

## 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:

Continuous pagination.

- 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.

---

## Quelques notes sur l'emploi de l'anesthésie pendant l'accouchement

Par le Dr. E. BERTHELOT, (lu devant la Société Médicale.)

---

Le monde n'était pas encore revenu de la surprise que lui causa la découverte de l'emploi de l'éther et du chloroforme, en inhalations, pour suspendre la douleur pendant les opérations chirurgicales, qu'il vint à l'idée du Sydenham écossais d'en étendre l'heureuse application aux douleurs inhérentes de l'enfantement.

Simpson, qu'il faut toujours mentionner en première ligne quand il s'agit d'anesthésie obstétricale, administra l'éther pour la première fois le 19 janvier 1847. La patiente avait une déformation du bassin. Simpson se décida à faire la version, mais pour la faciliter, il crut devoir employer l'éther. Il s'était convaincu d'avance par le simple raisonnement de l'utilité et de l'opportunité de l'anesthésie dans de semblables circonstances, et voici ce qu'il dit lui-même à propos de ce premier cas : "Le résultat fut des plus satisfaisant et important; car il prouva à l'évidence ce fait, sur lequel est basé l'emploi de l'anesthésie pendant l'accouchement, que les douleurs inhérentes à la parturition pouvaient être abolies, sans que pour cela les contractions musculaires de l'utérus fussent diminuées; ou, en d'autres mots, que nonobstant l'anesthésie, le travail de l'accouchement pouvait se terminer régulièrement en l'absence des douleurs concomitantes ordinaires."

Après ce premier cas heureux, suivi de plusieurs autres, les accoucheurs des différents pays suivirent l'exemple de Simpson, les uns avec enthousiasme, les autres avec crainte et hésitation.

En Angleterre, aux Etats-Unis et en Allemagne, cette pratique eut beaucoup de succès dès le début, et de nos jours la majorité des accoucheurs de ces pays la tiennent fort en honneur. En France, au contraire, où Dubois l'employait

pourtant le premier après Simpson, elle eut des alternatives de vogue et de discrédit. Dubois, après avoir semblé pendant quelque temps approuver cette pratique, la condamnait ensuite à cause de la crainte que lui inspirait les inhalations anesthésiques. Pendant plusieurs années, il ne fut plus question d'anesthésie, dans l'accouchement naturel, du moins, lorsque, en 1853, le Dr. Houzelot, de Meaux, publia plusieurs observations sur ce sujet, et y rappela l'attention des médecins français. Depuis Chailly-Honoré, Oliffe Verrier, d'autres, et surtout le Dr. C. J. Campbell, qui s'en est déclaré le champion et le défenseur, ont beaucoup fait en faveur de l'anesthésie dans l'accouchement, sans pourtant pouvoir rallier à leur opinion la majorité de leurs confrères. Ainsi, les élèves de M. Dubois, les professeurs Depaul et Pajot sont loin d'être les partisans de l'anesthésie, au moins dans l'accouchement naturel. M. Pajot n'admet l'emploi de l'anesthésie que dans les cas graves d'intervention manuelle ou instrumentale. M. Depaul est peut-être moins exclusif. Voici d'ailleurs ce qu'il dit à ce sujet dans ses Leçons de Clinique Obstétricale: "Si, dans tous les pays, on est d'accord pour donner le chloroforme à la femme en travail depuis longtemps fatiguée, et chez laquelle on sera conduit à pratiquer une opération longue ou douloureuse, les opinions sont au contraire très-partagées quand il s'agit d'intervenir seulement pour soustraire les femmes aux douleurs inhérentes à l'accouchement naturel. Tandis qu'en Angleterre la majorité des accoucheurs, à l'exemple de Simpson, n'hésitent pas à endormir les femmes dans l'accouchement simple, en France les partisans de l'école de M. Dubois réservent l'anesthésie pour les accouchements laborieux. Je n'ai pas besoin d'ajouter que dans l'un comme dans l'autre des deux pays, vous trouvez des partisans de la méthode du pays voisin. C'est ainsi que Atthill, de Dublin, combat l'emploi du chloroforme dans les accouchements naturels, tandis que Chailly-Honoré et le Dr. Campbell, en France, s'en sont déclarés les partisans. Quant à moi, j'ai toujours reconnu que le chloroforme rendait de grands services dans les accouchements artificiels et dans quelques autres circonstances spéciales, assez rares du reste, dans lesquelles un accoucheur peut se trouver. Mais je repousse absolument les inhalations anesthésiques dans l'accouchement simple normal."

Heureusement pour l'opinion que nous sommes disposés à soutenir, il se trouve des autorités non moins compétentes que celles de M. Depaul pour nous approuver. Sans aller chercher jusqu'en Allemagne, nous trouvons en Angleterre Simpson, Denham, Murphy, Montgomery, Beatty, Rigby, etc., etc.;

aux Etats-Unis, la foule des accoucheurs qui administrent tous les jours le chloroforme dans le cours de l'accouchement naturel.

Simpson, le grand vulgarisateur du chloroforme pendant l'accouchement, résumait dès le début son opinion et les faits observés de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Les inhalations anesthésiques mettent les femmes en couches plus ou moins à l'abri des douleurs qui accompagnent l'accouchement ;

2<sup>o</sup> L'anesthésie ne diminue ni la force ni la régularité des contractions utérines ;

3<sup>o</sup> Au contraire, l'éthérisation augmente plutôt l'intensité et le nombre des contractions, surtout si l'on y joint l'ergot de seigle ;

4<sup>o</sup> Après la délivrance, les contractions utérines sont également dans l'état normal ;

5<sup>o</sup> Les contractions musculaires des muscles abdominaux ne perdent pas de leur énergie pendant l'éthérisation ; elles augmentent au contraire si l'on a soin de frictionner l'abdomen ;

6<sup>o</sup> L'éthérisation met la femme non-seulement à l'abri de la douleur, mais aussi jusqu'à un certain point à l'abri des accidents nerveux qui compromettent si souvent l'existence de la mère et de l'enfant ;

7<sup>o</sup> Enfin, l'éthérisation ne paraît offrir aucun danger pour ce dernier. Ces conclusions ont été admises depuis par tous les médecins qui ont étudié la question. Les ennemis mêmes de l'emploi du chloroforme trouvent difficilement à y redire, et se rejettent surtout sur le danger qu'ils trouvent dans l'administration du remède pour repousser l'anesthésie. M. Dubois lui-même, quoiqu'il éprouve toujours une certaine défiance de l'anesthésie, en venait à des conclusions presque identiques aux précédentes dans le rapport qu'il fit à l'Académie de Médecine sur ce sujet :

1<sup>o</sup> Les anesthésiques peuvent, disait-il, être employés pour prévenir les *douleurs physiologiques* de l'accouchement ;

2<sup>o</sup> La douleur physiologique est suspendue, mais les *contractions utérines et celle des muscles abdominaux* persistent ;

3<sup>o</sup> Les muscles du périnée sont relâchés ;

4<sup>o</sup> L'éthérisation n'a pas paru agir défavorablement sur la santé et la vie de l'enfant.

Un fait des plus importants à noter est celui-ci : c'est que, sous l'influence du chloroforme, les muscles abdominaux se contractent, tandis que ceux du périnée se relâchent. Ce fait remarquable a été noté par Simpson et Dubois. C'est un fait clinique que l'expérience ultérieure a vérifiée et dont Louget nous a donné l'explication physiologique. Cette explication

servira de transition naturelle pour passer de ce court exposé historique à l'étude physiologique de l'anesthésie. Le chloroforme affecte surtout le système cérébro-spinal, tandis qu'il n'atteint pas les nerfs de la vie organique, c'est-à-dire les ganglions du grand sympathique et les nerfs qui en partent, ainsi que la substance grise de la moëlle et du bulbe. M. Longet a démontré que les muscles dits inspireurs, et parmi lesquels il comprend les muscles abdominaux, reçoivent leur impression des cordons nerveux dont l'organisation a une grande ressemblance avec la structure et la substance grise. Les muscles du périnée, au contraire, sont sous la dépendance directe de l'axe cérébro-spinal et comme lui soumis à l'influence de l'agent anesthésique. Ces muscles se laissent donc déprimer par la pression qu'exerce le fœtus chassé par la contraction utérine, et n'offrant qu'une résistance passive.

Un mot pour retracer l'effet du chloroforme et sa marche physiologique quand il est introduit dans l'économie. Son influence se fait observer en premier sur le cerveau. On perd d'abord la conscience du moi. Vient ensuite la perte de la sensibilité externe, c'est-à-dire la perception des impressions produites sur nos organes des sens, la peau, par exemple. Ce n'est que dans une période plus avancée que disparaît la sensibilité interne, c'est-à-dire que, par exemple, les impressions portées sur l'arrière-gorge, amènent encore l'acte réflexe de la déglutition. Ainsi, le cerveau, le cervelet, la moëlle épinière, le système ganglionnaire, telle est la gradation. La moëlle épinière est atteinte après le cerveau et le cervelet, et l'on peut même distinguer plusieurs périodes dans l'action du chloroforme sur ce centre nerveux. Au commencement, les mouvements réflexes, ayant leur centre dans la moëlle allongée et la moëlle épinière, continuent encore à se produire, puis la moëlle est atteinte et les mouvements réflexes disparaissent peu à peu jusqu'à l'arrivée du relâchement musculaire complet qui accompagne le collapsus, pendant la première période duquel les mouvements respiratoires et ceux du cœur persistent encore faiblement pour disparaître en dernier lieu quand l'anesthésie se fait sentir sur le système ganglionnaire lui-même. Pour que le chloroforme agisse ainsi sur l'économie, il faut qu'il soit porté au système nerveux sur lequel il agit par la circulation, par le sang. L'agent anesthésique est une substance volatile qui doit pénétrer dans le sang, en arrivant chez les animaux supérieurs, et par conséquent chez l'homme, par les surfaces pulmonaires. Le sang, dans lequel l'anesthésique a ainsi pénétré, sert de véhicule pour conduire la substance aux centres nerveux sur lesquels porte son action. Ceci a été démontré

par M. Claude Bernard, qui a aussi prouvé que l'anesthésie ne s'accompagne pas de congestion, comme on le croyait autrefois, mais au contraire d'une anémie relative.

Ce dernier fait seul serait une indication d'employer l'anesthésie dans l'accouchement où il se produit presque toujours un peu de congestion cérébrale pendant les efforts que fait la femme en travail, surtout pendant la période d'expulsion. Le chloroforme pourrait contrebalancer cette tendance à une congestion plus ou moins forte.

(à continuer.)

---

## Société Médicale de Montréal.

---

Séance du 21 mars 1877.

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

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

Le Dr. N. Fafard lit un travail sur l'hémorrhagie *per et post partum* qui se résume comme suit :

1<sup>o</sup> Causes d'hémorrhagie *per partum* : Décollement prématuré du placenta qui entraîne généralement une hémorrhagie peu grave, mais qui nécessite quelquefois l'application du forceps et l'extraction du placenta. Ruptures utérines causées par les lésions organiques, ulcérations, dégénérescences carcinomateuses, la distension et l'amincissement du segment inférieur sur lequel sont dirigés les efforts de l'expulsion, etc., mais surtout l'emploi intempestif de l'ergot, les instruments et la version.

2<sup>o</sup> Causes d'hémorrhagie *post partum* : Inertie de la matrice (cause la plus commune), adhérences du placenta, simple ou avec spasme du col ou du corps de la matrice (enchatonnement).

Traitement :—Débarrasser l'utérus du délivre et du sang qu'il contient ; réveiller sa contractilité, s'opposer à l'afflux du sang vers l'utérus et à son extravasation dans sa cavité ; combattre les effets immédiats et consécutifs de l'hémorrhagie.

Barnes conseille les injections *in utero* d'une solution de perchlorure de fer. Chassagny proclame le tamponnement au moyen d'un ballon de son invention. On a conseillé encore la compression en haut de l'origine des artères et des veines ova-

riques de l'aorte à travers la paroi abdominale et au-dessus de l'utérus. Les Anglais et les Allemands préconisent les injections d'eau froide et l'application de glace.

Dr. Chs. Filiatrault: Ici on a recours souvent aux injections d'eau froide ou à l'application de la glace. Ce sont nos confrères anglais surtout qui emploient cette méthode, qu'ils préfèrent à l'injection du perchlorure de fer, parce que celui-ci, étant irritant, expose aux inflammations et laissent des douleurs subéquentes. Avec l'aide du seigle ergoté, ou même avec ce dernier seul, on réussit souvent.

Dr. A. Demers: La compression de l'aorte à travers la paroi abdominale n'est pas toujours facile. J'ai rencontré un cas d'hémorrhagie chez une femme bien replète, et la compression était impossible.

Dr. A. Lamarche: J'ai rencontré un cas et j'ai réussi avec l'introduction d'une grande quantité de neige (la moitié d'un seau) dans la matrice, et l'hémorrhagie cessa. Cette femme s'est rétablie parfaitement. Presque chaque fois que j'ai employé l'ergot, je n'en ai pas obtenu satisfaction. Je lui préfère l'acétate de plomb ou l'opium à hautes doses.

Dr. A. Laramée: Dans les hémorrhagies après l'accouchement consécutive à l'inertie utérine j'accorde une grande confiance à la compression du globe utérin et surtout à la compression de l'aorte soit à travers la paroi abdominale, soit en portant la main entière dans la cavité utérine pour comprimer le vaisseau entre la paroi postérieure de l'utérus et la colonne lombaire.

