence d'un accouchement récent. — (*Abeille Médicale.*)

Oxyde de Manganèse contre certaines formes de Dyspepsie.

L'oxyde de manganèse, dit M. Leared, calme bien plus efficacement la sensibilité exagérée de la muqueuse stomacale que le sous-nitrate de bismuth, et il n'a pas, comme celui-ci, l'inconvénient de produire la constipation. Le prix de l'oxyde de manganèse est, en outre beaucoup moins élevé que celui des préparations de bismuth.

Comme exemple des résultats qu'il a obtenus à l'aide de ce traitement, M. Leared, donne le relevé suivant de 40 malades qu'il a traités à sa consultation. L'affection remontait, au minimum, à trois semaines, et chez beaucoup de malades elle persistait depuis plusieurs mois ou plusieurs années. L'oxyde de manganèse leur a été administré, généralement, à la dose de 12 grains trois fois par jour, avant les repas.

Au bout d'une semaine de traitement, la douleur avait complètement disparu chez 12 malades; elle était très notablement calmée chez 15, moins amendée chez 10, et persistait au même degré chez 3.

Chez les 20 ou 25 malades qui n'était pas guéris au bout d'un traitement d'une semaine, les résultats étaient les suivants: après quinze jours de traitement, les 8 autres n'ont

pas été revus; 4 ne conservaient aucune trace de douleur, 15 étaient très notablement soulagés, et un seul se trouvait moins bien que dans la première semaine. Chez la plupart de ces malades, la guérison paraît avoir été complète quelques semaines plus tard.

L'oxyde de manganèse ne doit pas être employé tel qu'il est fourni par le commerce à cause de ses nombreuses impuretés. On le donne à des doses variant de 5 à 40 grains, suivant la violence de la douleur.

M. Leared a essayé comparativement le carbonate et le sulfate de manganèse, mais ces préparations ne lui ont pas donné des résultats aussi avantageux que l'oxyde noir. M. le professeur Hannon avait déjà appelé l'attention des praticiens sur l'utilité et les avantages du manganèse et de ses préparations en médecine. — (*Medical circular et Gaz. Méd.*)

LE TARTRE STIBIÉ,

comme agent provocateur des contractions utérines

Par le docteur PARKER.

Le docteur Parker s'appuyant sur une expérience de seize années et sur un grand nombre de faits, recommande le tartre stibié pour provoquer les douleurs, et il établit les propositions suivantes:

1° Le tartre stibié relâche les muscles, tant volontaires qu'involontaires qui offrent de la résistance aux douleurs; en d'autres termes, il détruit la rigidité du col de la matrice et celle du périnée.

2° Il augmente la sécrétion muqueuse du vagin, lubrifie sa surface et facilite ainsi l'accouchement.

3° Il augmente la force contractile des fibres longitudinales et transverses. Dans les cas d'inertie, l'auteur l'a employé également avec succès.

4° Il ne provoque pas, comme le seigle ergoté, des contractions continues, mais renforce les douleurs régulières. Il n'amène pas non plus de contractions partielles et n'empêche jamais la délivrance.

Le docteur Parker ajoute qu'il administre le tartre stibié d'une manière peu désagréable. Il en dissout 1 à 2 grains dans un verre à

vin d'eau, et en donne une cuillère à café toutes les dix ou quinze minutes, jusqu'à ce qu'il survienne des nausées.

Il compare son action sur l'utérus à celle qu'il possède sur le canal intestinal, c'est-à-dire qu'il provoque la contraction des fibres circulaires et longitudinales en même temps qu'il relâche les sphincters. — *Edinburgh Medical Journal*.

[Nous donnons plus bas les raisons qui ont amené le Bureau Médical à publier l'avis concernant l'enregistrement de tous les médecins de la province. Ces raisons n'ont pas besoin de commentaires, et la chose paraîtra juste et nécessaire à tous ceux qui l'envisageront avec impartialité, et qui ont à cœur l'intérêt de la profession. Nos confrères ne savent peut-être pas qu'il y a un an, M. le secrétaire du Bureau procéda contre cinq individus pratiquant illégalement la médecine à Montréal, et que le collège en a été quitte pour ses frais, grâce à l'ambiguïté de la loi. Par le moyen de l'enregistrement, les procédés se trouvent simplifiés et par conséquent il sera plus facile d'atteindre les *faiseurs de miracles*. Quant à l'intrigue que l'oubli ou l'indifférence de la *Gazette Médicale* sur ce sujet, ont causé au correspondant du *Pays* du 5 Janvier dernier, il est très facile, de la dénouer. Loin d'être les promoteurs d'un tel avis, nous informons notre confrère le docteur C..., que nous ne sommes pas l'organe du Bureau, ni même membres. Nous avons reçu cet avis comme annonce *PAYANTE*, et c'est à ce titre que nous l'avons inséré. Quant nous avons assumé la position de journalistes, nous n'avons pas regardé aux sacrifices, et nous croyons avoir été ni oublieux, ni indifférent quant à ce qui regarde les intérêts de la science et ceux des membres de la profession. Nous sommes heureux que la correspondance de notre habile confrère de St. R..., ait amené les éclaircissements qu'il désire, mais nous regrettons en même temps qu'il n'ait pas cru devoir s'adresser à la *Gazette Médicale* pour deux raisons. La première c'est que notre feuille est plus généralement répandue parmi

