

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'ABEILLE MÉDICALE

Journal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

Vol. II.

OCTOBRE 1880

No. 10

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Nous donnons le compte-rendu, tel que publié par le
"Courrier de Montréal" :

L'ouverture des cours de cette institution a eu lieu le 1er.
Octobre dans la salle principale de la bâtisse vis-à-vis l'Hôtel-
Dieu.

Outre les Professeurs de l'École, on remarquait dans l'au-
ditoire un grand nombre de médecins de la ville et des cam-
pagnes environnantes, entre autres MM. les Drs. Girard, de
Longueuil ; Germain, de St. Vincent de Paul ; Beaupré, de
Ste. Elisabeth ; Vilbon, Germain et Brunelle, de St. Jean-
Baptiste, etc., etc.

Plusieurs citoyens distingués, représentant les professions
libérales, les arts et le commerce, témoignaient par leur pré-
sence leurs sympathies pour cette institution nationale et
patriotique.

La salle de lecture était magnifiquement décorée d'inscrip-
tions et de draperies ; le buste de l'illustre protecteur de
l'École, Sa Grandeur Monseigneur Bourget, surmontait la tri-
bune, semblant souhaiter la bienvenue à cette jeunesse ar-
dente et studieuse, si dévouée à cette institution pour laquelle
il prie encore du fond de sa solitude.

M. le Dr. L. B. Durocher prononça le discours de circonstance.

MM. les Drs Munro et d'Orsonnens adressèrent ensuite la parole à l'auditoire.

Le nombre des élèves de cette Ecole, qui augmente tous les ans, paraît très-considérable cette année. Nous pouvons l'estimer en toute sûreté à 125. Nous avons été agréablement flattés de voir là d'anciens élèves d'institutions étrangères, qui viennent y chercher le complément de leurs études médicales

Université Laval.

Voici le protêt qui a été signifié le 4 Octobre à l'Université Laval à Québec :

L'an mil huit cent quatre-vingt, le quatrième jour d'octobre.

A la requête de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, corps politique incorporé par le statut du Parlement de la ci-devant Province du Canada, passé en mil huit cent quarante-cinq, huitième Victoria, chapitre quatre-vingt-un [8 Vict., chap. 81] la dite Ecole ayant son bureau d'affaires en la cité de Montréal, dûment autorisé pour les fins des présentes par une résolution du bureau de direction adoptée en séance régulière, tenue le deux octobre courant.

Je soussigné, J. E. Henri Lesage, notaire public, pour la Province de Québec, résidant en la cité de Montréal.

Me suis transporté dans la cité de Québec, dans la bâtisse de l'Université Laval, ayant existence légale et corporative sous le nom de "Le Recteur et les membres de l'Université Laval, à Québec, dans la Province du Canada," c'est-à-dire "Le Recteur et les membres de l'Université Laval, à Québec," c'est-à-dire dans la cité de Québec, "dans la Province du Canada," c'est-à-dire dans la ci-devant Province du Canada, maintenant dans la Province de Québec, dans la Puissance du Canada, corps politique dûment incorporé par charte du

gouvernement Impérial, dans l'année 1852, sous le nom de "Le Recteur et les membres de l'Université Laval, à Québec, dans la Province du Canada," ayant son lieu et place d'affaires dans la dite cité de Québec, dans le district de Québec, dans la dite Province de Québec.

Où parlant au Révérend Pierre Roussel, secrétaire de la dite Université.

Après lui avoir exposé :

1o. Que "L'Université Laval" incorporée en mil huit cent cinquante-deux, sous le titre ci-haut donné en vertu d'une charte, qui lui a été octroyée par Sa Majesté la Reine Victoria, n'a le droit de donner l'enseignement et de conférer les degrés universitaires qu'aux termes et sous les restrictions contenus en sa charte.

2o. Qu'en dehors de la cité de Québec, cette Université n'a que le droit de s'affilier des collèges, Séminaires ou autres institutions publiques d'éducation ayant une existence légale dans la Province de Québec, et n'a en aucune manière quelconque, le droit d'avoir des succursales ou d'établir des chaires faisant partie intégrante de la corporation elle même.

3o. Que cette limitation de pouvoirs, contenue dans la Charte Royale, est une limitation rigoureuse qui n'a jamais été levée et qui existe encore aujourd'hui dans toute sa vigueur.

4o. Que cette limitation, outre son caractère légal, a été approuvée et respectée par le Saint Siège, Notre Saint Père le Pape Pie IX déclarant positivement dans les lettres Apostoliques du quinze mai mil huit cent soixante et seize (15 mai 1876) par lesquelles il érige canoniquement l'Université, qu'il n'entend pas déroger, en quoi que ce soit, à la Charte Royale :

"Cum vero Magnae Britanniae Regina Victoria jamquidem Universitatem amplo approbationis diplomate, cui in nullá re derogatum volumus, muniverit et cohonestaverit, plenamque propterea magistreru libertatem concesserit....."

5o. Que malgré les dispositions expresses de la charte Royale et des lois en vigueur dans la Province de Québec,

l'Université Laval a fondé une succursale dans la cité de Montréal et y a établi des chaires de Droit et de Médecine.

60. Que ces chaires de Droit et de Médecine, n'ayant par elles-mêmes aucune existence civile et légale, ne sont pas susceptibles d'être affiliées à l'Université.

70. Que cette violation des dispositions restrictives de sa charte rend l'Université passible de la forfaiture de ses droits, et qu'en assumant des *pouvoirs, franchises et privilèges* qui ne lui appartiennent pas, et ne lui sont pas conférés par la loi, l'Université cause des dommages considérables à la requérante, qui est une institution enseignante dans la cité de Montréal, jouissant de privilèges qui lui sont garantis par son incorporation, et par les lois générales relatives aux corps politiques.

J'ai protesté au nom de la requérante contre l'établissement illégal de l'Université Laval dans la cité de Montréal.

Et j'ai sommé la dite Université, en parlant comme il est dit ci-dessus et sous le titre à elle conféré par sa charte impériale, de cesser de donner l'enseignement universitaire dans la cité de Montréal, et d'abolir la succursale et les chaires qu'elle y a fondées.

Et j'ai averti l'Université Laval que, faute par elle de se conformer à la présente sommation dans les trente jours de cette date, la requérante (ce délai expiré) va se pourvoir devant les tribunaux compétents pour en obtenir justice et pour recouvrer tous dommages intérêts que de droit.

Et afin que l'Université Laval ne puisse prétendre cause d'ignorance des présentes, j'en ai laissé une copie authentique en parlant comme il est dit ci-dessus.

Dont acte, etc., fait et signifié dans la cité de Québec, les jours, mois et an et au lieu ci-dessus mentionnés, et j'ai signé,

H. LESAGE, N. P.

L'Asile de la Longue-Pointe.

Dans ses livraisons du mois d'août et de septembre, le "*Canada Medical & Surgical Journal*" publie deux articles, tendant à établir que cet asile important est mal administré, quant à ce qui concerne le traitement médical. Il y a deux médecins employés dans cet asile. "De l'un, nous ne parlerons qu'avec respect, vu sa longue expérience personnelle d'aliénation mentale," dit ce journal, mais nous n'avions pas besoin de cette déclaration pour le savoir. "De l'autre, nous ne connaissons rien si ce n'est qu'il est un médecin honorable et de réputation," et nous sommes parfaitement de cet avis.

Le Dr Howard (l'un) a pour devoir d'admettre et de décharger les patients et de faire rapport au gouvernement conjointement avec le Dr L. L. D. Désaulniers.

Le Dr Perrault, (l'autre) est le médecin de l'institution et prescrit tout ce qui est nécessaire à la guérison des malades. D'où il suit que, durant leur séjour, suivant le *Canada Medical Journal*, les malades n'ont *aucun* traitement médical *intelligent d'un expert*. Et la grande raison qu'en donne ce journal est que le Dr. Perrault doit sa position aux Révérendes Dames de la Providence, qu'ainsi il ne peut être indépendant, et que ses émoluments ne sont pas payés par le gouvernement. C'est la première fois que nous apprenons qu'il faille recevoir un salaire du gouvernement pour être *expert*. Quant à la prétendue indépendance du médecin, en matière d'asile d'aliénés, nous en avons eu une triste expérience au mois de juin 1879 par les faits qui se sont passés à cet asile de la Longue-Pointe, à l'instigation du Dr Henry Howard.

Les Dames Directrices de cette institution ont fort bien compris que mieux valait pour leurs malades être sous les soins d'un médecin de réputation plutôt que sous le traitement d'un homme qui a une longue expérience personnelle d'aliénation mentale; "*Hinc illæ lacrymæ.*"

On désire attirer l'attention du gouvernement sur ce point. Les grands jurés nommés pour le terme de septembre de la

Cour du Banc de la Reine ont prévenu ces désirs en visitant spécialement cet asile, et en faisant un rapport véridique suivant les faits qu'ils ont scrupuleusement observés et examinés. Voici ce rapport :

Les grands jurés, accompagnés de M. le député greffier de la Couronne ont visité les établissements suivants :

L'asile des aliénés, Longue-Pointe. Ils ont trouvé dans cette institution 320 patients du sexe masculin et 422 du sexe féminin, à la charge du gouvernement, plus 20 ou 30 malades à la charge de leurs familles.

Sur ce nombre, plus de 700 appartiennent à la religion catholique romaine, les autres sont protestants de diverses dénominations. Ces malheureux sont classés et placés en différents compartiments, avec autant de jugement et de discrétion qu'on peut demander, sous la surveillance de la supérieure, de leurs médecins et des gardiens. Cinquante-deux sœurs et le nombre nécessaire de domestiques de l'un et l'autre sexe, font le service de cette institution.

Les grands jurés désirent exprimer leur approbation de l'excellence des dispositions de chaque partie de l'édifice, des soins donnés au bien-être des malades, dont quelques-uns sont complètement impotents, et qui tous ont besoin d'une attention constante de la part de ceux à qui ils sont confiés.

Les grands jurés croient de leur devoir d'attirer l'attention des ministres protestants sur le fait que leurs coreligionnaires enfermés à l'asile de la Longue-Pointe ne reçoivent pas de visites régulières de la part de leur clergé et n'ont aucun service religieux.

(Signé), NAP. LEFEBVRE, Président.

Nous reviendrons sur ce sujet plus au long dans un prochain numéro.

Vaccination.

Le *Réveil Médical*, journal international de médecine, de chirurgie et de pharmacie, publié à Paris, (France), prétend, dans son numéro du 18 septembre 1880, que l'*Abeille Médicale* de Montréal, (Canada), publie tous les travaux qu'on lui adresse *contre la vaccine*, bien qu'elle ait déclaré être encore partisan des j Jenneriens.

Nous protestons énergiquement contre un pareil abus de notre nom.

Il est vrai que nous avons publié quelques pages dûes à la plume d'un des propriétaires de l'*Abeille*, mais la Rédaction a cru se sauvegarder, en accompagnant cet écrit d'une note explicative, disant que " nous ne prenons en rien la responsabilité des opinions exprimées par nos correspondants, nous réservant le privilège d'énoncer plus tard notre opinion sur ce sujet "(1).

