

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

LA MALTINE, appliquée au traitement de la Phthisie, donne de meilleurs résultats qu'aucune des préparations d'Haute-Montreal et est en outre plus agréable au goût.

LA MALTINE (Extrait de bié, d'avoine et d'orge maltés) est approuvée par toute la Profession. Préparation Magistrale.

LA MALTINE possède plus de propriétés Digestives et Nutritives qu'aucun des Extraits de Falt préparés avec l'écéc seul et que toute autre préparation tirée de l'une quelconque des céréales.

Vol. 11.

AOÛT 1882.

No. 8.

L'UNION MEDICALE

DU CANADA

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

DRS. A. LAMARCHE, S. LACHAPPELLE ET H. E. DESROSIERS.

L'UNION

paraît au commencement de chaque mois.

ABONNEMENT :

\$3.00 par Année

payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTINS.

ADRESSE :

Boite 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

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



SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. — Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux, par A. A. Foucher, M.D., professeur d'Ophthalmologie à l'Université Laval (Montréal) 367

LETTRES AUX DEUX WILFRID (I), L. Coyteux Provost 374

SOCIÉTÉS MÉDICALES, Association Neurologique Américaine 379

HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal 382

REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — De l'hypertrophie du cœur de cause morale 387

Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Rothe 394

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Traitement des taches pigmentaires de la peau 392

Manuel opératoire de l'ovariotomie. 394

Réséction sous-périostée 398

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE — De l'appli-

cation du forceps dans la présentation des fesses 398

Traitement de l'hémorragie post partum 400

Ligature du cordon ombilical 401

TOXICOLOGIE. — Empoisonnement par le sirop de Mme. Winslow. — Empoisonnement par le Nitrate de potasse 401

FORMULES ET PRESCRIPTIONS. — Epistaxis, nouveaux tamponnements. — Atropine dans les hémorragies viscérales. — Traitement du ténia (Meuller). — Traitement de l'hémoptysie (Peter) 402

BULLETIN. — L'autopsie de Guiteau. — Thérapeutique vs. Matière médicale. — Un mot d'Explication. — Petite correspondance. — Bibliographie. — Brochures reçues 404

NOUVELLES MÉDICALES. — Thèses de doctorat soutenues — Faculté de médecine de Paris — pendant l'année 1881-82 — Déclaration — Lactopeptine 410

VARIÉTÉS. — La Médaille de M. Pasteur. Consultation d'un médecin de New-York. — Naissances. — Décès 411

Ceux qui desiront communiquer verbalement avec l'administration peuvent s'adresser soit au DR A. LAMARCHE, No. 276, Rue Guy, soit au DR H. E. DESROSIERS, 70, rue St. Denis.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux.

Par A. A. FOUCHER, M.D., professeur d'Ophthalmologie
à l'Université Laval (Montréal). (1)

Ophthalmie purulente des nouveau-nés.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection caractérisée par une vive inflammation de la conjonctive, accompagnée de sécrétion purulente, par un gonflement œdémateux des paupières, et une tendance marquée aux complications cornéennes. Cette maladie, malheureusement trop fréquente, se déclare chez les nouveau-nés, quelques jours après la naissance, et reconnaît pour cause, dans la majorité des cas, l'inoculation.

Le praticien, exerçant la médecine générale, est presque toujours appelé à traiter cette conjonctivite, parce qu'il donne encore ses soins à la mère, lorsque la maladie apparaît; de plus, loin des grands centres, il est difficile, sinon impossible, de porter de si jeunes enfants aux spécialistes, pour des raisons faciles à comprendre. Si on considère la gravité de la conjonctivite purulente, la rapidité avec laquelle se produisent les complications cornéennes et la perte de la vue dans ces cas, on comprend l'importance qu'il y a de bien connaître cette maladie. C'est, pour le médecin, une obligation de savoir diagnostiquer et traiter une ophthalmie purulente; c'est pour lui un devoir d'autant plus impérieux que personne ne peut le remplacer et qu'il peut tout pour guérir cette affection, pour diminuer le nombre de ces prétendus aveugles de naissance qui remplissent nos asiles de charité, pour prévenir même cette affection.