J'ai mis en pratique ce dernier procédé, avec l'aide de ergot, dans un cas que j'ai rencontré il y a quelques mois et il m'a donné entière satisfaction.

Dr. S. Gauthier: Les moyens qui réussissent le mieux à arrêter l'hémorrhagie *post partum* sont la compression de l'aorte à travers la paroi abdominale et l'introduction de la main dans l'utérus pour comprimer plus directement le vaisseau, mais j'accorde aussi une très grande confiance dans l'ergot. Je ne suis pas en faveur du perchlorure de fer, de l'eau froide ou de la glace. Ces applications, surtout le perchlorure, ont bien pour effet de réveiller la fibre utérine et d'obturer les bouches vasculaires de l'utérus, mais ils exposent aux inflammations, et le perchlorure corrode la muqueuse utérine. Dans ma pratique, j'ai recours au traitement dont je viens de parler, et le Dr. D'Orsonnens, dont j'estime l'opinion sur ce sujet, recommandent la compression de l'aorte et les autres moyens que j'ai cités.

Pour rappeler les contractions utérines, je donne la teinture-

d'ergot 3 iij à 3 iv pour la première dose, je la répète au bout d'une demi-heure.

Dr. E. P. Lachapelle: J'ai confiance assurément dans le seigle ergoté contre les hémorrhagies foudroyantes après la délivrance, cependant dans ces circonstances, je pense que le premier moyen auquel l'accoucheur doit songer c'est la compression de l'aorte. Je lisais récemment que l'on recommandait le tampon, aidé de la compression à travers la paroi abdominale.

Dr. A. T. Brosseau: Dans les hémorrhagies graves après la délivrance, je crois que les meilleurs moyens sans contredit sont la compression de l'utérus, de l'aorte extérieurement et intérieurement à travers les parois utérines. Le seigle ergoté rend des services signalés. Jusqu'ici, l'infusion avec les grains concassés et l'extrait fluide de Tilden ne m'ont pas trompé; un autre moyen qui aurait bien sa place dans ces cas c'est la transfusion. Je crois le perchlorure de fer un bon remède, mais dangereux, surtout si l'injection était poussée jusque dans les trompes. Quant à l'emploi de la glace, je la redoute; cependant, nos confrères anglais la recommandent spécialement, et j'ai connaissance d'un cas où des morceaux de glace introduits dans l'utérus ont très-bien réussi. Je préfère infiniment, comme je le disais plus haut, la compression, et surtout la compression extérieure du globe utérin avec une main pendant que l'autre main introduite dans la cavité utérine serait fermée de manière à presser également sur les parois intérieure, et à se trouver en junt à position avec la main comprimant extérieurement, méthode qu'on pourrait appeler *forcipressure*.

Le Dr. E. P. Lachapelle donne avis qu'il proposera le Dr. A. Piché comme membre actif à la prochaine réunion.

Le Dr. E. Berthelot s'engage à préparer un travail pour la première séance.

Le Dr. Laramée rapporte un cas récent d'obstétrique où il a pratiqué sans la moindre difficulté la version *post mortem*, par les voies naturelles, au lieu de l'opération césarienne, chez une multipare. L'enfant était à son huitième mois et non vivant. Le col utérin était peut dilaté, cependant la main pénétra jusque dans l'utérus on peut plus aisément, grâce à l'état de relâchement dans lequel se trouvait l'organe utérin. Cette femme est morte de phthésie aiguë et la version a été pratiquée immédiatement après sa mort.

Et la séance est levée.

DR. A. LARAMÉE,  
Secrétaire-Trésorier S. M.

Séance du 4 avril 1877.

Présidence du Dr. A. T. Brosseau.

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

Proposé par le Dr. E. Berthelot, secondé par le Dr. N. Fafard, que le Dr. A. Piché soit admis membre actif de la Société Médicale.—Adopté.

Le Dr. A. Meunier donne lecture d'un travail sur l'étiologie de l'éclampsie.

Après avoir rappelé la définition de cette maladie et les différentes formes sous lesquelles elle se présente, d'après les auteurs classiques, le Dr. Meunier passe en revue les diverses causes de cette affection.

Il expose et discute au long les deux théories de l'albuminurie et de l'urémie.

Il attire d'abord l'attention sur la présence presque constante de l'albumine dans les urines des femmes éclamptiques. Mais l'albuminurie n'est qu'une coïncidence aussi curieuse que singulière; elle ne peut être par elle-même cause de l'éclampsie, puisqu'elle n'est qu'un symptôme d'autre maladie. Quelle est cette maladie? Pour le Dr. Meunier, la présence de l'albumine dans l'urine est due à une hyperémie rénale. Tous les auteurs s'accordent à ce sujet. Quelle est la cause de cette hyperémie des reins? Ici, les auteurs diffèrent, et le Dr. Meunier présente l'opinion classique exprimée par Cazeaux, etc., et la théorie de M. Peter.

Suivant M. Rayer, la compression que la tumeur utérine exerce sur la veine rénale peut produire à la longue une hyperémie, puis une inflammation du rein, ce qui plus tard sera cause de l'augmentation de l'albumine dans l'urine.

Pour M. Peter, au contraire, il y a plus de pression vasculaire dans les reins de la femme enceinte:

1<sup>o</sup> Parce que la masse du sang est augmentée;

2<sup>o</sup> Parce qu'il y a chez elle plus grand fonctionnement de l'organe sécréteur de l'urine, plus grand fonctionnement démontré par l'augmentation du chiffre de l'urée et des matières extractives éliminées dans les vingt-quatre heures;

3<sup>o</sup> Par suite de la synergie fonctionnelle qui relie le rein à l'utérus;

4<sup>o</sup> Par suite de la solidarité vasculaire des artères rénales et utéro-ovariennes.

Ainsi, parce qu'il y a plus de sang en circulation et que l'uropiôse est considérablement accrue chez la femme enceinte, la pression est considérablement augmentée dans le système vasculaire des reins, et parce que la pression vasculaire y est augmentée à ce degré, la filtration du sérum y devient très-

facile, et par cela même devient cause des accidents qui surviennent du côté du système nerveux.

Quelque soit donc la cause de l'albuminurie, si elle est trop longtemps prolongée, elle produira nécessairement une diminution dans la quantité d'albumine qui entre dans la composition normale du sang. De là il s'ensuit que ce liquide ainsi altéré déterminé dans le centre cérébro-spinal une excitation particulière qui devient elle-même cause directe des convulsions, ou du moins, ce qui arrive le plus souvent, le rend plus impressionnable aux excitations qui lui arrivent, soit de l'extérieur, soit des organes intérieurs probablement irrités.

Si l'albuminurie puerpérale a sa cause principale dans une altération du sang, les urines albumineuses contiennent peu d'urée, et cette substance, n'étant plus éliminée par les reins, doit s'accumuler dans le sang; c'est dans ce fait qu'on a cru trouver la cause des troubles nerveux de l'éclampsie. La présence de l'urée dans le sang produirait un empoisonnement particulier auquel on a donné le nom d'urémie, et qui, réagissant sur le centre cérébro-spinal, déterminerait les convulsions puerpérales.

La femme enceinte élimine journellement deux fois plus d'urée que dans l'état de vacuité de l'utérus. Si elle fait deux fois plus d'urée, elle doit avoir un travail excrétoire plus considérable, c'est-à-dire que plus de sang traverse le filtre rénal, et qu'il y a hyperémie fonctionnelle exagérée; mais qui dit plus de sang dans l'organe dit plus de pression vasculaire; qui dit plus de pression vasculaire dit filtration possible du sérum du sang, voire même du sang en nature, phénomène qu'on appelle albuminurie.

A l'état physiologique, plus le rein se porte bien chez la femme enceinte, plus il y a de sérum; si le rein est frappé d'inertie, survient une diathèse urinémiqne; il y a alors accumulation de tous les matériaux de l'urine dans le sang. La femme enceinte ne fait plus d'urine, ne sélecte les éléments décomposés qui seront l'urine; ils restent et s'accumulent dans son sang, et voilà pourquoi elle succombera à des attaques d'éclampsie, vu l'irritation que subit le système nerveux.

Dr. J. P. Desrosiers: Je crois que l'épanchement séreux dans le tissu cellulaire et même dans les séreuses est dû au défaut d'exercice musculaire. Sous l'influence de la vie sédentaire, il doit y avoir excès de carbone, les poumons n'éliminent pas assez d'acide carbonique, la peau n'élimine pas non plus, et le sang se trouve chargé de carbone. On sait que l'albumine contient à l'état normal 50 pour 100 de carbone; le sérum de l'œdème contient aussi du car-

bone; si le sang contient chez les femmes éclamptiques plus de carbone qu'à l'état normal, par suite du manque de combustion, occasionné par le défaut d'exercice, on ne doit pas trouver étrange que le sang ainsi vicié irrite le centre cérébro-spinal, et détermine des convulsions.

A l'appui de cette hypothèse, je me rappelle deux cas d'éclampsie. Une femme enceinte de 7 mois, qui ne prenait aucun exercice, eut des accès d'éclampsie. Après une copieuse saignée, elle revint à la santé. Je lui ordonne alors de prendre beaucoup d'exercice, ce qu'elle fit. Elle put ainsi se rendre au terme de sa grossesse, sans que les convulsions reparussent; et l'accouchement se fit alors sans accidents. Le second cas est, pour ainsi dire, une répétition du premier, quant au traitement et au résultat.

Pour me résumer, je crois que l'éclampsie est due à la non-élimination du carbone, ni par le poumon ni par la peau. Le rein fait alors tout ce qu'il peut pour l'éliminer, sans pouvoir réussir. C'est là, pour moi, ce qui est la cause de la présence de l'albumine dans l'urine.

Dr. A. Dagenais: Je suis sincèrement d'opinion qu'on ne connaît pas la cause véritable de l'éclampsie, vu que les physiologistes et les pathologistes sont encore à sa recherche. Cependant, de toutes les théories émises jusqu'aujourd'hui, quelques-unes semblent rendre compte des phénomènes que l'on observe. L'éclampsie est probablement due à l'irritation des centres nerveux, irritation due à la compression des vaisseaux par l'utérus distendu.

Je ne suis pas prêt à partager l'opinion émise par le Dr. Desrosiers, savoir, que le défaut d'exercice musculaire, par la non-élimination du carbone, soit la cause de l'éclampsie. La raison, que j'en apporte, et qui me paraît probante, c'est que l'on remarque les accès d'éclampsie également dans toutes les classes de la société surtout chez les femmes du peuple, qui sont assujetties à un travail dur, pénible et prolongé.

En somme, la cause prochaine de l'éclampsie est inconnue, et la cause éloignée me paraît être la compression des vaisseaux sanguins.

Dr. S. Gauthier: Je trouve un hiatus dans la lecture du docteur Meunier: il commence par nous parler de l'albuminurie comme cause de l'éclampsie, puis il termine en attribuant la cause de cette maladie à l'urémie, ce qui tend à prouver que la cause véritable de l'éclampsie est inconnue. Pour ma part, je croirais la trouver dans la compression des vaisseaux. Plusieurs faits pathologiques me portent à adopter cette opinion. Qu'on n'aille pas croire que l'éclampsie soit une maladie

spéciale aux femmes enceintes, non plus que l'albuminurie. Ne rencontre-t-on pas des convulsions chez des enfants, les jeunes filles, alors que des tumeurs développées à l'intérieur compriment les vaisseaux ? Ne sait-on pas aussi que plusieurs maladies produisent l'albuminurie ? Ce sont là les raisons qui me font croire que la cause de l'éclampsie réside dans la compression des vaisseaux sanguins.

Dr. G. O. Beaudry : Je ne serais pas prêt à admettre la compression de la veine rénale comme cause unique de l'albuminurie ou de l'urémie. Ces affections ne sauraient non plus être invoquées comme causes uniques de l'éclampsie ; d'autres circonstances peuvent produire des convulsions. J'ai présent à la mémoire le fait d'une femme qui, accouchée heureusement, fut prise le lendemain d'accès éclamptiques. Il n'y avait chez elle ni oedème, ni infiltration, rien enfin qui pouvait faire croire à l'albuminurie, et cependant elle eut des convulsions. L'examen des organes générateurs internes me fit connaître la cause de ces accès, qui étaient dûs à la présence d'un caillot de sang dans l'utérus. Après l'expulsion de ce caillot, la femme se trouva bien, et elle releva de ses couches sans aucun accident.

En rapportant ce fait, je ne voudrais pas insinuer que telle soit la cause des convulsions dans la majorité des cas. Bien au contraire. Pour moi, je suis porté à croire que l'albuminurie et l'urémie, toutes deux conjointement, sont la cause de l'éclampsie. L'éclampsie est essentiellement liée à un empoisonnement urinaire qui, en outre, est associé à une condition albumineuse de l'urine ou qui en dépend.