les médecins que ne l'est le *Pays*, et la seconde c'est que nous ne voyons pas quel intérêt le public peut avoir dans la discussion de questions médicales; au contraire, ces petites guerres intestines ne peuvent que jeter du discrédit sur les médecins. Si l'organisation actuelle du Bureau ne rencontre pas l'approbation de la généralité de nos confrères de la campagne, comme l'insinue le docteur C..., nos colonnes sont ouvertes à tous les médecins pour la discussion de ce sujet comme de tout autre concernant la médecine. De plus nous serions fiers que notre confrère le docteur C..., entre autres, dont la réputation comme chirurgien est si bien connue nous favorisât de quelque travail.] — *REP.*

Montréal, 13 Janvier 1866.

MM. les Rédacteurs,

Je regrette que la résolution du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, publiée dans tous les journaux du Bas-Canada, concernant l'enregistrement des médecins, n'ait pas été comprise.

Pour l'information des médecins veuillez bien leur faire part de ce qui suit :

1^o Il n'y a que les médecins reçus avant Octobre 1847, et dont les noms ne se trouvent pas dans les livres du collège qui doivent être enrégistrés, car tous ceux reçus depuis cette époque sont dans nos livres.

2^o Le collège par ce moyen, connaîtra tous ceux qui n'ont pas le droit de pratiquer, et pourra ainsi plus facilement arriver à eux pour les poursuivre.

3^o Quant à venir eux-mêmes enrégistrer leurs noms, ces médecins doivent bien comprendre que ceux qui sont connus comme tels du régistreur n'ont pas besoin de le faire. Une lettre à lui adressée avec les informations requises suffira. Pour les autres, non connus de lui, un affidavit accompagnant l'envoi de de leurs informations suffira y compris les 5 chelins d'enregistrement.

4^o Aucun médecin dûment licencié n'a le droit de se plaindre de cette exigence du Collège, puisque c'est dans le but de protéger la profession, et que le Collège pour atteindre ce but dépense des sommes considé-

rables dont une bien faible proportion est fournie par les praticiens non enrégistrés dans les livres du Collège.

LS. BOYER, M. D.,

Régistrateur et Trésorier du Collège des Médecins et Chirurgiens du B.-C.

Méningite aigue, guérie par la saignée du sinus longitudinal antérieur.

Le titre seul de cette observation appellera suffisamment l'attention des praticiens sur l'important enseignement qui en découle.

Chez un enfant de 8 mois, affecté de méningite aigue, M. Torci avait vainement employé la santonine, le calomel, et six puis huit sangsues aux apophyses mastoïdes. Malgré ces remèdes actifs, les convulsions, le coma, le strabisme, l'immobilité des pupilles persistaient, et le danger devenait pressant. On croyait même sentir de la fluctuation à la fontanelle antérieure. Il pensa alors à extraire du sang directement du sinus longitudinal antérieur, et voici comment il procéda :

Avec le bistouri, il pratiqua au milieu de la fontanelle antérieure, d'avant en arrière, une incision de 3 centimètres, comprenant toute l'épaisseur de la peau ; puis avec la pointe de l'instrument, il ouvrit la dure-mère dans l'étendue d'un centimètre. Aussitôt il sortit un jet de sang d'un rouge vif, jet d'abord continu, et en arcade, qui, après l'évacuation d'environ deux onces et demie, devint plus ondulé.

Après en avoir laissé couler environ trois onces et demie, M. Torci arrêta l'écoulement en mettant le doigt sur la plaie. Un changement subit s'était opéré ; les paupières s'étaient relevées, les pupilles avaient perdu de leur largeur, le strabisme n'existait presque plus ; enfin, le teint moins terreux, la respiration plus libre, le pouls devenu régulier, faisaient porter l'augure le plus favorable.