Étiologie.—C'est par inoculation que les enfants contractent l'ophthalmie purulente. Il y a des exceptions mais elles sont

(1) Voir notre livraison de Juillet.

rars. L'enfant, avant sa naissance, habite un milieu où abondent les matières septiques et inoculables. Mais la contagion a lieu surtout au contact de la matière leucorrhéique, ou blennorrhagique avec la conjonctive, pendant le travail de l'accouchement. Mon expérience personnelle, quoiqu'elle porte sur un nombre encore assez limité de cas, vient à l'appui de cette opinion des auteurs. Sur dix-sept cas de conjonctivite purulente des nouveau-nés, observés à l'Hôpital Notre-Dame et dans ma pratique privée, depuis le mois de mars 1881, j'ai pu découvrir chaque fois, l'existence de la leucorrhée ou de la blennorrhagie chez la mère. Il ne s'en suit pas que toutes les femmes leucorrhéiques doivent nécessairement donner la maladie à leur enfant (*le chiffre en serait trop considérable*) ni que toutes les ophthalmies purulentes reconnaissent exclusivement cette cause. Il faut aussi faire la part de l'irritation provoquée par l'exposition des yeux à la lumière, à la chaleur, aux courants d'air; ainsi qu'à l'action traumatique du savon introduit dans les yeux pendant les premiers lavages, ou encore du brandy, whiskey, etc., etc., avec lesquels on a l'absurdité de frotter la tête et les yeux du nouveau né. Ces causes sont rares, l'inoculation demeure la plus fréquente. A ce sujet des expériences intéressantes ont été faites par le Dr Cederschold, de Stockholm. Ces expériences sont relatées au long dans McKenzie, voici en quoi elles consistent. Voulant constater jusqu'à quel point l'ophthalmie purulente des nouveau-nés pouvait être occasionnée par un écoulement provenant des organes génitaux de la mère, le Dr Cederschold fit interroger, pendant le courant de l'année 1832, toutes les femmes qui se présentèrent pour accoucher à la Maternité de Stockholm, pour savoir si elles étaient ou non atteintes d'écoulements. Trois cents soixante femmes furent accouchées. Après avoir déduit les enfants mort-nés, et ceux qui moururent quelques jours après la naissance, il resta 328 femmes dont les enfants purent être observés. Sur ces 328 femmes, 137 étaient affectées d'un écoulement des parties génitales et 181 en étaient exemptes. Trente enfants furent atteints d'ophthalmie purulente, 20 provenant de mères ayant des écoulements et 10 de mères qui n'en avaient pas.

Il résulte de là que les écoulements des parties génitales sont très communs chez les femmes enceintes, que toutes celles qui en sont atteintes ne communiquent pas nécessairement l'ophthalmie à leurs enfants, et qu'enfin l'ophthalmie peut survenir chez des enfants dont les mères n'avaient pas d'écoulements, preuve que la maladie peut reconnaître d'autres causes.

Mais si l'on considère que 20 enfants sur 137 provenant de mères ayant des écoulements, ou environ 1 sur 7, ont eu l'ophtalmie, tandis que 10 seulement sur 181, ou environ 1 sur 18 proviennent de mères sans écoulement ont eu la même affection et que la proportion des premiers est par conséquent près de trois fois aussi considérable que celle des seconds, on peut affirmer que le fait d'un écoulement génital de la mère est une cause très fréquente de cette maladie bien qu'elle n'en soit pas la cause unique. En dehors de l'inoculation il faut aussi mentionner l'influence des milieux où vivent les enfants. On a même invoqué, pour expliquer la transmission de l'ophtalmie purulente, la présence des microbes dans l'air.

Mais sans aller aussi loin, on peut s'expliquer pourquoi des familles entières contractent quelquefois cette maladie. Il est de fait que la conjonctivite purulente est beaucoup moins rare chez les personnes pauvres que dans la classe aisée. On en trouve facilement la raison. Chez les pauvres le nombre des appartements est fort limité. Pour peu que les familles soient nombreuses il y a entassement. Il n'est pas rare de voir dans nos faubourgs la chambre d'un ménage ouvrier garnie de lits dont le nombre se trouve autant que possible en rapport avec celui des enfants. Ceux-ci couchent ensemble dans une pièce qui sert, à la fois, de chambre à coucher, de cuisine, de salle à manger et de lavoir, et au milieu de laquelle on trouve un poêle chauffé au rouge.