Puisque l'occasion se présente, et c'est le *Réveil Médical* qui nous la fournit, il est de notre devoir de déclarer que nous croyons avec Bousquet, Bouvier, Grisolle, Depaul, Guerin, Alison, Thomas, Watson, Flint, etc., etc., et les 146 médecins de Montréal, qui ont attesté leur conviction de leur signature, que la pratique de la vaccination est le plus grand bienfait dont on ait doté l'humanité (Thomas), que la vertu prophylactique du vaccin est la règle, et le contraire l'exception (Alison), que les revaccinations sont nécessaires pour mettre à l'abri de la variole (Bouvier), qu'il est certain que la plupart des vaccinés sont définitivement à l'abri d'une atteinte de variole, que du moins la vaccine rend la variole bénigne, et que la mort en est rarement le résultat (Grisolle).

Nous pouvons ajouter avec M. Depaul, que " la science médicale s'est faite avec les observations accumulées depuis des siècles, et ce ne sont pas des expériences de laboratoire qui pourront jamais renverser les grands principes qui lui servent de base "(2), non plus que les réactionnaires du *Réveil Médical*, " si dignes du silence classique, universitaire et gouvernemental " (3).

(1) Voir l'*Abeille Médicale*, vol. 2, No. 3, p. 106.

(2) Voir *Gazette Médicale*, 51^e année, No. 22, p. 228.

(3) Voir *Réveil Médical*, vol. 1, No. 7, p. 45.

Discours d'ouverture de la session 1880-1881 de l'École de
Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté
de l'Université Victoria,

PAR

L. B. DUROCHER, PROFESSEUR DE JURISPRUDENCE MÉDICALE, Etc.

Monsieur le Président et Messieurs,

Une tâche bien agréable et en même temps bien difficile m'est imposée, en ce moment, par l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de l'Université Victoria.

Tâche agréable : celle de saluer pour la 38^e fois, l'arrivée de cette jeunesse instruite qui vient se grouper autour de nos chaires d'enseignement, afin d'y puiser avec ardeur et une louable émulation, ces connaissances si variées et si nécessaires pour devenir capables et habiles dans la noble profession de médecin.

Tâche difficile, ai-je dit, il s'agit de redire ce qui a été exprimé si souvent et si bien, dans les mêmes circonstances, par mes honorables devanciers à cette tribune.

Je voudrais, messieurs, que ma bonne volonté me tînt lieu d'érudition. D'ailleurs, vos intelligences sont déjà bien préparées ; les collèges classiques qui ont eu l'avantage de vous former, ont fait consciencieusement leur œuvre ; en vous donnant la clef des sciences, indispensables aux études de la médecine, ils vous ont ouvert les portes de l'avenir.

Notre école, messieurs, après s'être vue à son berceau entourée de toutes les difficultés inhérentes à une telle institution, s'est développée en dépit de tous les obstacles ; elle a jeté de si profondes racines dans le sol canadien qu'elle est devenue un arbre fort sur lequel plusieurs générations sont venues se reposer.

Voyez les fruits multipliés de cet arbre puissant ; comptez si vous le pouvez, dans ce pays, aux Etats-Unis et ailleurs, ces médecins nombreux qui, par leurs talents, leur savoir et leur dévouement ont su conquérir la confiance de leurs con-

citoyens. Se vouant tout entier à l'exercice de leur profession, sans cesser d'être médecins, plusieurs ont réussi à escalader les hautes sphères sociales, législatives et civiques. Ils font l'honneur de cette faculté de médecine qui est leur *alma mater* comme elle devient la vôtre aujourd'hui.

Le passé de notre école oblige ; attendons-nous encore à de nouvelles difficultés, à de nouvelles luttes, condition commune à toutes les grandes œuvres. N'importe ! nous ne faiblirons pas à la tâche ; et l'École, se rappelant ses traditions, tiendra haut et ferme le drapeau de son passé. Elle fera de constants efforts pour se tenir au courant des progrès dans les différentes branches de la science médicale. Pour obtenir cet heureux résultat, vos professeurs comptent non-seulement sur leurs travaux assidus, mais aussi sur votre dévoué et intelligent concours.

Messieurs, la science de la médecine nous offre pour sujet l'homme. Quel vaste champ à parcourir ! Quels horizons à explorer ! Etude des plus intéressantes puisqu'elle a pour objet la connaissance de son organisme, de son intelligence, de ses passions et de ses maladies.

La maladie ! Ne dirait-on pas qu'elle est intelligente et qu'elle est l'agent secret qui s'abat sans pitié sur l'homme en punition de quelque déviation aux lois hygiéniques, physiologiques, organiques et morales.

L'Écriture, qui, dans son laconisme, exprime tout d'un mot, peint d'un trait rapide comme la pensée, la cause de la destruction de l'homme : *Stipendia peccati mors*. Aussi le médecin qui lutte contre la maladie est souvent vaincu ; car, comme Jacob, il combat l'Ange sans le connaître, sans pouvoir d'abord se rendre compte des causes du mal, soit que le patient les ignore ou les lui cache à dessein.

Donc, messieurs, cherchez la cause morale des souffrances de votre malade, faites la disparaître et dans une infinité de cas vous êtes sûrs de la victoire. Ce qui démontre jusqu'à l'évidence l'union intime qui existe entre l'intelligence et la matière, entre l'âme et le corps. Union niée par certains

médecins, qui, s'éloignant de la vérité, plongés dans la matière, sont arrivés, pour le malheur de l'humanité, jusqu'à la négation de Dieu. Et pourtant le Créateur ne se montre-t-il pas manifestement dans l'œuvre de son amour, créé à son image et à sa ressemblance ?

DES ORIGINES DE LA MÉDECINE ET SES DÉVELOPPEMENTS.

Messieurs, la condition originaire et antérieure à la chute de l'homme se présente tout naturellement à notre pensée en parlant de ses infirmités, de ses angoisses et de ses maladies. L'on se demande, avec effroi, pourquoi le mal physique existe-t-il dans le monde ? L'homme a-t-il volontairement violé quelques lois pour être ainsi assiégé de toutes parts par des maux sans nombre ? Est-il victime inconsciente de quelques puissances supérieures ou de quelqu'influence maligne contre lesquelles il lutte en vain ? Est-il enfin voué fatalement à la douleur depuis son premier vagissement dans le berceau jusqu'à son dernier râle d'agonie sur le bord de la tombe ?

Hélas ! Il suffit de relire la page lugubre de cette immortelle histoire qui reedit en termes si précis, comment et pourquoi la douleur est venue assaillir l'homme, en lui faisant perdre son bonheur, son repos et sa santé ! Jusqu'alors, nulle maladie n'avait attaqué l'homme : tout avait été créé dans un ordre si parfait que Dieu même admirait son œuvre. La faute fut suivie de près par le châtiment, qui entraîna avec lui une armée innombrable de maladies, contre lesquelles se sont coalisés une armée d'hommes dévoués et courageux pour alléger les maux de cette pauvre humanité. La médecine est donc vieille comme l'Eden.

L'homme, abandonné à la douleur, misérable, délaissé, mourant sans soulagement, sans consolation, sans espoir : quel triste sort ! Et cependant c'était celui de l'humanité, si l'art de guérir n'eut été inventé.

Naturellement, les origines de cet art furent bien humbles et bien obscures. L'on dut se borner d'abord à quelques obser-

vations générales et à l'étude de quelques faits naturels se reproduisant sous les mêmes circonstances. Quelques applications externes, quelques potions composées de plantes aux propriétés particulières. Voilà l'origine de cette belle science, si grande, si noble, si nécessaire de la médecine ; science qui creuse chaque jours de si profonds sillons dans le cercle des connaissances humaines, et qui va se développant sans cesse, grâce, messieurs, aux méthodes sûres d'observation, aux études savantes, aux découvertes modernes dans toutes les sciences physiques, philosophiques et naturelles.

Chez les Juifs, du temps de Moïse, on connaissait les chirurgiens qui étaient chargés du traitement des blessures. L'Exode commande même le paiement de leurs honoraires. La secte des thérapeutes a longtemps été célèbre. L'Odyssée d'Homère signale les médecins d'Égypte comme surpassant en habilité le reste des hommes. Les prêtres égyptiens avaient usurpé à leur profit les connaissances médicales. Ils les enseignaient par iniation dans les temples. La Grèce savante d'alors se laissait aussi bercer à ces menteuses pratiques. Esculape y avait des temples magnifiques où les malades étaient apportés pour être traités selon les règles de cet art.

La science de la médecine n'a pris son véritable essor que sous Hippocrate, qui en fut la gloire la plus brillante, pendant près de quatre-vingts ans. Avant lui, Esculape et Hérodicus s'étaient déjà acquis une réputation méritée, mais Hippocrate, le premier, résonna l'expérience, créa des méthodes sûres et philosophiques. L'on peut encore lire aujourd'hui avec profit ses aphorismes restés célèbres dans les annales de la science. Depuis lors un grand nombre de savants, chez tous les peuples de l'univers, sont venus, tour à tour, consacrer leurs veilles, leurs recherches et leurs talents à reculer les limites des connaissances médicales. Cette science, fille de la nécessité, et amie de la sagesse, a pour base l'observation, pour objet la connaissance des maladies, pour moyens les ressources innombrables que lui offrent tous les règnes de la nature, pour but de guérir ou au moins de

soulager nos maux. Quelle belle mission ! Aussi, dans l'antiquité, ceux qui pratiquaient l'Art de guérir jouissaient-ils d'un grand respect et d'une grande influence.

Bientôt les lumières philosophiques commencèrent à briller sur le monde, les arts prirent naissance, la médecine s'éleva à l'état de science. Pythagore connaissait les lois de l'économie animale ; il fit école. L'empirisme après avoir régné longtemps, fut remplacé par l'esprit d'observation et un système rationnel, basé sur les connaissances des diverses maladies et sur le mode de traitement expérimental.

La médecine, fort peu en honneur dès l'origine de Rome, y prit bientôt la place distinguée à laquelle elle avait droit, car Galien qui résumait en lui toutes les connaissances de son siècle, devint le médecin de Marc-Aurèle. Le médecin fut respecté et honoré. Les Arabes ont eu aussi leurs succès, mais ils durent s'éclipser devant les médecins juifs qui en Europe, ont joui, dès les premiers siècles, d'un grand prestige. La renaissance s'effectue bientôt de toutes parts, surtout en Italie où la méthode Hippocratique est de nouveau mise en honneur. Vésale et Colombus font de grandes découvertes anatomiques, Carpi donne de l'éclat à la pratique, et un peu plus tard Bacon, Brown, Sydenham, en Angleterre, l'illustre et très savant Boerhaave, en Hollande, Stahl en Allemagne, répandent de nouvelles clartés sur les études de la médecine.

La découverte de la circulation du sang entrevue par Servet, Varole, Césalpin et finalement démontrée par Harvey, créa une véritable révolution. Puis paraît bientôt le professeur Hoffman, avec son système du solidisme, d'où est née la brillante école de Montpellier. Telles ont été, Messieurs, en peu de mots, les origines et la marche de la science médicale.