Encouragé par ce succès, et alors, sans doute que beaucoup d'autres médecins seraient arrêtés là, M. Torci laissa de nouveau couler le sang. A chaque goutte, pour ainsi dire, le visage de l'enfant se recomposait, reprenait l'aspect naturel ; le strabisme,

la blépharoptose cessèrent complètement. Enfin, après neuf onces de sang évacué, il ferma définitivement la plaie au moyen d'un bandage. L'enfant presque aussitôt reprit le sein ; on le maintint longtemps couché ; puis il avait repris toutes ses habitudes, et les parents étaient tous dans l'enchantement de ce succès, lorsqu'au bout de 28 jours, une nouvelle attaque de méningite compliquée de bronchite capillaire, le fit succomber en trois jours. L'autopsie ne put être faite. — (*Gazette Médicale de Lyon.*)

ONYCHIA.

Nos lecteurs savent parfaitement les tortures occasionnées par l'ongle incarné, et les nombreux moyens préconisés quoique sans résultat effectif. Aux applications émollientes, ont succédé les cautérisations au moyen des caustiques les plus violents, puis enfin l'opération qui bien qu'efficace, semble si barbare, que très difficilement pouvons-nous faire consentir le patient à s'y soumettre. Nous lisons le procédé suivant, tiré du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*. C'est la méthode recommandée par M. Long, que M. Jarjavay a tout récemment employée avec les résultats les plus satisfaisants. L'opération est des plus simples, et ne demande aucune préparation préliminaire, ni bandages, ni chloroforme, et se pratique au moyen d'une spatule ordinaire. Le patient étant assis, l'opérateur saisit le pied avec la main gauche, et tient fermement le gros orteil ; puis avec une spatule tenue comme une plume, entre le pouce et les deux premiers doigts il soulève tranquillement la peau à la racine de l'ongle, ayant atteint son bord postérieur au fond de la coulisse du follicule, il introduit rapidement la spatule sous l'ongle, qu'il soulève et détache facilement. M. Malgaigne dans son *Manuel de Chirurgie opératoire*, désapprouve ce procédé qu'il dit ne lui avoir jamais réussi, et tout en étant difficile à pratiquer est très douloureux pour le patient. Ceci peut être le cas, mais il est difficile de croire que si M. Malgaigne eut procédé de la même manière que M. Jarjavay, il n'eût pas obtenu le même

résultat. On se rend compte de la facilité avec laquelle l'ongle est ainsi enlevé par le fait qu'il n'est attaché à la surface sous-jacente que par sa partie antérieure seulement, et que la douleur par là-même, n'est ressentie qu'à la fin de l'opération. De plus elle n'est que passagère et ne peut être comparée avec celle produite par l'introduction forcée des ciseaux sous l'ongle, dans une partie si abondamment pourvue de nerfs.

Tumeur érectile veineuse de la joue, guérie par l'injection sous-cutanée de Perchlorure de Fer.

Alexandrine Bruand, âgée de 18 ans, se présente, le 16 janvier 1864 à l'Hôtel-Dieu, pour y être traitée d'une tumeur érectile veineuse de la joue droite.

Cette tumeur, dont l'origine remonte à la première enfance, était restée longtemps stationnaire, mais depuis deux ans, époque où la puberté s'est manifestée, elle a pris un développement notable. Aujourd'hui, son volume est celui d'une noix ; elle occupe la face interne de la joue, près la commissure de la lèvre, et produit une déformation très disgracieuse du visage.

A l'extérieur, la peau a conservé sa coloration normale ; mais à l'intérieur de la bouche, la couleur bleue du sang veineux tranche sur la coloration rosée de la muqueuse.

Il y a peu d'années encore, dit M. Maisonneuve, la chirurgie ne possédait contre ces affections que des ressources incertaines, et parfois même dangereuses ; c'était par l'incision, par l'excision, par la ligature, par la cautérisation, par l'acupuncture que l'on essayait de la faire disparaître ; mais ces moyens, dont l'application n'était pas toujours facile, ne produisaient pas toujours le résultat désiré, et surtout ne laissaient pas que d'exposer parfois à des accidents graves, notamment à l'infection purulente.

Depuis les travaux de Pravaz sur les injections sous-cutanées de perchlorure de fer, le traitement de ces affections est devenu beaucoup plus simple, beaucoup plus efficace, et surtout parfaitement exempt de dangers. Ce traitement consiste à ponctionner la tumeur

avec un trocart très fin, et à injecter dans les veines dilatées de cette tumeur quelque gouttes de perchlorure de fer de 30 degrés.