Ajoutez à cela, dans un coin, les vases de nuit remplis de déjections alvines, au mur des langes suspendus, et vous aurez une idée des émanations qui règnent dans ces milieux et des dangers qui peuvent en résulter pour la santé générale et la production de l'ophtalmie purulente. C'est souvent dans ces milieux humides et chauds, remplis de miasmes, que se contractent ces ophtalmies catarrhales ou purulentes qui des nouveau-nés se propagent à plusieurs membres d'une même famille par contamination, soit par les caresses, soit en se servant des mêmes linges et qui ont fait croire à de véritables épidémies.

Symptômes.—Le terme ophtalmie consacré à la conjonctivite purulente des nouveau-nés peut induire en erreur sur le siège de la maladie. On serait tenté de croire, en effet, qu'il s'agit là d'une affection concernant toutes les membranes de l'œil, mais cette maladie des nouveau-nés se localise sur la conjonctive et ce n'est que secondairement, comme complication, qu'on peut remarquer des lésions dans les membranes avoisinantes. Le terme impropre d'ophtalmie des nouveaux-nés peut aussi induire en erreur sur le véritable caractère de la

maladie. Par le fait qu'une inflammation apparaît dans l'œil d'un nouveau-né, il ne s'en suit pas nécessairement qu'elle soit purulente. Il faut se garder de confondre l'irritation conjonctivale, ou même l'inflammation catarrhale avec la purulente.

Il est fréquent de rencontrer chez les nouveau-nés une légère sécrétion muqueuse qui fait agglutiner les cils. Cet état peut être dû à une simple irritation conjonctivale. Les paupières peuvent même être un peu gonflées et leurs bords rougis sans que ces symptômes aient de suites sérieuses. Mais il faut se tenir sur ses gardes quand ces symptômes apparaissent, car ils peuvent être les signes précurseurs d'une conjonctivite purulente. La véritable conjonctivite purulente débute par une sécrétion semi-liquide, jaune foncé, semblable à du beurre fondu. Il est rare de l'observer, parce que, règle générale, les parents ne voient la gravité de la maladie qu'au moment où la sécrétion purulente est franchement établie ou même plus tard lorsque l'œil est complètement perdu et a subi une foule de traitements barbares comme les commères seules savent en inventer.

Le plus souvent, vers le troisième jour après la naissance, on remarque un peu de rougeur et de gonflement à la paupière supérieure, les cils sont accolés par de la matière purulente concrète. Dès les premiers jours la sécrétion devient purulente: en entr'ouvrant les paupières on voit s'échapper un fluide épais, blanchâtre, verdâtre ou jaune. La face interne des paupières est injectée et tuméfiée. L'enfant a les yeux constamment fermés. C'est la conjonctive palpébrale et le repli qu'elle forme qui est le principal siège de l'inflammation.

Il est très rare d'observer des épanchements de sérosité sous la conjonctive de manière à former des bourrelets charnus autour de la cornée (*chemosis*) comme on en observe presque toujours dans la conjonctivite purulente des adultes.

À mesure que la maladie progresse, les paupières se gonflent, rougissent, la sécrétion augmente au point de devenir assez abondante pour couler sur la joue des petits malades. Pour peu que cet état dure, que le pus continue à être sécrété en abondance et à séjourner entre les paupières, l'épithélium cornéen se macère, s'exfolie, la cornée une fois privée de son enveloppe protectrice s'infiltré de liquide purulent. Dans l'espace de quelques jours, à dater de l'invasion de la maladie, la cornée peut se perforer à son centre, c'est-à-dire au point le plus éloigné de sa nutrition, et déterminer la sortie de l'iris du cristallin et aboutir finalement à la perte complète de la vue.