A l'état normal, il y a chez la femme enceinte une plus grande masse de sang, la circulation est plus active pour subvenir à sa nutrition et à celle du produit de la conception. Cette plus grande masse de sang est cause d'une plus forte quantité d'albumine. Sans l'influence de cette plus grande masse de sang on circulation, qui se rend aux reins par les artères rénales dilatées physiologiquement à cause de l'état de grossesse, les reins sont assujettis à un travail excrétoire plus considérable. Ceci se passe à l'état normal. Survienne maintenant quelque trouble dans cette fonction physiologique du rein, il y aura hyperémie, congestion de cet organe, la circulation capillaire n'est plus possible, il y aura stagnation du sang. inertie du rein, filtration consécutive de l'albumine du sang qui passera des vaisseaux gonflés jusque dans les conduits excréteurs de l'urine ; le sang, à cause de l'inertie du rein, retiendra les éléments constitutifs de l'urine, et passera ainsi altéré dans la circulation générale, irritera les centres nerveux, et sera cause directe des convulsions éclamptiques. L'albuminurie,

dans cette circonstance, n'est qu'un symptôme, et c'est vraiment l'altération du sang par le défaut d'albumine ou par la présence de l'urée qui est la cause de la maladie.

Dr. Chs. Filiatrault: En réfléchissant aux causes de l'éclampsie, je n'admettrais pas seulement la présence de l'albumine dans l'urine. Je ne vois pas pourquoi la présence de l'urée dans le sang ne serait pas plutôt la cause des convulsions; l'urée dans le sang serait occasionnée par quelques troubles dans les fonctions du rein.

En somme, je ne puis facilement concevoir que le fait de la présence de l'albumine dans l'urine produise des convulsions, tandis que je m'explique comment le sang altéré par la présence de l'urée, peut irriter les centres nerveux et amener des convulsions.

Souvent aussi on doit invoquer l'action réflexe comme cause des convulsions, ainsi que le prouve le fait rapporté par le Dr. Beaudry.

M. le Dr. S. Lachapelle: Quelque soit la cause de l'éclampsie, je crois pouvoir dire que la majorité des praticiens, dans le traitement de cette maladie, sont plutôt en faveur des sédatifs, et non des depletifs. C'est pour cela que la saignée réussit si bien.

M. le Président fait un résumé des diverses opinions émises sur ce sujet important, félicite les membres de l'intérêt qu'ils savent mettre dans leurs observations judicieuses, espère que la Société Médicale continuera toujours dans la voie du progrès.

Le Dr. S. Lachapelle donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera les Drs. C. Provost et J. B. Bouchard, comme membres actifs de la Société Médicale.

Le Dr. N. Fafard donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera le Dr. L. M. Brunet, comme membre actif.

Le Dr. Chs. Filiatrault donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera le Dr. T. Fafard comme membre actif.

Le Dr. J. P. Desrosiers propose qu'à la prochaine séance libre, la Société Médicale prenne pour sujet de discussion: "Si l'usage de la viande est indispensable à l'humanité."

Et la séance est levée.

J. O. BEAUDRY, M. D.,  
Assist.-Sec.-Trés., S. M.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Traitement de la blennorrhagie et de la blennorrhée par les bougies médicamenteuses.—M. Reynal a introduit dans la thérapeutique des maladies de l'urèthre un produit nouveau qui mérite d'y prendre une place définitive et très-importante.

Il l'a appelé Porte-remède (Bougies-Reynal). Comme ce produit, chaque jour utilisé avec avantage par les spécialistes, n'est pas suffisamment connu de tous les praticiens, je crois que la présente communication sera favorablement accueillie des lecteurs de la *Revue*.

Le Porte-remède de M. Reynal n'est autre chose qu'une courte bougie, d'une longueur de seize centimètres, du No 13 à 15 de la filière Charrière. Cette bougie, est composée de gélatine et de glycérine, dans lesquelles se trouve incorporé un médicament qui varie suivant la prescription du médecin.

La bougie est suffisamment résistante pour pouvoir être poussée dans l'urèthre, et assez molle pour n'y provoquer aucune sensation douloureuse. On doit avoir la précaution, non pas de la graisser, mais de la mouiller avant son introduction.

Il faut également, au préalable, avoir fait uriner le malade avant de l'introduire. Ces bougies doivent être engagées dans leur totalité dans le canal de l'urèthre.

Elles fondent en une heure ou une heure et demie, et laissent ainsi le plus longtemps possible le médicament en contact avec les parois du conduit malade.

La bougie, ainsi modifiée par M. Reynal, devient un médicament et non plus un instrument de chirurgie. Le malade peut se l'introduire facilement, sauf au médecin à lui indiquer le choix de la substance dont il doit faire usage.

Dans un mémoire publié par M. le docteur Lorey, interne des hôpitaux, dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie* (4e année, No 1), et dont les éléments ont été recueillis à l'hôpital du Midi, cet auteur apprécie le traitement de la blennorrhagie chronique et de la goutte militaire de la manière suivante :

“ Je doute qu'en pareille occurrence, aucun médicament approprié puisse atteindre l'efficacité de la bougie au sulfate de zinc belladonisé.

“ Sur ces vingt malades, en effet, soumis à ce mode de traitement, nous avons obtenu vingt guérisons. Or, si nous considérons tous les moyens employés contre la goutte militaire, moyens variés et multiples, en rapport avec les nombreux ennuis que cette affection entraîne avec elle, et les résultats que ces méthodes thérapeutiques peuvent donner, nous voyons que les avantages qu'elles réalisent ne sauraient égaler ceux que nous donnent les bougies dans les mêmes circonstances.

“ Non-seulement la guérison des malades a été rapide, puisqu'en moyenne chacun n'a fait usage que de neuf bougies, mais encore elle s'est effectuée sans la moindre complication.

“ Cette action curative si rapide des Bougies-Reynal au sulfate de zinc belladonisé, dans le cas de blennorrhagie chronique, s'explique facilement lorsqu'on se rend compte du double effet qu'elles produisent.

“ Sans nul doute, elles ont d'abord sur la muqueuse urétrale, chroniquement enflammée, une action thérapeutique, puisqu'elles contiennent chacune trois centigrammes de sulfate de zinc, cet agent modificateur par excellence des muqueuses enflammées, et trois centigrammes de belladone.

“ Mais de plus, à cette action du médicament, elles ajoutent un effet mécanique, qu'elles produisent, lorsqu'elles sont introduites dans le canal.

“ Une fois en contact avec la muqueuse malade, et ce contact dure une heure et demie environ, la Bougie-Reynal joue le rôle d'un corps étranger. Elle est chargée, il est vrai, de principes médicamenteux appropriés; mais, avant tout, elle constitue un corps irritant, modifiant, par sa présence, la vitalité de la muqueuse.

“ C'est dans l'association et la combinaison de ces deux actions mécanique et thérapeutique que réside l'efficacité remarquable de la Bougie-Reynal au sulfate de zinc belladonisé, et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer la rapidité avec laquelle disparaît la blennorrhagie chronique, ou la goutte militaire, chez des malades qui en étaient affectés depuis cinq ans, six ans et plus, et qui avaient essayé, pour se guérir, tous les moyens recommandés en pareille circonstance.”

Les observations de M. le docteur Lorey portent sur quatre-vingts malades, dont soixante affectés de blennorrhagie aiguë lesquels ont été à dessein négligés dans son mémoire qui n'a pour objet que la blennorrhagie chronique.

De son côté M. le docteur Dufour, dans sa thèse inaugurale,

démontre, par quatre-vingt-dix observations recueillies dans les hôpitaux et à la clinique de M. le docteur Mallez, l'efficacité et l'avantage de ce traitement, sur les moyens employés jusqu'à ce jour. Autant de guérisons ont été obtenues. La moyenne du traitement a été de seize jours.

Les Bougies-Reynal trouvent aussi leur application dans le traitement de diverses maladies utérines. L'emploi des suppositoires de même composition rend de non moins grands services dans les affections du vagin.

L'importance de ces dernières applications thérapeutiques est telle, que nous nous proposons d'en faire le sujet d'un prochain article. — *Revue de théor. médico-chir.*

Des effets hypnotiques du chloral (1).—L'histoire complète du chloral a fait l'objet de deux leçons de M. G. Sée. Nous nous bornerons à reproduire ici quelques considérations pratiques qui nous paraissent le plus susceptibles d'intéresser nos lecteurs, sur le compte de ce médicament cardinal, dont la thérapeutique s'est enrichie dans les dernières années.

Une première question se présente. Le chloral agit-il, ainsi que quelques expérimentateurs l'ont annoncé, par la transformation en chloroforme dans nos organes? A la suite de l'ingestion de ce médicament, la chimie n'a pu trouver dans le sang aucune trace de cet anesthésique. On ne l'a pas trouvé davantage dans les sécrétions ni les excréments. Le papier réactif, exposé à l'action de l'air expiré, n'en a, non plus, décelé aucune trace. Restaient les urines à analyser. Ici, un fait digne de remarque est à noter. Quand les urines sont acides, on n'y rencontre aucune trace de chloroforme. Il cesse d'en être ainsi lorsque ce fluide est alcalin, ou qu'il a été alcalinisé par l'addition d'une base.

En résumé, ni dans le sang, ni dans l'air expiré, ni dans les diverses excréments normales on ne trouve de chloroforme, résultant de la transformation du chloral.

Ajoutons que dans les liquides anormaux (liquides kystiques) la chimie a permis de reconnaître du chloral en nature.

Donc les effets hypnotiques du chloral ne sont nullement déterminés par la transformation en chloroforme. Il n'y a, du reste, aucune proportionnalité entre ces mêmes effets et la quantité du médicament retrouvée dans le sang. C'est que l'élimination de cet agent est rapide, et qu'il ne s'accumule pas

---

(1) Leçon de M. le professeur G. Sée.

dans l'économie, à l'instar d'un grand nombre de modificateurs thérapeutiques.

Ne pouvant faire sur l'homme des expériences de vivisections, on ne peut faire sur lui qu'une analyse superficielle de ses effets physiologiques.

Administré à une faible dose, soit 0,50, le chloral agit ainsi que le chloroforme. Il produit un peu de ralentissement du pouls, de la respiration et un abaissement de la température. Cette triple concordance constitue une phénoménalité très-importante.

Le phénomène dominant, en rapport avec l'emploi du chloral, c'est le sommeil.

Le sommeil chloralique n'a rien de commun avec celui qui résulte de l'ingestion de l'opium. Ce dernier donne lieu à des rêvasseries pénibles, à des cauchemars ; il enlève l'appétit. Il est loin d'en être ainsi sous l'influence du chloral, qui donne à l'homme un repos agréable, réparateur, sans produire aucune influence fâcheuse sur les voies digestives. Il agit d'une façon analogue à celle du bromure de potassium, doué aussi des plus précieuses vertus hypnotiques. Il y a, toutefois, une différence entre les effets de ces deux médicaments. Tandis que le chloral détermine un paisible sommeil au bout de un ou deux heures, le bromure de potassium n'agit qu'au bout d'un temps double.

Notons, enfin, que le repos qui suit l'ingestion du chloral ne persiste pas au delà de quelques heures.

On a prétendu que, ainsi que cela s'observe pour ce qui est du chloroforme, les buveurs n'étaient pas sensibles à l'action hypnotique du chloral. C'est là une grande erreur. Ce médicament, en effet, agit merveilleusement dans l'état alcoolique. Le délire des buveurs n'a pas de remède aussi efficace que le chloral.—On a accusé le chloral, administré à fortes doses, de produire de l'excitation, de la jactitation, des hallucinations, de l'anxiété précordiale, de la tendance à la syncope, etc. Il y a plus : le Dr. Jollit prétend que 5 grs. de chloral, administrés à un malade, ont déterminé la mort par paralysie des muscles du cœur. Plus fort encore : un médecin anglais, le Dr Donovan, a signalé un cas de mort survenue après l'ingestion de 1 gr. 50 de chloral ! En vérité, c'est à n'y rien comprendre.

Qu'un accident puisse se produire après l'administration d'une forte dose de chloral, prise en une seule fois, la chose est possible. Mais, en agissant de la sorte, c'est procéder en dépit de toutes les règles de l'art. La première condition, dans l'emploi de ce médicament, c'est d'espacer les prises, de fractionner les doses. On doit faire préparer une potion contenant 150 à 200 gr. de véhicule, potion dont on prescrit au malade une

cuillerée à bouche toutes les heures, toutes les demi-heures, au plus tous les quarts d'heure. En procédant de la sorte, on peut administrer, sans le moindre danger, 5 à 6 gr. de chloral dans les vingt-quatre heures.

Le chloral est doué d'une précieuse vertu. Il ne s'accumule pas dans l'économie, vu que son élimination est très-rapide. Pour cette raison, il ne se produit pas d'accoutumance. A l'inverse de l'opium, on n'est donc pas contraint de l'administrer à doses croissantes. Certains malades arrivent à absorber des doses fabuleuses d'opium au grand détriment de leur constitution, au grand danger de leur existence. Il n'en est plus ainsi du chloral. D'un jour à l'autre, l'économie n'en conserve aucune trace. Partant de là, un malade est susceptible de bénéficier presque indéfiniment de ses admirables vertus hypnotiques, sans qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose qui une fois a produit de bons effets.

Il est, toutefois, un revers de médaille qu'il est bon de faire ressortir. Ce médicament a un goût si détestable, que quelques malades ne sauraient s'y faire. Si l'on ne peut faire surmonter une répugnance invincible, il faut renoncer à son introduction par la voie gastrique. Mais il reste au malade une autre ressource : la voie intestinale. Le chloral agit aussi bien par le rectum que par l'estomac. On fait préparer une émulsion avec un jaune d'œuf ou un mucilage gommeux, et l'on y fait incorporer 1 gr. ou 1 gr. 50 de chloral. Ce lavement doit être répété toutes les heures ou plus, de manière à fractionner les doses, ainsi que si le médicament était administré par la bouche.