Cette noble science sera-t-elle le partage exclusif du passé, s'y arrêtera-t-elle comme sur le seuil de ses dernières limites ? Non, à partir du dix-septième siècle, en dépit des sarcasmes des Molière, elle marchera de pair avec les autres sciences, et les dépassera souvent dans les temps modernes. Laënnec, cet illustre auteur de l'Auscultation médiate, avec Bretonneau,

reconstruira la matière médicale, à l'aide de l'anatomie-pathologique. Venant à la suite de l'illustre Bichat, du savant Bordeu, il partagera avec Broussais l'insigne honneur de devenir chef de l'école anatomo-pathologique.

De nos jours, l'éloquent Trousseau captivera vos intelligences par ses ouvrages aussi littéraires que savants. Duchêne de Boulogne vous étonnera par l'application de l'électricité aux sciences médicales. En Europe, comme en Amérique, dans tous les pays, la liste des médecins qui ont fait progresser la science serait trop longue à énumérer. Vous nommer Andral, Lallemand, Bouillaud, Velpeau, Tardieu, Grisolle, Nélaton, Vulpian et tant d'autres en France, c'est vous dire que notre ancienne mère-patrie conserve toujours un rang distingué dans la médecine comme dans toutes les sciences.

J'ai eu l'immense avantage, comme plusieurs de mes collègues dans le professorat, de pouvoir apprécier toutes les célébrités médicales de la France actuelle, en suivant avec un intérêt toujours croissant leurs savants cours donnés à Paris, et d'assister, rempli d'admiration pour leur science et leur dextérité, à leurs opérations chirurgicales dans les différents hôpitaux de la grande cité, centre du monde intellectuel.

Pauvre France ! Après ses revers, elle se rapproche du Canada, cette nouvelle France, dont elle regrette l'abandon d'autrefois. La barrière de l'indifférence est brisée, le voile de l'oubli est déchiré. L'Académie Française vient de proclamer à la face du monde, que les Canadiens ne sont plus des étrangers. Ils peuvent, avec leurs frères de France, partager ses lauriers littéraires et scientifiques.

Messieurs, la science médicale voit tous les jours s'agrandir sa sphère. Rien n'est épargné ; ni sacrifices, ni dévouement, ni peines, ni travaux. S'agit-il de pénétrer dans les régions les plus arides et les plus lointaines pour y cueillir quelques plantes précieuses : nul obstacle ne résiste aux efforts des bienfaiteurs de l'humanité. Tout concourt à développer les moyens naturels, est mis à la disposition des savants. La

chimie, ce brillant flambeau de l'histoire naturelle, est arrivée à un tel développement qu'elle semble posséder, à fond, le secret des propriétés de toutes les plantes. Le chimiste est l'agent du médecin. Du fond de son laboratoire il décompose les plantes et les minéraux dont les parties constituantes sont si utiles à la médecine. La physique vient aussi à son secours, les éléments sont soumis à ses lois, la force de résistance disparaît devant le triomphe de l'homme. La pensée et la parole se transportent instantanément à des distances immenses. L'homme perd-t-il la mémoire, la photographie, outre les services rendus à l'industrie, aux arts et aux sciences, lui retrace en traits indélébiles les objets chers à son souvenir. L'air comprimé non seulement lui rend la vie prête à s'éteindre, mais encore lui sert de véhicule rapide.

De nos jours les médecins ont porté si loin leurs investigations, leurs recherches, leurs expériences, leur généreuse audace qu'ils ont presque fait disparaître le mal physique du monde. A force de dévouement pour l'humanité ils semblent renouveler pour elle les merveilles antiques. Et l'on pourrait presque dire : les aveugles voient ! les boiteux marchent ! les sourds entendent ! les muets parlent ! La douleur, jadis compagne inséparable de l'homme, va disparaissant chaque jour. Les opérations les plus délicates comme les plus considérables, grâce aux découvertes de la chimie et aux perfectionnements de la chirurgie, se font sans douleur.

Ainsi, messieurs, l'on n'a jamais vu plus grande activité que de nos jours dans toutes les branches des connaissances humaines, jamais non plus l'on n'a constaté à aucune époque de l'histoire du monde des progrès aussi constants, des travaux aussi savants, des recherches aussi fécondes, des expériences aussi heureuses, que celles qui s'opèrent en médecine, dans les deux mondes.

(A continuer.)

Gangrène sénile.

Amputation de la cuisse par le Dr. G. O. Beaudry, professeur de Physiologie et de Pathologie générale, etc., etc.

Le 5 août dernier, François B . . . , âgé de 66 ans, cultivateur de la paroisse de St Anicet, entré à l'Hôtel-Dieu sous les soins du Dr G. O. Beaudry, un des médecins visiteurs de cet hôpital.

Le malade, d'une constitution forte et vigoureuse, avait toujours joui précédemment d'une bonne santé, il n'a jamais eu de rhumatisme inflammatoire, ni de syphilis.

Depuis un mois il se plaignait de douleurs vives et aiguës au gros orteil du pied droit, et remarquait en même temps, sur la partie antérieure, un petit point rouge. Il n'avait eu précédemment ni cors, ni durillons. Quelque temps après survint de l'inflammation, puis la gangrène, accompagnée de douleurs qui s'accroissaient davantage.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade présente une partie gangréneuse de la grandeur d'un écu, entourée d'une auréole rouge, sur la portion dorsale du gros orteil. Il y avait douleurs atroces, insomnie, perte d'appétit, céphalalgie ; les extrémités étaient froides, et les artères étaient athéromateuses. L'auscultation ne permettait de percevoir aucun bruit de souffle au cœur et la respiration était régulière.

Le traitement institué consista dans un pansement à l'huile phéniquée, avec toniques et calmants à l'intérieur.

Quelques jours après, les douleurs étaient tellement fortes que le malade lui-même requérait avec instance l'amputation de l'orteil, pour y mettre fin. L'opération eut lieu le 14 août en présence de M. le Dr Proudfoot et de plusieurs Etudiants.

Le pansement fut tout-à-fait antiseptique, le chirurgien se servant de ouate phéniquée pour maintenir la chaleur sur la partie malade.

Le 18 août, c'est-à-dire quatre jours après l'opération, l'appareil fut levé ; et, malgré toutes les précautions prises la gangrène avait de nouveau envahi la plaie. Alors les in-

jections de solution d'acide carbolique à 5 p. c, la chaleur au pied, les cataplasmes de quinquina, camphre et charbon de bois, rien de ce que prescrit l'art dans de telles circonstances ne fut ménagé, mais sans toutefois produire de meilleurs résultats et arrêter la marche envahissante de la maladie ; le malade continuait en même temps à endurer des douleurs très-vives, malgré les calmants. Pour mettre un terme à ses souffrances, le patient demandait l'amputation de la jambe malade.

Le Dr Beaudry appela alors en consultation les médecins de l'Hôtel-Dieu, entre autres MM. les Drs Trudel, Munro, Hingston, Coderre, etc., etc. On décida d'amputer à la cuisse, vû le peu de succès obtenu jusqu'ici dans de telles circonstances en pratiquant l'opération près de la partie affectée. En outre, à cause de l'état des artères malades, il y avait plus de chances de trouver les vaisseaux sains, en s'approchant du cœur le plus près possible.

L'amputation fut faite le 23 août par le Dr Beaudry, assisté de MM. les Drs Hingston et Brunelle, en présence des médecins de l'Hôtel-Dieu et de quelques médecins étrangers. Le chirurgien choisit la méthode circulaire. Les artères paraissaient saines. Il n'y eut que peu de perte de sang.

Huit jours après on craignit que la gangrène ne revint dans le moignon, mais heureusement que la peau seule était mortifiée. On rapprocha la peau avec des bandelettes de diachylon, et, sous l'influence d'huile iodoformée, et de lotions phéniquées, les granulations devinrent bonnes, et la plaie était presque cicatrisée complètement lorsque le malade quitta l'hôpital le 4 octobre.

Le succès obtenu dans cette opération est une preuve que l'on peut pratiquer avec avantage l'amputation du membre affecté, dans les cas de gangrène sénile, au lieu de laisser le malade mourir dans des souffrances atroces, pourvu toutefois que l'opération soit faite au début de la maladie.

Hermaphroditisme asymétrique.

La Independencia Medica de Barcelone, dans son *Bulletin Médical scolaire*, nous fait connaître un cas singulier d'hermaphroditisme.

Il s'agit d'un ouvrier de vingt-huit ans dont l'appareil sexuel présente un mélange des organes des deux sexes plus ou moins entremêlés, mais toutefois avec une séparation suffisante pour que l'on puisse assigner le côté droit aux organes masculins et le côté gauche aux organes féminins. Les premiers sont représentés par un testicule unique qui occupe toute la bourse. Le scrotum ne présente pas le moindre indice du raphé qui s'observe dans tout appareil sexuel complet ; le pénis existe, quoique de très-petite dimension, n'ayant qu'une longueur de trois centimètres à l'état de flaccidité et n'augmentant que peu de volume à l'état d'érection. La prostate fait complètement défaut.

Du côté gauche, on observe un vrai vagin de quatre centimètres de profondeur, se terminant en un cul-de-sac complètement fermé et dont la surface est recouverte d'une membrane muqueuse. L'entrée du vagin est ovale et s'étend depuis un centimètre au-dessous de la racine du pénis jusqu'à trois centimètres de l'anus. Du même côté, on voit une grande lèvre et une petite lèvre parfaites, qui n'existent pas du côté droit, mais qui y sont représentées par la chair correspondante du scrotum recouverte de poil fin. Nous n'avons pu nous assurer au toucher de l'existence ou de la non existence de la matrice. Le clitoris, étant donnée la position relative des organes, peut être considéré comme se confondant avec le pénis. Le méat urinaire s'observe dans le gland en sorte qu'il n'y a pas hypospadias, comme d'ordinaire dans les cas de cette nature.—*Réveil Médical*.

G. DE RIVIÈRE.

Gerçures du mamelon.

Le Dr. Lewis King de Sedalia emploie une solution de caoutchouc pur dans le naphte. Ceci forme une couche sur la surface gerçée qui résiste à l'humidité et permet à l'enfant de prendre le sein.—*Canada Lancet.*

Traitement du vaginisme.

1o Bromure de potassium, 2 gr. par jour (3ss.)
 2o Suppositoires avec beurre de cacao, 3 gr (ʒij) ;
 Extrait de ratania, 2 grammes (3ss.) (DR. GIRERD.)

Prescription contre l'amenorrhée.

Dans la Gazette Médicale de Chicago, 20 Janvier 1880, la prescription suivante est recommandée comme efficace contre la menstruation difficile et irrégulière accompagnée de faiblesse nerveuse et d'anémie.

R Teinture de fer muriaté..... 3x
 Liqueur d'arsenate de potasse.... ʒij M.

Douze gouttes après chaque repas dans un peu d'eau.

Le même journal nous donne contre les accidents nerveux de la ménopause la formule que voici :

R Bromure de sodium..... ʒiv
 Teinture de noix vomique..... ʒij
 Elixir de calisaya.. ʒij
 Sirop de prunier de virginie... ʒj
 Elixir simple..... ʒvi M.

D. Deux drachmes deux, trois, quatre fois par jour, suivant le besoin.—*Maryland Med. Journal.*

Traitement de la métrite chronique.

Par T. GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc.

