

## 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.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## Autopsies Cadavériques.

---

[Lu devant la Société Médicale de Montreal, par le  
Dr A. LAMARCHE. Séance du 13 mai 1881.]

---

Le 7 mars 1661, pendant que Mazarin rendait le dernier soupir après une maladie de cinq mois, les quatre médecins les plus célèbres de l'époque discutaient encore pour savoir si l'illustre cardinal mourait d'une maladie du foie, du poumon, de la rate ou du mésentère. En 1665, Molière ouvrait par "l'amour médecin" et "le médecin malgré lui" sa brillante campagne contre la Faculté. En 1715 enfin, Gil Blas, né du génie de Lesage, racontait que le Dr Sangrado quetout Valladolid regardait comme un Hippocrate, professait qu'il ne faut que saigner et faire boire de l'eau chaude pour guérir toutes les maladies du monde, aussi ajoute-t-il, pendant quarante ans, il occupa le ciseau des Parques et était si expéditif qu'il ne donnait pas le temps à ses malades d'appeler des notaires. Mais à la même époque la médecine se préparait dans l'ombre une éclatante revanche. Revanche glorieuse conçue et combinée par Fallope, Vésale et Eustachi au 16<sup>me</sup> siècle, poursuivie par Bartholin, Blancard, Théop. Bonet, qu'on surnommait *le grand ouvreur de cadavres* et Barrère au 17<sup>me</sup> et au 18<sup>me</sup> siècles et complétée en 1761 par le fameux traité de Morgagni: "Du siège et des causes des maladies basés sur les recherches anatomiques."

Dépouillée par l'anatomie pathologique des idées mystiques et spéculatives qui l'aveuglaient la science s'élança vers de nouveaux horizons et la maladie surprise en flagrant délit, dut fournir elle-même des armes au médecin.

Bayle appelait l'anatomie pathologique le flambeau de la nosologie, le guide du diagnostic et ce que l'éminent médecin de la Charité disait à la fin du siècle dernier a reçu depuis une éclatante confirmation et Legendre a exactement reproduit

l'opinion de la médecine contemporaine quand il a dit que toute thèse nosologique réclame la sanction de l'anatomie pathologique. Ce n'est que par les *Symptômes de Morgagni*, c'est à dire par les lésions constatées sur le cadavre qu'on peut contrôler efficacement le diagnostic posé pendant la vie. L'anatomie pathologique, dit Cruveilhier, est une science et ses lésions sont assujetties à des lois certaines. Les caractères anatomiques doivent être la base de la détermination des espèces morbides, on les puise dans la conformation extérieure et dans la texture des organes malades.

L'aspect sous lequel on envisage habituellement la physiologie l'a fait définir : l'étude de l'homme à l'état sain, mais, comme dit Goubert, on ne cesse pas d'être physiologiste en entrant dans une salle d'autopsie cadavérique. La pathologie, en effet, est régie par des lois fixes et suit une évolution déterminée qui constituent la physiologie pathologique qui ne diffère de la normale que par l'adjonction d'agents perturbateurs. Le cancer, les tumeurs érectiles, ont tout aussi bien que le foie normal, leur physiologie qui permet de les classer et de déterminer les nombreuses variétés.

On admet généralement qu'il existe une foule de maladies sans lésions organiques et qui ne laissent pas de traces sur le cadavre. Toutes les maladies, dit Bichat, doivent ressortir de l'anatomie pathologique, sauf les fièvres essentielles et les névroses. Mais le nombre de ces maladies à lésions insaisissables s'est singulièrement restreint depuis l'illustre anatomiste. Bouillaud nous dit, en effet : " Il n'existe pas de maladies sans siège ou sans lésion d'un organe ou d'un élément organique."

" A l'autopsie, dit Robin, on ne retrouve rien et l'on dit qu'il y a eu mort sans lésion, parce qu'on n'a pas su la voir là où elle est, parce qu'on ne s'est pas donné l'éducation expérimentale anatomique et physiologique nécessaire pour la constater. Mais la lésion, dans ce cas, existe fort bien, elle est générale et elle est des plus graves ! Seulement elle n'est ni jaune ni rouge, ni dure ni molle, elle est en dehors de ce qui est directement perceptible aux sens..... Pour bien comprendre donc ce que sont les *maladies sans lésion*, il faut bien savoir qu'en dehors des lésions directement perceptibles aux yeux et au toucher, il y a des lésions invisibles moléculaires qui peuvent être constatées autrement que par le toucher ou qu'à l'aide de la vue." Les principaux parmi ces moyens accessoires, sont, vous le savez, le microscope et les réactifs chimiques.

Les instruments requis pour pratiquer une autopsie sont : un scalpel à tranchant droit, un à tranchant convexe, un couteau à amputation, un fort couteau à cartilage, des forceps

des érignes, une paire de forts ciseaux dont une branche est mousse et l'autre aigüe, une paire de petits ciseaux dont une branche se termine en forme de sonde, un entérotome, des sondes exploratrices, une scie, un maillet, un ciseau, des ciseaux de Liston, un tube à insuffler avec robinet, des aiguilles, une mesure d'une verge, un verre gradué, des balances, une loupe, du papier de tournesol et un rachitome. On conçoit qu'il est préférable d'avoir en double les instruments les plus fragiles et ceux qui s'émoussent le plus facilement.

Les scalpels sont destinés à l'examen des parties délicates, vaisseaux, nerfs, etc.

Le couteau à amputations qu'on emploie habituellement pour l'examen des viscères et toutes les grandes incisions a été avantageusement modifié par Virchow. L'éminent anatomo-pathologiste emploie un couteau de trois pouces trois quarts de lame et cinq pouces et demi de manche, plus épais et plus large que les couteaux ordinaires, à extrémité arrondie de façon à augmenter la longueur du tranchant et à pointe très courte pour diminuer le danger des piqûres anatomiques.

Le couteau à cartilage est employé pour les incisions de la peau, l'ouverture du thorax, des articulations, la division des muscles, etc., il doit être plus fort que le précédent, à dos plus large, à tranchant plus convexe. Le manche qui a près de  $\frac{3}{4}$  de pouce d'épaisseur pour permettre d'y appliquer les doigts de la main gauche quand on veut exercer une pression se termine par une extrémité libre large et aplatie sur laquelle la paume de la main peut s'appliquer à l'aise pour faire des ponctions ou certaines désarticulations.

La salle d'autopsie devra être bien ventilée et surtout bien éclairée. Sauf des circonstances incontrôlables on ne devra jamais se servir de la lumière artificielle qui par sa teinte jaune modifie considérablement l'aspect des parties.

L'opérateur se place de préférence à droite du cadavre qui sera étendu sur une table assez haute pour ne pas obliger l'opérateur à se pencher d'une manière fatigante.

Un bloc de bois sera placé sous le cou pour l'examen du cerveau et sous le thorax pour celui du cou. Dans un cas imprévu, ou dans les familles, il n'est pas toujours facile d'avoir à sa disposition les instruments requis ou le local voulu, l'ingéniosité d'un chacun devra alors suppléer du mieux possible aux exigences de la circonstance.

L'autopsie peut être pratiquée pour plusieurs raisons et n'a pas toujours le même objet en vue. L'opérateur n'a quelquefois pour but que de confirmer un diagnostic et de constater l'altération d'un ou de plusieurs organes, il suffit alors d'enle-

ver la pièce et de l'examiner ; tantôt c'est dans un but médico-légal où il s'agit de rechercher la cause de la mort, l'examen interne et l'externe sont alors de rigueur, surtout ce dernier, tantôt enfin on veut constater les ravages de la maladie dans l'organisme et son effet sur les différents organes, dans ce cas l'examen externe est accessoire et l'interne doit être des plus minutieux. Dans tous les cas pour qu'une autopsie soit probable et probante, il faut qu'elle soit complète et que chacune des parties du corps soit examinée attentivement.

L'autopsie se divise en deux grandes périodes, à savoir : l'examen externe ou inspection et l'interne ou section.

*Inspection.*—L'inspection, comme nous venons de le dire est d'une importance majeure dans les autopsies médico-légales, elle comprend deux chefs : 1o. l'examen du corps dans son ensemble, 2o. l'examen de ses différentes parties.

1o Au premier chef se rapportent les attributs généraux du corps ; l'âge, le sexe, la taille, le développement, la nutrition générale, les caractères généraux de la peau, les signes de la mort et de décomposition.

La peau présente diverses colorations qu'il importe de bien distinguer : 1o une coloration verdâtre qui se montre d'abord aux endroits où les viscères sont le plus près des parois, sur les côtés de l'abdomen et dans les espaces intercostaux. Cette coloration, signe de mort certain, n'est pas, comme Orfila le prétend un commencement de putréfaction, mais elle précède immédiatement celle-ci, un degré de plus et l'odeur caractéristique se manifeste, l'épiderme se sépare du derme sous la pression du doigt, la putréfaction est établie. Elle est plus ou moins prompte à apparaître suivant la température de l'appartement et la quantité de vapeur d'eau qui y est contenue. 2o La coloration rouge pâle ou foncé due au sang. Elle offre deux variétés, l'une qui résulte de la gravitation du sang dans les vaisseaux de la partie la plus déclive du cadavre, on la remarque au dos, au cou, au thorax suivant la position du sujet on la nomme *tâche hypostatique*, l'autre qui dépend de la diffusion de la matière colorante du sang dans les tissus environnants. Les tâches hypostatiques disparaissent sous la pression du doigt et sont d'origine cadavérique, les secondes ne disparaissent pas sous la pression du doigt et sont d'origine pathologique. Ces deux espèces de taches ne soulèvent pas la peau, ce qui a généralement lieu pour les extravasations sanguines. On doit se rappeler que lorsque la couleur d'une partie du corps vivant dépend de la congestion des vaisseaux elle disparaît d'habitude presque complètement après la mort, mais la cyanose des lèvres, du nez et de l'extrémité des doigts subsiste le plus ordinairement après la mort.

La rigidité cadavérique, due à la coagulation de la myosine, se montre d'abord dans les muscles de la mâchoire, envahit ensuite le cadavre de haut en bas et disparaît dans le même ordre. Elle est d'autant plus marquée que l'individu était plus fort et que la maladie a été plus courte. Elle atteint son maximum dans le choléra. Si on vainct par la force la rigidité cadavérique, elle ne se reproduit pas.

2<sup>o</sup> Dans l'examen des différentes parties du corps on passera successivement en revue, la tête, le cou, le thorax, l'abdomen, le dos, l'anus, les organes génitaux et les extrémités, les dents, la langue, les corps étrangers, les blessures et les modifications de forme et de volume.

*Section.*—D'abord, il est important que le couteau soit bien tranchant, on le tiendra, non pas comme une plume à écrire comme lorsqu'on dessèche, mais à pleine main comme un couteau à dépécer. On commencera l'incision non par la pointe, mais par le talon de l'instrument, et il sera dirigé non par un mouvement du poignet mais bien de l'épaule, de manière à faire une incision longue et lisse. Virchow pose en principe qu'une grande incision malgré qu'elle soit faite dans un endroit mal choisi ou dans une fausse direction vaut mieux qu'une ou plusieurs petites entailles bien placées et encore mieux valent des sections fausses si elles sont unies que des coupes dentelées déchiquetées, mais correctes du reste.

Les incisions doivent être faites par un mouvement de traction plutôt que de pression, afin de ne pas écraser les tissus; pour les organes les plus consistants, l'incision devra être d'autant plus rapide qu'on sera obligé d'appuyer d'avantage sur le couteau.

La grande règle qui s'impose dans toute autopsie est de procéder à l'ouverture des cavités et à l'examen des parties d'après un ordre défini et cela pour plus d'une raison. Un plan méthodique permet d'examiner tous les organes sans en oublier aucun, de consulter et de confronter d'un coup d'œil les rapports que l'on conserve. Mais ce n'est pas là le point capital, cet examen méthodique est la condition sans laquelle on ne peut étudier les organes dans l'état et les rapports qu'ils affectent normalement. Que résulterait-il, en effet, de l'examen de la cavité thoracique avant celui de la cranienne: un degorgement des vaisseaux de l'encéphale résultant de la section des gros vaisseaux du cœur et conséquemment à l'ouverture de la cavité cranienne un aspect du cerveau qui n'est plus le véritable.

La même raison nous empêchera de *vider* la cavité abdominale avant la thoracique, car la section de la veine cave infé-

rière laisserait dégorger la portion thoracique du vaisseau et le plus souvent le côté droit du cœur, lorsqu'ensuite on viendrait à examiner cet organe on en trouverait un côté vide et flasque lors qu'on aurait du peut-être le trouver gorgé de sang. De plus on s'exposerait à déchirer le diaphragme en détachant le foie ce qui permettrait aux liquides contenus dans la plèvre de s'écouler dans l'abdomen.

Le médecin dont le temps est précieux fera-t-il ouvrir à l'avance, par un aide, les deux cavités thoracique et abdominale, comme on le faisait autrefois, pour sauver du temps? Assurément non, car le diaphragme s'affaisserait et il n'y saurait plus retrouver les précieux enseignements qu'il nous donne souvent.

Tant que la cavité thoracique est fermée le poumon reste distendu par l'air qui pénètre par la trachée et les bronches et la voussure du diaphragme persiste, enlevez le sternum ou piquez le diaphragme de la pointe du scalpel et aussitôt le poumon s'affaisse et se retracte contre la colonne vertébrale et le diaphragme s'affaisse. Il faut donc procéder par ordre et voici dans quelle succession.

On commencera d'abord par l'examen des centres nerveux, encéphale et moëlle épinière, l'examen de cette dernière peut sans inconvénient, et doit de préférence dans les cas de médecine légale, être renvoyé à la fin de l'autopsie à cause des fréquents déplacements qu'il faut faire subir au cadavre pour ouvrir le canal vertébral. Puis on passera au thorax et à l'abdomen, pour cela on fait une incision depuis le menton jusqu'à la symphyse du pubis.

Ici se présente une difficulté. Je viens de dire que le thorax doit être vidé avant l'abdomen, mais si j'ouvre la cavité thoracique le poumon va se rétracter, s'il n'est pas emphysemateux, la forme du diaphragme sera changée par suite de la section de ses attaches antérieures et les viscères abdominaux seront déplacés vers la cavité thoracique. Si je vide l'abdomen avant le thorax, ce sera pis encore, je déchirerai peut être le diaphragme et je changerai assurément l'aspect du cœur, le sens me prescrit un moyen terme: après avoir fait la longue incision cutanée je compléterai l'ouverture de la cavité abdominale, je constaterai les rapports des organes, leur couleur, la présence de liquides ou tissus pathologiques, la position du diaphragme et laissant le tout en place, je procéderai à l'ouverture du thorax.