Faisons remarquer, en terminant, que certains individus sont réfractaires à l'action du chloral. Ces cas sont exceptionnels, mais, en définitive, un fait de cette nature peut s'observer concernant une foule d'autres médicaments. Tel sujet pourra ingérer impunément des doses massives d'une substance toxique : tel autre éprouvera des accidents sérieux, sous l'influence de proportions insignifiantes d'une autre substance. Ce sont là des faits que l'on est à même d'observer journellement, mais que l'on ne saurait expliquer.—*Revue de thér. médico-chir.*

**Un cas d'occlusion intestinale traitée avec succès par l'insufflation.**—En recourant au mode de traitement dont il va bientôt être question, M. Garnier, de Lyon, ne s'est pas engagé dans une voie entièrement nouvelle. J. Wood, 1836, Frastour, 1873, ont obtenu des succès par l'insufflation d'air dans le gros intestin à l'aide d'un simple soufflet. Taliaferro, en 1857, fit usage en lavements de la potion de Rivière.

Dans le cas récent que je mentionne, j'ai fait intervenir l'acide carbonique à très-haute dose.

Nos siphons d'eau gazeuse commerciale sont chargés à deux ou trois atmosphères; cela doit amplement nous suffire, aidé par la chaleur du corps, pour un dégagement considérable de gaz.

Le 12 janvier, je fus appelé chez une dame demeurant place des S....., de trente ans environ. Une indigestion produite par une ingestion d'eau froide intempestive avait été la cause efficiente des accidents. Croyant que tout cela se passerait et s'éteindrait *sponte sua*, on se borna à des applications chaudes sur le ventre, infusions de thé, menthe, etc. Ces faits se passaient les 7, 8 et 9 janvier. Le 10, les douleurs devinrent plus vives; le 11, les coliques prennent plus d'intensité, on se décida à faire venir un confrère; potion calmante, lavement purgatif; —résultat nul.

Le 12, on me fit appeler; la malade était au plus mal. Je suis frappé au prime abord de sa face grippée et terreuse, vraies facies hypocratique. Sa peau est couverte d'une sueur abondante, froide, visqueuse; le pouls est petit et faible; elle pousse des cris effrayants, croyant qu'on lui scie le ventre en deux; impossible de palper l'abdomen, les douleurs s'irradient de tous les côtés; pourtant, après un mûr examen, je crois m'apercevoir que la scène se passe dans l'intestin grêle ou du côté gauche, quoique je ne puisse rien préciser à cet égard. Ses vomissements sont fréquents, bilieux et de mauvaise odeur, rappelant ceux produits par les matières stercorales; ce n'est que bile et mucosités de nature infecte. Ne voyant aucune trace de hernie, je crois à une invagination intestinale. Il n'y a pas eu de selles depuis le début, je tente un nouveau lavement purgatif: 45 grammes de sulfate de soude, 10 centigrammes d'aloès, 1 centigramme d'émétique, 100 grammes de miel de mercure pour 500 grammes d'eau, administré en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Il est rejeté chaque fois sans matière, et le ventre n'est point météorisé; les vomissements ne remontent pas encore à douze heures. Je ne présume pas qu'il y ait gangrène intestinale; rien ne m'indique la péritonite. Je n'hésite pas plus longtemps: je fais prendre une canule ordinaire, j'y adapte un tuyau de caoutchouc de 50 centimètres, je place ce tuyau ainsi ajusté par de fortes ligatures au robinet du siphon d'eau gazeuse de 1 litre. Trois personnes retiennent la patiente, une quatrième place la canule et presse sur le bouton; tout le liquide se précipite dans l'abdomen; il est rejeté bruyamment—et toutes les coliques, toutes les douleurs s'apaisent comme par enchantement. Le 15, cette femme va si bien,

qu'elle pense se lever demain.—*Bulletin de Thérapeutique.*—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

---

**Délire dans l'épilepsie.**—A propos de plusieurs malades de son service, chez lesquels on aurait pu être entraîné à diagnostiquer épilepsie d'origine alcoolique, M. Magnan a rappelé que l'alcool seul est incapable de donner lieu à des attaques d'épilepsie. Depuis longtemps, il a montré, par ses expériences sur les animaux, que, tandis que les injections faites dans les veines avec l'essence d'absinthe amenaient rapidement des attaques convulsives, on n'observait jamais ce phénomène avec les injections d'alcool. L'observation clinique est en rapport avec ce fait; elle démontre que les alcooliques ne deviennent épileptiques que lorsqu'ils joignent l'usage de l'absinthe à celui de l'alcool. Comme démonstration de ce fait, chez plusieurs malades que M. Magnan a montrés à sa clinique, on pouvait observer ce phénomène singulier qu'il était facile de discerner le délire appartenant à l'épilepsie et celui qui relevait de l'alcoolisme. En effet, un caractère important permet de distinguer le délire alcoolique de celui qui s'observe chez les épileptiques au moment de l'attaque, c'est que les malades se souviennent toujours du premier, tandis qu'ils perdent presque toujours la mémoire du second. Ainsi, un des épileptiques qui avait présenté un accès de délire alcoolique se rappelait parfaitement avoir été injurié, avoir vu des cordes qui l'entouraient, etc., tandis que l'agitation non moins grande qu'il avait éprouvée sous l'influence d'attaques épileptiques, ne lui avait laissé aucun souvenir. Un autre homme alcoolique est devenu épileptique, non par l'alcool, mais par le vermouth, avait déjà eu quatre attaques d'épilepsie suivies d'un délire violent qui n'avait laissé aucune trace dans sa mémoire; à côté de cela, il se souvenait très-bien, alors que c'était le délire alcoolique qui dominait chez lui, avoir eu des hallucinations dont il rappelait les principales, cauchemars, incendies, animaux, etc.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

---

**Traitement de la diarrhée vaso-paralytique des malades cachectiques,** par BONFIGLI, directeur de l'asile des aliénés de la province de Ferrare. (*Arch. ital. per le malattie nerv.*)—Sous le nom de diarrhée vaso-paralytique, Bonfigli comprend celles qui surviennent principalement chez des

malades cachectiques atteints d'affections nerveuses, et qui consistent en des évacuations fréquentes, sérieuses.

Elles résistent aux astringents et aux narcotiques et ne s'accompagnent pas d'enduit de la langue. A l'autopsie on trouve une légère hyperémie de la muqueuse intestinale, sans autre altération.

Elle serait due à une paralysie des vaso-moteurs de la muqueuse intestinale produite par un affaiblissement de la puissance des centres nerveux correspondants, ou par la participation de tout le système nerveux à la cachexie générale. Comme preuve de cette origine nerveuse il rappelle que l'ablation du cervelet chez les animaux détermine constamment une diarrhée.

Elle est le plus souvent la cause prochaine de la mort des aliénés cachectiques. Elle résiste à tous les moyens connus. Mettant à profit les expériences de Sasse, qui a démontré que le chlorate de potasse augmente la contractilité des muscles des parois vasculaires, il a expérimenté ce médicament et est arrivé aux conclusions suivantes :

1o. Le chlorate de potasse a une action favorable sur la diarrhée vaso-paralytique.

2o. Pour amener une disparition complète il faut employer le médicament pendant longtemps, et dans les cas rebelles augmenter les doses.

3o. Si l'on cesse le médicament, tous les effets favorables disparaissent, à moins qu'on n'ait obtenu une amélioration de l'état général. Si on en reprend l'usage, son action favorable se montre de nouveau.

4o. Dans les cas graves de cachexie, liés à une forte dépression nerveuse, son action est plus lente, la diarrhée diminue, mais ne disparaît pas complètement. Dans les cas rebelles il existe des altérations des parois vasculaires (dégénérescences amyloïde ou graisseuse), ou bien des lésions ulcératives de la muqueuse. Ils exigent un emploi énergique et prolongé du médicament.

5o. Il n'est d'aucune utilité si la diarrhée est entretenue par un processus actif de la muqueuse, entérite catarrhale, etc.)

6o. Par analogie, le chlorate de potasse doit avoir une action favorable dans la diarrhée des vieillards, dans le choléra et dans certains flux séreux des pays chauds.

7o. La dose varie de 2 à 10 grammes en vingt-quatre heures, suivant la gravité du cas. (*Zinkeisin* in *Schmidl's Jarbucher*, 1877).—*Lyon Médical*.

**Du diabète sucré chez l'enfant.**—Le diabète constitue une affection assez rare chez l'enfant pour que certains auteurs aient même nié son existence. Cependant il en existe des faits incontestables et dont le nombre croîtrait certainement si l'attention était plus souvent dirigée de ce côté. M. Redon a réuni, dans sa thèse, trente-deux observations qui lui ont permis, par une analyse minutieuse, de donner une bonne description de cette maladie. Au point de vue de l'étiologie, M. Redon a constaté que, dans la plupart des cas, il y avait comme antécédents chez les parents soit le diabète lui-même, soit différents états nerveux comme la folie, etc..., soit différentes diathèses comme la goutte, la scrofule, la tuberculose, etc... Comme cause immédiate, il a reconnu l'action d'une maladie antérieure débilitante, ou d'une nourriture insuffisante, ou de mauvaise nature, ou irrationnelle. Des troubles digestifs prolongés ou des fièvres intermittentes ont la même influence.

Le diabète, qui paraît d'après ces recherches beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense chez l'enfant, est cependant de plus en plus rare à mesure qu'il s'agit de sujets moins âgés. L'enfant le plus jeune qu'on ait observé, avait huit mois et demi, mais c'est dans la seconde enfance, de dix à quinze ans, qu'on voit le plus souvent cette maladie ; il semble affecter indifféremment les deux sexes.

On peut observer deux formes de diabète, le type aigu, très-rare, et le type chronique ; mais il est à noter que l'amaigrissement est toujours très-prononcé, et qu'on ne retrouve pas ici, comme chez l'adulte, le diabète gras et le diabète maigre, car, presque dès le début, l'enfant commence à maigrir. Les complications du côté de la peau sont aussi moins fréquentes qu'chez les adultes, de même que les complications thoraciques, ce qui explique que dans la plupart des cas la mort soit arrivée par affaiblissement graduel ; cependant, dans quelques faits, on a observé des troubles de la vue et même le développement de la cataracte. A part ces différences, la forme de la maladie a beaucoup de rapports avec ce qu'elle est chez l'adulte.

Pour diagnostiquer le diabète chez l'enfant, le seul point important est d'être amené à soupçonner son existence ; et pour cela on devra y penser chaque fois que l'on verra de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, un changement de caractère, de la toux même chez un sujet dont l'affection présente certaines obscurités. Le diabète se manifeste aussi quelquefois au début par l'incontinence nocturne de l'urine, signe bien propre à attirer l'attention du médecin. Ce diagnostic est important à poser dès le début, parce qu'à ce moment le traitement a beaucoup d'action sur la maladie. Celui-ci est fondé surtout sur le

régime et sur l'hygiène. L'exercice journalier, incessant, l'exercice des bras surtout, est une des parties les plus efficaces du traitement. Quant au régime, il comporte les mêmes aliments que pour l'adulte. Seulement lorsqu'il s'agit d'enfants au-dessous de trois ans, dont l'aliment naturel est le lait, on pourrait essayer de remplacer d'abord celui-ci par le thé de bœuf des Anglais; on y ajouterait ensuite des pâtes de gluten, et on donnerait plus tard de la viande hachée très-menue avec des œufs.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

—

Quand faut-il employer la lancette pour les gencives?—Quand l'époque de l'éruption des dents est arrivée, chacune d'elles est renfermée dans une crypte osseuse à l'intérieur de la mâchoire. L'éruption s'effectue par suite de l'élongation graduelle des dents, d'un côté, et de l'autre, par l'absorption simultanée des tissus superposés. L'absorption commence par les bords supérieurs et les parois antérieures de la crypte, qui disparaissent peu à peu pour faire place à la dent qui s'avance. La pousse de celle-ci suit le progrès de l'absorption jusqu'à ce que la couronne, pressant ce qui reste de la couverture membraneuse, celle-ci s'atrophie, s'amincit par degrés, devient transparente et finit par livrer passage à la dent. On croit que les désordres de la dentition se produisent quand il n'y a pas harmonie complète entre les différents phénomènes, la dent s'avancant plus rapidement que ne disparaissent les tissus mous et osseux qui la renferment. Alors il y a irritation, désordres nerveux et troubles constitutionnels.

Il est clair qu'il faut hésiter beaucoup avant de percer les gencives, si la dent n'a pas encore effectué son passage à travers l'orifice contracté de l'alvéole qui se développe; mais on peut espérer apporter une aide véritable quand on aperçoit déjà la dent sous la gencive durcie, tendue et enflée. Il est incontestable que, si l'opération est bien accomplie, l'enfant est soulagé; comme d'autre part, elle ne cause que peu de douleur et n'offre aucun danger, il ne faut pas hésiter à y recourir quand les chances de succès apparaissent clairement.—*British Medical Journal.*—*Revue de Ther. médiro-chirurgicale.*

## PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Hémorrhagies colliquatives; collapsus; excellents effets des injections sous-cutanées d'éther.—On sait quel excellent parti on a tiré, dans ces derniers temps, des injections sous-cutanées d'éther dans certains cas de collapsus, et d'hémorrhagies liées à l'accouchement, assez abondantes pour mettre les jours en danger. M. Verneuil vient de tirer un nouveau et précieux parti de cette méthode, en l'étendant aux cas dans lesquels les pertes de sang, quelle que soit la cause qui les détermine, sont assez profuses pour mettre la vie en péril. Il en a été ainsi chez deux malades dont nous allons, à grands traits, esquisser l'histoire.