La teinture d'iode, que j'emploie si fréquemment et que je vous ai déjà conseillée dans le traitement de la métrite parenchymateuse, sans ulcérations de la muqueuse, est un des agents qui me rendent le plus de services dans le pansement de ces ulcérations. Elle modifie avantageusement l'état des surfaces de la muqueuse ulcérée, et cette modification, qui est souvent fort rapide, complète de la façon la plus favorable l'action résolutive qu'on ne saurait lui contester. Elle a cet avantage précieux, qu'elle peut toujours être employée utilement, même dans les cas où elle réussit le moins bien, alors même qu'il faudrait plus tard recourir à des moyens plus actifs, et qu'elle n'expose jamais à aucun danger, pas même au plus léger inconvénient. C'est plus particulièrement quand la surface ulcérée est large, rouge, mollasse, et que le col est considérablement tuméfié, surtout s'il y a un peu d'empâtement dans les tissus péri-utérins, que je juge le plus opportun d'y avoir recours.

Je touche aussi quelquefois avec le perchlorure de fer (solution Pravaz à 30 degrés) les ulcérations qui sont facilement saignantes et ont un aspect variqueux.

L'acide pyroligneux que Mayer et de Scanzoni emploient volontiers, est plus actif que la teinture d'iode et que le nitrate d'argent ; il trouve son efficacité surtout dans les ulcérations végétantes. Mais quand je me trouve en présence d'un de ces condylomes, ou d'une de ces productions qui tiennent le milieu entre le condylome et l'ulcère, je préfère ou l'acide acétique cristallisable, qui donne d'excellents résultats, quoiqu'il soit très douloureux, ou l'acide phénique dissous dans l'alcool.

J'ai quelquefois aussi recours à l'acide chromique, quoiqu'il ne soit pas d'un usage très répandu. Son emploi demande quelques précautions. Il faut, ou se servir d'un pinceau

d'amiante, ou, si l'on n'a à sa disposition qu'un pinceau de charpie, avoir le soin de le porter immédiatement sur la partie à cautériser, sans le tenir trop longtemps à l'air, car alors la charpie se carboniserait sous l'influence de l'action de l'acide chromique. Cet effet, qui témoigne de l'excessive activité du caustique, vous permet de préjuger quelle peut être l'énergie de son action. Il donne lieu à une eschare jaunâtre, sèche, analogue à celle du cautère, quoique un peu moins profonde, et il n'a pas, comme la plupart des autres caustiques, l'inconvénient de fuser au-delà des points directement touchés. Cependant, il est toujours bon de pratiquer une injection d'eau fraîche, immédiatement après s'en être servi, afin d'enlever l'excès de caustique qui pourrait rester sur les parties cautérisées.

Lorsque les ulcérations pénètrent jusque dans le col, on se trouve bien de l'emploi de crayons médicamenteux préparés d'après les formules suivantes :

1o. Formule des crayons de tannin :

Pr. : Tannin.....	2 grammes.
Glycérine pure.....	3 gouttes.

Pour quatre crayons de 5 centimètres de long.

2o. Formule générale pour la confection des crayons autres que les crayons de tannin :

Pr. : Substance médicamenteuse (Iodoforme, sul- fate de zinc, perchlorure de fer, etc.).....	} aa 2g,50.....
Gélatine.....	
Glycérine pure.....	5 gouttes.

Pour dix crayons d'une longueur de 6 centimètres.

3o. Quant aux crayons de nitrate d'argent, soit pur, soit mitigé par le nitrate de potasse, ils sont confectionnés, comme on le sait, en faisant fondre ces substances dans une capsule et en les coulant ensuite dans une lingotière.

Les ulcérations qui se rencontrent sur le col de l'utérus des filles vierges, et celles qui se produisent pendant le cours de la grossesse, ne doivent pas être traitées absolument de la même façon que celles qui se rencontrent dans les circonstances ordinaires.

La métrite sous l'influence de laquelle se produisent les ulcérations observées chez les vierges conserve longtemps un caractère d'acuité très marqué. Il en résulte qu'on peut compter davantage sur les heureux effets de la médication antiphlogistique, et n'avoir recours au traitement topique, principalement aux applications caustiques, qu'après avoir essayé des moyens qui ne nécessitent pas une intervention aussi directe. Si, cependant, elles persistent, ce que l'on reconnaît par le toucher ou par la nature de l'écoulement, il ne faut pas hésiter à faire usage du spéculum pour les découvrir et les soigner, absolument comme s'il s'agissait d'une femme déflorée. La seule précaution à prendre est de choisir un spéculum dont le diamètre est en rapport avec celui de la vulve, lorsqu'elle est encore pourvue de sa membrane hymen et je vous ai dit comment vous devez l'appliquer.

En ce qui concerne les ulcérations utérines des femmes enceintes, la première question à résoudre est celle de savoir si l'on doit intervenir activement pour les soigner ou s'il ne vaut pas mieux attendre pour s'en occuper que l'accouchement ait eu lieu. Cette dernière pratique est celle d'Aran, de Gosselin, de Richet, tandis que Bardinet, H. Bennet, Boys de Loury et Costilhes veulent qu'on les traite aussi énergiquement que l'on ferait si l'utérus n'était pas gravide, et qu'au besoin même l'on ne recule pas devant l'emploi du fer rouge. Sans aller aussi loin, je me range cependant du côté de ces derniers praticiens, et je pense, comme eux, que l'on est bien plus exposé à voir l'avortement se produire, si l'on abandonne à elle-même la métrite chronique, coïncidant avec la grossesse et donnant lieu à des ulcérations du col, que si l'on a soin de la traiter d'une façon convenable. Je traite donc les ulcérations du col pendant la grossesse, je les cautérise même, mais non pas avec le fer rouge, ni avec les caustiques les plus énergiques, j'évite même de me servir de la teinture d'iode et je ne conseillerais pas d'employer l'iodoforme; mais je me sers souvent de la solution d'azotate d'argent, et mes malades s'en trouvent bien, et je vois leurs ulcérations se

rétrécir en même temps que se tarissent les écoulements séreux, qui sont si souvent une cause d'épuisement véritable pour les femmes enceintes, affectées d'ulcérations du col. Cette pratique m'a toujours réussi, sans avoir déterminé le moindre accident, et je suis d'autant plus autorisé à vous la conseiller, que je possède par devers moi l'observation d'une jeune dame, qui, après avoir eu trois avortements successifs vers le quatrième ou le cinquième mois, parce qu'on n'osait pas la soigner pendant le cours de ses grossesses, a pu enfin en mener une dernière à bien, grâce au traitement que j'avais dirigé contre la métrite chronique, dont elle était affectée, et contre l'ulcération du col, qui en était la conséquence.

Parmi les ulcérations de la muqueuse qui se développent sous l'influence de la métrite chronique, les hypertrophies glandulaires nécessitent un traitement particulier. Qu'elles revêtent la forme de polypes, ou qu'elles restent à l'état de kystes, ces tumeurs doivent toujours être enlevées ou détruites.

Lorsqu'elles sont polypifformes, avec un pédicule mince et grêle, on peut, ou tordre ce pédicule pour l'arracher en le saisissant avec des pinces, ou le sectionner avec le bistouri, et mieux encore avec des ciseaux ; ou, si l'on craint une hémorrhagie, l'écraser avec une anse de fil métallique.

Si la tumeur s'insère à l'utérus, sur une base plus large, il faut, si elle n'est pas trop proéminente, la détruire au moyen des caustiques et principalement du fer rouge. Si elle est trop volumineuse pour qu'il soit possible de la détruire, il faut l'enlever, soit avec l'instrument tranchant, soit avec les divers écraseurs, soit avec les galvanocaustiques ou les flèches caustiques de M. Maisonneuve. Dans tous les cas le manuel opératoire est absolument le même que s'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse.

Quand les kystes du col utérin sont assez gros pour être sentis par le doigt introduit dans l'orifice entr'ouvert, il ne faut pas hésiter à les inciser largement pour les vider, puis à cautériser leur cavité pour empêcher qu'ils ne se reprodui-

sent. Un bistouri droit boutonné, dirigé sur la pulpe de l'indicateur, sera introduit dans le col, et fera dans différents sens des incisions auxquelles on pourra très bien donner de 5 à 6 millimètres de profondeur, vu l'épaississement des parois dû à l'inflammation et à la présence des kystes ; après ces incisions multiples on introduira dans la cavité du col un pinceau, ou une mèche de charpie, imbibé soit de perchlorure de fer, soit d'azotate d'argent, et cela suffira pour arrêter l'hémorrhagie. Si, du reste, l'écoulement sanguin se manifestait avec une abondance alarmante, on aurait toujours la ressource du tamponnement.

N'oubliez pas, messieurs, que ces kystes folliculaires qui nous occupent en ce moment se rencontrent presque toujours en même temps que les polypes muqueux, et que, quand on a enlevé ces polypes, il est encore indispensable de détruire ces kystes, tant pour faire cesser les accidents que pour prévenir la production de nouvelles tumeurs pédiculées, qui ne tarderaient pas à se montrer. M. Marion Sims prétend avoir quelquefois vu ces kystes, dits œufs de Naboth, disparaître sous l'influence de la compression exercée sur eux par l'éponge préparée, introduite dans la cavité du col pour le dilater. Je comprends parfaitement le mécanisme de la guérison, dans ces cas, les kystes ayant été écrasés et vidés par la compression qu'ils ont subie ; mais cette manœuvre offre infiniment plus de dangers que les petites incisions multiples auxquelles je crois devoir donner la préférence.—(*Bulletin général de Thérapeutique*).

(A continuer.)

GENU VALGUM

Le *Centralblatt für Chirurgie* du 20 mars contient trois articles sur ce sujet, dans lesquels les différents systèmes d'opération sont successivement discutés.

Dans le premier, le Dr Knie, de Moscou, se prononce en

faveur de l'opération d'Ogston, qu'il a pratiquée lui-même avec un plein succès sur une jeune dame de vingt ans.

Dans le second, le Dr Meusel cite plusieurs cas à l'appui de la réduction violente avec fracture du fémur au-dessus de l'épiphysse.

Dans la troisième article, le Dr Busch rejette absolument l'opération d'Ogston, ainsi que la réduction violente, au moins en ce qui concerne le *genu valgum adolescentium*, et le Dr Volkmann, rédacteur du *Centralblatt*, se prononce fortement dans le même sens. L'opération d'Ogston, dit-il, est un tour de force antiseptique (*antiseptische sciltanrerei*) dont le malade sera souvent victime. Il faut donc en revenir à l'ostéotomie en dehors de l'articulation, qui est infiniment moins périlleuse. Quant au redressement forcé de Delore, on peut assurément le tenter quand on a affaire à de très-jeunes enfants ; mais, pour les adolescents et surtout pour les adultes, il offre les plus grandes difficultés et peut amener de graves accidents, usure des cartilages, hydarthrose, ankylose, arthrite, etc.

Réveil Médical.

Insomnie.

On recommande le traitement suivant pour la guérison de l'insomnie :

Humecter la moitié d'une serviette, l'appliquer en arrière du cou, la pressant par en haut vers la base du crâne et replier la moitié sèche de la serviette au-dessus de manière à prévenir l'évaporation trop rapide. L'effet est prompt et agréable, rafraichissant le cerveau, et produisant un sommeil plus calme et plus doux qu'aucun autre narcotique. On peut se servir d'eau chaude, mais la plupart des malades préfèrent la froide. A ceux qui souffrent de surexcitation du cerveau, soit par travail excessif ou inquiétude morale, ce remède simple sera un bienfait ineffable.— *Med. Press and Circular.*—
Maryland Med. Journal.