Mais pourquoi tant se hâter d'observer la couleur des viscères abdominaux quant il semble qu'on pourrait si bien le faire à un moment subséquent de l'autopsie? Virchow nous en fait

bien voir la raison. La physiologie nous enseigne que le sang artériel est d'un rouge brillant, le sang veineux d'un rouge sombre presque noir, le chirurgien peut reconnaître la nature artérielle ou veineuse d'un vaisseau qu'il divise par la couleur du sang, qui s'en échappe; sur le cadavre, rien de cela et tout le sang qu'il contient a revêtu une couleur veineuse uniforme, les artères ne contiennent plus que du sang veineux, le poumon seul fait exception à la règle parce qu'il n'a pas exhalé les dernières traces d'oxygène avec le dernier soupir et l'hématose s'y fait encore localement quoiqu'incomplètement par l'air qui est resté emprisonné dans les alvéoles de l'organe. Cette couleur veineuse du sang est cependant instable et le sang du cadavre peut s'hématiser, mais remarquons-le bien, aussi bien que dans les veines que dans les artères, le sang des veines peut devenir rouge brillant au contact de l'air atmosphérique et faire croire à une inflammation à un processus pathologique là où il n'existe qu'une modification posthume, un processus cadavérique. C'est pour prévenir cette cause d'erreur qu'on constate tout d'abord la couleur des viscères.

Il se dégage de ces faits un enseignement pratique, à savoir : qu'il ne faut jamais présumer de la nature artérielle ou veineuse d'un vaisseau sanguin d'après la couleur de son contenu, si le vaisseau est trop petit pour en distinguer la nature, il faut en refouler le sang jusqu'à ce qu'on arrive à une branche plus considérable que l'anatomie nous permette de classer.

Tel est l'ordre dans lequel il est le plus avantageux d'examiner les cavités splanchniques mais ce n'est pas tout, chacune d'elles contient une foule d'organes qu'il faut aussi interroger avec méthode.

Occupons nous d'abord du cerveau ou plutôt de la tête. On fait d'abord une incision transversale s'étendant d'un apophyse mastoïde à l'autre, puis on rabat le cuir chevelu en avant jusqu'au bourrelet superciliaire et en arrière jusqu'à la protubérance occipitale externe, et on enlève le péri-crâne de façon à exposer la voûte crânienne. Il importe de tenir compte des sutures qui sont dites exister tant qu'on peut en apercevoir les zigzags et dont l'ossification prématurée joue un rôle assez important dans le développement du cerveau, par contre, la suture frontale qui normalement disparaît à la fin de la cinquième année peut persister jusqu'à un âge plus ou moins avancé. Le crâne est scié cirulairement à la hauteur de la protubérance occipitale externe et du bourrelet superciliaire et on complète la séparation des os avec le ciseau en se servant le moins possible du maillet dont le choc pourrait dans certains cas lacérer la pulpe



cérébrale. Si la dure-mère n'est pas trop adhérente au crâne on la laisse en place, mais chez les enfants au-dessous de sept ans, on est toujours forcé de l'inciser circulairement et de l'enlever avec la voûte, car jusqu'à cette époque de la vie la dure-mère adhère intimement à la face interne du crâne dont elle constitue le périoste interne.

La tension de cette membrane doit être examinée attentivement. Dans l'examen de la pie-mère on devra se prémunir contre le danger de voir une congestion pathologique là où il n'existe qu'une congestion hypostatique. Il faudra donc suivre certains vaisseaux pour s'assurer s'ils sont complètement ou partiellement remplis et si une partie est plus pleine que l'autre. Pour s'assurer si la congestion est artérielle ou veineuse, on devra se rappeler que les veines de la pie-mère rampent à la surface du cerveau et les artères dans les circonvolutions et s'il existe des doutes on s'aidera du refoulement du sang jusqu'à un vaisseau plus grand. A l'examen des méninges, on fera succéder celui des ventricules, mais on y procédera d'une manière différente de celle qu'on adopte en anatomie descriptive. Au lieu de mettre à nu le centre oval de Vieussens on fera une incision verticale antéro-postérieure à un millimètre en dehors du raphé du corps calleux de façon à ouvrir un des ventricules latéraux tout en conservant intact le septum lucidum et le ventricule moyen; cette incision ne devra pas être assez profonde pour attaquer le noyau cérébral de Gratiolet, on la prolongera en avant et en dehors vers la corne frontale puis en arrière et en dehors vers la corne occipitale, puis les deux extrémités de cette incision courbe seront réunies par une seconde incision verticale passant en dehors du noyau cérébral et pénétrant jusqu'au plancher du ventricule, on pourra alors enlever la voûte et exposer la cavité ventriculaire qui ne contient tout au plus qu'une cuillerée à thé de liquide à l'état normal. On procédera de la même manière pour l'autre ventricule latéral. Pour ouvrir le troisième ventricule la pointe du scalpel est introduite sous le corps calleux et les piliers antérieurs du trigone au niveau du trou de Munro, le tout est divisé obliquement de bas en haut et d'arrière en avant et renversé en arrière de manière à exposer la toile choroidienne; puis celle-ci est renversée à son tour et détachée des tubercules quadrijumeaux et de la glande pinéale. Une dernière incision antéro-postérieure et verticale divise les tubercules quadrijumeaux l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule.

Il est d'une importance majeure dans l'examen des organes d'y multiplier les incisions pour bien se rendre compte de leur état. Au cerveau plus qu'ailleurs cet examen minutieux est

indispensable. Pour tirer de ces coupes multipliées tout l'avantage qu'on en attend il est essentiel de conserver entre les différents segments un trait d'union qui permette de les réunir au besoin pour se rendre compte du trajet d'un vaisseau, du diamètre d'une cavité, etc., de faire de chaque organe suivant la comparaison de Virchow un livre dont les feuillets retenus en place par la reliure, puissent être réunis, séparés, retournés et retrouvés sans effort. Le point qu'on choisit de préférence pour la reliure, c'est le hile, les incisions devront donc y converger de dehors en dedans, mais au cerveau le hile n'existe pas et les différentes parties de l'organe ne sont retenues en place que par une membrane très-déliée, la pie-mère, cependant il est encore possible d'y trouver des points d'union. Ainsi la couche optique et le corps strié seront étudiés par des incisions en éventail convergeant vers le pédoncule cérébral. La moelle épinière sera tranchée en rondelles réunies par leur bord antérieur ou postérieur.

Voilà pour l'examen des centres nerveux, passons maintenant au thorax.

La cavité du thorax se subdivise en trois cavités secondaires parfaitement indépendantes : les deux cavités pleurales et la péricardique contenue dans le médiastin. Ce dernier était autrefois considéré comme un espace, mais aujourd'hui on en fait une cloison. On sait que les plèvres tapissent les cartilages costaux et qu'au niveau des 3 ou 4 premières côtes, elles tapissent la face postérieure du sternum et s'y adossent pour former la plèvre médiastine. En enlevant le sternum on ouvre donc les deux cavités pleurales, mais l'ouverture simultanée du péricarde serait le fait d'une maladresse.

Pour enlever le sternum on divisera avec le couteau ad hoc les cartilages costaux à quelques millimètres de leur insertion aux côtes en ayant soin de tenir l'instrument aussi parallèle que possible avec la surface pour ne pas blesser le poumon ou le cœur. Si ces cartilages sont calcifiés on sciera les côtes près de leur extrémité antérieure ou on les coupera avec les cisailles de Liston. Il faut se rappeler que le cartilage de la première côte n'est pas en ligne avec les autres à cause de la plus grande largeur du manubrium et qu'il affecte des rapports intimes avec les gros vaisseaux. On le divisera en introduisant la pointe du couteau dans le premier espace intercostal et en opérant un mouvement de bascule de façon à sectionner le cartilage de dedans en dehors. On désarticule la clavicule et on coupe les attaches antérieures du diaphragme près des fausses côtes et du cartilage ensiforme pour relever le sternum. Si on soupçonne le pneumothorax on remarquera s'il s'échappe des

gaz par la première incision. Si on veut en démontrer l'existence aux assistants on tiendra au-dessus de l'ouverture une allumette dont la flamme vacillera ou sera éteinte par les gaz qui s'échapperont. On devra se hâter d'examiner l'état et le contenu des deux cavités pleurales pour y constater, s'ils existent, l'hydrothorax, l'hémithorax ou l'inflammation de la séreuse et cela d'autant plus tôt que dans la section du sternum, on coupe ordinairement les vaisseaux mammaires internes qui peuvent se dégorger dans les cavités et y produire un épanchement ou dénaturer celui qui existe déjà.

On conçoit qu'il faille examiner le cœur avant d'extraire le poumon du thorax ; il faudrait en effet pour cela couper l'artère et les veines pulmonaires ce qui permettrait au tronc de l'artère, à l'oreillette gauche et au ventricule droit de dégorger leur contenu. On pourrait à la rigueur ligaturer ces vaisseaux, mais cela n'est ni avantageux ni facile.

L'examen du cœur constitue un des points principaux de toute nécropsie. Après avoir examiné le péricarde et l'aspect extérieur du cœur, on procédera à l'examen *in situ* de ses cavités pour constater la quantité de sang qu'elles contiennent et l'état de ses ouvertures auriculo-ventriculaires. On conçoit toute l'importance qu'il y a à constater la quantité de sang contenue dans le cœur, car c'est elle qui nous révèle toujours les deux causes de mort les plus fréquentes : l'asphyxie qui se trahit par l'engorgement du ventricule droit et la paralysie du cœur par celle du ventricule gauche.

C'est ici le lieu de rappeler que les caillots post mortem qu'on trouve souvent dans le cœur sont noirâtres, couleur jus de pruneaux, molasses et gélatimiformes, tandis que les concrétions sanguines antérieures à la mort sont, au contraire, décolorées, d'un blanc grisâtre ou jaunâtre, parfois très-blanches.

Dans l'ouverture des cavités du cœur, il faut ménager avec soin la base de l'organe et éviter de sectionner les valvules qui s'y insèrent si on veut plus tard les examiner. On ouvrira le *ventricule droit* en incisant le bord droit de l'organe depuis la base jusque près de l'apex qui est formé, on le sait, par le ventricule gauche ; l'incision pour l'*oreillette droite* commencera à mi-chemin entre l'ouverture des deux veines caves, et se terminera en avant de la base ; celle du *ventricule gauche* commencera en arrière de la base et se terminera à l'apex ; celle de l'*oreillette gauche*, à gauche de la veine pulmonaire supérieure jusqu'en avant de la base.

Après l'ouverture de chacune des cavités du cœur on enlèvera le sang qu'elle contient, puis on introduira doucement les doigts dans chacune des ouvertures auriculo-ventriculaires ;

pour en constater les diamètres. A l'état normal, une main délicate peut y introduire trois doigts : l'index, le medius et l'annulaire, mais on le conçoit, c'est là une mesure approximative à laquelle on ne peut suppléer que par la pratique. Il ne faudra pas chercher à se rendre compte, en même temps, de l'état des valvules. Dans le côté gauche du cœur, il faudra savoir éviter deux causes d'erreur assez fréquentes : l'ouverture auriculo-ventriculaire de ce côté est souvent rapetissée par la contraction du ventricule ou la rigidité cadavérique, il faudra donc vaincre avec les doigts cette rigidité anormale avant de prendre note des diamètres de l'ouverture. Ici se termine le premier temps de l'autopsie du cœur.

Dans un deuxième temps, on sortira l'organe de la cavité thoracique : pour cela introduisant le pouce et l'index de la main gauche dans l'ouverture des ventricules près de l'apex, on relèvera l'organe et on divisera les artères aorte et pulmonaire et les veines caves et pulmonaire. puis après avoir examiné les parois des artères on en étudiera les valvules sigmoïdes.

Pour juger de leur suffisance plus ou moins complète on devra suspendre le cœur par le bord externe des deux oreillettes, verser de l'eau dans les artères et constater si elle s'échappe ou non par l'incision des ventricules. Si on suspendait le cœur en le tenant par les bords du vaisseau dont on examine les valvules, celles-ci pourraient être tirillées inégalement. Si on étreignait l'organe par sa base on pourrait empêcher l'eau de sortir quand même il y aurait insuffisance des valvules.

Dans un 3<sup>me</sup> temps on complètera l'ouverture des ventricules pour exposer à la vue les valvules, les cordes tendineuses, les colonnes charnues, le septum, l'endocarde, etc. L'épreuve de l'eau n'a plus ici de valeur pour juger de l'état des valvules auriculo-ventriculaires. Il est donc important de ne pas les lacérer, si on veut juger de leur état, et pour atteindre ce but les incisions devront être faites dans un sens déterminé.

Pour compléter l'ouverture du ventricule droit, on fait avec des ciseaux une incision s'étendant depuis la partie supérieure de l'incision déjà existante, jusqu'à l'artère pulmonaire. Mais sur ce trajet se trouvent les colonnes charnues et les cordages tendineux d'un des feuilletts de la valvule tricuspide, il faudra donc avoir soin d'introduire une des branches des ciseaux entre ces organes et la paroi du ventricule.

Pour exposer la ventricule gauche, l'incision commençant à l'apex du cœur divisera la paroi antérieure du ventricule et de l'aorte ; mais encore ici, sur le trajet de l'incision se trouve l'orifice pulmonaire et le bord droit de la valvule mitrale qu'il

faut éviter. Pour cela je tirerai à droit le tronc de l'artère pulmonaire et je ferai mon incision sur le côté gauche et postérieur de l'artère mais pas trop à gauche, car à quelques millimètres je trancherais la mitrale dont le bord droit est en ligne directe avec le bord droit de l'oreillette gauche, je dirigerai donc mon incision vers le milieu de l'espace qui sépare l'artère pulmonaire de l'oreillette gauche.

*Abdomen.*—En examinant les viscères abdominaux, il faudra avoir soin de réserver pour la fin ceux dont l'extraction pourrait nuire à l'examen subséquent des autres. Si par exemple on enlevait le foie le premier, on ne saurait éviter de couper les veines cave et porte et de souiller de sang tous les autres viscères. On procédera donc dans l'ordre suivant : 1<sup>o</sup> Omentum, 2<sup>o</sup> rate. 3<sup>o</sup> rein gauche avec sa capsule et son uretère, mêmes organes du côté droit, 4<sup>o</sup> vessie. 5<sup>o</sup> organes génitaux, 6<sup>o</sup> rectum, 7<sup>o</sup> duodénum et estomac, 8<sup>o</sup> conduit cholédoque et veine porte, 9<sup>o</sup> vésicule biliaire et foie, 10<sup>o</sup> pancréas, 11<sup>o</sup> mésentère, 12<sup>o</sup> gros et petit intestin, 13<sup>o</sup> gros vaisseaux sanguins et chylofères et ganglions lymphatiques.