Au point de vue de la gravité de la maladie et du traitement à suivre, il y a une différence importante à établir entre

simple catarrhe conjonctival et l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. On s'empresse trop de conclure à une ophtalmie purulente à propos de toute affection inflammatoire de la conjonctive dès qu'il s'agit d'un enfant âgé de quelques jours. Les simples catarrhes sont très fréquents chez les enfants, et les produits secrétés de cette affection diffèrent au point de vue physique et chimique de ceux de l'ophtalmie purulente. La sécrétion catarrhale est inoffensive pour la cornée. Le traitement de l'ophtalmie purulente par les caustiques, l'emploi de la glace en permanence et les nettoyages de l'œil à toute heure du jour et de la nuit, constituent une tâche difficile et pénible à remplir, qu'il ne faut pas imposer inutilement; en outre, elle n'est pas sans danger. Je crois inutile d'insister plus longuement sur le diagnostic différentiel à établir entre la conjonctivite purulente et catarrhale des nouveau-nés, il me semble qu'il ne peut exister de difficultés à résoudre la question que dans les cas rares où la conjonctivite catarrhale est intense ou l'ophtalmie purulente peu grave; dans ces cas, d'ailleurs, le traitement devrait être proportionné à l'intensité des symptômes et il ne pourrait en résulter aucun inconvénient grave pour le patient.

Traitement.— Sous l'impression où sont les parents, que leur enfant a pris de l'air en le portant au baptême et qu'il s'agit là d'une affection insignifiante qu'un peu de lait de la mère peut guérir, on se croit justifiable de ne pas appeler le médecin. La tendresse outrée de certaines mères, l'impossibilité où elles sont de porter elles-mêmes leur enfant au médecin, sont cause qu'on s'abstient volontiers des soins d'un homme de l'art et qu'on suit plutôt le traitement conseillé par des voisins obligés. Parmi les traitements populaires et barbares que j'ai vu employer dans les ophtalmies purulentes, je citerai le sucre blanc en poudre, les écailles d'huîtres pilées, l'urine, l'huile St-Jacob, la térébenthine, etc. (J'en passe et des plus vantés.)

S'il fallait en croire ceux qui sont étrangers à la science médicale, les trois-quarts des maladies des yeux seraient des taies et l'autre quart des cataractes. Et c'est sous prétexte de faire passer ces taies, ces cataractes, qu'on va jusqu'à mettre des écailles d'huîtres pilées et de la térébenthine dans les yeux d'un enfant atteint d'ophtalmie purulente!

Si encore on ne voyait de si déplorables abus que parmi ceux qui ignorent les premières notions de la médecine, mais ce qu'il y a de souverainement regrettable c'est de voir des médecins prescrire du lait de femme contre les ophtalmies purulentes, ou, ce qui est pis encore, du calomel en application sur la cornée, pour la même affection accom-

pagnee d'infiltrations cornéennes. On confond alors des infiltrations cornéennes avec les taies qui succèdent aux abcès et aux ulcères de la cornée.

Dès qu'on apporte un nouveau-né pour faire traiter ses yeux, il est essentiel d'écarter largement les paupières afin d'explorer la cornée et de constater dans quel état elle se trouve. Il peut être nécessaire, pour atteindre ce but, de se servir d'un écarteur simple, mais la plupart du temps les deux pouces suffisent. On prend la tête de l'enfant entre les deux genoux, on assèche les paupières afin que les mains ne glissent pas, on applique le pouce de la main gauche sur la paupière supérieure et le pouce de la main droite sur l'inférieure, et, en écartant les deux pouces, on a soin de pousser les bords palpébraux vers le cul-de-sac afin que les paupières ne se renversent pas au dehors. Il faut éviter de presser sur le globe oculaire, car dans le cas où la cornée serait ulcérée, cette pratique maladroite aurait pour conséquence possible la perforation de cette membrane.