Le 27 janvier, la malade était assise sur une chaise, la tête légèrement renversée en arrière, M. Maisonneuve fit d'abord saillir la tumeur en renversant la face interne de la joue ; puis, à l'aide du trocart de Pravaz, il fit au centre de la tumeur une ponction qui pénétra dans la cavité d'une de ses lacunes principales ; il retira ensuite le mandrin, ce qui permit à quelques gouttes de sang de s'écouler par la canule. Dans un deuxième temps, il introduisit dans la canule du trocart le tube beaucoup plus grêle de la petite seringue, laquelle était remplie de perchlorure de fer ; puis il tourna la vis du piston de manière à injecter quatre gouttes de liquide coagulant.

Cette opération produisit immédiatement la coagulation du sang dans une grande partie de la tumeur. Cependant il restait encore quelques points fluctuants. Après quelques jours, il devint évident qu'une portion de la tumeur persistait encore. M. Maisonneuve fit alors, le 29 janvier, une deuxième injection semblable à la première. Celle-ci détermina la coagulation complète du sang contenu dans les mailles de la tumeur, ce qu'il fut facile de constater par le toucher. A dater de ce moment, le gonflement diminua d'une manière rapide : la joue reprit sa forme et son volume, et le 19 Février la jeune malade sortit de l'hôpital entièrement guérie, sans avoir éprouvé le moindre accident inflammatoire ou autre — (*France Médicale.*)

VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES.

Nous lisons dans le *Medical and Surgical Reporter* l'article suivant tiré de la *Lancette* de Londres.

Le vomissement des femmes enceintes constitue une des maladies peut-être les plus rebelles et contre laquelle un grand nombre de spécifiques ont été préconisés quoique sans succès. Le docteur Cassello conseille de donner à la malade, avant de se lever, 3 onces de café très fort, et de ne lui faire prendre

que des liquides, pendant le jour, en petite quantité et souvent répétés. Si l'on ne réussit pas, il conseille de donner en même temps cinq gouttes de Tr. d'Iode dans une cuillerée à thé d'eau froide, toutes les 2 heures. Le docteur Churchill recommande fortement ce remède, et le docteur Wilson de Glasgow ajoute qu'il a réussi dans un cas où tous les autres agents avaient failli. Si, malgré tout, les vomissements ne cessaient pas, et que les aliments seraient rejetés instantanément, il faut nourrir la malade au moyen des lavements, fréquemment répétés.

Contracture Anale, guérie par la dilatation forcée.

Il n'est guère de semaine où M. Maisonneuve n'ait l'occasion de combattre ce qu'on appelle la fissure à l'anus par la dilatation forcée de cette orifice. Ce chirurgien a pratiqué cette opération plusieurs centaines de fois, et s'autorisant d'autre part des résultats que MM. Nélaton et Danyau en obtiennent tous les jours, M. Maisonneuve exprime son étonnement que cette méthode ne soit pas plus généralement répandue dans la pratique.

D'abord pourquoi et contre quoi emploie-t-on la dilatation? Aux yeux de M. Maisonneuve ce n'est pas la fissure, mais la contracture qui constitue ici l'élément principal de la maladie, et cette contracture n'est pas toujours bornée au sphincter inférieur; en portant le doigt plus haut, vous constatez souvent la contracture du sphincter moyen. On s'explique ainsi les insuccès qu'ont eus dans certains cas Boyer, Blandin, M. Jobert, et tous les chirurgiens qui n'agissent que sur l'orifice anal. La dilatation au contraire n'échoue que très rarement; mais si les doigts ne pouvaient atteindre les fibres les plus élevées, elle aurait le même sort que l'incision. Dans ce cas il faut porter sans timidité les doigts très haut et si ces appendices sont insuffisants, il convient même de recourir aux baguettes dilatatrices dont se servent les marchands de gants. En agissant ainsi, la guérison est infaillible.

Chez les malades que nous avons vu opérer par M. Maisonneuve, ce chirurgien n'a pas

employé de chloroforme. Il s'est borné à introduire successivement dans l'anus, le plus haut possible, les deux indicateurs et à écarter ensuite simplement ces deux doigts.