Le premier fait concerne un jeune garçon auquel l'éminent chirurgien de la Pitié avait opéré l'ablation d'un polype nasopharyngien. La quantité de sang perdue à la suite de cette opération avait été si considérable, que le jeune malade était tombé dans un collapsus grave, avec abaissement notable de la température, tombée à 35°. C'était un cas de transfusion du sang. Avant d'en venir à ce moyen extrême, M. Verneuil se décida à recourir aux injections sous-cutanées d'éther.

Dès le premier jour, plusieurs injections furent pratiquées, à la dose, chaque fois, de 15 gouttes de ce liquide stimulant. Sous l'influence de cette médication si simple, la température s'éleva presque aussitôt. Les injections furent continuées pendant plusieurs jours, au bout desquels l'état du malade devint des plus satisfaisants.

Le second fait présente encore plus d'intérêt. Il s'agit d'un cas de hernie étranglée, jugée, par le professeur, inopérable, en raison de l'état de collapsus du malade, chez lequel la température était descendue à 35°. Sous l'influence des injections sous-cutanées d'éther, dès le jour même le thermomètre remonta à 37°, condition qui permit de pratiquer l'opération, laquelle fut suivie de succès.

Pour ce qui est du *modus faciendi*, voici comment procède M. Verneuil.

Il commence par prendre exactement la température du malade. Puis, il fait une première injection avec quinze gouttes d'éther. Au bout d'une heure, nouvelle exploration thermométrique. Si la température n'est pas revenue à son degré normal, il pratique une seconde injection. Il procède de la sorte tant qu'il est nécessaire, de manière à tirer tout le parti possible de ce puissant agent de stimulation.

Il ne faut pas s'inquiéter de la grande proportion des doses d'éther employées. Il n'y a rien à redouter au point de vue des accidents tant généraux que locaux. A ce dernier égard, les injections sous-cutanées d'éther sont aussi inoffensives que celles des préparations de morphine.

Les expériences de M. Verneuil établissent donc ce fait, qui a une très-grande portée :

Dans les affections à collapsus profond, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'a produit, les injections sous-cutanées d'éther constituent un des stimulents les plus puissants, les plus rapidement suivis d'effets. On a pu se convaincre, par le dernier fait rapporté plus haut, que quelques heures peuvent suffire pour faire remonter à son degré normal la température du corps, abaissée de plusieurs degrés. Des horizons nouveaux viennent donc de s'ouvrir pour la méthode des injections sous-cutanées. Désormais, on peut opérer avec succès des malades, en les faisant sortir d'un état de collapsus, qui n'eût laissé aucune chance à l'opération. Il sera permis, grâce à elle, de circonscrire le champ de la pratique si aléatoire de la transfusion.

Il est donc permis d'espérer que, dans une sphère d'action nécessairement beaucoup plus restreinte, les injections éthérées rendront des services non moins signalés que les injections morphinées, qui, chacun le sait, constituent une des plus belles conquêtes de la thérapeutique moderne.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale.*

DR. VERDDEAU.

**Cure radicale des hernies par la méthode de Greenville Dowell.**—Nous signalons à nos lecteurs la méthode opératoire suivante, sans toutefois en garantir l'innocuité malgré la statistique favorable qui l'accompagne.

L'opération de Dowell consiste à pratiquer l'occlusion de l'anneau herniaire par une suture sous-cutanée. Voici comment il opère : le patient étant chloroformé, on commence par dessiner sur la peau à l'endroit où on doit opérer, trois lignes parallèles, la médiane correspondant à l'anneau herniaire, les deux autres de part et d'autre de la première à une distance de  $\frac{1}{2}$  à  $\frac{1}{4}$  de pouce. Une aiguille demi-circulaire, pointue aux deux extrémités, est armée d'un côté seulement d'un fil d'argent, et saisie de la main gauche ; au moyen du pouce et de l'index de la main droite, on enlève un pli de la peau de façon que la ligne moyenne tracée sur la peau corresponde au sommet du pouce. On introduit par la ligne moyenne l'extrémité enfilée de l'ai-

guille, et on la fait sortir par la ligne externe (à droite de l'opérateur). Le pli cutané étant lâché, on retire l'aiguille, jusqu'au moment où sa pointe non enfilée se trouve au niveau de la ligne externe. Cette pointe est alors conduite profondément en arrière de l'aponévrose, en invaginant fortement la peau sur l'index gauche, et on la fait sortir par la ligne latérale de l'autre côté (à gauche de l'opérateur). On retire de nouveau l'aiguille jusqu'à ce que sa pointe enfilée soit sur le point de sortir, saisissant alors l'extrémité non enfilée, on fait promener la pointe enfilée entre la peau et l'aponévrose, et on la fait sortir par la première ponction sur la ligne médiane. L'anneau herniaire se trouve ainsi circonscrit complètement par une anse métallique, dont les deux bouts sortent par le même orifice. On n'a qu'à tirer sur ceux-ci, et les fixer au moyen d'un bouchon ou d'un rouleau de sparadrap par exemple, pour produire l'occlusion complète de l'anneau. Si l'on juge une seule ligature insuffisante, on en place une deuxième ou une troisième, après cinq ou six jours les fils sont enlevés, mais le patient doit encore garder le lit pendant dix à douze jours, et pendant les deux mois qui suivent l'opération, il doit porter un bandage approprié.

Le procédé opératoire décrit est surtout applicable pour une hernie inguinale gauche. Pour faire la même opération du côté droit, il est plus facile d'opérer en sens inverse.

Quatre-vingt-dix-sept opérations faites par ce procédé ont donné quatre-vingt-une guérisons complètes. Dans aucun cas l'opération n'a été suivie de symptômes inquiétants. — *Central Blatt of med. Wissensch.—Le Bordeaux médical.*

Opération de la gueule de loup (palais fendu), par M. W. Fergusson (*British Medical Journal*).—Dans son travail intitulé: *Observations sur le bec-de-lièvre et la gueule de loup*, Fergusson indique une méthode opératoire pour remédier à ce vice de conformation. A un quart de pouce en dehors de la fissure, les parties sont incisées jusqu'à l'os sur une étendue égale à celle de la gueule de loup et cela naturellement de chaque côté de celle-ci: le palais dur est ensuite fendu d'arrière en avant avec un ciseau tranchant sur la même longueur, puis rapproché de la ligne médiane, après avoir rafraîchi les bords, on réunit, au moyen de sutures, les deux parties du palais qu'on a rapprochées de cette ligne.

Cette opération se pratique sous l'influence du chloroforme. L'auteur publie, à l'appui de cette méthode, plusieurs observa-

tions de cas opérés ainsi. Il recommande, pour les sutures, l'aiguille Brook, de Londres.

L'hémorrhagie n'est pas considérable, le palais mou et le dur, ainsi que son périoste, ne subissent pas de lésions trop graves, enfin la réunion sur la ligne médiane a lieu tant par les parties molles que par les dures. — *Revue de Thér. médico-chirurgicale*

**Cautérisation de la fistule à l'anus.** — Lorsqu'il s'agit d'ouvrir un abcès de la marge de l'anus, ou d'opérer une fistule anale, M. Broca emploie toujours le cautère actuel, soit l'anse galvano-caustique, soit le thermo-cautère, ou d'autres instruments s'il n'avait ceux-là à sa disposition. L'opération ainsi faite a pour grand avantage, ainsi que l'a fait remarquer M. Broca, en insistant beaucoup sur ce point, de dispenser de la mèche qui sert au pansement; la mèche a pour but, en effet, de maintenir écartées les lèvres de la plaie; mais avec la cautérisation, ces parties n'ayant plus de tendance à se réunir, le pansement devient inutile; et c'est là un des grands points de ce procédé opératoire, car la mèche, outre l'embaras et la difficulté du pansement qu'elle occasionne, est presque toujours l'origine de la douleur, de l'inflammation et même des hémorrhagies qui succèdent souvent à l'opération de la fistule à l'anus. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**De la fièvre puerpérale et de la septicémie: leurs rapports et leur identité probable, par le Dr. Jules Gross.** — Le Dr. Georges Hunter rapporte plusieurs observations qui établissent la plus grande relation entre la fièvre puerpérale et la septicémie, et qui donnent raison au professeur Béhier lorsqu'il plaida si vivement l'analyse de l'infection purulente et des accidents de l'accouchement avec suppuration.

Il est très-bien avéré aujourd'hui que la fièvre puerpérale n'est pas une maladie spécifique, *sui generis*, comme l'ont pensé nombre d'observateurs, et les faits que rapporte le médecin d'Edimbourg au sujet de la contagion de cette maladie par le même mécanisme que celle de l'infection purulente, ne permettent plus de combattre l'opinion que professait notre grand clinicien Béhier.

La contagion avait pour véhicule la main de l'accoucheur, imprégnée de matière septique. Il pense que l'épiderme de ses mains a été si pénétré de cette matière, et, d'un autre côté, tellement endurci et épaissi par l'application constante d'acide phénique concentré, que plusieurs semaines devaient s'écouler avant sa complète desquamation et son entier renouvellement. La main de l'accoucheur jouait donc dans la production de la septicémie le même rôle que l'éponge impure dans la production de la pyohémie dans les salles de chirurgie.

Le Dr. Gerris, se basant sur l'examen de vingt et un cas de fièvre puerperale, arrive à des conclusions semblables. Il pense que la fièvre puerpérale est la septicémie puerpérale; il croit que la maladie diffère de la septicémie chirurgicale uniquement par le fait de l'état physiologique particulier de la femme accouchée, qui rend l'aptitude à la maladie plus grande et sa gravité plus considérable.—*Gazette obstétricale*.—*Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*.

---

Des moyens de calmer la douleur dans le cancer de l'utérus.—M. Lawrence, médecin-accoucheur à l'hôpital-général de Bristol, recommande, dans le *Medical Gazette*, les moyens suivants :

Dans les cas de cancer médullaire de l'utérus et aussi dans l'épithélioma de la même région, on obtient un soulagement marqué par l'emploi de l'ergot de seigle, à la dose de 30 minimes (1 gr. 35 c.) toutes les six heures. C'est ainsi qu'on calmera ces battements intenses qui d'ordinaire ne cèdent qu'à ces hémorrhagies qui épuisent les malades. L'ergot paraît agir en diminuant l'afflux du sang dans l'utérus.

Un autre remède d'une grande valeur est l'hydrate de croton chloral. Il n'agit pas sur le siège même du mal, mais il fait disparaître les douleurs qui s'irradient dans les hanches, les cuisses et les aînes. Comme topique local, le docteur Lawrence emploie l'acide phénique, qu'il applique au moyen d'un petit spéculum et d'un tampon de ouate, et les injections de 1 drachme (environ 2 grammes) de glycérine phéniquée dans une demi-pinte d'eau (250 grammes), matin et soir.—*Annales médicales de Caen*.—*Le Bordeaux Médical*.

---

## TOXICOLOGIE.

Valeur toxique des sels de cuivre: empoisonnements; suicides; conclusions. — Depuis qu'un homme, accusé d'avoir empoisonné deux femmes avec du sulfate de cuivre, a subi la peine capitale, les sociétés savantes se sont émues, l'Académie des sciences a reçu plusieurs notes, la Société de biologie a discuté les effets physiologiques du cuivre, et les journaux à leur tour ont longuement étudié la question de la toxicité du cuivre; non-seulement les journaux scientifiques, mais les journaux politiques, car l'article le plus complet et le plus intéressant sur la matière a été publié dans la *République française*; il est vrai qu'il s'agit d'un feuilleton scientifique dont l'anonyme ne peut dissimuler à personne le savant professeur Bert.

Cet article tend à nous démontrer que le cuivre est un métal calomnié, que ce ne fut que vers 1700 que l'on se préoccupa du danger attaché à l'usage des vases de cuivre. On s'en était jusque-là servi pour tous les besoins domestiques, et aujourd'hui encore leur emploi est fort répandu en Orient, sans qu'on en soit incommodé. En 1722, Schulze publia un travail dans lequel il dénonçait le cuivre comme un poison. Ces idées furent soutenues par un avocat du nom de Amy, puis par Rouelle, puis par un docteur Thierry; enfin Jean-Jacques Rousseau prêta à l'opinion de ces savants le lyrisme de son éloquence. Le passage suivant montrera combien il dut effrayer ses contemporains en parlant des accidents dus au vert de gris.

“ Ils ont fait voir combien d'accidents affreux produits par le cuivre sont attribués tous les jours à des causes toutes différentes. Ils ont prouvé qu'une multitude de gens périssent, qu'un plus grand nombre encore sont atteints de mille différentes manières par l'usage de ce métal dans nos cuisines et dans nos fontaines, sans se douter eux-mêmes de la véritable cause de leurs maux.”

Faut-il admettre que Jean-Jacques joua le rôle principal dans la vulgarisation de ces craintes? Ce qui est certain, c'est qu'elles s'accrochèrent et que l'étamage devint une coutume constante sans que l'on se soit suffisamment demandé, comme le fait remarquer le même critique, si l'étamage, qui contient souvent du plomb en quantité abusive, même du zinc arsenical, ne jouerait pas le principal rôle dans les empoisonnements par les vases qui ont perdu leur étamage.