L'œil ayant été mis à découvert, il faut enlever toutes les mucosités qu'on y trouve. Il arrive quelquefois de confondre des filaments de mucus déposés sur la cornée avec des infiltrations de cette membrane. Le lavage de l'œil est donc nécessaire avant l'examen de la cornée. Cette précaution prise, il faut voir si la cornée est lisse, brillante, pouvant réfléchir à la façon d'un miroir l'image des objets voisins, de la fenêtre par exemple. Si elle a cette apparence, il y a tout lieu de croire qu'elle est intacte. Au contraire, remarque-t-on du dépoli de cette membrane, une certaine teinte grisâtre, l'image des objets voisins est-elle brisée, diffuse, c'est un signe qu'il y a là des lésions qu'il faut préciser et traiter.

Étant parfaitement renseigné sur la nature et l'état actuel de la maladie, il reste à instituer le traitement.

Les premiers soins à donner contre l'ophthalmie purulente au début, c'est à-dire au moment où la sécrétion est franchement purulente, consistent premièrement dans les cautérisations au nitrate d'argent. Desmarres a recommandé dans ce but le crayon mitigé composé comme suit :

R Nitrate d'argent.....	}	a a p. aeq.
" de potasse.....		

On peut combiner le nitrate d'argent avec deux ou trois parties de nitrate de potasse et obtenir ainsi un caustique encore moins énergique que le précédent. L'application de ce caustique a pour effet de produire une eschare d'une certaine épaisseur pouvant donner lieu, par le frottement, à des excoriations

et à des complications cornéennes. En se servant d'une solution de nitrate d'argent (10 à 20 grs à l'once, par exemple), on échappe à ce reproche. Voici la manière de l'appliquer. Vû le gonflement des paupières dans les ophthalmies purulentes, il est facile de renverser (*ectropionner*) les paupières. On applique alors sur la conjonctive palpébrale et du cul de sac un pinceau trempé dans une forte solution de nitrate d'argent, et, immédiatement après, on passe le même pinceau à l'eau, puis dans une solution de sel de table et on lave la conjonctive avec cette dernière solution afin de neutraliser l'excès du caustique.

Il faut avoir soin, en faisant cette cautérisation, de ne pas laisser pénétrer le nitrate d'argent entre les paupières, de manière à ce qu'il exerce aussi son action sur la cornée et la conjonctive bulbaire.

Pour prévenir cet inconvénient, il est préférable de ne cautériser qu'une paupière à la fois pendant que l'autre recouvre l'œil entièrement et le protège.

Il faut renouveler les cautérisations tous les jours jusqu'à ce que les premiers symptômes soient apaisés, c'est-à-dire jusqu'à ce que le gonflement et la sécrétion aient diminué notablement. On peut alors recourir à des solutions moins fortes, 15 et 10 grains à l'once, et même 5 grains à l'once, lorsque l'affection est à son déclin. Outre les cautérisations, il faut faire usage de l'atropine, aussi longtemps qu'il n'y a pas de complications cornéennes.

R Sulfate d'Atropine gr j
Vaseline..... ʒ ij

Gros comme un pois, entre les paupières, 3 fois par jour, a pour effet de calmer les douleurs. L'enfant, à la maison, doit être l'objet de l'attention la plus soutenue. Il faut quelqu'un auprès de lui pour appliquer continuellement de la glace sur les yeux et empêcher le pus de séjourner entre les paupières. On se sert dans ce but d'une éponge que l'on imbibe dans une solution tiède d'acide phénique au $\frac{1}{200}$. Si le pansement antiseptique a sa raison d'être quelque part, c'est certainement dans le traitement de l'ophthalmie purulente. C'est pourquoi il ne faudra pas lésiner avec l'emploi des lavages de l'œil et renouveler souvent la solution dans laquelle trempe l'éponge.

S'il y a des complications cornéennes, il ne faut pas faire un usage aussi énergique du froid, surveiller davantage l'action du caustique et prescrire, en place de l'atropine, le sulfate d'ésérine. On a remarqué que les ulcérations de la cornée guérissaient beaucoup mieux avec le collyre à l'ésérine. Proba-

blement parce que ce médicament a pour action de diminuer la tension intra-oculaire. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet et de le développer plus au long en parlant de certaines kératites.