La plupart de ces organes devront être examinés *in situ* avant d'être enlevés.

Une foule de circonstances peuvent nécessiter un changement d'ordre, mais il faudra toujours se guider sur le principe que je viens d'énoncer.

Il peut sembler à plusieurs plus avantageux d'enlever d'abord l'intestin et il n'y aurait pas vraiment grand inconvénient à en agir ainsi, surtout s'il était distendu par des gaz ou des matières fécales ou fécaloïdes.

Quand aux extrémités qu'il n'est pas toujours nécessaire d'examiner en détail, je crois inutile de m'y arrêter, il me faudrait pour cela entrer dans des considérations d'anatomie pathologique que ne comporte pas mon sujet. Permettez-moi, cependant, pour terminer, de vous communiquer quelques remarques du professeur Beneke de Marburg qu'on ne trouve pas dans les ouvrages classiques.

1<sup>o</sup> Avant la puberté l'aorte a un plus grand diamètre que l'artère pulmonaire. Après cette époque c'est le contraire qui existe.

2<sup>o</sup> Chez l'homme adulte le volume des poumons est inférieur à celui du foie, chez la femme adulte c'est le contraire.

3<sup>o</sup> Chez l'homme le volume des deux reins est moindre que celui du cœur, chez la femme il est plus considérable.

4<sup>o</sup> Le volume du cœur augmente subitement à la puberté.

5<sup>o</sup> Le calibre des artères iliaques diminue pendant les trois premiers mois de la vie.

60. Chez les cancéreux le cœur est gros et puissant, les artères bien développées, mais l'artère pulmonaire comparative-ment petite, le poumon petit, les os et les muscles bien développés et le tissu adipeux en assez grande abondance.

70. La tuberculose pulmonaire est souvent associée à un cœur exceptionnellement petit.

80. Chez la rachitiques le cœur est gros et bien développé.

Ce sont là des faits qu'il est bon de se rappeler dans les examens cadavériques.

Après cette longue description on pourrait demander avec inquiétude, combien de temps exige une autopsie complète. Deux ou trois heures, nous dit Virchow. Plus ou moins probablement, suivant le cas et les opérateurs.

Tel est, messieurs, le manuel opératoire d'une autopsie cadavérique. Le praticien n'a pas bien souvent, en ce pays, l'occasion de faire des ouvertures et nos écoles, je dois le constater, ne donnent pas à cette question toute l'importance qu'elle mérite. Mais comme chacun peut être appelé, par ses clients ou par la loi à s'acquitter de ce devoir, il importe de se tenir prêt à y faire bonne figure. Certaines causes célèbres nous ont laissé à ce sujet de bien désagréables souvenirs et de salutaires avertissements. La société me pardonnera, en considération de l'importance du sujet, la longueur de cette étude pour laquelle je ne réclame d'ailleurs que le mérite d'une bonne compilation. C'est déjà quelque chose de compiler certains auteurs allemands. Si vous en doutez, je vous engage à en faire l'expérience sur le petit manuel d'autopsies cadavériques de Virchow; ouvrage admirable..... quand on l'a compris.

---

## COMMUNICATION.

---

### Chirurgie.

---

La passion de l'étude doit être subordonnée aux droits de l'humanité.—DR BARNES.

#### LES OPÉRATIONS CHIRURGICALES A LA VILLE ET A LA CAMPAGNE.

*M. les Rédacteurs,*

.....Au cours de votre article éditorial (No. de Mai dernier), vous dites : " Cette question importante de la supériorité de la campagne sur nos villes, devons-nous la résoudre dans " un sens affirmatif " ; puis vous entreprenez courageusement

de faire de Montréal un Eden, un baucage embaumé, pur, frais, ombragé, délicieux enfin; nullement vicié par les miasmes et les émanations nocives: "qu'il n'est pas dans l'ordre divin que la vie y soit plus exposée qu'à la campagne." Elle n'est pas seulement poétique votre entreprise, elle a presque des prétentions métaphysiques; c'est trop brillant, je n'ose vous suivre si haut et si loin, je me contente des froides et arides régions de la science réelle.

Je vous concède très volontiers qu'il n'est jamais entré dans le plan providentiel que, dans le petit coin de terre que M. de Maisonneuve a choisi pour y établir Montréal, la vie y fut plus exposée qu'ailleurs; mais ce que je ne vous concède pas du tout c'est que la ville de Montréal ait été construite d'après un plan providentiel. Il n'est rien de moins providentiel que la distribution de ses rues étroites et trop souvent d'une propreté fort contestable; que son système de drainage; que son organisation sanitaire; que ses hôpitaux qui ne peuvent légitimement avoir de prétentions scientifiques et hygiéniques dans leur bizarre disposition architecturale. Il y aurait un travail important et très utile à faire sur ce sujet.

Vous le savez, Montréal ne figure pas très avantageusement dans la statistique comme centre sanitaire. Il a la mauvaise habitude de choquer les épidémies qui le visitent assez souvent et de leur permettre des ravages qui font le désespoir des familles et des médecins qu'il abrite.

Ce n'est pas faire acte de dévouement personnel et scientifique que de prétendre que les opérations chirurgicales doivent réussir aussi bien à Montréal ou dans les grandes villes qu'à la campagne. C'est dans mon humble opinion une faute grave (pour ne pas dire plus) que de chercher à entraîner les malades de la campagne à se faire opérer dans les hôpitaux des grands centres de population. Habitué à vivre dans un atmosphère sain, il est toujours dangereux pour la santé et la vie de l'habitant de la campagne de se soumettre à l'insalubrité des grandes villes. Il me serait bien facile de prouver ce que j'avance ici, si j'en avais le temps et l'espace. Ce changement de milieu et de conditions sanitaires est surtout et particulièrement fatal aux malades. Ce n'est certainement pas mon intention de déprécier dans un but de dénigrement les secours nosocomiaux que Montréal prodigue généreusement aux malades; mais y a-t-il un seul établissement qui mérite judicieusement et scientifiquement le nom d'hôpital? Il suffit de jeter un coup d'œil sur vos établissements de ce genre pour se convaincre fortement que le maçon et l'architecte ont eu plus à faire dans leurs dispositions générales que les médecins, les chirurgiens et surtout les hygiénistes. Le métier s'y est substitué à la science.

L'enseignement de Barnes peut contrarier l'ambition, mais il est trop solide et trop judicieux pour qu'il soit permis de le méconnaître. Ce qu'il dit de l'ovariotomie s'applique à toutes les grandes opérations chirurgicales, vous le savez.

Dr D. MARCIL.

Saint-Eustache, 27 mai 1881.

---

### ERRATA.

Dans " Un cas d'Ovariectomie, numéro de Mai dernier : 3<sup>e</sup> alinéa, lisez " emphatiquement " au lieu de " amphatiquement " ; et " entreprise " au lieu de " prise. " Page 197, 3<sup>e</sup> alinéa, lisez " de perforer " au lieu " de ne pas perforer. "

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

**De la Dipsomanie.**—Par le Dr MAGNAN.—Messieurs, nous allons étudier aujourd'hui une affection qu'il ne faut pas confondre avec l'alcoolisme : C'est la dipsomanie. Vous allez voir en quoi elles diffèrent. Je vous ai dit, dans notre précédente leçon, que les hallucinations alcooliques avaient un caractère pénible ; c'est le cas de beaucoup le plus commun. Il est très rare, en effet, qu'elles prennent un caractère gai et ce n'est que par intermittences. Elles sont mobiles, généralisées, s'étendent à tous les sens et reproduisent les préoccupations ordinaires du malade qui présente l'aspect ou mélancolique, ou lypémanique, ou stupide. Ces hallucinations, au début de l'alcoolisme, se montrent d'abord la nuit, quand l'individu va passer de la veille au sommeil, ou lorsqu'il se réveille en sursaut, car alors, la volonté éteinte ne peut plus corriger et rectifier les erreurs des sens et les diverses causes d'excitation normale n'existent plus. Rappelez-vous aussi qu'il ne faut pas se fier à la période de calme de l'alcoolique pendant le jour. Si sage qu'il soit à ce moment, où il raisonne sainement et où il critique son délire nocturne, il peut néanmoins, sous l'influence d'hallucinations nouvelles, commettre dans la nuit des actes dont il est absolument irres-



ponsable. Cela est très important en médecine légale. Plus les accès de délire se répètent, et plus l'état du malade devient grave; l'intelligence baisse peu à peu, la lypémanie s'établit, la mémoire s'affaiblit, le jugement disparaît, l'état moral s'affaïsse et l'alcoolique, devenu négligent pour ses affaires et sa tenue, ayant perdu tout sentiment affectueux pour sa famille, marche plus ou moins vite vers la démence simple ou vers la paralysie générale, ne pensant plus qu'à une chose, n'ayant qu'un seul souci : boire, et toujours boire.

Vous verrez qu'il en est tout autrement dans la dipsomanie. La dipsomanie n'est pas une entité morbide, ni une monomanie; c'est seulement une prédominance de symptômes: "C'est une impulsion, un entraînement puissant contre lequel l'individu ne peut résister et qui le pousse à faire des excès de boisson." Les anciens auteurs en avaient fait une maladie; je vous citerai, par exemple, Salvatori (de Moscou) et Hufeland, qui lui donna le nom qu'elle porte encore aujourd'hui. Esquirol l'appela monomanie d'ivresse. Mais, pour nous, messieurs, "la dipsomanie n'est qu'une manifestation d'une mélancolie impulsive". Les dipsomanes sont des aliénés en puissance, en germe, ayant de fortes racines d'hérédité. Chez les uns, on trouve de l'hérédité convergente double: le père et la mère ont été l'un alcoolique, l'autre mélancolique. Souvent un seul des ascendants a été atteint; quelquefois même il faut remonter au grand-père. D'autre part, et ceci est très important, les dipsomanes ont déjà présenté, avant leurs accès, des monomanies d'une autre nature, manie de suicide, d'homicide, manie religieuse, démonopathie, etc... Cette affection est donc une folie, et avant de boire le dipsomane est déjà aliéné, tandis que l'alcoolique est sain avant de boire et ne devient aliéné qu'après.

Chez les dipsomanes, les accès sont précédés de tristesse, de mélancolie, d'un malaise particulier qui imprime une modification profonde à leur caractère et à leur manière d'être habituelle. Puis le désir de boire se manifeste, sous forme d'impulsion de plus en plus vive à laquelle ils essayent d'abord de résister pour un mobile ou pour un autre, soit qu'un sentiment de dégoût, soit que leurs idées morales ou religieuses leur fassent condamner l'acte vers lequel ils sont portés. Enfin l'irritation devenant plus violente, ils ne peuvent y résister, ils ne raisonnent plus, et ils boivent tout ce qu'ils trouvent. Mais remarquez bien, messieurs, et c'est un point sur lequel insistait M. Trélat, que les dipsomanes ne boivent qu'au moment de leurs accès, ce qui les différencie des ivrognes, qui boivent toujours.

M. Magnan raconte alors l'histoire d'une pauvre dipsomane

qu'il présente ensuite à l'auditoire. Cette femme, âgée aujourd'hui de 52 ans, avait dans sa famille des antécédents de folie convergente double. Son père était ivrogne, son grand-père était atteint de manie de suicide et finit par se tuer. Dès l'âge de 18 ans, la malade, contrariée par l'opposition de ses parents à un mariage qu'elle désirait, tenta de s'asphyxier par le charbon : donc monomanie de suicide. Quelques mois plus tard elle entre au couvent et se fait carmélite ; là, après des excès de ferveur, elle a des hallucinations, elle entend la voix des anges, elle converse avec Dieu ; puis après de graves irrégularités dans sa conduite, elle est atteinte de demonopathie pendant deux ans. Voilà de la manie religieuse bien caractérisée. Elle se décide un jour à quitter le couvent et à rentrer dans sa famille, où elle se marie. Mais au bout de quelques mois elle devient bizarre, son caractère se modifie, elle est triste, taciturne par excès, elle néglige le ménage et un jour on la trouve complètement ivre. Cinq ou six semaines après nouvel accès et son caractère devient de plus en plus irritable ; elle veut étrangler son mari, le menace d'un couteau, le bat à table devant plusieurs personnes. Renvoyée pendant 18 mois chez sa mère, elle y recouvre la santé ; elle est reprise alors par son mari. Mais bientôt elle est ramassée ivre dans la rue et après 4 ou 5 nouveaux accès, on se décide à la renfermer dans un asile d'aliénés. Elle y resta 3 mois et son état s'améliora sensiblement. Peu de temps après sa sortie, elle rencontra un ami avec lequel elle vécut pendant 7 ans ; celui-ci, plein de sollicitude pour elle, et la surveillant de près, note en 7 ans 80 accès. La malade, se rendant compte de sa triste situation, chercha deux fois à se suicider. Renfermée une troisième fois à l'asile et encore améliorée, elle ne tarde pas à être reprise de sa manie irrésistible : elle boit plus que jamais, malgré tous ses efforts, et devient complètement alcoolique. Si bien qu'on la ramène une dernière fois à l'asile Sainte-Anne, où elle se trouve encore aujourd'hui.

La malade raconte alors elle-même comment elle était prise de ses accès de dipsomanie et tous les moyens qu'elle employait pour ne pas céder à cette impulsion plus forte que la volonté.

Ces accès revenaient généralement la nuit, quand la malade commençait à s'endormir ; alors, réveillée en sursaut, elle se sentait poussée à boire les bouteilles de vin qui étaient près d'elle sur sa table de nuit. Elle résistait d'abord en essayant de se rendormir. L'incitation devenant plus forte, il n'était pas de moyens qu'elle ne mit en usage pour ne pas succomber, mêlant au vin de la bouteille les liquides les plus amers et les

plus repoussants, jusqu'à des matières fécales; malgré cela, l'impulsion continuait et bientôt, ne raisonnant plus, elle saisissait les bouteilles et buvait: puis arrêtée par l'aère saveur du liquide, elle le laissait un instant: mais elle recommençait jusqu'à ce qu'elle eût achevé la bouteille. Elle devenait alors complètement ivre, et, à la fin, atteinte de délire alcoolique, elle voyait, dit-elle, des araignées, des chauves-souris, des animaux fantastiques autour de son lit; toute la série, en un mot, des hallucinations alcooliques.