En effet, à côté de ces faits, M. Bert rappelle les observations de Pelikan, de Saint-Pétersbourg, de MM. Daletzki et Szumowski, qui ont fait bouillir et refroidir des aliments dans le cuivre et n'y ont trouvé que des traces insignifiantes de cuivre; des animaux nourris avec ces aliments n'ont jamais présenté de traces d'intoxication.

Des expériences du même ordre faites par M. Ducom et M. Burq ont démontré que l'on nourrissait impunément des animaux avec des aliments cuits dans des vases couverts de vert de gris.

Sur ce sujet les expériences les plus remarquables ont été faites par M. Galippe, qui a mélangé toutes sortes de sels de cuivre, acétate, sulfate, citrate, lactate, malate, à des aliments pour les administrer à des animaux. Il a vu que tous ces sels produisaient le vomissement, sans que l'on pût parvenir à en faire ingérer une dose toxique. Puis le goût de ces sels est horrible, surtout pour le sulfate de cuivre. Si par exemple on mélangeait à du vin 10 centigrammes de sulfate de cuivre pour un litre, ce vin qui n'empoisonnerait pas serait imbuvable.

Les aliments solides mélangés des sels non-seulement ont un goût affreux, mais prennent rapidement une teinte verdâtre, de telle sorte que leur aspect n'a rien de séduisant et les signale à l'attention du consommateur.

De ces raisons et d'autres observations le rédacteur de la *République française* conclut que, ingérés à haute dose et par surprise, les sels de cuivre agissent comme caustique et ne peuvent occasionner la mort que par des lésions locales.

A faible dose, ils peuvent être indéfiniment absorbés, le métal s'emmagasinant dans le foie, comme l'a prouvé M. Galippe, sans produire de phénomènes appréciables.

Des quantités très-faibles mêlées aux boissons ou aux aliments leur communiquent une saveur absolument repoussante, en sorte qu'il serait impossible de les employer par ce procédé dans un but criminel.

Enfin, tout semble prouver que s'il y a pu y avoir suicide, il n'y a jamais eu empoisonnement par les sels de cuivre.

D'autres auteurs, sans se prononcer aussi manifestement contre la toxicité du cuivre, ont présenté encore des observations du même ordre. C'est ainsi qu'à l'Académie des sciences une note remarquable de MM. Felz et Ritter concluait d'expériences récentes, que l'acétate de cuivre est beaucoup plus actif que le sulfate, qu'il est réellement toxique. Que lors de l'empoisonnement par cette substance apparaissent un ictère et probablement des phénomènes analogues à ceux des intoxications par l'arsenic, l'antimoine, le phosphore et les substances septiques.

Toutefois ils admettaient que si l'on additionne des boissons ou des aliments de la dose toxique de l'acétate de cuivre, ils prennent une saveur telle qu'il est impossible de les avaler sans être averti par elle de la présence du poison.

De même à M. Bochefontaine, qui signalait une expérience à la Société de biologie et admettait que le sulfate de cuivre ne saurait être absorbé et agir comme les poisons, mais agit localement par son action caustique, M. Laborde répondit que les artifices d'expériences permettaient parfaitement cette absorption. Dans la *Tribune médicale*, il publie le résultat de ses recherches sur la toxicité des sels de cuivre, et dès le début il l'admet évidemment. Il constate sous l'influence de l'absorption du cuivre une altération du sang, des lésions de la muqueuse digestive (même quand le cuivre a été introduit par voie sous-cutanée), des lésions des poumons.

Il ne faut peut-être pas être trop convaincu de l'innocuité des sels de cuivre.

Deux observations publiées dans la *Gazette médicale de Bordeaux* par M. le docteur E. Lafargue, semblent démontrer la toxicité. La première est le suicide avéré d'une jeune fille qui avait pris des cristaux de sulfate de cuivre dans de l'eau. Elle fut transportée à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, où elle ne tarda pas à mourir. Les vomissements verts furent très-douloureux et très-abondants. L'autopsie constata une muqueuse stomacale boursoufflée baignée par un liquide verdâtre.

La seconde observation a trait à un cadavre d'une jeune femme enterré depuis cinq jours; on trouva une grande quantité de sulfate de cuivre dans l'estomac. Un arrêt de non-lieu fut rendu en faveur d'un individu soupçonné d'avoir fait ingérer ces sels de cuivre.

Ces observations semblent démontrer que l'empoisonnement volontaire peut avoir lieu, mais elles ne démontrent pas du tout que l'on puisse faire ingérer à un individu à son insu une dose toxique de sel de cuivre.

Aussi, pour nous, concluons-nous, de tout ce que nous avons lu sur ce sujet, que les sels de cuivre, quoique toxiques, ne le sont qu'à dose élevée.

Ils peuvent être employés par un individu qui se suicide. Un assassin devrait les faire ingérer de force.

Dans une expertise le médecin devrait songer plus à l'acétate de cuivre qu'au sulfate, puisqu'il est facile à obtenir et beaucoup plus toxique, et dans le procès auquel nous faisons allusion cette recherche eût pu être faite.

Dans l'espèce nous ne regrettons ni la mort de l'empoisonneur Moreau, ni celle de Billoir, pas plus que nous n'avons

regretté celle d'autres misérables de cette sorte. Mais il ressort de toutes les données scientifiques connues aujourd'hui, qu'il est impossible d'affirmer la réalité d'un empoisonnement par le sulfate de cuivre dans les circonstances indiquées. Aussi, croyons nous que ces faits recommandent à l'expert une réserve extrême que nous avons toujours conseillée. Il existe un certain nombre de questions sur lequel on a tenté de présenter au public l'expertise comme un élément de certitude absolue; nous ne croyons pas qu'il faille en pareil cas affirmer, même en présence de preuves morales, que l'expert n'a point le droit d'apprécier.

Sur la question du cuivre, nos lecteurs seront tenus au courant de tous faits intéressants, et en particulier de ceux qui touchent à l'hygiène domestique.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

---

## SYPHILOGRAPHIE.

---

**Syphilis et mariage.**—Il vous arrivera fréquemment, dit le Dr. Fournier, en commençant sa leçon, dans le cours de votre pratique, de voir arriver chez vous un client qui, la mine préoccupée, presque anxieuse, vous tiendra le discours suivant :

Docteur, un mariage se présente pour moi. Or, je n'ai pas toujours été *très-sage*. J'ai eu *quelques malheurs* de jeunesse; et, notamment, j'ai été affecté de la syphilis, il y a quelques années. Aujourd'hui—la chose est grave—je viens vous demander *si je suis guéri et si je puis, sans danger pour ma future femme, sans danger pour mes enfants à venir, contracter l'union qu'on me propose.* Veuillez m'examiner et me renseigner à ce sujet.

Quand une telle demande vous sera adressée, n'allez pas vous méprendre sur la gravité de la réponse que vous aurez à faire. Cette réponse implique de votre part une responsabilité que je ne puis qualifier autrement que de considérable; et je ne crois rien exagérer en disant que, dans le ministère du médecin, il est peu de problèmes à résoudre, d'une part, aussi graves, et, d'une part, aussi difficiles, aussi délicats que celui-ci.

Ce court exorde terminé, M. Fournier envisage les conséquences d'une erreur commise en pareille matière. Il n'y a que deux alternatives: ou le médecin se trompe sur la situation de son client, et le condamne au célibat;—ou l'erreur est com-

mise en sens inverse, et le médecin permet prématurément le mariage à un homme dont la syphilis est encore vivace et dangereuse.

Votre arrêt médical rejette peut-être le premier hors la vie honnête, il brise peut-être l'avenir et le cœur de cet homme forcé de renoncer à une union qui eût fait son bonheur; il le prive de ces deux choses qui, "après la turbulence des premières années de jeunesse", deviennent l'aspiration naturelle et commune: foyer de la famille et enfant.

Les conséquences d'une méprise, dans le second cas, sont vraiment désastreuses, désolantes: car cet homme pourra infecter sa femme (quel cadeau de nocces!); de ce couple infecté vont presque fatalement naître des enfants qui, ou bien mourront à peine engendrés, ou bien apporteront en naissant la maladie de leur père. "Eh quoi de plus hideux que la vérole dans un berceau!" Jugez de la position de cet homme vis-à-vis de sa femme qui pleure, d'une nouvelle famille qui ne pardonne pas; d'un enfant qui végète, et d'une nourrice contaminée qui menace et divulgue. La mort est mille fois préférable à un tel supplice.

Voyez donc quelle responsabilité incombe au médecin dans la réponse qu'il a à faire!!

Ces préliminaires établis, M. Fournier entre maintenant au cœur de son sujet. Et tout d'abord il vide une question préalable qui, si elle n'était pas résolue affirmativement, dit-il, exclurait toute discussion ultérieure:

*La syphilis constitue-t-elle une interdiction formelle, un obstacle absolu au mariage?*

Oui, cent fois oui, répond le maître. Oui, un homme peut se marier après avoir eu la syphilis.

Immédiatement aussi il ajoute: "Oui, on peut se marier après avoir eu la syphilis, mais sous bénédiction d'inventaire, à de certaines conditions." Ces conditions, M. Fournier les précise.

Pour déterminer dans quelles conditions il est permis moralement, honnêtement à un homme syphilitique de contracter une alliance, le professeur recherche comment et à quel titre cet homme peut devenir dangereux en tant que mari.

Or, à son sens, et comme M. Fournier comprend la question un homme qui se marie avec une syphilis non encore éteinte peut devenir dangereux de trois façons; pour sa femme, en lui transmettant le mal dont il est affecté; pour ses enfants, par voie d'hérédité; pour lui-même, pour les intérêts de la communauté, de la famille.

M. Fournier, après avoir longuement examiné ce que cela veut dire, et envisagé froidement, minutieusement et tour à

tour les trois termes de cette proposition, en concit au devoir que nous, médecins, nous avons à remplir; et ce devoir médical, professionnel, social même, le voici

“ Si ce n'est pas le métier des gens du monde, et des malades de savoir ce que produira la vérole non traitée, à plus ou moins longue échéance, c'est notre métier à nous de le savoir et de l'enseigner à ceux qui l'ignorent. C'est notre mission d'éclairer sur ce point les clients qui viennent à nous, de les détourner, à leur grand profit et au grand profit de tous, de l'abîme qu'ils vont creuser sous leurs pas, et de leur dire :

“ Non, il est impossible, dans les conditions où vous vous trouvez actuellement, de songer au mariage.

“ Jusqu'à ce jour, vous avez jugé bon de conserver la vérole. Soit! Vous étiez garçon et, par conséquent, seul responsable de votre imprudence; nous n'avons rien à y voir, car chacun à la liberté de son être et dispose de sa santé comme il l'entend. Mais aujourd'hui que vous prétendez vous marier, c'est une autre affaire. Se marier, c'est prendre charge d'âmes, ne l'oubliez pas; et vous n'avez pas le droit moral d'associer autrui à vos risques personnels, c'est-à-dire de faire subir à une femme et à des enfants les conséquences possibles d'une vérole non traitée.”

Des trois termes de cette proposition il suit tout naturellement :

Que le mariage doit être interdit à tout homme conservant une syphilis assez vivace, assez mal éteinte pour devenir dangereuse;

— Qu'inversement, le mariage peut être permis à tout homme se trouvant dans des conditions précisément opposées.

---

## OPHTHALMOLOGIE.

---

Sur la conjonctivite diphthérique, par le docteur del Foro.—L'auteur établit que la première description de cette espèce de conjonctivite est due au professeur Bouisson, de Montpellier, et date de 1846, bien que ce soit l'illustre de Graëfe qui l'ait le mieux fait connaître, en 1854.

Depuis que l'attention des ophthalmologistes est dirigée sur ce point, les observations se sont multipliées; pour sa part, le docteur del Foro en compte sept dans sa pratique personnelle, et il a eu connaissance d'un huitième appartenant à la clinique du docteur Delgado Jugo.

Sur les sept malades qu'il a observés, l'auteur en a vu trois mourir du croup avant la terminaison de la conjonctivite; chez ces trois sujets, les deux yeux s'étaient vidés par une rupture très-étendue de la cornée, et cela de deux à quatre jours avant les accidents asphyxiques.

Cette statistique est moins encourageante que celle de de Graëse, qui, sur quarante enfants atteints de conjonctivite diphthérique, n'en a vu succomber que trois au croup; mais elle est encore moins défavorable que celle du docteur Gibert, qui a perdu quatre malades sur cinq.

Des quatre cas terminés par la guérison, il y en eut deux où la conjonctivite fut monoculaire; l'un de ces deux cas guérit sans qu'il restât aucune trace de la lésion, l'autre se termina par un leucoma marginal assez étendu.

Pour les deux autres, dans lesquels la conjonctivite fut bilatérale, il y eut une petite perforation de la cornée et un retrait considérable des replis palpébraux.

Chez tous ces malades, la diphthérie oculaire a été parfaitement caractérisée; exsudation d'un blanc grisâtre, tellement adhérente, qu'il était impossible de la décoller, et paraissant infiltrée dans le tissu même de la muqueuse; début par le bord palpébral et extension jusqu'au cercle qui entoure la cornée; sécrétion d'un liquide sanieux qui entraînait de véritables lambeaux de la muqueuse, lesquels laissaient après eux des plaies qui tendaient à se cicatriser avec retrait de la muqueuse lésée.