Il nous reste encore à dire quelque chose du traitement préventif. S'il est consolant de pouvoir dire que toute ophthalmie purulente des nouveau-nés, bien traitée, se guérit, il ne l'est pas moins de constater qu'elle peut se prévenir. La cause de cette affection étant presque toujours l'inoculation, il reste à l'empêcher. Dans ce but, on devrait faire dans le vagin, pendant les premières périodes du travail, de fréquentes injections à l'eau tiède légèrement phéniquée; on devrait laver soigneusement les yeux de l'enfant aussitôt qu'il a été séparé de sa mère. Les praticiens devraient aussi s'enquérir à l'avance si la mère est ou non atteinte d'écoulement vaginal et agir en conséquence pour écarter le danger qui en résulte pour l'enfant. Si l'on n'entraîne pas la matière de l'écoulement ou si l'enfant, une fois né, reste une demi-heure—une heure au plus—sans que ses yeux aient été scrupuleusement nettoyés, il y a toute chance qu'il soit atteint d'ophthalmie purulente. (1)

Lettres aux deux Wilfrid.

LETTRE PREMIÈRE.

MES CHERS AMIS,

Ne regardez pas maintenant la signature de cette correspondance, vous seriez tentés de croire qu'elle vous vient d'outre-tombe.

Il y aura bientôt cinq ans que nous sommes séparés! Combien pendant ce laps de temps ont passé de vie à trépas! Grâce à Dieu! je suis encore de ce monde et vous me voyez en train de vous en fournir la preuve.

(1) Plusieurs erreurs typographiques de quelque importance se sont glissées dans la première partie du travail de M. le Dr Foucher (livraison de juillet). Nous les rectifions immédiatement :

Page 322, ligne 3e au lieu de : *David Sichel*, lisez : *David Sichel*.

Même page, ligne 23e au lieu de : *5 et 10 années*, lisez : *5 et 6 années*.

Page 325, ligne 36e au lieu de : *conjonctivite pustuleuse en phlycténulaire*, lisez : *conjonctivite pustuleuse ou phlycténulaire*.

Page 323, ligne 2e au lieu de : *exacte*, lisez : *vaste*.

Vous souvient-il des heures charmantes que nous avons si souvent passées ensemble, alors que réunis tous trois, dans notre petite chambre d'étude, nous osions timidement pénétrer dans les arcanes de la science pour tâcher d'y surprendre le secret de soulager les maux de l'humanité ?

Une légère différence d'âge, quelques années de plus d'étude et d'expérience avaient fait de moi votre aîné et vous me récompensiez du zèle avec lequel je m'efforçais de vous faire partager mon faible bagage scientifique, en m'appelant : *voire jeune patron*, titre dont je me sentais si fier et dont le souvenir flatte encore tant mon amour-propre en même temps qu'il me touche le cœur.

Vous rappelez-vous vos discussions dans lesquelles vous mettiez tant d'acharnement, me choisissant ensuite pour arbitre, position qui souvent me causait tant d'embarras, de réflexions et d'étude.

Les exigences sociales vous forcèrent de songer à vous établir et nous dûmes nous séparer. Mais malgré cet isolement respectif, que de fois n'ai-je pas dirigé mes pensées de votre côté !

Je me dis, un jour : " Pourquoi ne pas ranimer notre ancienne amitié ? Qui m'empêche de communiquer avec ces bons amis que j'aime plus que je ne le croyais alors que la séparation ne m'avait pas encore fait sentir la profondeur de mon affection pour eux ? "

Je résolus de vous écrire, je pris la plume et me voilà. Je viens reconstituer notre ancien trio ; vous êtes mes deux intelligents élèves et je suis, comme autrefois votre jeune patron.

Oserai-je me flatter que les conseils que je vous ai donnés jadis, en toute humilité, vous ont été de quelque utilité dans votre pratique ? Si oui, je reviens me mettre à votre disposition, vous faire part de mes observations et vous communiquer les réflexions que l'expérience et l'étude ont fait surgir dans mon esprit. Je m'estimerai heureux si par ce moyen, je puis un peu contribuer à aplanir les difficultés contre lesquelles viennent se heurter les pas du jeune praticien, au début de sa carrière.