Ce qui caractérise la dipsomanie, c'est ce retour paroxystique de l'impulsion à boire, impulsion qui n'est pas isolée, remarquez-le bien, mais toujours précédée et accompagnée d'un sentiment de tristesse, de découragement, d'impuissance à continuer le travail, de malaises dyspeptiques. Le malade a la sensation d'un poids, d'une barre sur l'estomac. Il a de l'insomnie, des cauchemars, des rêves fatigants et, le désir impérieux de boire survenant, il s'y abandonne avec fureur. Les premiers verres amènent un état d'apaisement, de soulagement, de bien-être funeste puisqu'il engage le dipsomane à continuer jusqu'à ce qu'il tombe dans l'ivresse complète: alors tout est bon, les boissons même les plus désagréables, et pour s'en procurer, le malheureux se sert de tous les moyens; il quitte son domicile et court de maison en maison, laissant chez les marchands de vin tout ce qu'il a sur lui, jusqu'à ses vêtements, pour assouvir ses affreux besoins. Puis arrivent pour les uns les phénomènes de l'ivresse comateuse, pour les autres la phase d'excitation véritablement redoutable, car alors ils sont passés à des actes de suicide ou d'homicide dont ils ne sont plus responsables.

Les accès de dipsomanie présentent une très-grande variété: comme durée, ils se prolongent pendant quinze jours même, dans certain cas; 2o. comme fréquence, les uns se renouvellent tous les quinze jours, d'autres cinq ou six fois par an, quelques fois plus rarement encore. La menstruation, la grossesse ont peu d'importance sur leur reproduction.

Le pronostic est très-grave, puisqu'on a affaire à des folies intermittentes paroxystiques qui peuvent pousser le malade aux actes les plus graves, et qui se renouvellent constamment.

Le traitement consiste à traiter les phénomènes d'excitation qui suivent l'accès, on donne alors du bromure de potassium. On agit contre l'état gastrique par les amers, etc. Mais ce qui y a de mieux pour les dipsomanes, c'est la séquestration, c'est l'asile et la surveillance, qui les calme, qui éloigne les accès, qui leur enlève la faculté de céder à leurs fâcheuses impulsions et arrête par là la reproduction de nouvelles attaques de folie.

Il est donc nécessaire de maintenir ces malades dans les maisons d'aliénés, où ils resteront plus ou moins longtemps, suivant la gravité de l'affection et les conditions particulières qui leur permettent de reprendre la vie commune, mais ils devront toujours être surveillés.—*Le Praticien.*

—

**Indications pathologiques des cures de lait.**—*a. Cures de lait dans les affections générales.*—Les cures de lait ont été appliquées primitivement dans les *affections tuberculeuses*; or il est à remarquer que c'est précisément dans les gastrites et les dyspepsies d'origine tuberculeuse, que ce régime convient le moins; lorsque les malades sont arrivés à cette période caractérisée par l'anorexie absolue, par le dégoût des aliments solides quelconques, par les vomissements succédant aux quintes de toux, par la difficulté de digérer, c'est alors surtout que le lait paraît devoir être utile, et cependant il n'en est rien. Il semble au contraire qu'il convient plutôt au début de la maladie, à l'époque qui réclame les corps gras, l'huile de foie de morue; c'est comme aliment de combustion, c'est-à-dire en raison de la graisse et du sucre de lait, qu'il agit alors efficacement; la partie azotée du lait, la caséine, bien que d'une *peptonisation* incontestablement facile, devient d'une digestion difficile, en raison des acides lactique et butyrique qui se forment aux dépens du sucre de lait, et d'une autre part, en raison de la graisse qui entrave la digestion stomacale.

*b. Dans les dyspepsies urémiques et uricémiques.*—Un autre genre de dyspepsies de provenance générale, c'est la *dyspepsie rénale* et l'*urémie gastro intestinale*, qui en est la conséquence; dans ces conditions la cure de lait présente une incontestable utilité. On l'a employée également dans les cachexies, particulièrement dans la *goutte chronique*, accompagnée ou non de dyspepsie.

*c. Dans les hydropisies.*—Le triomphe du lait est dans les *hydropisies* en général, *rénales* ou *cardiaques*; il agit à titre de diurétique.

C'est même là le point de départ de son emploi dans les affections du cœur sans *hydropisies*. Le professeur Potain a insisté sur cette médication dans certaines *lésions cardiaques*, surtout du cœur droit, qui proviennent de la néphrite. De même aussi, dans les hypertrophies cardiaques passagères provenant de dyspepsies, cette application est parfaitement logique, si la cure de lait convient aux affections dyspeptiques; or ce n'est pas là un axiome, mais n'est-il pas arrivé à mon distingué

collègue de constater l'inverse, c'est-à-dire des distensions gazeuses sous l'influence de la dyspnée cardiaque ou asthmatique, véritables tympanites résultant de la fatigue du diaphragme, véritable météorisme mécanique, qui existe sans la moindre trace de dyspepsie; dans ces cas, pas de lait.

d. *Ulcères de l'estomac.*—Parmi les maladies de l'estomac, la seule qui réclame énergiquement le lait, c'est l'ulcère de l'estomac (Crucveilhier); de là on a argué en faveur du lait dans toutes les maladies des organes digestifs; inflammations chroniques, entérites, dyspepsies hépatiques et même cancer.

On n'a varié pour tous ces états si divers que la quantité de lait, et sa qualité; on a prescrit tantôt des cures exclusives, tantôt on a remplacé le lait de vache par du lait de chèvre, surtout dans les diarrhées, ou par le lait d'ânesse, surtout dans les atonies intestinales.

Dans l'ulcère de l'estomac, l'incontestable supériorité du lait tient à des raisons physiologiques qu'il s'agit de motiver fortement, pour qu'on n'en fasse ni une panacée, ni un remède empirique:

1o. Sa qualité de *liquide* alimentaire fait qu'il ne présente pas de fragments volumineux comme la viande, durs comme l'albuminoïde coagulée de l'œuf, anguleux comme la croûte de pain durcie; il n'a donc rien d'agressif pour les ulcères, qui sont ouverts, ou en voie de cicatrisation.

2o. Sa consistance molle le fait pour ainsi dire glisser de l'estomac dans l'intestin; son séjour dans l'estomac ne saurait se prolonger, les caillots de caséine, eux-mêmes, soit purs, soit mêlés de graisse, s'échappent facilement, entraînés par le liquide, à travers l'ouverture pylorique, qui s'entrouvre si fréquemment pendant la digestion, et souvent dès le début, c'est-à-dire dix à quinze minutes après l'ingestion des aliments; dès lors il ne pèse pas, comme l'on dit, sur l'estomac; loin de là, il ne l'occupe même pas, il n'utilise même pas ses fonctions; il trouve en effet dans l'intestin le suc intestinal qui digère la caséine, et transforme le sucre de lait en glycose; il trouve là le suc pancréatique, qui peptonise encore plus merveilleusement la caséine, ainsi que les albuminates du lait, et qui de plus émulsionne la graisse; il rencontre enfin dans la cavité duodénale, la bile, qui complète l'émulsionnement, et facilite singulièrement l'absorption de la graisse par la membrane qui couvre la villosité intestinale.

3o. Le lait dispense de tout autre aliment dans l'ulcère de l'estomac, et c'est là un avantage immense; de sorte qu'il n'est plus question de demi-cures ou de cures mixtes; mais à un moment donné le dégoût arrive, et force est alors de le

remplacer par des pulpes de viande crue, ou d'autres aliments de digestion facile, et dépourvus de tout élément consistant, coriace, etc.; j'ai connu un jeune médecin, très distingué, qui a vécu de lait pendant trois ans; puis l'amaigrissement se manifesta, et le lait lui inspira une véritable répulsion; il fallut cesser; il se nourrit alors, d'après mes conseils, exclusivement de viande crue réduite en pulpe, et mêlée ou non avec de la confiture; il vécut ainsi deux ans; puis il reprit le lait, qui fut impuissant pour empêcher une hémorrhagie mortelle.

40. D'autres raisons physiologiques viennent s'ajouter aux précédentes pour démontrer l'utilité du lait; elles seront développées à l'occasion du traitement des dyspepsies.

*c. Cure de lait dans le traitement des dyspepsies gastriques.*— Laissons maintenant les ulcères de l'estomac, ainsi que les atonies intestinales, qui seront étudiées d'une manière spéciale, pour arriver à préciser le rôle du lait dans la diététique des autres maladies de l'estomac. Je récuse le lait dans le cancer; il est rare que cet aliment ne subisse pas dans l'estomac une fermentation lacto butyrique; je récuse le lait dans les dyspepsies à mucine, avec enduits de la langue, anorexie; je le réserve pour les dyspepsies simples, et pour les dyspepsies vasomotrices. Voici les raisons physiologiques :

10. *Peptonisation locale.*— La caséine exige bien moins d'acide gastrique que la fibrine et l'albumine, pour se peptoniser. Il est démontré que sous le rapport de la peptonisation, on doit établir une série graduée descendante entre les divers albuminates usuels, sans parler du gluten, de la gélatine, de la nucléine, de l'hémoglobine, qui résistent singulièrement; la classification doit commencer: a) par l'albumine de l'œuf, qui exige un degré d'acidité considérable pour se peptoniser; b) puis vient la musculine; c) la fibrine du sang se peptonise plus facilement, c'est celle qui sert de prototype; d) mais c'est surtout la caséine qui exige la moindre intervention du suc gastrique, le moins d'acide et le moins de pepsine; e) à côté de la caséine, on peut citer la légumine, qui a la plus grande analogie de composition avec la caséine animale, et la même facilité de peptonisation, si bien que Schutzenberger et d'autres chimistes l'ont dénommée la caséine végétale.

20. *Pas de dyspeptone.*—Par cela même qu'elle exige moins d'acide pour se transformer, sa peptonisation ne s'arrête pas en chemin, et on ne trouve pas de parapeptone, c'est-à-dire de syntonine, qui n'est que le produit de l'acidification des albuminates en général. Ainsi digestion complète dans l'estomac, à moins que les fragments de caséum ne soient entraînés par le liquide lacté dans l'intestin, où le pancréas digère parfaitement la caséine.

30. *Albuminose et lacto-protéine. Peptones.*—Outre la caséine, il y a dans le lait une petite quantité d'un corps albuminoïde, variable selon l'espèce de lait et qui n'a ni les réactions de la caséine, ni celles de l'albumine. Un autre corps bien autrement important, c'est l'albuminose de Bouchardat, et la lacto-protéine de Millon et Commaille; ces corps, d'après Kirschner, sont identiques à la *peptone*, car ils ne précipitent ni par la chaleur, ni par les acides.—Préformés dans le lait, ou en partie aux dépens de la caséine, ces substances *peptonoides* s'absorbent directement, sans avoir eu à subir la moindre modification digestive; c'est un avantage réel, mais la quantité de ces principes est minime, elle ne dépasse pas un millième.

40. *Graisses.*—Le lait, a dit Soxhlet, n'est qu'une émulsion de graisses par les albuminates alcalins; cette émulsion se compose de gouttelettes libres et non entourées d'enveloppes; comme on le croyait; or cette division émulsive facilite singulièrement l'absorption de la graisse, celle-ci ne présente nulle part une pareille forme, et par conséquent une si grande facilité à pénétrer dans les membranes. Le beurre qui existe également sans être enveloppé d'une membrane, se prête à la résorption mieux que les autres graisses.

50. Le *sucre de lait* prédomine sur tous les autres éléments dans le lait écrémé, c'est-à-dire privé de graisse et de caséine; sa fermentation lactique se produit directement. Les autres sucres sont d'abord convertis en glycose, et celui-ci une fois formé fermente en alcool.

60. *Les sels du lait de vache* sont principalement des triphosphates calcaires. Comme la caséine est plus considérable dans ce lait, comme elle est tenue en dissolution par les phosphates, on s'explique aisément le surplus de phosphates par l'excès de caséine. Or nous savons que la caséine se digère facilement, et que les triphosphates calcaires sont solubles.

f. Dans les cas d'*anorexie*, comme cela a lieu dans les *dyspepsies nervo vasculaires*, le lait n'exigeant aucun effort de mastication est accepté par le malade.

Pour toutes ces raisons la cure du lait dans les dyspepsies s'explique aisément; mais dans la généralité des cas, les pepsinogènes, l'eau de Vichy et l'alcool sont indispensables, et supérieurs; ils réveillent les forces digestives assez pour qu'on puisse recourir à une nourriture variée, substantielle et excitante, que les malades préfèrent.

### Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire.

—Leçons faites à la Faculté de Médecine, par JACCOUD.—Paris, Delahaye, 1881.—Voici un bel et bon livre que nous croyons devoir recommander à nos confrères. Nous estimons qu'ils en retireront de précieux enseignements pour le traitement de cette cruelle affection, que le médecin rencontre tous les jours sur sa route. Nous nous bornons à en donner un compte-rendu très sommaire; un tel ouvrage se lit, mais ne s'analyse pas.

Les trois premières leçons sont exclusivement consacrées à démontrer la curabilité de la phthisie. Ce n'est pas sans motifs que l'auteur s'occupe longuement de ce point. Il est consolant, pour le médecin comme pour le malade, d'entendre un homme, de la valeur de Jaccoud, énoncer la proposition suivante: "*la phthisie pulmonaire est curable à toutes ses périodes; voilà la notion féconde qui domine toute l'histoire de la maladie, qui doit inspirer et diriger incessamment l'action médicale.*"

L'auteur s'occupe ensuite du traitement prophylactique; après avoir exposé les signes indicateurs de l'opportunité de ce traitement, il montre que le médecin doit tâcher de remplir deux indications principales: la première tirée de la débilité constitutionnelle, la seconde tirée de l'insuffisance pulmonaire. La débilité constitutionnelle sera principalement combattue par le séjour à la campagne, un régime alimentaire approprié, les exercices de gymnastiques, le choix d'une bonne résidence, les voyages sur mer, enfin l'hydrothérapie. Il insiste sur ce dernier moyen, pour lequel on se montre souvent trop timoré chez les sujets prédisposés à la tuberculose.