Sur les opérations sans perte de sang.

Par le docteur F. ESMARCI, professeur de chirurgie à Kiel.

Depuis que j'ai eu l'honneur de vous recommander, il y a maintenant 7 années de pratiquer les opérations sous l'influence de l'ischémie artificielle, la plupart de mes collègues ont appliqué cette méthode opératoire.

Il se trouve toutefois des chirurgiens éminents et expérimentés qui l'ont abandonnée en tout ou en partie, puisqu'après la levée du lien constricteur l'hémorrhagie parenchymateuse ou secondaire avait été aussi abondante qu'avec l'ancienne méthode.

Je regarde cela comme regrettable pour les malades aussi bien que pour les chirurgiens, car personne ne peut nier les avantages considérables que procure l'ischémie.

Je suis obligé de dire que les insuccès qu'on attribue à l'ischémie artificielle ne dépendent que d'un mode vicieux de la pratique, et que les modifications qu'on a proposées de divers côtés ne sont pas propres à la diminuer.

Depuis que j'ai essayé de vous montrer, il y a quatre ans d'une manière plus étendue, de quelle façon nous obtenons l'ischémie dans les amputations, nous n'avons cessé d'en perfectionner l'application dans ma clinique, si bien que dans ces dernières années nous avons réussi à exécuter la plupart des opérations sur les extrémités sans perte de sang dans le sens le plus rigoureux du mot.

Veillez me permettre de vous décrire notre mode opératoire actuel dans les trois variétés de grandes opérations pratiquées sur les extrémités ; les amputations, les résections et les extractions de séquestres et de vous dire ce que nous avons obtenu.

1. *Amputation.* Après l'opération pratiquée sans perte de sang, tous les vaisseaux visibles sont liés avec soin, comme cela a été dit ; mais nous n'enlevons pas de suite le tube constricteur comme autrefois ; nous réunissons immédiatement

les bords de la plaie moyennant la suture de Peltier profonde pratiquée avec du catgut.

A la partie déclive de la plaie on place un tube de drainage court, en substance absorbable, et au besoin on le fait passer par un pertuis pratiqué dans la peau.

Alors nous plaçons le pansement compulsif définitif, dont le docteur Neuber vous fera la démonstration complète.

Ce moignon est placé dans une situation verticale, et alors seulement on enlève le tube compresseur.

Le patient est porté dans son lit et situé de façon à ce que, pendant une demi-heure encore le moignon reste dirigé en haut, après ce temps seulement il est couché horizontalement.

Nous avons pratiqué ainsi jusqu'ici douze amputations : une de l'avant-bras, une du bras, neuf de la jambe, une partielle du pied suivant la méthode de Lisfranc. Dans aucun de ces cas il ne s'est produit une hémorrhagie consécutive, si bien que nous avons laissé le pansement intact jusqu'au quatorzième jour.

Lorsqu'on l'enleva on ne trouva qu'une raie étroite rouge foncé de sang desséché, correspondant à la ligne cicatricielle.

2. Dans les *résections* nous avons, dès 1873-75, appliqué le pansement avant l'enlèvement du tube constricteur, mais nous avons observé des hémorrhagies secondaires à cause d'une compression insuffisante : nous avons donc abandonné ce procédé ; depuis 1875-78 nous avons enlevé le tube avant le pansement et pratiqué celui-ci après avoir arrêté tout écoulement de sang.

Depuis deux ans seulement, après avoir perfectionné notre mode de pansement, nous avons essayé de nouveau d'appliquer le pansement avant l'ablation du tube constricteur et nous procédons de la manière suivante :

Après l'opération on lie les vaisseaux qu'on découvre, jusqu'ici deux à trois ; le plus souvent on n'en découvre pas.

On réunit alors les bords de la plaie par la suture de Peltier, pratiquée profondément avec du catgut ; on met des

drains absorbables aux plaies appropriées et on applique le bandage compressif définitif.

Tout le membre est placé verticalement, puis alors est enlevé le tube constricteur. On attache le membre placé dans cette situation sur une attelle moyennant une bande roulée, puis le malade est reporté dans cette situation dans son lit ; après une demi-heure seulement, le membre est placé dans une situation plus favorable, plus horizontale.

Depuis 1878, nous avons pratiqué de cette manière 56 résections du genou, du coude, de l'articulation tibio-tarsienne et radio-carpienne ; dans aucun cas il n'y a eu d'hémorragie consécutive, il n'y a pas eu de cas suivi de mort. Dans 33 cas nous avons pu laisser en place le pansement pendant trois à quatre semaines. La marche de la blessure fut absolument antiseptique.

3. Dans les *évidements* ou *extractions* de séquestres, le pansement fut pratiqué suivant la manière indiquée par moi, il y a quelques années et jusqu'à l'année dernière, c'est-à-dire que les excavations osseuses furent solidement tamponnées d'abord avec de l'amadou phéniqué, plus tard avec du coton imprégné d'acide salicylique, le tout recouvert d'un bandage fortement compressif avant l'enlèvement du tube constricteur.

Sur les 148 cas opérés de cette manière, il survint 6 fois une hémorragie qui pénétra le pansement, et rendit nécessaire le renouvellement de celui-ci. Dans quelques cas la compression du bandage produisit la mortification de la peau ; malgré ces accidents, la guérison eut lieu à la suite de granulations, sans suppuration trop abondante, mais dans un temps ordinairement assez long.

Ce n'est que pendant les vacances de Pâques de 1879 que le docteur Neuber, en mon absence, essaya de laisser de côté le tamponnement de la cavité osseuse en raison de la confiance que lui inspirait l'égalité de compression du bandage définitif. Après une désinfection de la cavité osseuse faite scrupuleusement moyennant une solution d'acide phénique

et de chlorure de zinc, les bords de la plaie furent rapprochés solidement moyennant une suture avec du catgut ; on appliqua des drains résorbables, puis on n'enleva le tube qu'après l'achèvement complet du pansement.

Nous avons, jusqu'ici appliqué le mode opératoire dans 12 cas, et toujours avec succès, si bien que jamais la pénétration du sang dans le pansement n'a rendu nécessaire son remplacement.

Presque toujours nous avons réussi à maintenir, du commencement à la fin, de grandes plaies dans un état antiseptique.

Dans plusieurs cas, la guérison de toute la plaie fut obtenue par première intention, puisque le coagulum sanguin qui, après l'enlèvement du tube, remplit la totalité de l'excavation osseuse, fut organisé suivant le mode connu décrit plusieurs fois par Lister, avantage énorme pour le malade quant au sang — au temps si long pendant lequel les opérés avaient à attendre la guérison définitive de ces excavations osseuses traitées par les anciennes méthodes.

J'ai à peine besoin de dire qu'après l'évidement des os et des articulations, l'extirpation des tumeurs sur les extrémités, les extensions nerveuses, etc., le pansement a été appliqué avec le même succès.

C'est en procédant de cette manière que nous avons réussi à prévenir toute hémorrhagie pendant l'opération et après celle-ci chaque fois qu'elle fut pratiquée sur le membre inférieur jusqu'au-dessus du genoux ; sur le membre supérieur jusqu'à l'articulation de l'épaule.

Dans nos opérations nous avons procédé avec prudence dans la direction centripète, et nous n'avons pas encore essayé d'appliquer notre méthode aux opérations pratiquées sur la cuisse, à l'articulation de la hanche et à celle de l'épaule, j'ose espérer pourtant que ces régions seront bientôt conquises à l'application de notre méthode. — *Gazette Médicale.*

Points de Chirurgie des organes génitaux urinaires que tout médecin praticien doit connaître.

10. Que la rétention d'urine chez les enfants est toujours causée par un calcul, à moins qu'il y ait quelque obstruction mécanique à l'émission de l'urine, tel que la contraction du méat ou un paraphymosis.

20. Que l'incontinence d'urine, tant nocturne que diurne peut être causée par l'arrêt d'un calcul dans les premières parties de l'urèthre.

M. Teevan explique ainsi, comment il se fait que dans un cas le calcul cause la rétention et dans l'autre l'incontinence d'urine : Lorsqu'un calcul se trouve dans le méat interne le sphincter l'embrasse solidement et fermement, de sorte que l'urine ne peut s'échapper. Maintenant, quand le calcul est un demi-pouce en avant, il agit comme un baïllon et empêche le sphincter de se fermer, et permet à l'urine de s'échapper goutte à goutte par ses sinuosités.

30. Que l'incontinence d'urine chez les enfants peut être causée par la contraction congénitale du méat. Si l'urine ne peut s'écouler librement dans l'acte de la micturition, l'irritation reflexe a lieu et l'écoulement de l'urine se fait goutte à goutte.

40. Que l'écoulement goutte à goutte de l'urine chez l'homme indique rétention et non incontinence. L'écrivain nommé plus haut explique ce paradoxe apparent en démontrant que dans les cas d'enlargement de la prostate ou de stricture du col, le patient garde toujours dans la vessie après chaque micturition une petite quantité d'urine qui s'accumule graduellement, parce que la vessie distendue outre mesure ne peut plus se contracter sur son contenu, que l'action du sphincter est encore normale, mais à la fin le sphincter s'affaiblit un peu par la pression du liquide. une voie se fait, et l'urine coule goutte à goutte.

50. Que si, lorsqu'on emploie le cathéter chez l'homme,

l'urine s'échappe avec violence et douleur, non-seulement par l'instrument mais aussi par le canal naturel, il doit y avoir calcul dans le col de la vessie.

60. Qu'il n'est pas toujours possible de vider la vessie d'un homme parce qu'il arrive parfois qu'il s'est formé des culs-de-sac dans les parois de l'organe.

70. Qu'un écoulement goutte à goutte de plus de six mois de durée indique une contraction commençante.

80. Lorsqu'il y a hypertrophie de la prostate on doit toujours soupçonner un calcul, car il y a dans ce cas toutes les conditions requises pour la formation locale d'un calcul.

90. Si un homme qui se plaint d'une micturition douloureuse et fréquente est plus mal le jour que la nuit il doit pareillement avoir une pierre. Les maladies de la prostate sont pires la nuit que le jour, tandis que les maladies calculieuses sont plus supportables quand le malade est au lit. Le jour, au contraire, quand il marche il souffre beaucoup des mouvements imprimés au calcul.

100. Lorsqu'un homme qui se plaint de micturition fréquente et douloureuse est bien pire lorsqu'il va à cheval ou en voiture il y a probabilité de calcul. Les explications précédentes s'appliquent exactement à ce cas.

110. Avant d'extraire l'enfant du sein de la mère voyez si la vessie de celle-ci est vide.

120. Si une femme après son accouchement est affectée de rétention d'urine, on lui passera un catheter élastique à bout olivaire dans lequel on introduira une bougie qui le ferme complètement. Si l'on ne prend cette précaution le catheter s'emplira de mucus et la garde malade fera des efforts inutiles pour faire évacuer les urines, et une cystite s'en suivra. — *Teevan, dans Medical Press and Circular, — Canada Lancet.*

Elixir de chloroforme composé.