La douleur qui a suivi cette opération a duré trois quarts d'heure; une ecchymose est apparue à l'anus, mais cet accident n'a pas eu de suites. Quant à l'impuissance à garder les matières fécales qu'on serait tenté d'admettre après une dilatation si considérable du sphincter, elle n'existe pas, et l'orifice anal reprend immédiatement sa tonicité normale.

A propos de cette singulière méthode opératoire, M. Maisonneuve a dit que très souvent il y avait recours, avec des résultats merveilleux; chez les uns, il y a constipation, chez les autres diarrhée ou ténisme. Vous touchez ces malades et vous diagnostiquez, une contracture, une crampe du sphincter. Vous pratiquez, séance tenante, la dilatation forcée, et, guéris comme par enchantement de leur infirmité, ces malades s'imaginent fermement que vous les avez débarrassés d'une affection hémorroïdale. — *Journal de Médecine et Chirurgie pratique.*

Le *Medical and Surgical Reporter*, de Philadelphie, entre en ce moment dans sa quatorzième année d'existence. Après avoir traversé des jours d'épreuves et de difficultés sans nombre, il semble parfaitement rassuré sur son sort dans l'avenir. Le numéro de Janvier 1866, nous arrive sous un nouveau format, très agrandi, et contenant une foule de matières locales, qui ne pourrait que nous décourager sur notre sort n'était-ce le courage qui nous anime, et l'espérance que nous avons mise dans l'appel que nous avons fait à nos confrères en commençant la publication de notre feuille. Il est pénible de voir l'apathie qui règne chez les médecins en ce pays, apathie qui se ferait sentir même chez nos confrères d'origine anglaise, si l'on en juge d'après le *Canada Medical Journal*, qui dans un de ses derniers numéros semble aux abois, et supplie ses lecteurs de ne pas le laisser mourir d'inanition. Qu'un journal de médecine ne puisse se maintenir ici,

c'est pour nous une énigme. Que le nombre de médecins intelligents et instruits que nous comptons, et qui certes sont bien au niveau des médecins américains, ne puisse alimenter un journal, est une chose que nous ne comprenons pas, et qui ne peut avoir sa raison d'être que dans une indifférence impardonnable, tant au point de vue national que professionnel. Nous profitons donc de cette circonstance pour rappeler à nos lecteurs que nous ne leur avons pas demandé seulement de l'argent, mais du travail, et que sans matières d'une origine locale, nous ne saurions convenablement nous maintenir. Quant au *Reporter*, nous lui souhaitons tout le succès possible dans sa nouvelle entreprise, succès qui lui est dû d'ailleurs à plus d'un titre.

Prolongation de l'Anesthésie Chloroformique,
pendant plusieurs heures par l'application sous
épidermique de substances narcotiques.

Le professeur Nussbaum a obtenu cet effet sur un malade qu'il opérât d'un carcinôme de la région sous-claviculaire, en injectant, pendant qu'il était encore sous le coup de la chloroformisation, une solution d'un grain d'acétate de morphine par la méthode sous-cutanée. L'opéré ne se réveilla point de l'état chloroformique, mais dormit en respirant tranquillement pendant douze heures. Pendant ce sommeil, il supporta, sans la moindre réaction, des piqûres d'épingle, des incisions, même le cautère actuel. Le professeur Nussbaum, encouragé par ce résultat surprenant, répéta les mêmes tentatives avec le même succès sur trois autres opérés. Chez un malade qui subit une résection de la mâchoire supérieure, le sommeil dura huit heures, tandis que les injections sous-cutanées hors de l'état chloroformique, avaient complètement échoué. — *Gazette Médicale de Strasbourg.*

POLYPE MUQUEUX DES FOSSES NASALES.

Prescription de M. Jobert à l'Hôtel-Dieu.

1° Priser chaque matin une petite quantité de la poudre suivante :

Pr.

Poudre de gomme arabique, 20 grs.

Sulfate d'alumine et de potasse en poudre, 6 grs.

Sulfate de zinc, 4 grs.

2° Renifler deux fois par jour de l'infusion de sureau.

3° Prendre le matin à jeun une cuillerée d'un sirop ainsi composé :

Pr.

Vin de quinquina, 10 onces.

Sous-carbonate de fer 40 grs.