Afin de remédier à l'insuffisance pulmonaire, M. Jaccoud dit qu'il n'existe que deux moyens: c'est le séjour dans l'atmosphère raréfiée des hauteurs et l'aérothérapie. L'auteur attache une grande importance à ce dernier procédé, pour la réalisation duquel on doit avoir recours soit aux appareils transportables (Waldenbourg), soit, quand on en a à sa disposition, aux bains d'air comprimé. "Je vous recommande avec insistance, dit-il, l'emploi des méthodes aérothérapiques; leur efficacité est bien propre à faire accepter le léger ennui qui résulte de l'assujettissement quotidien qu'elles imposent; car rien ne peut les remplacer comme agents de développement de l'activité fonctionnelle des poumons. Le médecin qui néglige l'emploi de cette méthode lorsqu'elle est indiquée commet une faute qui peut avoir des conséquences graves; car il rejette ainsi *une des armes les plus puissantes du traitement prophylactique*"

Le savant professeur de Paris consacre ensuite quatre leçons



au traitement curatif. Au point de vue hygiénique, il revient encore sur les deux procédés, qu'il a déjà préconisés comme remèdes préventifs; je veux parler de l'hydrothérapie et de l'aérothérapie. Pour ce dernier, voici ce qu'il en dit: les effets ne sont jamais nuls; l'effet minimum consiste dans le maintien prolongé des lésions à un état stationnaire; d'autres fois, on obtient une diminution plus ou moins notable dans l'étendue des lésions; enfin, dans quelques cas plus heureux encore, on peut constater la disparition totale des lésions et la restitution *ad intergrum* des régions pulmonaires affectées.

Comme médications, M. Jaccoud préconise les ferrugineux, l'huile de foie de morue, la glycérine, l'arsenic, les révulsifs; dans quelques cas, la créosote, l'alcool, le lait médicamenteux.

Vient ensuite le traitement des complications, telles que la fièvre, les désordres des voies digestives, les hémoptysies.

La neuvième leçon comprend la thérapeutique des deux formes spéciales de tuberculose, que M. Jaccoud nomme la phthisie pneumonique et la granulose miliaire aiguë.

Enfin, dans les dernières leçons, l'auteur expose des aperçus tout à fait nouveaux et des idées très originales sur le traitement thermal et le traitement climatérique. Les opinions personnelles empruntent une importance toute particulière à cette circonstance que M. Jaccoud a voulu s'assurer, par lui-même et de visu, des conditions dans lesquelles se trouvent les principales stations thermales ou climatériques où l'on envoie les tuberculeux. Dr A. MÖLLER.—*Le Sculpe!*

—

**L'écorce de murier doit être abandonnée comme tonéifuge.**—L'écorce de murier jouit de la réputation de tonéifuge depuis Dioscoride; elle est indiquée depuis des siècles dans toutes les listes des médicaments réputés capables de débarrasser l'intestin du parasite. Tantôt c'est le murier blanc qui est préconisé, tantôt c'est le noir; et la dose à laquelle on doit l'employer est même fixée d'une manière assez précise par certains auteurs, pour qu'on puisse penser que son action est relativement puissante.

Pour se faire, par expérience, une opinion sur sa valeur, un de nos médecins de la marine les plus distingués, M. BÉRENGER-FÉRAUD (de Toulon) vient d'expérimenter cette écorce et voici le résumé de la note qu'il adresse au *Bulletin de Thérapeutique* au sujet de ses essais.

Dans douze expériences, allant depuis 16 grammes d'écorce fraîche provenant d'un arbre jeune et vigoureux, jusqu'à 300 grammes, M. Bérenger-Féraud n'a pas vu se produire une seule

fois une action tœnifuge ; bien plus, le liquide obtenu par l'infusion et la macération de cette énorme dose de 300 grammes de mûrier, n'a engendré absolument aucun effet physiologique appréciable. Et cependant ce médicament avait été préparé sous la surveillance du Dr Porte pharmacien de première classe de la marine, et tour à tour le régime lacté préalable, le purgatif huileux, drastique ou salin avait été mis en œuvre.

D'après ses expériences M. Béranger-Féraud se croit — avec juste raison selon nous — autorisé à conclure que l'écorce de mûrier blanc ou noir de Toulon n'a aucune action tœnifuge, et comme le mûrier vit en Provence aussi bien et aussi facilement que dans sa contrée d'origine, il est bien probable que dans aucun pays cette écorce n'a une propriété anthelmentique plus efficace. — *Le Médecin praticien.*

—

**Des avantages du traitement par occlusion dans les dermatoses.** — M. le Dr BUSQUET, de Bordeaux, vient de publier sous ce titre un travail intéressant avec observations à l'appui qu'il termine par les quelques conclusions suivantes :

Nous pouvons donc actuellement, en nous appuyant d'une part sur la physiologie de la peau affirmer l'innocuité du pansement par occlusion, alors même qu'il devrait s'étendre à toute la surface du corps, car il produit une élévation de température alors que la mort, à la suite du vernissage chez les animaux, ne survient que par le refroidissement ; et, en second lieu, les observations que nous avons citées nous permettent encore d'affirmer cliniquement l'excellence de ce mode de traitement.

Dans les dermatoses diathésiques, le pansement par occlusion devra s'accompagner du traitement général.

Le traitement par occlusion rendra de grands services dans les dermatoses aiguës ; mais ses résultats seront surtout appréciés dans les dermatoses chroniques, invétérées, et contre lesquelles la plupart des agents thérapeutiques auront déjà échoué.

Les toiles imperméables sont supérieures aux autres modes d'occlusion ; et parmi ces dernières, nous emploierons de préférence le taffetas gommé d'Angleterre recouvert d'une couche d'ouate, et à cause de la chaleur plus considérable dans laquelle il entretient la partie malade, et aussi à cause de sa commodité.

Chez l'enfant, il faudra user de ménagements, ne pas précipiter la guérison, et ne jamais pratiquer l'occlusion de toute la surface du corps, dans les cas de dermatose généralisée.

Nous emploierons le pansement par occlusion dans la plupart des dermatoses humides, vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses, eczéma, impétigo, pemphigus, etc., etc. Nous l'emploierons encore dans les affections cutanées sèches, formées de squames, d'écaillés, telles que l'ichthyose, le psoriasis, etc. Enfin, nous l'emploierons dans tous les cas où il sera nécessaire de combattre l'inflammation et le prurit.

—*Le Médecin praticien.*

**Sur le Sarracenia purpurea et son emploi thérapeutique.**—En 1861, MORRIS et MILES avaient vanté son action dans la variole. Bursh, Taylor, Henderson et Griffith avaient appuyé cette conclusion; mais Marson, Haldone, Gorder et Brown, ayant eu à traiter des cas de variole chez des sujets non vaccinés, ne purent reconnaître aucune action. En sorte qu'il faut conclure, avec notre collègue M. Labbé, qu'il n'y a guère à espérer de ce côté.

Il n'en est peut-être pas de même dans la goutte.

M. Foucault, médecin de première classe de la marine, faisant le service à bord des paquebots transatlantiques, entendit parler à New-York de cette plante; il en rapporta et en fit prendre à son père atteint depuis longtemps de goutte chronique; il l'employa ensuite avec succès chez plusieurs autres goutteux, et fit paraître à ce sujet un mémoire dans les *Archives de médecine navale*, t. XXVII, p. 380, 1877.

M. Leroy de Méricourt, qui avait été mis au courant de cette action du sarracenia dans la goutte par son collègue, l'a employé depuis cinq ans dans sa clientèle et se félicite de l'usage de cette plante chez des goutteux avérés.

J'ai, pour mon compte, dit M. Constantin Paul, employé cette plante chez trois malades, dont deux sont atteints de goutte chronique et le troisième de rhumatisme nouveau. Les résultats que j'ai obtenus sont encore trop restreints pour que je puisse affirmer rien de positif; mais, une semblable expérience ne pouvant guère être faite par un seul médecin, j'ai cru devoir signaler à mes collègues ce nouveau remède.—*Revue de Thérapeutique medico-chirurgicales.*

**Ataxie locomotrice.**—M. le professeur PITRES a fait à l'hôpital Saint-André de Bordeaux une excellente clinique sur ce sujet. Nous croyons intéressant d'en rapporter les conclusions :

1<sup>o</sup> La sclérose des cordons postérieurs débute toujours par des troubles de la sensibilité;

2<sup>o</sup> Les phénomènes douloureux ont le plus souvent une physionomie spéciale qui permet d'établir un diagnostic précoce (caractère fulgurant, intermittent, irrégulier, etc.);

3<sup>o</sup> Les douleurs peuvent siéger sur différents points du corps (membres et face, viscères, rachis);

4<sup>o</sup> Elles précèdent les troubles moteurs de plusieurs mois ou de plusieurs années.

5<sup>o</sup> Elles peuvent indéfiniment constituer les seuls symptômes de l'ataxie, qui, dans ces cas, mérite mieux la dénomination de *tabes*.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicales.*

---

**Action du café et du sucre sur la digestion stomacale.**—M. LEVEN vient de communiquer à la Société de biologie les résultats des recherches expérimentales, qu'il vient de faire avec notre ami le Dr SÈMERIE, sur l'action du café et du sucre sur la digestion stomacale.

Il a été frappé de la divergence d'opinion des médecins sur l'action du café. Les uns, par exemple, tels que Trousseau et Pidoux, considèrent le café comme un excellent digestif; d'autres, au contraire, comme étant très-nuisibles à la digestion. Voici comment M. LEVEN a procédé: Il a fait avaler 30 gr. de café en poudre dans 150 gr. d'eau à un chien qui venait de manger 200 gr. de viande. L'animal est sacrifié trois heures après. On trouve la muqueuse de l'estomac pâle, décolorée, profondément anémiée. Les vaisseaux de la surface interne, aussi bien que ceux de la périphérie de l'estomac, sont contractés. 145 gr. de viandes restent non digérées. *Donc, le café ralentit la digestion stomacale.* Cela, parce que la contraction des vaisseaux et l'anémie consécutive de la muqueuse, entravent la sécrétion du suc gastrique. L'abus du café produira la dyspepsie. Ainsi les Anglais, les Hollandais, qui prennent du café, du thé, à hautes doses, sont fréquemment dyspeptiques. La répétition fréquente de l'anémie stomacale entraîne un effet contraire: la *congestion*, état physiologique indispensable à la dyspepsie, d'après M. Leven.

Le café suractive les fonctions cérébrales. Il a un effet général utile, agréable, et un effet local nuisible.

Le sucre a été très-incriminé par les médecins chimistes. Pour eux, le sucre est une substance dont les effets sont déplorable pour les dyspeptiques, M. Leven ne partage pas ces craintes, il cite le cas d'un de ses amis, médecin, qui, dyspep-

lique depuis deux ans, avait une véritable terreur du sucre, et qui, aujourd'hui, mange jusqu'à 120 gr. de sucre par jour sans être incommodé. L'auteur a suivi là la même méthode expérimentale que pour le café. Un chien prend 80 gr. de sucre blanc après un repas de 200 gr. de viande. Sacrifié six heures après, son estomac renferme à peine de viande. La muqueuse gastrique est rouge, vivement congestionnée. La congestion du foie est notable. Si on ouvre un animal qui a pris 200 gr. de viande et pas de sucre, on retrouve dans son estomac de 90 à 100 grammes de viande. *Le sucre favorise donc la sécrétion du suc gastrique.* Le café sucré perd une partie de ses défauts. Il ne faut pas prendre de café non sucré.—*Le Médecin praticien.*

**Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le benzoate de soude.**—Trouvant une assez grande analogie entre la composition chimique de l'acide benzoïque et celle de l'acide salicylique, le docteur David Macewan a pensé que le benzoate de soude pourrait avoir quelques-unes des propriétés thérapeutiques du salicylate de soude; et il l'a expérimenté dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Les résultats obtenus sont tout ne peut plus satisfaisants. L'administration de 1 gr. à 1 gr. 30 cent. de benzoate de soude toutes les trois heures amène en deux ou trois jours la diminution de la douleur et la délitescence de la fièvre, comme le démontrent les observations publiées par le docteur Macewan dans le *British Medical Journal*. Ainsi voyons-nous que chez une malade qui avait les épaules, les coudes, les genoux et les hanches prises avec une température de 38°,0 et un pouls à 120, une dose d'un gramme de benzoate de soude toutes les trois heures faisait dès le lendemain tomber la température à 38°,3 et le pouls à 108. Le troisième jour, le pouls était à 96° et la température à 37°,2. Le quatrième, le pouls était à 71 et la température à 37°, et le cinquième jour la malade était complètement guérie; elle n'avait plus ni douleurs ni fièvre.

Les autres observations du docteur Macewan sont tout aussi concluantes, et la moyenne de la durée du traitement n'a pas chez ses malades dépassé 4 à 5 jours.

C'est donc à bon droit qu'il peut donner l'acide benzoïque et ses composés comme les succédanés des préparations faites avec l'acide salicylique.—*Revue de Thérap. Méd.-Chirur.*

**Injections hypodermiques d'ergotine pour calmer la toux.**—Jas Allan dans le *British Medical Journal* donne la note suivante : L'ergotine en injections hypodermiques à la dose de 5 à 15 centigr. est un agent d'une grande puissance pour atténuer les quintes de toux dans les diverses affections des poumons et diminuer les crachats. Au lieu de provoquer, comme certains médicaments, un trouble général hors de proportion avec les bons effets qu'ils peuvent produire, l'ergotine ne détermine aucune incommodité. Cependant l'injection éveille une irritation locale; administrée sous la peau, elle peut provoquer un abcès: il vaudrait mieux l'enfoncer profondément dans un muscle, le deltoïde, par exemple. Les effets sédatifs persistent pendant un jour ou deux. Dans les quintes de toux fatigantes des phthisiques avancés suivies assez souvent d'hémoptysies parfois mortelles, l'ergotine est indiquée à tous les points de vue. L'ergotine administrée à l'intérieur, à doses faibles ou fortes, ne semble pas donner les mêmes résultats.—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

---

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

---

**Des abcès de la marge de l'anus;—Symptomatologie et traitement.**

Les abcès profonds de la marge de l'anus peuvent avoir des origines très-différentes. Il y a les abcès stercoraux qui sont la conséquence de quelque affection chronique du rectum, cancer, rétrécissement, etc.; il y a les abcès urineux qui se forment à la suite de lésions de l'urèthre, de la prostate ou de la vessie; enfin, il y a les abcès ossifluents qui tiennent à quelque altération des os du bassin ou de la colonne vertébrale.