En résumé, affection très-grave et qui paraît correspondre à un degré d'intoxication pathologique très-difficile à guérir.

Le traitement doit consister en cautérisation répétées, au moyen du crayon d'azotate d'argent et en irrigations presque continues avec de l'eau froide légèrement chargée de perchlorure de fer; à l'intérieur, souffre et colomel à doses fractionnées. (*CRONICA OFTALMOLOGICA DE CADIX.*)—*Gazette Médicale de Paris.*

**Ophthalmie des nouveaux-nés; traitement par une solution d'iode dans l'eau distillée de laurier-cerise.**—I. Comme fait de matière médicale, il est certain que l'iode se dissout mieux dans l'eau distillée de laurier-cerise que dans l'eau distillée ordinaire; et cela dans des proportions à déterminer. Dix gouttes de teinture d'iode disparaissent, en se décolorant entièrement, dans dix grammes d'eau distillée de laurier-cerise, d'une force moyenne; tandis que l'eau distillée

ordinaire se colore immédiatement, et laisse bientôt précipiter l'iode. La limite inférieure de solubilité paraît être: pour l'eau ordinaire, deux dixièmes; et pour l'eau de laurier-cerise, trois dixièmes.

Mais la variété des réactions démontre l'inégalité de composition de la teinture d'iode, d'une part; et de l'autre de l'eau distillée de laurier-cerise; ce qui est admis.

Quant au phénomène de la décoloration, il s'explique par la formation d'*acide iodhydrique* et d'*iodure de cyanogène*, tous deux incolores en dissolution.

Ces faits, étant précisés, peuvent devenir le point de départ d'une analyse quantitative de la teinture d'iode, et réciproquement de l'eau distillée de laurier-cerise; deux produits d'une composition très-inconstante; ainsi qu'on peut s'en assurer en prenant des échantillons dans diverses officines.

II. Etant donnée empiriquement une liqueur contenant 1 gramme de teinture d'iode pour 20 grammes d'eau distillée de laurier-cerise, soit au vingtième, et ayant à peu près la coloration du cognac pâle, on possède un collyre d'une puissance incontestable contre l'*ophthalmie purulente des nouveaux-nés*. Nous l'avons employé, avec un succès constant et rapide, depuis plusieurs mois, dans un service de très-jeunes enfants, à l'Hôtel-Dieu de Reims.

Le mode d'usage consiste à instiller, avec un compte-gouttes, le liquide entre les paupières, en quantité indéfinie, et cela quatre à six fois par jour; sans compter les lotions extérieures, pratiquées aussi largement que possible.

Ce traitement, dont l'efficacité l'emporte même sur le nitrate d'argent vigoureusement employé, a encore cet avantage d'être aussi anodin qu'énergique; et il n'expose à aucun inconvénient, comme la nécrose de la cornée, qui peut être imputable au nitrate d'argent manié sans prudence.—*Union Médicale Nord-Est.—Le Bordeaux Médical.* ...

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

L'œil peut presque impunément supporter un corps étranger

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

C'est un moyen puissant pour amener la filtration des liquides intra-oculaires. On peut dire que les maladies hydrophthalmiques ont trouvé en lui un mode de traitement énergique et puissant.

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

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

Malgré le petit nombre de faits bien observés, on peut dire que ce mode de traitement introduira des modifications heureuses dans la thérapeutique oculaire.—*Thèse de Paris, 1877.*—*Bulletin général de Thér. médicale et chirurgicale.*

---

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

---

Le chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie et du croup pseudo-membraneux :—

I.	Pulv. potass. chlorat.....	3ij.	
	Syr. Limon.....	ʒij.	
	Aquæ.....	ʒij.	M.

Dose :—Pour un enfant au-dessous de deux ans, une cuillerée à thé; de deux à dix ans, une cuillerée à dessert, et au-dessus de dix ans, une cuillerée à soupe. Les doses ci-dessus doivent être administrées tous les trois heures dans les cas peu graves et elles doivent être répétées beaucoup plus souvent, même toutes les demi-heures dans les cas graves.

Le Dr. T. M. Drysdale qui recommande cette formule dans le *Canadian Journal of Medical Science*, dit que ce traitement s'est toujours montré si efficace qu'il est peu inquiet lorsqu'il est appelé pour un cas de diphthérie ordinaire, avant qu'elle ait envahi le larynx et que des troubles du côté du cerveau se

soient manifestés par des convulsions, car, ajoute-t-il, dans une longue et nombreuse pratique, je n'ai rencontré que très-peu de cas qui aient résisté à ce mode de traitement.

Le Dr. Drysdale se dispense même de tout autre traitement local, se contentant de traiter les complications : diarrhée, spasmes du larynx, débilité par les remèdes appropriés : opium, tartre émétique, quinine, fer, stimulants.

**Du traitement des furoncles et de l'anthrax.**—Le docteur Peter Eade a, sur ces deux affections, des idées théoriques qu'il résume de la façon suivante :

1o. L'anthrax et le furoncle ne sont pas seulement des inflammations avec gonflement du tissu cellulaire, ce sont des maladies spécifiques ;

2o. Leur origine est parasitaire ;

3o. A leur début, on peut enrayer leur marche et les guérir en détruisant leur germe central (bourbillon). Dans une période plus avancée, ils peuvent même être détruits, ou, le plus souvent, au moins très-modifiés par les applications d'acide phénique.

Celui-ci doit être employé en solution forte (4 ou 5 d'acide pour une partie de glycérine), et appliquée directement sur les tissus malades à l'aide d'une ouverture à la peau pratiquée, lorsqu'elle n'existe pas, au centre du mal avec un caustique approprié. Le citrate acide de mercure est celui qui donne les effets les meilleurs avec le moins de douleur.

La solution phéniquée est mise de temps en temps sur et dans l'ouverture ainsi faite, ou bien les ouvertures spontanées, et l'on maintient constamment sur la plaie un morceau de linge imbibé d'une solution phéniquée plus faible.—*Journal de Thérapeutique.*—*Le Bordeaux Médical.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUIN 1877.

---

## Enrégistrement et contribution annuelle obligatoires.

Nous attirons spécialement l'attention des médecins pratiquant dans la Province de Québec, sur la clause suivante du nouveau "Bill Médical: " 22. Personne n'aura le droit de recouvrer aucun compte devant aucune cour de justice, pour aucun avis médical ou chirurgical, pour services professionnels, pour aucune opération, ou pour aucun remède qu'il peut avoir prescrit ou donné, *ni ne pourra se prévaloir d'aucuns droits ou privilèges conférés par cet acte, à moins qu'il prouve qu'il est enrégistré d'après cet acte et qu'il ait payé sa contribution annuelle.* "

En lisant la réponse de MM. Doure et Lacoite à la sixième question qui leur a été posée concernant l'interprétation de la nouvelle loi, et que nous reproduisons ailleurs, nos lecteurs pourront se convaincre qu'il leur faudra avoir renouvelé leur enrégistrement et payé leur contribution annuelle pour avoir droit de prendre part aux délibérations de la prochaine assemblée triennale du collège, qui aura lieu à Trois-Rivières, le second mercredi du mois de juillet prochain. Nous insistons d'autant plus sur l'importance qu'il y a pour chacun de s'acquitter sans retard de ce devoir, que c'est lors de cette assemblée que doit avoir lieu l'élection du nouveau Bureau des Gouverneurs et que chacun doit avoir à cœur d'y prendre part, afin d'assurer le choix d'un bureau qui représente réellement les opinions de la profession médicale.

L'enrégistrement, pour lequel on devra payer une piastre, a lieu une fois pour tout, tandis que la contribution est de deux piastres et doit être payée chaque année.

Pour s'acquitter de ce devoir, les médecins devront s'adresser à M. le Dr. G. E. Fenwick, Régistrateur, No. 24, Beaver-Hall Terrace, à Montréal, lui transmettre la somme de \$3.00 et lui faire connaître leurs noms et prénoms, leur âge, le lieu de leur résidence, et la date à laquelle ils ont obtenu leur licence de l'ancien bureau. Ceux qui sont porteurs de degrés universi-

taires devront aussi les faire connaître ainsi que le nom de l'Université qui les leur a accordés.

Nous n'insistons pas d'avantage sur cette question dont l'importance majeure ne devra échapper à personne.

### Interprétation de la nouvelle loi.

Des doutes s'étant élevés sur l'interprétation de plusieurs clauses de cette loi, nous avons cru devoir demander l'opinion de MM. G. Doutré et A. Lacoste sur les principaux points en litige, et comme les mêmes questions pourraient se présenter lors de la prochaine assemblée triennale, nous allons insérer ici les réponses que nous avons obtenues, afin que nos lecteurs puissent en faire leur profit.

En parcourant le rapport de la dernière assemblée du Bureau des Médecins et Chirurgiens, nos lecteurs verront que l'opinion que nous avons soutenue dans notre dernière livraison, relativement aux examens préliminaires, a fini par être adoptée. Cette opinion est d'ailleurs corroborée par la réponse des jurisconsultes, voir à la seconde question.

QUESTIONS soumises par les docteurs Rottot, Brosseau et Lachapelle aux avocats Gonzalve Doutré, D. C. L., et Alexandre Lacoste, C. R. concernant l'interprétation de la nouvelle loi sur la médecine :

1<sup>o</sup> Question.—Le Bureau actuel peut-il et doit-il faire fonctionner la loi actuelle ?

Opinion.—La section 28, de la 40 vict., ch. 26, (Quebec) lui en fait un devoir.

2<sup>o</sup> Question.—Le Bureau actuel peut-il examiner les aspirants à l'étude de la médecine, ou doit-il nommer des examinateurs à cette fin ?

Opinion.—La section 28, qui est de droit commun donne à l'ancien bureau tous les pouvoirs créés par la nouvelle loi et lui permet de les exercer jusqu'à ce qu'il soit remplacé par le nouveau bureau. Or, au nombre de ces pouvoirs, (sect. 9) il y a celui de nommer pour trois ans quatre examinateurs pour examiner les aspirants à l'étude. L'ancien bureau n'a plus le droit d'examiner lui-même les aspirants à l'étude, il n'y a que ces

quatre examinateurs qui peuvent maintenant exercer ce droit. Il est donc du devoir de l'ancien bureau de procéder immédiatement à la nomination de ces quatre examinateurs.

3<sup>o</sup> Question.—Le Bureau a-t-il le droit d'examiner les candidats à la pratique de la médecine ?

*Opinion.*—La section 10 donne à l'ancien bureau le pouvoir d'examiner lui-même les aspirants à la pratique ou de déléguer ses pouvoirs à certains de ses membres.

4<sup>o</sup> Question.—Le Bureau actuel n'ayant pas nommé ce printemps des assesseurs pour assister aux examens finals dans les universités, peut-il donner sa licence à ces élèves, sur la présentation de leurs diplômes ?

*Opinion.*—La section 7 donne droit à une licence à tout porteur de degré ou diplôme de médecin dans une université ou école. La visite des assesseurs n'est que facultative de la part du bureau : il peut nommer des assesseurs pour visiter les universités et les écoles ; mais rien ne l'oblige de le faire à une époque précise. En attendant le bureau est censé approuver le mode suivi par les universités et les écoles. Le bureau ne peut refuser la licence que lorsque les assesseurs ont fait un rapport défavorable à l'université qui a délivré le diplôme. L'absence d'assesseur lui enlève ce pouvoir.

5<sup>o</sup> Question.—A quelle époque finissent les pouvoirs et les fonctions du Bureau actuel et quand doit avoir lieu la prochaine élection triennale ?

*Opinion.*—La durée des fonctions et pouvoirs de l'ancien bureau, d'après l'ancienne loi, était triennale. Ce bureau ayant été élu en juillet 1874, cesse d'agir en juillet 1877, lors de la prochaine élection triennale. La nouvelle loi n'a apporté aucun changement à l'ancienne, sous ce rapport.

6<sup>o</sup> Question.—Quelles sont les qualifications requises pour avoir droit de vote ou pouvoir être élu gouverneur lors de la prochaine assemblée triennale ?

*Opinion.*—Par la section 2, tous les médecins ayant droit de pratiquer, lors de la passation de la loi, sont *ipso facto* membres du collège et ont droit d'être élus gouverneurs. Une exception est faite par la section 15, pour les médecins qui seront admis après la passation de l'acte : ils seront, il est vrai, *ipso facto* membres du collège ; mais il leur faudra faire un stage de quatre ans pour pouvoir être élus gouverneurs. Dans un cas comme dans l'autre, il faut avoir payé sa contribution annuelle.

7<sup>o</sup> Question.—Les nouveaux membres du collège sont-ils tenus de payer les \$8 d'entrée, imposées par les règlements de l'ancien bureau ?

*Opinion.*—Par l'ancien règlement, outre la contribution annuelle de deux piastres, les membres du collège payaient un honoraire d'entrée de huit piastres. Cet honoraire est virtuellement aboli par la section 20 de la nouvelle loi, qui établit le droit d'entrée à une piastre, pour l'enregistrement de diplôme. La contribution annuelle reste la même. La section 22 établit clairement qu'il n'y a que cette piastre à payer et la contribution annuelle, pour jouir de tous les droits et privilèges attachés au titre de membres du collège.