Le Professeur McNutt, de l'Université de Californie, (*Western Lancet*) donne la formule suivante comme succédané de la chlorodyne :

R: Muriate de morphine.....	gr $\frac{1}{2}$	
Hydrate de choral.....	} à à ʒss	
Chloroforme.....		
Teinture de chanvre indien.....		} à à gtts xx
Teinture de capsicum.....		
Acide hydrocyanique dilué.....		
Essence de menthe poivrée.....	gtts x	
Sirop de sassafras co, ad.....	ʒi	
Dose :—ʒi.		M.

Il le recommande comme un remède efficace en beaucoup de circonstances; comme dans la coqueluche, l'asthme, l'emphysème, la toux de plusieurs phthisiques, en beaucoup de cas d'hystérie, et surtout dans la dysménorrhée.—*Canada Lancet*.

Mauvais effets du Thé et du Café chez les enfants.

L'usage du thé et du café pour les enfants est d'autant plus mauvais qu'il est devenu universel. Un médecin anglais, le Dr. Ferguson a remarqué que les enfants ainsi nourris n'augmentent seulement que de quatre livres par année de treize à seize ans, tandis que ceux qui ont du lait matin et soir au lieu du thé et du café augmentent de quinze livres par année. Ceci n'a pas besoin de commentaire.

Les médecins qui pratiquent dans les villes manufacturières remarquent que la constitution des enfants nourris au thé et au café est détériorée et résiste moins à la maladie.—*Maryland Med. Journal*.

Des rapports des maladies de l'œil avec les maladies en général.

(Suite.)

Ces pustules sont généralement peu nombreuses, de deux à trois, et on les trouve ordinairement sur la conjonctive oculaire—rarement sur les paupières ou le repli semilunaire ou les caruncules lacrymales, et jamais à l'intérieur de la portion transitoire de la conjonctive. Ces pustules accompagnent toujours les symptômes d'une conjonctivite catarhale. Elles occupent d'une manière plus remarquable le bord de la conjonctive et peuvent devenir dangereuses en attaquant la cornée et produisant des ulcères. Les véritables pustules varioliques ne se rencontrent pas sur la cornée, mais il peut s'y développer des ulcères, causés par maladie de la conjonctive, ou qui pouvait être indépendants de cette maladie ; il font leur apparition au commencement de la période de desquamation, qui, selon Adler, n'arrive jamais avant le 12ème jour.

Parmi les affections de la cornée, nous devons mentionner la kératite circonscrite superficielle, les abcès de la cornée, les ulcères qui peuvent déterminer la perforation de la cornée, une chute de l'iris avec synéchie, et qui peuvent aussi être la cause de la destruction de la cornée entière, peut être la "panophtalmie"; ces ulcères peuvent cependant se cicatriser à aucune période quoiqu'ils soient de caractère obstiné. Les progrès rapides des ulcères sur la cornée sont souvent liés à de dangereuses complications avec d'autres organes. La kératomalacie annonce le collapse et une issue fatale. La membrane uvée, l'iris et la choroïde ne sont pas aussi fréquemment affectées que la cornée.

Les affections de l'uvée ne se montrent rarement qu'après le 12ème jour de la variole, et nous font observer des symptômes particuliers. L'inflammation de l'iris est rare, et dans la variole lorsqu'elle est affectée, elle prend toujours

une marche sérieuse. Elle est souvent jointe à la choroïdite et rend par conséquent l'humeur vitrée plus opaque et prend une marche lente. Sur 1,187 cas de variole, Neumann n'a pas remarqué un seul cas d'iritis primaire. L'iritis survient toujours quand les maladies consécutives à la variole telles qu'abcès, furoncles, etc., sont parvenues à leur entier développement. Hirschberg a nommé cette iritis "*Iritis Post-variolosa*," à cause de son apparition tardive.

L'irritation ciliaire qui accompagne souvent la variole et qui est caractérisée par la photophobie, le larmolement ainsi que par une injection violette autour de la cornée, peut précéder une affection de la cornée ou de l'iris, cependant elle peut exister sans être suivie de ces diverses maladies.

L'irritation ciliaire simple, de même que l'iritis, se rencontre plus souvent dans les cas légers de variole. Subséquentes aux affections de la choroïde et de l'humeur vitrée, on a aussi observé dans le cristallin des opacités polaires et corticales postérieures, ainsi que l'inflammation glaucomateuse durant la variole, et des cas de neuro-retinite diffuse et néphritique après la variole.

Il est reconnu depuis longtemps, qu'une blennorrhagie chronique du sac lacrymal arrive souvent à la suite de la variole. C'est pendant la dernière période de la variole que l'inflammation du sac lacrymal a été observée. Il ne peut y avoir de doute que nous trouvons l'exanthème tapissant la membrane muqueuse interne de l'appareil lacrymal, ainsi que la membrane muqueuse du nez et du pharynx.

Typhus.

Dans le typhus les yeux sont rarement affectés, nous y remarquons cependant quelques cas isolés d'abcès ou d'ulcères de la cornée, de paralysie d'accommodation du sphincter de la pupille et des muscles de l'œil, ainsi que des cas transitoires d'amaurose et d'atrophie du nerf optique. Cependant, les quelques cas d'amaurose transitoire connus se sont tous présentés chez les enfants. Il ne peut pas être nié que

d'autres changements anatomiques outre ceux que nous observons dans la scarlatine sont la cause de cette cécité transitoire, quoique dans les deux cas la même partie du cerveau puisse être affectée.

L'infiltration œdémateuse passagère dans le cerveau, qui pourrait expliquer l'amaurose dans la scarlatine, ne peut pas être admise comme la cause de la même condition dans le typhus. Quoique des cas d'amaurose persistante pendant le typhus, causant l'atrophie complète du nerf optique, aient été observés, cependant les différentes phases de ces cas, n'ont jamais été suivies depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie. Presque tous les symptômes cliniques et les examens microscopiques font défaut ; il est ainsi impossible d'arriver à une conclusion définitive sur la cause de l'atrophie et son lieu de départ primitif.

Fièvre remittente.

Après la disparition de cette fièvre, nous remarquons quelquefois une maladie de la membrane choroïde qui peut donner des symptômes cliniques très différents. Dans la majorité des cas, l'apparition d'opacités dans le corps vitré et un affaiblissement de la vue sont les premiers symptômes ; ces symptômes sont quelquefois les seuls, mais plus souvent nous en voyons d'autres qui indiquent une maladie inflammatoire de la membrane choroïde—par exemple, l'injection autour de la cornée qui peut développer un chemosis inflammatoire, dans l'iris, des synéchies postérieures, un hypopion léger, une diminution de la tension intra-oculaire, une sensibilité dans la partie antérieure du bulbe de l'œil, et une névrose ciliaire. L'inflammation ne paraît attaquer que la partie antérieure de la choroïde et de l'iris. Il n'y a pas de changements apparents dans la choroïde avec l'ophtalmoscope.

Il existe deux symptômes qui n'ont pas jusqu'à aujourd'hui été signalés et qui méritent une attention spéciale, savoir :

1^o Paralysie d'accomodation, que nous trouvons au début de l'affection choroïdale, l'iris demeurant intacte dans plusieurs cas.

20 Le volume alternatif des pupilles, tel que découvre par Peltzer, chez les convalescents des fièvres rémittentes.

Cette maladie suit toujours une marche chronique, elle dure des semaines et des mois ; et ces opacités dans l'humeur vitrée de l'œil peut subsister longtemps. Nous avons aussi remarqué la cataracte polaire postérieure, des changements dans la partie périphérique de la choroïde, l'occlusion de la pupille, de même que dans des cas assez rares un détachement de la rétine. La plupart de ces cas se rencontrent chez les personnes de 20 à 30 ans. Il n'y a pas encore d'explication satisfaisante des rapports de cette maladie et celles de l'œil.

Diphthérie.

Il est bien reconnu qu'après que la diphthérie a parcouru tous ses phases, nous constatons sur différents points du corps humain une paralysie musculaire. Outre le voile du palais, les parties inférieures et supérieures du tronc, la vessie et le rectum, nous l'avons remarquée dans les muscles externes de l'œil, et plus particulièrement dans l'appareil d'accommodation. Les affections paralytiques de l'appareil d'accommodation ont été prises autrefois pour l'amblyopie, lorsque Donders démontra qu'on pouvait remédier à cette défection de la vue par des verres convexes, et qu'on devait en rechercher la véritable cause dans l'appareil d'accommodation et non dans le nerf optique. Dans le plus grand nombre des cas nous ne découvrons rien, soit à l'extérieur ou à l'intérieur à l'aide de l'ophtalmoscope. Quelquefois nous trouvons la pupille dilatée, ce qui est dû à la paralysie du sphincter des pupilles combinée quelquefois à la paralysie de l'appareil d'accommodation. La paralysie d'accommodation diphthéritique est presque toujours bilatérale, quoique le champ d'accommodation ne soit pas également diminué des deux côtés. Une autre singularité est l'accroissement de la refraction hypermétropique de l'œil pendant cette paralysie diphthéritique. Schweiger maintient l'opinion que ceci est dû à l'affaissement de la surface courbe de la lentille qui, pendant la paralysie

d'accommodation qui existe depuis longtemps, est plus considérable que pendant la paralysie due à l'atropine, qui dure généralement peu de temps.

Le pouvoir visuel est quelquefois diminué pendant la paralysie d'accommodation ; il reprend son état normal après la disparition de la paralysie. Ce fait n'a probablement aucun rapport avec ce qui concerne le nerf optique, mais Volkers croit que c'est peut être causé par astigmatisme des cristallins qui a lieu pendant son développement durant la paralysie du muscle ciliaire, et que cela disparaît aussitôt que la tension du muscle d'accommodation revient à sa position primitive.

Ce trouble d'accommodation pendant la diphthérie a lieu en très peu de temps—quelques jours ou quelques heures ; il est rare qu'il devienne totalement de la paralysie ; cela peut durer des semaines et des mois et disparaître graduellement. Un traitement thérapeutique approprié influe beaucoup sur la disparition prompte de cette condition parétique.

Le plus grand nombre des cas de paralysie d'accommodation se montre de la 4ème à la 6ème semaine après le commencement de la diphthérie, et de 2 à 3 semaines après la guérison de cette maladie, et se rencontre généralement chez les jeunes sujets. Quoique nous n'ayons pas de statistiques satisfaisantes concernant la fréquence relative de la paralysie diphthéritique en particulier, cependant il est évident que la paralysie d'accommodation est un des symptômes paralytiques les plus fréquents qui a lieu pendant la diphthérie, mais la paralysie du voile du palais, qui apparaît souvent conjointement avec la paralysie d'accommodation est en quelque sorte plus fréquente.

La paralysie d'accommodation se montre non seulement après une attaque sévère de diphthérie, mais elle peut apparaître après une attaque très légère d'angine diphthéritique et dans la diphthérie d'autres parties du corps. Ces cas n'ont rapport qu'aux blessures diphthéritiques des oreilles, du conduit externe de l'oreille, du vagin, et à l'infiltration diphthé-

ritique des glandes salivaires ; l'inflammation diphthéritique de la gorge manquait en ces cas, mais on mentionne une paralysie des extrémités inférieures, du voile du palais, ainsi qu'une diminution dans la vue.