Mais, en dehors de ces abcès symptomatiques, il en est d'autres encore dont l'origine est toute locale, et c'est de ceux-là que je veux parler aujourd'hui, et principalement des abcès du pourtour de l'anus. On les divise en deux grandes classes: 1<sup>o</sup> les abcès superficiels, et 2<sup>o</sup> les abcès profonds. Enfin on peut aussi rencontrer dans la peau de la même région, de petits abcès comme des clous, des abcès tubéreux, sous-dermiques qui ont souvent pour point de départ une petite glande. Ces petits clous forment une classe à part, ils ne sont jamais suivis ni de fistule ni de décollement de la peau. Ils restent intra-dermiques ou sous-dermiques.

1<sup>o</sup> Les abcès superficiels se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané; ils sont très-fréquents et sont souvent le résultat de la présence des hémorrhoides, ou de quelque écorchure, de quelque petite excoriation. Ils sont caractérisés par une tuméfaction superficielle, circonscrite, suppurant plus ou moins vite, leur fluctuation est facile à percevoir; ils ont une grande tendance à décoller la peau du pourtour de l'anus et à s'étendre vers la muqueuse et vers ses valvules internes, à l'union de la peau et de la muqueuse rectale. C'est là en effet que l'on rencontre le plus souvent les fistules consécutives à ces abcès.

Quelquefois le point de départ est l'inflammation de ces valvules, une lymphangite de voisinage auxquelles succèdent abcès, décollement et fistule.

2<sup>o</sup> Les abcès profonds, comme chez le malade qui est le sujet de cette leçon, ou péri-anaux proprement dits, sont ceux qui peuvent s'ouvrir sur la muqueuse rectale dans un trajet limité par les sphincters. L'anus n'est pas un simple anneau, il doit être considéré comme un cylindre d'une hauteur de 4 à 5 centimètres, limité par les deux sphincters interne et externe. C'est autour de ce cylindre que se montrent les abcès péri-anaux.

Ces abcès peuvent être plus ou moins considérables et s'étendre en arrière jusqu'au coccyx, en avant jusqu'au périnée, et latéralement jusqu'aux tubérosités et latéralement jusqu'aux tubérosités ischiatiques, remplissant alors les fosses ischio-rectales. Leur volume est variable.

Ils ont souvent un début insidieux, lent, pouvant mettre des jours et même des semaines à se montrer. Chez notre malade, il a débuté un mois après le traumatisme qui en a été la cause — un coup assez violent — il a débuté par une sorte d'induration, et ce n'est que plus tard que celle-ci s'est accompagnée de douleurs lancinantes. Les choses ont ainsi duré pendant plusieurs semaines sans changement de coloration de la peau, sans œdème, ni inflammation. La région malade était dure et résistante, ce qui distingue ces abcès profonds des abcès superficiels. La fluctuation était difficile à trouver. Cependant la douleur aiguë déterminée par la pression dans un point circonscrit nous a permis de reconnaître la présence du pus.

Cette induration persistante tient à la nature des tissus où l'abcès s'est développé, tissu cellulo-graisseux que recouvre une trame fibreuse qui forme une sorte de cuirasse protectrice de la peau. C'est à cette trame même que ces abcès doivent de se développer plus facilement dans les parties profondes, de fuser en profondeur, et la résistance qu'elle présente est une

cause de décollement et de fusées purulentes dans une direction déterminée à l'avance, c'est à-dire soit en avant du côté du périnée, soit sur les côtés de l'anus vers la face externe du sphincter d'où l'abcès peut s'ouvrir dans l'anus, soit enfin, ce qui est beaucoup plus rare, en arrière et en dehors sur le bord inférieur du grand fessier vers la tubérosité ischiatique.

Les abcès profonds s'accompagnent de difficultés pour le malade à rester assis ou à marcher, de gêne et de douleurs dans la défécation : les contractions de l'anus et du rectum sont douloureuses ainsi que la miction ; les efforts de toux, si le malade a quelque affection pulmonaire, provoquent aussi de vives douleurs.

Quant aux phénomènes généraux, ils sont les mêmes que dans toute affection inflammatoire.

Les causes sont de plusieurs ordres. Ce peut être la constipation donnant lieu à des déchirures ou à de petites érosions de la muqueuse anale et à une lymphangite consécutive. Les hémorroïdes sont aussi une des causes les plus fréquentes, par leur dilatation ampullaire, qui devient assez facilement le siège d'une thrombose, d'une coagulation sanguine, et la dégénérescence du caillot est souvent le point de départ d'une périphlébite et d'un abcès superficiel ou profond, selon que l'hémorroïde elle-même est superficielle ou profonde.

Enfin il y a encore une cause très-importante, c'est la tuberculisation pulmonaire qui est admise aujourd'hui par la plupart des chirurgiens. Ces abcès chez les tuberculeux sont fréquents ; quelques fois ils accompagnent les ulcérations de la muqueuse du rectum et font suite à la diarrhée des tuberculeux. Chez d'autres, l'abcès survient sans ulcérations intestinales préalables, alors même que la tuberculisation pulmonaire ne s'est pas encore manifestée d'une façon apparente. L'abcès précède, dans ces cas, les signes de la tuberculose. C'est ainsi que j'ai soigné un étudiant en médecine pour un abcès du périnée, dont l'apparition avait précédé de peu les premières manifestations de la tuberculisation pulmonaire. L'examen histologique de ces abcès n'a pas encore été fait, mais tous les faits cliniques démontrent avec la plus grande évidence que dans ce cas on a affaire à des abcès tuberculeux.

La maladie peut se terminer soit par résolution, soit par fistule.

Dans le premier cas, il reste pendant longtemps un noyau induré, qui le plus souvent redevient le siège d'une nouvelle inflammation. On doit savoir, en effet, que ces abcès sont sujets à récidiver deux ou trois fois ainsi jusqu'à suppuration.

Le pus de ces abcès affecte une odeur fétide, particulière,



fécale; aussi avait-on cru longtemps qu'il existait quelque ulcération ou quelque perforation de la muqueuse anale qui permettait le passage des liquides ou des gaz intestinaux dans le foyer purulent. Mais aujourd'hui l'on sait que cette odeur peut exister sans perforation ni communication de l'abcès avec le tube intestinal, on a parlé alors de phénomènes d'endosmose, de filtration à travers les parois. La vérité est qu'il est fort difficile de se prononcer encore sur cette question.

La terminaison par fistule est très-fréquente, en raison même de la disposition de la région envahie par l'abcès, l'inflammation entraînant une perte de substance; les parois rapprochées éprouvent de grandes difficultés à rester accolées, d'autant plus que les contractions de l'anus et du rectum amènent forcément des déplacements continus.

Le décollement de la peau prédispose aussi à la formation de trajet fistuleux à la suite des abcès superficiels, car la peau dans ce cas est amincie, violacée, altérée et, au moindre travail ulcératif, il se fait de petites perforations autour du point que l'on a incisé.

Les abcès de la marge de l'anus sont très-importants à reconnaître de bonne heure pour éviter leur extension. L'induration, la tuméfaction, une douleur aiguë à la pression, enfin une fluctuation profonde seront les signes auxquels on les reconnaîtra facilement.

Le traitement se déduit du diagnostic même de la maladie, et le point où la douleur est le plus aiguë est celui où l'on devra opérer avec le bistouri quand même la tumeur ne serait pas encore fluctuante. Il est urgent d'opérer de bonne heure, de ponctionner ou d'inciser la tumeur même avant toute fluctuation.

Lorsque l'on perçoit nettement la fluctuation, il faut inciser largement suivant le sens antéro-postérieur: mais comme une seule incision ne suffit pas toujours, il est utile d'en pratiquer une seconde qui, partant du point le plus saillant de la tumeur, se dirige vers l'anus et forme ainsi avec la première un véritable T. De plus, si la peau est décollée, on la fend avec des ciseaux dans la direction de son décollement.

Ceci dit, il me reste à vous résumer en quelques mots l'histoire du malade qui a été l'occasion de cette leçon. C'est un garçon boulanger âgé de 27 ans, qui jouissait ordinairement d'une bonne santé, un peu pâle,—la pâleur anémique des boulangers.—Comme antécédents, nous ne trouvons qu'une blennorrhagie, il y a un peu plus d'un an, qui a très-bien guéri sans laisser après elle aucun rétrécissement du canal de l'urèthre. Cet homme a fait une chute violente sur la région périnéale,

cinq semaines environ avant son entrée à l'hôpital, et ce n'est qu'un mois après cette contusion, qu'il a senti une sorte d'empatement douloureux, à fluctuation douteuse, au niveau de la marge de l'anus. Nous l'avons incisé néanmoins le jour même de son entrée, et cette petite opération a donné issue à un pus phlegmoneux, sans aucune odeur particulière, d'une coloration un peu foncée par le sang épanché à la suite de la contusion. L'incision ayant été reconnue un peu trop petite pour évacuer complètement la poche purulente, je l'ai agrandie avec les ciseaux. La douleur a presque aussitôt disparu. Il y a aujourd'hui trois semaines que l'opération a été faite, aucun accident n'est survenu; la plaie bourgeonne convenablement et tout annonce une guérison complète et prochaine.—*Le Praticien.*

—

**Traitement chirurgical de l'anthrax.** LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.—La séance tout entière a été consacrée à cette question et les opinions les plus opposées se sont fait jour; nous ne ferons donc pas un compte-rendu proprement dit, nous extrairons seulement des diverses communications ce qui peut intéresser le praticien.

M. Labbé fait observer que chaque chirurgien a sa manière de traiter les anthrax et en a obtenu des succès: les uns n'y touchent pas, se contentent d'applications émollientes. La plupart incisent sur ou sous la peau. En réalité, tout le monde peut avoir raison, cela dépend des cas. Cliniquement, il y a diverses sortes d'anthrax. Il y en a auxquels il ne faut pas toucher, ainsi que le recommande M. Tillaux; d'autres, qu'on peut traiter par l'incision cruciale ou par le procédé de M. A. Guérin (incision sous-cutanée), d'autres enfin qu'il convient d'enlever comme s'il s'agissait d'une tumeur. Prenons pour exemple l'anthrax de la nuque. Si l'on voit au début une tumeur munie d'un grand nombre de petites ouvertures par lesquelles la moindre pression fait sourdre du pus, on peut être sûr qu'un pareil anthrax guérira par tous les moyens.

À côté de cette variété, s'en présente une autre un peu plus grave, où il est nécessaire, pour obtenir l'évacuation du pus, de détruire par incision les petites brides qui séparent les foyers les uns des autres: ces anthrax-là peuvent être traités par la méthode sous-cutanée de A. Guérin.

D'autres anthrax ont une dureté considérable, ils peuvent être traités par des incisions multipliées dépassant bien la limite du mal et que l'on badigeonne avec de la teinture d'iode étendue, ainsi que le conseille M. Boinet.

Enfin, il est un certain nombre d'*anthrax ligneux* extrêmement durs, où les bourbillons sont séparés par des intervalles de 4 ou 5 centimètres de tissu pour ainsi dire lignifié. Il est impossible, dans certains cas, que le malade suffise à l'élimination d'une pareille masse, elle doit être extirpée. L'ablation, conseillée déjà par M. Broca, sauve un certain nombre de malades qui, sans elle, succomberaient infailliblement. Un jour je suis appelé auprès d'un vieux médecin de Paris, atteint d'un anthrax qui avait déjà subi plusieurs incisions sans qu'on fût arrivé à rien faire sortir. Il était absolument mourant, la tumeur était énorme, j'arrivai jusque sur les muscles du cou et coupai plusieurs filets nerveux qui produisirent une insensibilité limitée à ce côté de la tête. Aussitôt après l'extirpation, la fièvre tomba, et notre vieux confrère se rétablit.

M. Desprès pense, avec les vieux chirurgiens, que les anthrax qui guérissent après les incisions eussent aussi bien guéri si l'on n'en eût pas fait. Voici à cet égard sa statistique: sur 3 anthrax gros comme la main, il n'y a eu que 2 décès, et encore chez des diabétiques. Si l'on incise l'on augmente la mortalité de la gravité propre aux incisions, il peut se produire des phlébites, et très-souvent des hémorrhagies rebelles, c'est même pour les arrêter et non-seulement afin de produire un effet révulsif, que l'on conseille de cautériser le fond des incisions avec un fer rouge.

M. Trélat pense aussi que les divers anthrax réclament une thérapeutique variable, le difficile, c'est de reconnaître les indications; il rend justice à l'incision sous-cutanée de M. A. Guérin, que les Allemands se sont contentés de modifier légèrement.

M. Tillaux. Il y a un certain nombre d'*anthrax*, à la nuque surtout, où les incisions hâtives ne servent à rien. Certains de ces anthrax ont une marche pour ainsi dire fatale, ils vont d'une oreille à l'autre, et de la protubérance occipitale à la septième vertèbre cervicale. Cependant l'incision est utile à une certaine période; alors que l'on sent nettement la fluctuation, on doit inciser si le foyer purulent ne se vide pas bien.

M. Labbé fait observer que Nélaton incisait quand même vers la fin de sa pratique, il ne faut donc pas le représenter comme un partisan de l'abstention absolue.

M. Anger rappelle que l'incision en croix de Nélaton était complétée par la dissection des lambeaux jusqu'à ce que ceux-ci fussent mobiles sur les parties profondes.

M. Marjolin insiste sur la nécessité de faire de grandes incisions et de bien dépasser les limites de la tumeur.

M. Verzeuil. Sur 100 anthrax, il y en a environ 80 qui

ne faut laisser tranquilles. Il y a deux indications pour intervenir : 1<sup>o</sup> si l'anthrax est douloureux ; 2<sup>o</sup> s'il ne se limite pas lui-même. On ne sauve d'anthrax chez les diabétiques que lorsqu'on les débriide, parce que ces anthrax ne se limitent pas d'eux-mêmes. Le thermo-erutère est l'instrument à employer de préférence. Voici un fait entre beaucoup d'autres : Un jeune homme fonctionnaire de la Faculté vient un jour à la Pitié et s'adresse à M. Pozzi pour son père, qui, diabétique au plus haut degré, était atteint d'un anthrax. L'état du malade était si grave qu'il ne reconnut même pas son fils. Le thermo-cautère fut employé pour faire de nombreux débriidements ; immédiatement, les phénomènes généraux s'amendèrent et le malade revint à la vie.

Il ne faut pas croire que cette opération soit rapidement effectuée, bien au contraire ; il faut au moins 20 minutes pour pratiquer l'incision circulaire et les incisions transversales en rayons au nombre de 6 à 10 tout autour de l'incision circulaire. J'ai vu les vomissements cesser et la fièvre tomber immédiatement après ; l'effet de la cautérisation ainsi faite est réellement extraordinaire. Il est bien entendu qu'on emploie en même temps le pansement antiseptique, les pulvérisations phéniquées, etc.....