8<sup>o</sup> Question.—Un ou deux examinateurs peuvent-ils examiner seuls les aspirants à l'étude de la médecine, ou bien, le bureau peut-il le régler ainsi ?

*Opinion.*—Les quatre examinateurs doivent examiner ensemble les aspirants à l'étude. Deux examinateurs ne peuvent pas se constituer un bureau compétent. Le bureau provincial de médecine, par la section 12, peut faire des règlements pour la ligne de conduite des examinateurs et pour prescrire le mode d'examen. En attendant il n'y a que les examinateurs qui puissent agir.

GONZALVE DOUTRE,  
Docteur en Droit.  
A. LACOSTE, C. R.

Montréal, 7 mai 1877.

---

### Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

---

A l'assemblée semi-annuelle du collège des médecins et chirurgiens, tenue le 9 mai dernier, à Montréal, les messieurs suivant étaient présents :

R. H. Russell, M. D., président ; les Drs. Belleau, Jackson, Ross, Duchesneau, Chamberlin, Têtu, Brigham, Rinfret, Church, Michaud, Gilbert, Marmette, Worthington, Rottot, Gibson, Peltier, Howard, Rousseau, Hingston, Wielbrenner, Scott, Perault, Fenwick et Godfrey.

Vu l'importance des décisions à prendre sur la mise en force

de la nouvelle loi, le Bureau suspendit le règlement ne permettant qu'aux gouverneurs de prendre part aux délibérations et autorisa les membres du collège présents, à prendre part à la discussion.

Les opinions légales de MM. G. Doutre, Lacoste, Abbott et Loranger concernant les pouvoirs et les devoirs donnés au bureau actuel, par la nouvelle loi, furent ensuite soumises au bureau et il s'en suivit une longue discussion. L'opinion que le bureau devait s'en tenir à la lettre de la loi et la faire exécuter telle qu'elle est, finit par prévaloir et être adoptée. En conséquence on procéda immédiatement à l'élection des quatre examinateurs devant faire subir l'examen préliminaire aux candidats à l'étude de la médecine.

M. l'abbé Verreau, principal de l'École Normale Jacques-Cartier, M. le Professeur Howe du High-School, Université McGill, M. le Professeur Miller du collège Morin, et Messire Lafamme du Séminaire de Québec, furent élus et reçurent instruction de commencer les examens le lendemain.

Le président présenta ensuite une adresse de félicitations au Dr. Chamberlin, à l'occasion du 50ème anniversaire de son admission à la pratique de la médecine, le remerciant aussi des services qu'il a rendus au bureau depuis 30 ans qu'il en fait partie.

Les messieurs dont les noms suivent obtinrent ensuite la licence du collège sur présentation de leurs diplômes respectifs.

F. X. Baril, O. Beaudry, V. Cléroux, J. Desroches, A. Lassale, O. Richer, G. Morrison, Fiset, A. Cartier, J. B. Bouchard, W. Petit, P. Fortin, W. Prevost, J. Giroux, A. Maucotel, W. Alexander, H. A. Mayher, A. Longpré, F. Despars, H. Brossard, O. St. Paul, L. Charlebois, J. G. Leduc, J. A. Jeanotte, P. Nichol, J. C. Burland, W. Smith, T. E. Hayes, C. J. Morse, D. Phelan, J. Bell, J. Brodie, G. E. Armstrong, G. H. Bowin, J. Robillard, H. Grondin, P. Carrière, Curtis, Colquhoun, Higgins, Rodgers, J. Burke et W. Grignon.

Le bureau des examinateurs siégea le lendemain, vingt-trois candidats à l'étude de la médecine subirent leur examen; sur ce nombre treize furent refusés et dix furent admis, voici les noms de ces derniers :

J. Pelletier, Québec; W. Blagdon, Québec; J. A. Prieur, St. Zotique; C. Dessaint, Hull; H. Legault, St. Hermas; R. Tranchemontagne, Montréal; Alf. Savard, St. Eustache; E. Voisard, St. Léon; E. Poirier, Nicolet; J. Asselin, Joliette.

## BIBLIOGRAPHIE.

**Atlas of skin diseases**, by Louis A. Duhring, M. D., Professor of skin diseases in the hospital of the University of Pennsylvania, &c., &c.

PART. II.—*Acne rosacea*—*Ichthyosis* (simplex)—*Tinea versicolor*—*Sycosis non parasitica*.

Publishers : J. B. Lippincott & Co., Philadelphia, 1877.

C'est avec beaucoup de plaisir que nous accusons réception de la seconde partie de ce magnifique atlas. Le Dr. Duhring s'est imposé une tâche bien méritoire en entreprenant la publication de cet ouvrage. Il n'est pas nécessaire d'avoir pratiqué bien longtemps pour se convaincre combien les maladies de la peau sont fréquentes et combien leur diagnostic est souvent embarrassant lorsqu'on n'a pour se guider que les descriptions mêmes les plus fidèles qu'en donnent les auteurs; aussi la profession médicale devra-t-elle faire un accueil empressé à cet ouvrage, qui mettra le médecin à même d'acquérir en peu de temps des connaissances pratiques qu'il n'obtiendrait qu'en faisant une spécialité du traitement de ces maladies.

Chaque partie se vend \$2.50 et contient quatre gravures chromo-lithographiées, format in-quarto royal, et dont l'exécution ne laisse rien à désirer. La description et le traitement de la maladie représentée par chaque gravure, sont aussi très-bien exposés. En un mot, cet ouvrage est un succès et doit combler une lacune en faisant connaître les modifications que le climat américain doit faire subir aux maladies de la peau.

## Institut Ophthalmique de Montréal

Sous la direction du Docteur EDOUARD DESJARDINS

Nombre total des maladies qui ont été traitées  
depuis le 1er Mai 1876 jusqu'au 1er Mai 1877 912

*Classification des Maladies :*

## PAUPIÈRES.

Blépharites.....	33
Œdème des paupières.....	10

Trichiasis et districhiasis .....	8
Entropion.....	8
Ectropion.....	4
Chalazion .....	15
Herpès ophthalmique.....	3
Epithélioma .....	2
Erosion angulaire.....	15
Blépharo-phimosis .....	4

## CONJONCTIVE.

Conjonctivite simple.....	72
"    catarrhale.....	87
"    pustuleuse .....	34
"    granuleuse (hypertrophie papillai- re, trachôme, épaissement de la conjonctive, avec ou sans pannus).....	38
·Ophthalmie purulente .....	8
Ptériqion .....	5
Symblépharon.....	5
·Chémosis .....	3
Epanchement sous-conjunctival .....	2
·Ophthalmie scrofuleuse.....	8

## CORNÉE ET SCLÉROTIQUE.

Kératite (avec ou sans iritis).....	22
"    suppurative .....	14
"    phlycténaire.....	45
"    diffuse .....	13
"    marginale.....	10
"    ulcéreuse.....	17
"    traumatique.....	9
Kératocèle .....	1
Staphylôme .....	9
Kérato-conus .....	1
Kérato-globus .....	1
·Taies.....	19
Leucôme adhérent .....	5
Episclérite .....	3
·Corps étrangers dans la cornée .....	7
Pannus .....	24
·Corps étrangers dans la sclérotique.....	1
Hypopion.....	4
Rupture de la cornée (traumatisme).....	3

## IRIS, CHOROÏDE ET CORPS CILIAIRE.

Iritis (spécifique et autre).....	13
Irido-choroïdite .....	2
Synéchie postérieure.....	6
Glaucôme .....	5
Scléro-choroïdite postérieure (staphylôme postérieur et atrophie choroïdienne) .....	5
Coloboma de l'iris.....	1
Choroïdite .....	2
Hernie de l'iris .....	2

## RÉTINE ET NERF OPTIQUE.

Rétinite pigmentaire .....	2
Névro-rétinite .....	4
Décollement rétinien.....	3
Névrite optique.....	5
Atrophie du nerf optique.....	9
Hémorragie rétinienne .....	1

## CRISTALLIN ET HUMEUR VITRÉE.

Cataracte .....	25
"  sénile.....	20
"  congénitale.....	3
"  molle.....	3
"  polaire .....	2
"  capsulaire .....	1
Corps flottants et troubles dans l'humeur vitrée.	4
Luxation du cristallin .....	1
Synchisis .....	3

## GLOBE OCULAIRE.

Atrophie.....	7
Microphthalmie.....	1

## APPAREIL LACRYMAL.

Dacryocystite aiguë et chronique, abcès du sac, obstruction des voies lacrymales et fistule lacrymale.....	39
--	----

Eversion des points lacrymaux .....	8
Obstruction des points lacrymaux.....	2
Epiphora .....	1

## AFFECTION MUSCULAIRE ET NÉVROSD.

Strabisme convergent.....	10
“ divergent.....	2
Ptosis.....	1
Nystagmus.....	2
Paralysie de la 4e paire.....	1
“ de la 3e paire.....	1

## RÉFRACTION ET ACCOMMODATION.

Hypermétropie.....	38
Myopie.....	9
Asthénopie.....	5
Presbytie.....	5
Mydriasis.....	2
Amblyopie ( <i>nicot.</i> et <i>alcoolique</i> ).....	6

## OPÉRATIONS.

Cataracte (Extraction méth. de Græfe).....	26
Dissection.....	8
Iridectomie .....	30
Iridotomie.....	1
Iridorhexis.....	2
Enucléation .....	3
Entropion (paup. supér.).....	8
“ (paup. infér.).....	3
Paracentèse de la cornée.....	10
Trépanation de la cornée.....	1
Strabotomie.....	11
Tatouage de la cornée.....	2
Fistules lacrymales ( <i>méthode de Weber Stilling</i> )..	38
Chalazions.....	12
Cantoplastie.....	5

## Nouvelles médicales.

M. le Dr. Edmond Robillard est de retour d'Europe, où il a passé plusieurs mois à suivre les hôpitaux. Nous souhaitons à notre confrère tout le succès que lui méritent ses efforts pour se tenir au courant des progrès de la science médicale.

## VARIÉTÉS.

M. le docteur Berrut et la cour d'assises.—On lit dans le *Bien Public* : Un chirurgien très-distingué, déjà connu pour son souci de la dignité de la profession qu'il exerce, vient de donner un bel exemple : il était assigné comme témoin dans une affaire d'avortement. Le docteur Berrut a refusé de déposer sur des faits qu'il n'avait connus que dans l'exercice de son ministère et sous le sceau du secret. Il a refusé de prêter serment. " Le serment, a-t-il dit, m'oblige à dire toute la vérité, et en raison de mes devoirs, je ne le puis pas." En dépit des termes de l'article 378 du Code pénal, la Cour d'assises de la Seine a cru pouvoir le condamner à 100 francs d'amende. Cette sentence sera déférée à la Cour de cassation.

En présence de l'article 378, en présence d'une jurisprudence bien connue, il nous est permis d'espérer que la Cour de cassation reformera cet arrêt et donnera pleine raison au docteur Berrut, qui n'a fait que se souvenir de l'une des règles les plus nécessaires de notre législation, de cette règle du secret professionnel qui fait du médecin le muet confident de toutes les misères humaines que son ministère le contraint à connaître.

Ce n'est pas la première fois que ce courageux confrère fait preuve de discrétion.

S'étant vu naguère refuser, par la mairie du VII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, la déclaration de naissance d'un enfant, parce qu'il avait refusé de déclarer le nom de la mère ainsi que le lieu de naissance, il ne craignit pas d'intenter un procès au maire de cet arrondissement. Ce fonctionnaire se vit condamner à dresser tel quel l'acte de l'état civil de cet enfant déclaré

issu de père et de mère inconnus. Le dit jugement devait, en outre, lui servir d'acte de naissance.

Nous sommes heureux d'adresser à Berrut nos félicitations pour ces actes d'énergie. Il serait à désirer, pour notre dignité professionnelle, que ce distingué confrère trouvât parmi nous beaucoup d'imitateurs.—*Revue de thér. médico-chir.*

Où vit-on le plus longtemps ?—S'il s'agit de passer la soixantaine, c'est en France qu'il faut vivre. Les documents officiels établissent, en effet, que sur un million d'habitants, on compte 71,602 individus âgés de soixante ans en Italie; 72,910 dans la Grande-Bretagne; 76,982 en Hollande; 78,187 en Suède; 86,657 en Danemark; 88,432 en Belgique; 101,495 en France.

Quant aux centenaires, la Grande-Bretagne en compte 15 sur un million d'habitants; la France 7,3; la Belgique 7; la Suède, 2,6, et la Hollande 1,3.

Ce sont les femmes surtout qui fournissent le plus d'exemples de longévité séculaire.—*Revue de thér. médico-chir.*

---

### NAISSANCE.

A Waterloo, P. Q., la dame du Lr. J. Ducharme, un fils.

A Richmond Station, P. Q., le 19 ultimo, la dame du Dr. F. X. Duplessis, un fils.

---

### MARIAGE.

A l'église de St. Vincent de Paul, de Montréal, le 29 ultimo, par le Rév. M. J. Lonergan, M. John Meagher, à Sara, deuxième fille de J. W. Mount, écuyer, M. D.

Le 15 mai dernier, à St. Colomb de Sillery, près Québec, I. Sylvestre, écr., M. D., de Sorel, à Mademoiselle Reiné Bruncau, fille unique du Dr. Bruncau, aussi de Sorel, et petite fille du Juge Bruncau, autrefois de Montréal.