Outre la paralysie d'accommodation, la paralysie des muscles moteurs du bulbe de l'œil a été souvent remarquée quoiqu'étant plus rare. Ces affections paralytiques apparaissent soudainement, changent, disparaissent, ne laissent quelque fois pour toute trace qu'une simple insuffisance du muscle interne, ou l'asthenopie musculaire.

La paralysie musculaire apparaît aussi à la suite d'autres maladies aiguës, telle que la variole et le typhus abdominal, on peut la distinguer de deux manières des affections parétiques qui surviennent après la diphthérie. Elle survient presque toujours après que la maladie locale a parcouru sa marche et que la condition générale du malade s'est améliorée, ou elle peut survenir après une simple affection locale ou générale. La paralysie musculaire dans la variole ou le typhus, au contraire, se montre avant la fin de la maladie pendant la convalescence, et n'arrive qu'après une sévère forme de la maladie primitive.

Fièvre intermittente.

Prenant en considération le fait que les affections miasmiques longues et pernicieuses peuvent produire les troubles les plus sérieux dans le système, il est étonnant qu'on n'ait rapporté que quelque cas de dérangement des organes de la vision. Dans ces cas l'amblyopie, qui ne révèle aucun symptôme à l'ophthalmoscope, disparaît par le traitement général approprié.—*Pac. Med. & Surg. Journal.*

(A continuer.)

La glycérine dans la flatulence et le pyrosis.

Le Dr. Sidney Ringer recommande la glycérine dans la *Lancet* pour le traitement de ces affections. On doit l'administrer à la dose d'une drachme à deux avec ou immédiatement après les repas. On peut l'incorporer à l'eau, le café, le thé, la limonade ou l'eau de soude carbonatée. En quelques cas la guérison ne se produit qu'après dix jours et même deux semaines.

La glycérine retarde la décomposition, et l'on croit qu'elle corrige la flatulence et l'acidité de l'estomac en retardant ou prévenant la fermentation et la putréfaction.

C'est un remède simple et digne d'essai.— *Maryland Med. Journal.*

Diarrhée séreuse des enfants.

R	Acide salicylique.....	grs xxx
	Craie précipitée.....	grs x
	Sirop.....	ʒij
	Eau.....	ʒxiv

M.

Deux cuillérées à thé toutes les 2 ou 4 heures.

R	Acide salicylique.....	grs xxvi
	Oxyde de Bismuth.....	grs xiv
	Teinture de jusquiame....	ʒi
	Sirop.....	ʒij
	Eau.....	ʒxiiij

M.

Deux cuillérées à thé toutes les 2 ou 4 heures.

Chacune de ces formules contient cinq grains de salicylate par dose.— *The Proceedings.*

A. HUTCHINS, M. D.

Analyse de l'urine

Par W. A. H. Naylor, F. C. S.

(Suite et fin.)

L'Albumine n'est pas un constituant de l'urine normale, sa signification pathologique a une valeur variable suivant la quantité d'albumine que l'urine contient et l'irrégularité ou la constance de sa présence. Il est bien important de pouvoir la reconnaître en petite quantité, vû que sa présence peut indiquer la maladie de Bright au début. Heureusement les caractères de l'albumine sont suffisamment marqués pour en rendre la découverte comparativement facile. On a proposé plusieurs réactifs, mais nous nous contenterons d'en décrire trois.

Le premier est le réactif par l'acide nitrique qui s'applique ainsi. Introduire un volume convenable d'urine dans un tube à réactif, et pendant qu'on le tient dans une position inclinée verser graduellement sur la paroi du tube un peu d'acide nitrique, prenant soin de ne pas le mêler avec l'urine; l'albumine se coagulera, et si elle est en petite quantité, elle se présentera sous forme d'une zone nébuleuse au point de jonction des deux liquides.

Le réactif le plus populaire pour l'albumine est celui qui est basé sur cette propriété remarquable qu'elle a de se coaguler à une température d'environ 83° C.

Les alcalis empêchent la coagulation; si, en conséquence, l'urine n'est pas déjà acide, on ajoute quelques gouttes d'acide acétique, ou plutôt d'acide nitrique avant de la soumettre à la chaleur. Pour être tout à fait certain que les flocons qui se séparent par la chaleur consistent d'albumine, et non de phosphates terreux, on y verse un peu d'acide nitrique; s'ils ne sont pas dissous, mettez le tube de côté, enlevez le liquide avec une pipette quelques temps après, et lavez avec soin le dépôt par décantation jusqu'à ce que les dernières traces d'urine soient disparues. Dissolvez alors le dépôt dans un

peu de potasse et ajoutez quelques gouttes de la solution de Fehling ; il se produit une coloration violette. Quelque grande que soit l'exactitude de ces deux réactifs, ils sont cependant incapables de faire reconnaître des traces d'albumine sous certaines circonstances. Il est reconnu qu'on doit éviter en les employant l'addition d'un excès d'acide, autrement de petites quantités d'albumine passeraient inaperçues, et même l'acidité naturelle de l'urine peut être suffisante pour influencer sur la délicatesse du réactif. Bence Jones a démontré que, lorsque de fortes doses d'acide hydrochlorique avaient été prises à l'intérieur, quoique l'urine de ces malades contienne de l'albumine, elle n'est pas coagulée par la seule application de la chaleur. C'est à M. Siebold que revient l'honneur d'avoir introduit une modification de ce réactif qui est capable de faire reconnaître l'albumine sous des conditions où sa présence pourrait passer inaperçue. De peur de sacrifier la lucidité d'expression à la brièveté de la description, je cite les propres paroles de l'auteur : " Ajoutez à l'urine une solution d'ammoniaque pour la rendre visiblement alcaline, filtrez, et ajoutez avec beaucoup de soin de l'acide acétique dilué jusqu'à ce que l'urine acquiert une faible réaction acide, évitant l'emploi d'une seule goutte plus qu'il n'est nécessaire, maintenant placez des quantités égales de ce mélange dans deux tubes à réactif d'égale grandeur, faites chauffer l'un jusqu'à ébullition et comparez le avec l'échantillon froid dans l'autre tube, le moindre trouble est ainsi observé distinctement et donne une preuve absolue de la présence de l'albumine." Je puis tout à fait recommander l'efficacité et l'extrême importance de ce procédé.

On doit regarder comme pathologique la présence de plus que des traces de *sucré* dans l'urine. S'il n'apparaît qu'en petite quantité à des intervalles prolongés et irréguliers, et qu'il disparaisse alors promptement il peut être dû à quelque dérangement fonctionnel, si cependant sa présence est constante et que la quantité, quoique variable, est appréciable, il y a de bonnes raisons de croire qu'il est un signe de diabète. On

emploie pour le reconnaître deux méthodes principales que nous décrirons brièvement :

“ Introduisez dans un tube à réactif 25 cc. de la solution de Fehling et chauffez la à ébullition ; si aucune apparence laiteuse ne survient, versez avec soin sur les parois du tube un peu de l'urine suspecte ; appliquez maintenant la chaleur là où les deux liquides sont en contact et, s'il y a des traces de sucre, ce liquide deviendra opalin et de teinte verdâtre ; cette apparence est tout à fait caractéristique du sucre qui ne peut être confondu avec les phosphates. Si d'un autre côté le sucre est en plus grande quantité que 1%, l'oxyde jaune ou rouge de cuivre—la couleur variant suivant la quantité—sera précipitée. On conseille de mettre le tube de côté pour laisser précipiter le dépôt, alors qu'on pourra reconnaître inévitablement tout oxyde de cuivre par sa couleur caractéristique. Cette précaution est absolument nécessaire dans les cas où l'urine contient une quantité excessive de matière organique avec faible pourcentage de sucre.

Le réactif de Fehling se prépare en ajoutant, en proportions diverses une solution de sulfate de cuivre à une solution de tartrate double de potassium et de sodium dans la soude caustique. Comme cette préparation ne se conserve pas, il est mieux de conserver chaque solution dans des fioles séparées et de ne les mêler qu'au moment de s'en servir.

La principale circonstance où ce procédé est inapplicable pour découvrir le sucre, est lorsque l'urine contient un fort excès de matière organique. Cette difficulté a été complètement surmontée par le réactif cupro-ammoniacal du docteur Pavy. Ce procédé est basé sur l'observation que, “ si on ajoute de l'ammoniaque à la solution ordinaire de Fehling, on obtient un liquide qui devient incolore en bouillant avec une quantité suffisante de sucre pour réduire complètement l'oxyde de cuivre à l'état de sous-oxyde,” et ne s'accompagne pas de précipité. L'ammoniaque n'agit que comme dissolvant de l'oxyde de cuivre.

Ce réactif est préparé en prenant, 120 cc. de la solution de

Fehling, 300 cc. d'ammoniaque à 0.880°, et en ajoutant de l'eau distillée pour faire un litre ; 1 cc. est équivalent à 0.005 gramme de sucre. Pour s'en servir, introduisez dans un ballon 20 cc. de la solution cupro-ammoniacale et adaptez ce ballon à un bouchon par lequel passe le tube d'une pipette. On applique alors la flamme d'une lampe à esprit de vin et lorsque le contenu du ballon est en ébullition on introduit l'urine goutte à goutte par la pipette jusqu'à ce que la couleur bleue du réactif soit disparue. Le ballon doit avoir une capacité d'environ 80 cc. ; son col doit être muni d'un bouchon à travers lequel passe le tube de la pipette. Le bouchon doit en outre être muni d'un tube pour laisser échapper l'air et la vapeur. J'ai eu peu d'expérience de ce réactif, mais dans les occasions où l'urine était fortement chargée de matières organiques je m'en suis très bien trouvé.

Le dernier réactif pour découvrir le sucre dans l'urine, est le procédé de fermentation :

“ Employez un gros-tube à réactif rempli d'urine suspecte à laquelle on a ajouté précédemment un peu de levure allemande, et renversez-le sur un plateau contenant un peu d'urine ; mettez alors de côté dans un lieu d'une température de 21° à 26° C. Expérimentez semblablement sur de l'urine normale. S'il y a du sucre la fermentation apparaîtra bientôt, il y aura dégagement de bulles de gaz CO₂ qui s'élèveront au sommet du tube déplaçant en même temps une quantité équivalente de liquide. L'absence de fermentation indique l'absence de sucre. En mesurant le gaz CO₂ dégagé d'une quantité connue d'urine et connaissant la ration équivalente entre ce gaz et le sucre on en peut facilement connaître la quantité. Le professeur Seegem considère le procédé de fermentation comme le seul exact pour reconnaître le sucre dans l'urine. On a objecté au procédé de Fehling que des corps autres que le sucre réduisent l'oxyde de cuivre. Ceci, nous l'accordons : mais leur présence est sûrement pathologique, et comme tel ils ont une certaine signification, bien plus, ces substances passent inaperçues avec le procédé de fermentation.

La présence du *sang* dans l'urine est indiquée par l'apparence rougeâtre qu'elle présente si on en examine une colonne en longueur. Si on regarde l'urine peu après son expulsion et qu'on en place une goutte sous le champ du microscope on verra ces disques caractéristiques des corpuscules du sang. On conseille dans la plupart des cas, et même quelques fois il est nécessaire de suppléer à l'examen microscopique par une analyse chimique.