M. Boinet. J'ai toujours réussi dans le traitement des anthrax volumineux en faisant des incisions en étoile à 7 ou 8 branches dans toute l'étendue de la tumeur et de la zone voisine. Puis je met des flèches de pâte de Canquoin et, le deuxième ou le troisième jour, les flèches étant enlevées, je panse avec de la charpie imbibée de teinture d'iode étendue de son volume d'eau. Les lambeaux de tissu cellulaire gangrené ne tardent pas à tomber et la guérison s'effectue. J'ai obtenu ainsi des succès constants chez des diabétiques rendant de 40 à 84 gr. de sucre.—*Le Praticien.*

—

**Ulcères chroniques, bons effets des scarifications linéaires :**  
par BALMAMO SQUIRE.—Peu de personnes savent que la guérison des ulcères les plus invétérés (d'une espèce au moins) est rapidement et sûrement obtenue à l'aide des scarifications linéaires. Ce mode de traitement, que j'ai fait connaître dans ce journal, il y a quelques années, comme applicable au lupus ordinaire non ulcéré, a été assez généralement adopté, pour cette affection, en Angleterre et à l'étranger ; mais on ignore encore qu'un ulcère à granulations volumineuses baignées de pus, peut, avec le plus grand avantage, être hardiment attaqué par cette méthode.

Une expérience répétée me permet de proclamer avec confiance le bénéfice qui en résulte pour les ulcères qui constituent l'évolution ultime de la maladie connue sous le nom de *L. pus vulgaris*. Je crois que la guérison rapide de ces interminables ulcères lupéux à l'aide de ce procédé, est due à l'action profonde du *stimulus*,—profondeur d'action exigée par le siège relativement profond de la lésion. On sait, en effet, que les solutions et les quasi-caustiques (tels que le nitrate d'argent solide) qui n'attaquent directement ou même indirectement que les surfaces, ne donnent jamais de résultat rapide et convenable. Il y a d'autres ulcères chroniques semblables à ceux du lupus, au moins en ce sens que leurs granulations prennent des racines également profondes dans le derme. Je n'ai pas eu l'occasion de traiter ces variétés d'ulcère chroniques les plus connues, depuis qu'on a cessé de les considérer comme des maladies de la peau. Cependant mon expérience, autant que j'ai pu l'étendre, me porte à croire que les ulcères chroniques peuvent retirer le plus grand bénéfice du moyen que j'indique. L'instrument que j'emploie depuis longtemps est un scarificateur multiple, construit pour moi par MM. Weiss & Son, et dont le modèle est connu de tous ceux qui s'occupent spécialement du traitement des maladies de la peau. Grâce à lui, la petite opération peut toujours être rapidement exécutée.—*Brit. méd. journ. et Union méd.*

**Moyen de rendre les applications de cautère insensibles.**—Les applications de cautère au moyen de la potasse caustique s'accompagnent parfois de douleurs excessivement vives. Pour les éviter, M. le professeur Peter a recours à des pulvérisations d'éther pratiquées sur le point où l'application doit être faite. Cette pulvérisation peut être faite avec le premier appareil venu, avec ceux si simples et d'un si minime prix, dont on se sert pour répandre des eaux parfumées dans les appartements.

L'insensibilité obtenue est suffisante pour que le malade n'éprouve aucune souffrance pendant toute la durée de l'action du caustique.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'éclampsie puerpérale, par le Dr JAMES MURPHY.

—Les attaques convulsives pendant la grossesse ou l'accouchement, écrit notre confrère dans *The Lancet*, peuvent être dues à l'hystérie, l'épilepsie, l'apoplexie, l'anémie (après hémorrhagie profuse), la cholémie et d'autres causes; le plus souvent, cependant, dans ces cas de convulsions, l'urine contenait de l'albumine; cela est tellement vrai, qu'en pratique, lorsqu'après examen soigneux, on ne trouve pas d'albumine dans l'urine, on regarde le cas comme n'étant pas l'éclampsie puerpérale, dans l'acception propre du mot.

Sur 131 femmes examinées par Litzman, 38 avaient de l'albumine dans l'urine et 7 eurent des attaques; parmi ces dernières, un grand nombre rendaient des urines où l'on ne rencontrait pas tous les éléments normaux de ce liquide: ainsi l'urée qui se trouvait alors dans le sang en quantité trop considérable jusqu'à 1 pour 960.

Elles souffrent souvent de troubles visuels et l'excitabilité particulière du système nerveux les prédispose à l'éclampsie puerpérale.

Proportion d'après

Schröder, 1 pour 500 accouchements.

Cazeaux, 1 pour 485 " "

Lever considère comme cause de l'albuminurie, la pression exercée par l'utérus sur le rein et ses vaisseaux; de là, congestion.

Halbertsma dit que la compression porte sur les artères.

Ces deux théories paraissent vraisemblables à cause de la rapidité avec laquelle elle disparaît après l'accouchement.

L'auteur admet la théorie de Frerichs, partagée par Braun; c'est-à-dire la décomposition de l'urée en carbonate d'ammoniaque produisant les attaques convulsives: le chloroforme diminuerait les convulsions, parce que après son administration, il y a du sucre dans le sang, et que le sucre gêne la décomposition de l'urée en acétate d'ammoniaque. C'est la théorie chimique. La théorie mécanique de Traube et Rosenstein lui semble aussi très-rationnelle. L'appauvrissement du sang par la perte de l'albumine (hydrémie) et l'hypertrophie du ventricule gauche qui augmente la pression sanguine; de là œdème du cerveau, qui se manifeste par du coma quand c'est le cerveau (circonvolution) qui est œdémateux, et par des convulsions, quand ce sont les parties centrales.

La pression, en effet, est encore augmentée à chaque douleur par les efforts de la femme, le sang se charge d'acide carbonique parce que la femme ne respire plus bien pendant les maux, et parce que tous les muscles sont en état de contraction. Ce sont, du reste, des théories qui ne sont nullement prouvées.

*Traitement préventif à établir chez les femmes albuminuriques.* — Diète lacté. légumes, pas de viandes. — Acide benzoïque. — Jus de citron pour neutraliser le carbonate d'ammoniaque.

Quand l'exudation commence dans les tubes de Bellini, absorber beaucoup de liquides ; quand l'urine est trouble, eau de Vichy ou de Seltz. — Pilules de tannin ou d'aloès.

Le coïchique, le perchlorure de fer et le jalap sont aussi utiles.

Il ne faut faire l'accouchement prématuré que dans les cas les plus graves.

*Traitement des attaques d'éclampsie.* — 1<sup>o</sup> *Médical.* — Empêcher la femme de tomber du lit sans cependant arrêter ses mouvements ; prévenir la morsure de la langue.

Chloroforme, ou injection de morphine, ou lavement de chloral.

La saignée produit une amélioration passagère, mais bientôt la quantité de sang redevient la même, seulement le sang est plus aqueux que précédemment. Les déplétions sanguines à la région du rein ont rendu service à l'auteur. Si les narcotiques ont échoué, y a-t-il quelque chose à faire ? Le Dr Lange rapporte le cas suivant :

“ Une secondipare fut admise à la clinique d'Heidelberg avec œdème, albuminurie et éclampsie, elle fut déliivrée par le forceps ; la saignée, la glace, les lavements de morphine, le chloroforme n'avaient rien fait. Après 22 accès, on fit la transfusion du sang, la femme guérit. ”

2<sup>o</sup> *Obstétrical.* — Dans l'intérêt de l'enfant, il faut appliquer le forceps, si la tête est engagée. Si les attaques semblent produites par la pression de la tête de l'enfant, il faut recourir à la version ou au forceps, quoique ces deux manœuvres augmentent encore momentanément les accès. — *Le Médecin praticien.*

---

**Nouvelle application de l'électricité aux accouchements.** — Le Dr APOSTOLI, poursuivant le cours de ses intéressantes études d'électricité, lit un mémoire sur le sujet précédemment énoncé, que nous pouvons résumer ainsi :

« Toute métrite ou engorgement utérin a pour facteur initial presque constant un arrêt d'involution de l'utérus; je propose, comme moyen prophylactique de cette affection si commune à la suite de couche, le nouveau moyen thérapeutique suivant, que je formule ainsi :

Étant donnée une femme qui vient d'être délivrée d'un enfant à terme ou non, j'applique immédiatement et séance tenante à son utérus un courant faradique ou induit engendré par une bobine à fil gros et court, et à intensité progressivement croissante; je renouvelle cette opération de huit à dix fois pendant six jours en moyenne, après un accouchement à terme et normal; quinze à vingt fois en moyenne pendant dix à quinze jours après une fausse couche, ou un accouchement laborieux.—J'ai pour but d'aider, de hâter et de compléter l'involution utérine, pour abrégé la convalescence et prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur.

L'étude de 32 cas observés depuis deux ans, parmi lesquels 11 fausses couches et 21 accouchements à terme, pour lesquels j'ai fait au total 500 électrisations de l'utérus à l'état de gravidité et de puerpéralité, me permet de tirer les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> La faradisation de l'utérus est toujours absolument inoffensive ;

2<sup>o</sup> La faradisation est un calmant et un sédatif constant ;

3<sup>o</sup> La faradisation abrège considérablement la convalescence en accélérant l'involution ou le retrait de l'utérus. que l'on ne sent plus au-dessus du pubis, par le palper profond, du sixième au huitième jour en général ;

4<sup>o</sup> La faradisation accélère le retour et l'exercice régulier de toutes les fonctions ;

5<sup>o</sup> La faradisation préserve la femme de toutes les complications utérines qui sont le fait de l'accouchement ;

6<sup>o</sup> La faradisation est le vrai traitement préventif des déviations utérines, suites de couches, comme la rétroflexion ou la rétroversion :

7<sup>o</sup> La faradisation m'a paru diminuer l'écoulement lochial :

8<sup>o</sup> Étant donnée la même dose de faradisation, la contractilité utérine est très variable et est en raison inverse de son inertie ;

9<sup>o</sup> L'action de la faradisation sur l'utérus comparée à celle du seigle ergoté est manifestement plus prompte et plus énergique.

En résumé, je propose l'introduction dans la thérapeutique obstétricale de la faradisation utérine après tout accouchement : 1<sup>o</sup> parce que c'est une merveilleuse méthode par son



application simple, son dosage facile, son action rapide et énergique, toujours inoffensive, qu'on peut interrompre et renouveler à volonté; 2<sup>o</sup> parce que son but immédiat est de restaurer la femme le plus promptement possible; et son but éloigné, de prévenir toute complication utérine ultérieure."—*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

—

**Traitement de l'hémorrhagie "postpartum."**—Voici, d'après un long travail publié dans la *Revue des maladies des femmes*, le résumé du traitement rationnel préconisé par le Dr Engelmann :

A.—*Traitement préventif après l'établissement du travail.*—

1. Sérieuse attention à chaque détail et stricte application des règles de l'obstétrique dans chaque cas de travail.

2. Administration d'une dose complète d'ergot lorsque la tête franchit l'orifice vaginal.

3. Si l'hémorrhagie menace, suivre le fond de l'utérus avec la main fortement appliquée.

4. Extraire le placenta par la méthode de Crédé, et étreindre fortement avec la main le fond de l'utérus.

B.—*Traitement de l'hémorrhagie déclarée.*—1. Manipulation externe, pression et friction avec la main froide ou avec de la glace.

2. Ergot.—Le mieux en injections sous-cutanées, une ou deux bonnes doses, tandis qu'on augmente les manipulations.

3. Introduction de la main dans le vagin, et, si les contractions ne se produisent pas, aller jusque dans l'utérus; extraction des caillots et irritation de la surface interne afin de stimuler les contractions.

4. Administration sous-cutanée d'éther.

5. Glace ou vinaigre avec la main dans la cavité utérine; on peut essayer ce moyen; mais s'il ne réussit pas, ne pas persister.

6. La douche d'eau chaude qui, si elle ne provoque pas la contraction désirée, stimulera au moins la malade et nettoiera la cavité utérine: de sorte qu'elle offrira ainsi un remède sans danger et très efficace.

7. Le perchlorure de fer.—On peut en faire usage alors que l'introduction de la main et l'injection sous-cutanée d'éther auront échoué ou après l'essai de la douche d'eau chaude; mais dans les cas désespérés on doit y avoir recours de suite sans perdre de temps à tenter les autres moyens moins puissants.

*Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

**La noix de coco contre le tænia.**—Dans les Antilles, la noix de coco est le remède populaire contre le tænia, et son efficacité a été démontrée par le Dr MARTIALI, chef du service médical au Sénégal. Une noix de coco (*coco crucifera*) du poids de 5 onces est ouverte; l'amande est extraite, râpée, et, trois heures après son administration, on donne une dose d'huile de ricin. Le ver sort cinq à six heures après la prise de la noix de coco. Dans neuf cas, où ce remède fut administré, le résultat fut complet.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicales.*

—

**Traitement de l'atonie gastro-intestinale, du tympanisme et de la dyspepsie flatulente.**—Voici les moyens recommandés par G. SÉE, de sa récente monographie :

1<sup>o</sup> Substances absorbantes, craie ou phosphate calcaire avec une poudre amère comme le colombo, selon la formule suivante

Craie lavée.....	{	aa.....	ʒ i
Magnésie calcinée.....			
Poudre de colombo.....			ʒ ss
Poudre de vanille.....			gr. xv

A prendre une demi-cuillerée à café avant chaque repas.

2<sup>o</sup> Purgatif salin de temps à autre.

3<sup>o</sup> Teinture de noix vomique, 5 à 10 gouttes à prendre dans une cuillerée de café noir ou de liqueur, à la fin du repas, ou bien, 0.20 centigrammes de Calabar.

Ou bien :

Vin de gentiane.....	ʒ ix
Vin de rhubarbe.....	ʒ iij
Alcoolot de racides d'aconit.....	ʒ ij
Essence d'anis.....	gr. xv

Une grande cuillerée à la fin du repas.

4<sup>o</sup> L'arsenic sous forme de gouttes de Fowler (6 à chaque repas) réussit parfois.

5<sup>o</sup> Douches sulfureuses chaudes, plus tard l'hydrothérapie.

6<sup>o</sup> Saison thermale à Plombières.

7<sup>o</sup> L'électricité constitue un des plus puissants moyens de l'atonie, soit en tant que faradisation des téguments de l'épigastre, soit comme courants continus; ou applique le pôle anode sur l'épigastre, l'autre sur la colonne vertébrale.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicales.*

**Solution contre l'asthme. — (Trousseau).**

Eau distillée.....	̄ ij
Arséniate de soude.....	gr. j
Teinture de cochenille.....	20 gtt.