M. Jobert affirme que chez les sujets lymphatiques et dont les polypes sont peu anciens, on peut détruire ces productions morbides sans arrachement préalable. Mais, lors même que l'on a procédé à cette opération, il est encore bon d'employer les mêmes topiques et le même traitement interne pour prévenir la répullulation du mal. — *Journal de Méd. et de Chir. prat.*

ALIMENTATION APRÈS L'ACCOUCHEMENT. —

M. le docteur Lovondes a adopté, pour ses malades *en couches*, un régime nourrissant. Immédiatement après la délivrance, il leur donne du thé, du gruau ; le lendemain, du bouillon, et au bout de quarante-huit heures, il les met au régime ordinaire. Cette manière d'agir épargne, dit-il, aux accouchées, les tranchées abdominales, conséquence d'un régime trop tenu, ainsi que les douleurs musculaires qu'elles éprouvent au moment où elles commencent à se lever. Il attribue aussi à cette méthode la rareté, chez ses clientes, des affections du sein et des mamelons. — *Liverpool Medical Instit. ; Abeille Médicale.*

Société Médico-Chirurgicale de Montréal.

La première assemblée annuelle de cette société a eu lieu le 15 Janvier dernier. Après la lecture et l'adoption du rapport des secrétaires, on procéda aux élections des officiers pour l'année courante. Les messieurs dont les noms suivent furent élus :

PRÉSIDENT. — W. H. Hingston, M. D. ; L. R. C. S. E.

VICE-PRÉSIDENTS. — R. P. Howard, M. D.; L. R. C. S. E.; J. L. Leprohon, M. D.

TRÉSORIER. — Hector Peltier, M. D. Edin., réélu.

SECRÉTAIRES. — W. Wood Squire, A. M., M. D., docteur Lemire, ré-élus.

CONSEIL. — Les docteurs Craik, Fenwick, Dagenais, Ricard, F. W. Campbell et les officiers de la société, *ex officio*.

INSTITUT MÉDICAL.

Séance du 13 janvier courant.

Présidence de M. G. Grenier. Officiers présents: MM. H. Ladouceur, A. Archambault, G. Leroux, J. A. Thibault, A. Laramée, E. St. Jacques.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Proposé par M. H. Ladouceur, secondé par M. A. Archambault que M. A. Guertin soit nommé secrétaire-archiviste *pro-tempore*. — Adopté.

Le docteur Dagenais donne une lecture sur l'amenorrhée.

Proposé par M. A. Laramée, secondé par M. G. Leroux que des remerciements soient votés au Docteur Dagenais pour sa savante et intéressante lecture. — Adopté.

Nous accusons réception d'un pamphlet ayant pour titre "Ablation, suivie de succès, de l'utérus et des deux ovaires, par la section abdominale; tumeur fibro-cystique pesant 37 livres, par HORATIO ROBINSON STORER, M. D., de Boston, *assistant professeur d'obstétricie et de Jurisprudence médicale à l'université Harvard, chirurgien au New England Hospital pour les femmes, et professeur d'obstétricie et des maladies des femmes au collège médical de Berkshire*. Nous espérons pouvoir en faire un analyse à notre prochain numéro. Nos remerciements à qui de droit.

Nous voyons que le gouvernement a sanctionné l'acquisition, par le docteur Roy, de la part du docteur Douglass, dans la proprié-

té de l'Asile des Aliénés de Québec, lequel sera désormais sous la direction des docteurs Landry et Roy. Le docteur Douglass abandonne par là, la direction d'un établissement qu'il a lui-même fondé, et au succès duquel il a grandement contribué. Nous sommes heureux que l'administration de cet établissement tombe entre les mains de médecins canadiens-français, et nous espérons que par ce changement, l'Asile ne perdra rien tant sous le rapport de l'administration que du succès.

BAPTEMES, MARIAGES ET SEPULTURES
A MONTREAL.

Voici les statistiques des Baptêmes, Mariages et Sépultures faits dans la paroisse de Montréal, sous le titre du Saint Nom de Marie, pour l'année 1865:

	Baptêmes	Mariages
Canadiens.....	3305	474
Irlandais.....	1104	122
Total.....	4409	646
Total des sépultures.....		3325

DISPENSAIRES.

DISPENSARE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DES DAMES GRISES. — Le nombre de prescriptions données depuis le 20 Décembre au 20 Janvier, s'élève à 540, réparties entre hommes, femmes et enfants. Médecin de service, M. le docteur Desrosiers

DISPENSARE DE MONTREAL. -- Le nombre de prescriptions pour la même période de temps, est de 396, réparties entre hommes femmes et enfants. Médecins de service, messieurs les docteurs Squire et Girdwood.

DISPENSARE DE LA PROVIDENCE. — Le nombre de prescriptions données depuis le 20 Décembre au 20 Janvier est de 818, à 412 malades, et 46 visites ont été faites. Médecin de service, M. le docteur Rottot.