On le fait en ajoutant à de l'urine dans un tube à réactif quelques gouttes d'une solution alcoolique de guaiac fraîchement préparée de parties non oxydées de la résine et ajoutant le mélange avec un peu d'éther ozonisé ; s'il y a du sang il y aura production d'une coloration bleue. L'extrême délicatesse de ce réactif dépend de deux conditions :—l'emploi de résine de guaiac non oxydée et d'une forte solution de peroxyde d'hydrogène. En outre de ces méthodes, le spectroscope donne des moyens exacts, mais pas toujours faciles, de reconnaître le sang dans l'urine.

Masset a proposé pour reconnaître la *bile* dans l'urine un réactif rapide. Acidulez l'urine de trois ou quatre gouttes d'acide sulfurique concentrée, puis ajoutez un petit crystal de nitrate de potasse ; il y aura production d'une couleur verte si la matière biliaire est en quantité.

Un procédé beaucoup plus délicat est celui de Pettenkoffer qu'on applique ainsi. A une quantité convenable d'urine dans un tube à réactif immergé dans l'eau froide ajoutez graduellement un volume égal d'acide sulfurique fort et versez le long des parois du tube un peu d'une solution de sucre 1 : 4, communiquez alors au liquide un mouvement ondulatoire, alors qu'on découvrira des traces de bile par la production d'un anneau rougeâtre au point où l'urine acide et le sirop sont en contact.

L'apparence visqueuse de l'urine et la formation de coagulum par l'acide acétique indique la présence du *mucus*. On le distingue par le microscope des autres dépôts organiques par son apparence indéterminée.

D'un autre côté le *pus* peut se reconnaître promptement par l'apparence granuleuse de sa surface, et les noyaux qu'il présente en contact avec l'acide acétique.

Les longues masses fibrineuses dont les tubes urinifères consistent le plus généralement, sont plus propres à être inaperçus vû leur transparence qu'à être méconnus lorsqu'on les voit.

Les épithéliums apparaissent habituellement sous forme angulaire et irrégulière, dans un état plus ou moins séparé.

Les globules de graisse sont caractérisés par leur petitesse.

Chemist & Druggist.

Acide phosphorique.

Le Professeur Wm. Pepper a depuis plusieurs années employé cet agent comme tonique des organes digestifs et du système nerveux. Il est convaincu que c'est un remède de grande valeur dans les circonstances convenables. Désirant l'administrer avec d'autres médicaments, il suggère les deux formules suivantes qui sont propres à l'administration des autres substances :

1o Liqueur d'acide phosphorique Co.

R. Phosphate de chaux..... grs iij ;
 Phosphate de magnésie gr $\frac{1}{2}$;
 Phosphate de potasse..... gr $\frac{1}{4}$;
 Phosphate de fer..... gr $\frac{1}{2}$;
 Sirop d'acide phosphorique gtts vj $\frac{3}{8}$;
 Eau q. s. ad ʒi
 M. F. S. A.....

2o Liqueur d'acide phosphorique.

R. Phosphate de chaux..... grs iij ;
 Phosphate de magnésie..... grs ij ;
 Phosphate de potasse..... gr jss ;
 Sirop d'acide phosphorique gtts v ;
 Eau q. s. ad..... ʒi.

M.

Il a employé ces formules avec des résultats satisfaisants, et en recommande l'usage. — *Philadel. Med. Times.* — *St. Louis Clin. Record.*

Note sur le meilleur Mode d'Emploi de l'Ergot de Seigle.

Par le DR. A. LUTON

Professeur de Clinique médicale à l'École de Médecine de Reims.

L'ergot de seigle, presque exclusivement utilisé d'abord par l'obstétrique, a vu peu à peu ses attributions s'étendre à d'autres parties de l'art de guérir, sans que son action spéciale fût changée quant au fond : c'est toujours à l'élément vasomoteur qu'il s'adressait, dans le sens d'une dépression hémotatique ou anémiante.

Mais, en l'absence d'un principe actif isolable, avec la nécessité de se maintenir dans les hautes doses, ou d'user de substances équivalentes, sous le nom trompeur *d'ergotine*, et en faisant passer le remède par l'estomac, il a bien fallu se restreindre dans l'emploi d'un agent qui compte aujourd'hui parmi les plus indispensables de la thérapeutique.

L'avènement de la méthode hypodermique a cependant ouvert de nouveaux horizons à la médication ergotée, en permettant de réduire les doses, sans nuire à l'effet total, et en développant au contraire cet effet dans toute son intensité. Mais il y a toujours deux points au sujet desquels on n'est pas suffisamment édifié ; à savoir : 1^o quelle forme convient le mieux pour l'injection actuelle ? et 2^o quelle est la raison de la grande opposition entre les doses efficaces de l'ergot donné par l'estomac et les doses si minimes du même médicament introduit sous la peau, pour obtenir le même résultat ? C'est à ce propos que nous intervenons dans le débat.

1^o Relativement à la première question, nous en sommes encore à nous demander comment on persiste à employer des solutions plus ou moins compliquées, ayant pour base quelque une des *ergotines* du commerce et pour véhicule de la glycérine, de l'eau, etc., etc., alors qu'on a sous la main un liquide qui résume admirablement toutes les propriétés de l'ergot naturel, et qui est si commode pour l'injection hypodermique : nous voulons parler de la *teinture alcoolique* du codex, préparée dans les conditions les meilleures de pureté

et d'exactitude. Quelles objections peut-on adresser à ce produit si simple : est-ce parce qu'il a pour véhicule l'alcool ? Mais il n'est pas plus irritant que l'éther, que le chloroforme, ni même que les solutions complexes d'ergotine ou d'ergotinine adaptées à l'usage d'injections. En s'en tenant aux petites quantités, qui suffisent pour l'effet à obtenir ; en choisissant pour introduire le liquide l'épaisse couche de tissu cellulo-adipeux qui s'observe vers la hanche, ou dans la paroi abdominale, on ne détermine en somme qu'une douleur médiocre et passagère, et jamais, nous parlons pour nous, on ne voit se produire d'abcès. De toute façon les avantages du mode d'emploi que nous préconisons dépassent de beaucoup les inconvénients d'une pratique qui n'offre rien d'exclusif.

2^o Quant aux doses dont on peut se contenter, tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître qu'elles sont de beaucoup au-dessous de celles qui se donnent pour l'usage interne. Ceux qui se servent de solutions d'ergotine parlent d'effets semblables obtenus avec 10 centigr. de la substance active (Dujardin-Beaumetz) , et nous, nous agissons déjà très-efficacement avec 1 gramme de teinture alcoolique d'ergot, au cinquième, soit avec l'équivalent de 20 centigrammes de poudre d'ergot. Nous savons bien qu'il n'y a aucun terme de comparaison entre l'ergotine, qui ne contient que certains principes convenus parmi ceux dont l'ergot total est constitué, et une solution alcoolique qui résume certainement tous les effets utiles de la poudre d'ergot, employée de temps immémorial en obstétrique : c'est encore en faveur de notre préférence, car on ne doit pas arbitrairement décider de ce qui peut agir ou ne pas agir dans un produit naturel ; il suffit de se débarrasser de la partie inerte du produit. Enfin, il n'est pas jusqu'aux doses usitées d'ergotine qui n'introduisent un élément contradictoire dans la question, et rigoureusement, d'après ce qui est admis, il y aurait lieu d'opérer à moindres doses avec la solution alcoolique d'ergot qu'avec les solutions d'ergotine.

Voilà bien des raisons qui militent pour l'emploi de la tein-

ture d'ergot, soit à l'intérieur, soit en injections sous-cutanées ; mais il en est une dernière qui réclame définitivement ce genre d'introduction.

Si l'on oppose les quantités de deux à trois grammes de poudre d'ergot, administrés dans un cas d'accouchement languissant, aux proportions de 10 centigrammes d'ergotine, ou de 20 centigrammes d'ergot total, représenté par 1 gramme de teinture alcoolique, et si l'on songe aux milieux différents qui reçoivent ces préparations médicamenteuses, on admettra facilement qu'un pareil écart, plus considérable que celui qui s'observe d'habitude dans les cas d'injections hypodermiques, pourrait bien tenir à un effet de digestion, opéré dans la première circonstance, sur un corps fortement azoté, qui n'est guère plus réfractaire au suc gastrique qu'un champignon ordinaire, une morille ou une truffe. Dès lors, et suivant la capacité digestive de tel ou tel estomac, l'ergot, introduit par la bouche, subira une altération plus ou moins avancée, et il en faudra de notables doses pour qu'une partie suffisante échappe à la digestion et arrive à destination, après avoir été absorbée.

Voilà la théorie, mais la pratique répond dans le même sens.

Dans deux faits, observés à l'Hotel-Dieu de Reims, et portant tous deux sur des hématuriques, nous avons commencé le traitement par l'administration d'une dose quotidienne de 10 grammes de teinture d'ergot dans une potion gommeuse, et nous étions resté de beaucoup au-dessous du résultat attendu. Alors nous avons eu recours à l'injection hypodermique de 1 gramme de cette même teinture, et en deux ou trois jours nous sommes venu à bout d'accidents contre les quels nous avions d'abord échoué.

Ce même contraste a été manifeste dans beaucoup d'autres cas de notre pratique, notamment dans des cas de *retention d'urine*, que nous avons traités par l'injection sous-cutanée de teinture d'ergot (*Le Mouvement médical*, 1877, p. 593), dont l'emploi vient aussi d'être conseillé, dans le même sens, par Vidal (*Société de Thérapeutique*, et *France médicale*, 1880 n° 12.)

Nous croyons avoir suffisamment éveillé l'attention sur une circonstance importante de l'usage des médicaments, et qui s'étend sans doute au-delà de l'ergot de seigle. Nous espérons qu'on voudra bien en tenir compte, en se mettant au point de vue que nous invoquons, et qui tranche définitivement la question en faveur de la méthode hypodermique, pour laquelle plaident déjà tant de considérations.— *Union Médicale du Nord-Est.*

Dispensaire de la Providence.

M. le Dr Eugène Nolin a été le médecin en service durant le mois de septembre 1880.

Le total des ordonnances a été de 1860, et celui des visites de 176.

M. le Dr Eugène Nolin continue le service pour le mois d'octobre.

Dans le prochain numéro, nous publierons un rapport détaillé des maladies traitées durant les mois de septembre et d'octobre.

NAISSANCE.

A St. Rémi, le 4 Octobre, l'épouse du Dr. A. Hébert, un fils.

Décès.

Au Côteau du Lac, le 17 courant, L. H. Masson, M. D., à l'âge de 70 ans.

En cette ville, le 6 courant, à l'âge de 46 ans, Romuald Gariépy, écrivain, M. D.

A Louiseville, comté de Maskinongé, le huit du courant, Joseph Jean Homère, enfant du Dr J. L. L. Hamelin, à l'âge de 4 mois et 14 jours.

En cette ville, le 2 du courant, Louis Vital Mastai, enfant du Dr F. X. Trudel, à l'âge de quinze mois. Les funérailles ont eu lieu à Ste Geneviève de Batiscan.