M.

Une cuiller de café avant chaque repas soit 2̄ milligr. 12 d'arséniate sodique.

—

**Liniment contre le sciatique. — (Yzeta).**

Huile d'olives.....	̄ viij
Essence de térébenth.....	̄ ij
Ammoniaque liquide.....	̄ j
Teint. de catharides.....	̄ iv

M. S. A.

—

**Potion contre la fièvre typhoïde. — (Murchison).**

Acide chlorhydrique.....	14 à 20 gtt.
Sulfate de quinine.....	gr. ij à iij
Infusion de digitale.....	̄ ss
Teinture d'oranges amères.....	̄ ss
Sirop simple.....	̄ ss
Eau.....	40 gr.

M. S. A.

Pour une dose tous les quatre heures.

—

**Iodure d'éthyle et pilocarpine dans l'asthme.** — Le Dr Brower a employé avec succès l'iodure d'éthyle après avoir vu échouer tous les médicaments. Le patient était un enfant de 15 ans, qui avait hérité de cette affection nerveuse. La dose employée fut de six gouttes. Le médicament diminua les paroxysmes et augmenta l'intervalle entre leur apparition. Le Dr Burkhart trouve que la pilocarpine donne d'heureux résultats dans les cas d'asthme compliquée de bronchite chronique. — *Revue de Thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUIN 1881.

*Comité de Réduction :*

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

---

## Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs a eu lieu le 11 mai, à Montréal, dans les salles de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval.

M. le Dr Howard, président, au fauteuil.

Les Gouverneurs suivants étaient présents : Le Dr R. P. Howard, Président ; MM. les Drs E. H. Trudel, F. W. Campbell, E. P. Lachapelle, X. Porrault, R. F. Rinfret, C. Rinfret, Lanctot, Robillard, Marsden, Austin, Church, Mignault, Lafontaine, Gibson, Laberge, Rousseau, Kennedy, Belleau, Ladouceur, Rodgers, de Saint-George, Lemieux, Marmette, Desaulniers, Hingston et Prévost.

Le Secrétaire fait lecture d'une lettre du Secrétaire du Collège Bishop, par laquelle il informe le Bureau, que le Dr David est forcé par l'état de sa santé de résigner sa charge de gouverneur et que le Dr Kennedy a été choisi par cette institution pour la représenter au Bureau.

Proposé par l'Hon. C. Church, secondé par le Dr Marsden, que le Bureau regrette la cause qui force le Dr David à résigner et que tous les membres de ce Bureau, ses anciens collègues, lui présentent leurs sympathies et leurs vœux les plus sincères.—Adopté à l'unanimité.

Le Dr Kennedy est présenté par le Dr J. B. Gibson.

Après lecture du rapport des assesseurs, le Dr Marden attire l'attention sur le fait que le règlement qui limite à trois jours le temps de service des assesseurs est en contradiction avec la loi et donne avis de motion à l'effet d'amender ce règlement.

On donne lecture d'un protêt par lequel l'Ecole Victoria s'oppose à ce que le Bureau accorde la Licence aux gradués de la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal. Après une discussion animée, il est décidé que le Collège continuera, comme par le passé, à accorder la licence aux gradués des quatre institutions mentionnées dans l'acte médical, jusqu'à ce que les cours de justice aient décidé la question en litige.

Pour—18. Contre—5. Refusent de voter—3.

La Licence provinciale est accordée aux MM. suivants :

*Université-Laval.* Québec.—J. Pelletier, St-Charles de Bellechasse ; A. F. Poulin, Arthabaska ; W. E. Blagdon, St-Philippe de Néry ; E. Poirier, St-Cyrille.

*Université-Laval.* Montréal.—A. Gaboury, St-Martin ; J. A. Cardinal, Napierville ; Alf. Savard, St-Eustache ; J. H. B. Jeanotte, Bringham ; R. Tranchemontagne, St-Louis de Gonzague.

*Collège Bishop.*—W. C. McGillis, Montréal ; E. Q. Cardana, Porto Rica.

*Collège McGill.*—G. W. Gernon, Marieville ; J. C. Shanks, Huntingdon ; W. A. Shufelt, Knowlton ; J. W. Ross, Wentthrop ; H. Lunam, Litchfield ; F. H. Newburn, Drummondville ; B. T. McDonald, Montréal ; T. L. Brown, Ottawa ; H. E. Poole, Kazubuzua.

*Collège Victoria.*—H. Legault, St-Armas ; A. J. Prieur, St-Anicet ; J. Asselin, Joliette ; E. Fournier, Montréal ; A. Martin, Iberville ; P. E. Marier, Terrebonne ; E. Lalonde, Montréal ; G. L. Laforest, St-Liboire ; J. A. Soulard, Québec ; W. Beaudet, St-Grégoire d'Iberville ; J. G. Leduc, Montréal ; J. L. Carignan, Gentiilly ; E. Voisart, Pointe-du-Lac ; T. Hamelin, Ste-Angèle (Trois-Rivières) ; C. Fauteux, St-Simon ; S. E. Bergeron, St-Etienne.

De plus : MM. E. Tremblay, Nicolet ; L. Irwin, M. R. C. S. ; London : A. M. Gibson, M. D., L. R. C. P., et S. Ed. M. R. C. P. ; Ont., Massawappi ; C. S. Fenwick, Montréal.

Le Dr Campbell demande si le Bureau peut, d'après la loi actuelle, accorder la licence aux porteurs de diplômes universitaires qui ont subi leur examen final avant quatre années révolues depuis la date de leur admission à l'étude de la médecine. L'opinion de la majorité est que, dans ce cas, le Bureau n'a pas le droit de donner la licence. Un comité est nommé pour s'enquérir de la question et faire rapport à la prochaine assemblée.

M. Lamirande, l'officier chargé par le collège de poursuivre ceux qui sont en contravention avec la loi médicale, donne lecture de son premier rapport semi-annuel. Ce rapport permet de constater un travail actif et persévérant et constate qu'un

grand nombre de délinquants ont été forcés de s'enregistrer ; que plusieurs médecins, qui avaient négligé jusqu'à ce jour de prendre la licence à laquelle ils avaient pourtant droit, ont été forcés de se la procurer ; que plusieurs jugements ont été obtenus contre les charlatans, et que plusieurs procès sont encore pendants.

Il est décidé que le Bureau publiera, à certains intervalles, un tableau contenant les informations nécessaires concernant le collège à l'usage des étudiants ou autres intéressés.

Et la séance est levée.

Une magnifique collation, offerte par les gouverneurs résidant à Montréal, à leurs confrères étrangers à la ville, termina agréablement l'assemblée semi-annuelle.

[Extrait de la *Gazette Officielle*, 21 mai 1881.]

TARIF MÉDICAL, tel que proposé et adopté unanimement par les gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, représentant la profession médicale, respectueusement soumis à l'approbation et sanction de Honneur le Lieutenant-Gouverneur en Conseil (1) :

Visites du jour, de 8 A. M. à 9 P. M., n'excédant pas un demi-mille.....	\$ 2 00
Visites la nuit, de 9 P. M. à 8 A. M., n'excédant pas un demi-mille.....	4 00
Visites, chaque mille additionnel de jour.....	50
Visites, chaque mille additionnel la nuit.....	1 00
Détention pendant une journée.....	20 00
Détention pendant une nuit.....	25 00
Consultation au bureau, avec prescription, le jour.....	2 00
Consultation au bureau, avec prescription, la nuit.....	3 00
Consultation avec examen spécial.....	5 00
Consultation avec confrère.....	5 00
Consultation par lettre entre médecins.....	10 00
Certificat de santé ordinaire.....	5 00
Certificat de santé avec rapport attesté.....	8 00
Certificat avec rapport sur la maladie et la mort.....	5 00
Examen post mortem (externe).....	5 00
Examen post mortem avec autopsie.....	10 00
Accouchements ordinaires, soins subséquents extra.....	15 00
Version, application des forceps, extraction du placenta, soins subséquents extra.....	30 00

(1) Par une disposition spéciale de la loi médicale, ce tarif ne sera en force que six mois après sa publication dans la *Gazette Officielle*, c'est-à-dire, le 21 novembre prochain. [Note Edit.]

Avortement, accouchement prématuré, soins subséquents extra.....	15 00
Dans le cas d'accouchement avec une sage-femme le prix sera comme pour l'accouchement.....	
Chlôthérisme, cas ordinaire.....	3 00
Chaque application subséquente.....	1 00
Vaccination, vénéséction, extraction de dent, injection hypodermique, etc.....	1 00
Introduction de la pompe à estomac.....	5 00
Application des ventouses, sangsues, sétons, moxa, Tampons, etc.....	5 00
Chloroformisation ou autres anesthésiques.....	5 00
Réduction de fracture de la cuisse.....	25 00
Réduction de fracture de la jambe ou du bras.....	20 00
Réduction de dislocation de la cuisse.....	50 00
Réduction de dislocation de la jambe ou du bras.....	25 00
Amputation de la cuisse.....	100 00
Amputation de la jambe ou du bras.....	50 00
Hernie étranglée, opération.....	100 00
Hernie, réduction par le taxis.....	25 00
Lithotomie, lithotritie.....	200 00
Ovariectomie.....	500 00
Trachéotomie.....	30 00
Cataracte.....	100 00
Ablation du sein.....	50 00
Amygdalotomie.....	10 00
Amputation des doigts ou orteils.....	10 00
Autres opérations majeures non désignées.....	100 00
Autres opérations mineures non désignées.....	25 00

Les frais ci-dessus sont pour l'opération seulement; les services subséquents seront extra.

#### POUR LES DROGUES ET REMÈDES.

Mixtion ou potion jusqu'à deux onces (2).....	\$0 25
Mixtion ou potion jusqu'à quatre onces (4).....	0 50
Mixtion ou potion jusqu'à huit onces (8).....	1 00
Poudres, d'une à six 1 à 6.....	0 25
Poudres, de six à douze 6 à 12.....	0 50
Une boîte de pilules d'une douzaine.....	0 50
Pilules, chaque douzaine additionnelle.....	0 25
Lotions, injections, etc., quatre à seize onces (4 à 16).....	50 cts. à 1 00
Liniments ou embrocations, de quatre à huit onces (4 à 8).....	50 cts. à 1 00
Vésicatoires, emplâtres, etc.....	50 cts. à 1 00
Onguent, boîte d'une once.....	25 cts. à 0 50

Quand on se sert de remèdes coûteux, les frais seront augmentés selon leur valeur.

L. LARUE, *Régistrateur,*  
C. M. & C. P. Q.

(Vraie copie.)  
PH. J. JOLICŒUR,  
*Assistant-secrétaire de la Province de Québec.*

## Société Médicale de Montréal.

Séance du 23 avril 1881.

M. le DR E. P. LACHAPELLE, président, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la dernière séance, le DR BROUSSEAU propose, secondé par le DR LAMARCHE, que le DR D. MARSIL, de St. Eustache, soit admis membre actif de la Société Médicale de Montréal.—Adopté.

Le DR LOUIS D. MIGNAULT, de Montréal, est aussi admis membre actif de la Société sur motion du DR FILIATRAULT, secondé par le DR BERTHELOT.

M. le DR MARSIL donne lecture du rapport d'un cas de kyste ovarique pour lequel il a pratiqué avec succès l'opération de l'ovariotomie. Ce travail a été publié dans la livraison de mai de l'*Union Médicale*.

M. LE PRÉSIDENT remercie, au nom de la Société Médicale, M. le DR MARSIL pour l'intéressant et utile travail dont il vient de donner lecture et rend hommage au talent et à l'habileté dont a fait preuve M. le DR MARSIL en pratiquant l'opération dont il vient d'exposer le rapport.

MM. les Drs BROUSSEAU, HINGSTON, LAMARCHE et SÉVÉRIN LACHAPELLE prennent aussi la parole sur la question.

Il est ensuite proposé par le DR C. M. FILIATRAULT, secondé par le DR N. FAFARD, que la Société Médicale a appris avec regret la mort prématurée de M. le DR E. A. PAQUET, un de ses membres actifs; qu'en témoignage de leur respect pour la mémoire du défunt, les membres de la Société portent le deuil pendant un mois, et que copie de ces résolutions soit transmise à la famille de M. le DR PAQUET.—Adopté.

Le DR N. FAFARD donne avis qu'à la prochaine séance il proposera M. le DR A. SAVARD, de St-Eustache, comme membre actif de la Société médicale.

Et la séance est levée.

Séance du 13 mai 1881.

Présidence du DR A. RICARD.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la dernière séance, M. le DR A. SAVARD, de St-Eustache, est admis membre actif de la société, sur proposition du DR DAGENAIS, secondé par le DR BERTHELOT.

Le DR A. LAMARCHE donne lecture d'un travail sur les autopsies cadavériques (1).

(1) Nous publions ce travail dans la présente livraison.



M. le PRÉSIDENT et MM. les DRS PPRRAULT, BROUSSEAU et BERTHELOT prennent la parole sur cette question.

Le DR DAGENAI propose ensuite qu'une demande soit faite aux rédacteurs de l'*Union Médicale du Canada* à l'effet de faire profiter la Société des journaux et revues de médecine que l'*Union* reçoit chaque semaine.

Le DR LAMARCHE exprime l'idée que les rédacteurs de l'*Union* accèderont sans doute avec plaisir à la demande de la Société.

Sur motion du DR BROUSSEAU, un comité composé du PRÉSIDENT, du SECRÉTAIRE et des DRS DAGENAI et LAMARCHE est alors nommé pour aviser aux moyens à prendre pour mettre à effet la proposition du DR DAGENAI.

Et la séance est levée.

---

### Brochures reçues.

---

—*Rapport annuel du Surintendant de l'Aqueduc de Montréal*, pour l'année finissant le 31 décembre 1880.

—*On Unnecessary Surgical Operations in the treatment of the diseases of Women*, by CLIFTON B. WING, M.D., Boston.

—*Excision of the rectum for malignant disease*, by N. SENN, M.D., Milwaukee.

—*Phthisis Pulmonalis and its treatment with hypophosphites*, by L. DE BREMON, M.D., New-York.

---

### DÉCÈS.

En cette ville, le 20 mai, M. le Dr Charles Dansereau, âgé de 60 ans et 8 mois.

A Ste-Anne de Beaupré, le 27 mai, de consommation, à l'âge de 21 ans, la dame de L. Geo. Bolduc, Ecr., M. D.