Etudiez-vous toujours ? Les soucis, les occupations, les "*et cætera*" de la vie conjugale ont-ils altéré chez vous cette ingénue ardeur, cette soif d'apprendre qui faisaient de vous des étudiants modèles et qui vous ont valu tant de lauriers sur les bancs de l'école ?

Si le malheur voulait que vous ne fussiez plus les mêmes, mes chers Wilfrid ; si vous m'appreniez que, comme tant d'autres, vous êtes tombés dans les froides habitudes du *far niente* et de la routine, oh ! que je vous plaindrais !

Qu'est-ce, en effet, que la médecine, sans une étude sérieuse et incessante ?

Aujourd'hui, mes bons amis, ne pas avancer est synonyme de rétrograder. Dans notre pays surtout, où à cause de la faible rémunération accordée aux services du médecin, nous sommes obligés d'être à la fois chirurgien, médecin, accoucheur, dentiste et même pharmacien, comment voulez-vous ne pas dégénérer en absolues nullités, si vous ne consacrez pas tous vos instants à l'étude des diverses branches de notre profession, dont une seule demanderait, pour être approfondie, la vie toute entière ?

Levez les yeux vers Paris et voyez ce qui s'y passe.

Demandez au professeur de la Faculté quels labeurs ne lui à pas coûtés la possession de cette chaire, obtenue au prix de tant de concours et qu'il n'atteint bien souvent que les cheveux blanchis par le travail et les années.

Visitez les hôpitaux, franchissez le cabinet d'étude de ces laborieux internes, de ces candidats à l'agrégation, futurs professeurs et demandez-leur si c'est engourdis dans les douceurs de la ligne horizontale comme dirait Murger, qu'ils s'élèvent à l'objet de leur convoitise, de leur émulation ?

Eux seuls, comme ceux qui s'inspirent de leur exemple méritent véritablement le nom de médecins et sont à la hauteur de la noble mission qu'ils ont à remplir.

Commencez de bonne heure, mes amis, à vous créer une bonne bibliothèque et à vous en servir, naturellement. L'argent que vous sacrifierez pour acheter un livre vous sera toujours rendu avec usure.

Souscrivez aux journaux de médecine ; c'est le meilleur moyen de vous tenir au courant des progrès de la science. Leurs nombre ne vous laisse que l'embaras du choix. *L'Union Médicale du Canada*, le *Toronto Lancel*, la *Revue de Eraithwaite*, le *London Lancel*, la *Revue de Thérapeutique*, le *Progrès Médical* de Paris, etc., etc., sont toutes d'excellentes revues qui vous seront d'une incontestable utilité. En faisant remise du montant presque nominal de leur souscription à votre libraire, ce dernier vous fera parvenir périodiquement ces publications.

Mais pour profiter de la lecture de ces journaux, il faut une certaine méthode.

Mes amis, ne vous fiez pas à votre mémoire. Quelqu'heureuse qu'elle soit, la mémoire est un tamis dont les mailles ne retiennent que ce qui offre un intérêt majeur, tout le reste s'engouffre dans l'oubli et, en médecine, il ne faut rien perdre.

Commencez dès aujourd'hui, à vous créer un répertoire que vous pourrez, plus tard, consulter au besoin. Inscrivez-y par

ordre alphabétique, le titre des sujets qui vous auront offert quelque utilité et que vous pourrez retrouver sans peine, en référant à vos ouvrages ou à vos journaux de médecine.

Pendant une lecture, une pensée vous frappe, couchez une note dans votre "Index"; demain, vous pourrez en avoir besoin et sans fil conducteur vos recherches demeureront stériles.

Conservez toujours la bonne habitude qu'autrefois je me suis efforcé de vous faire contracter: prenez, par écrit, l'observation de tous les cas intéressants que vous rencontrez dans votre pratique; n'épargnez aucun détail, notez clairement l'histoire du cas, les antécédents du malade, son âge, sa profession ou son métier, les symptômes, la marche de l'affection. Enregistrez tous les jours les modifications survenues dans la maladie, sous l'influence du traitement ou d'autres causes. Un obstacle vous arrête, quelque point obscur vous embarrasse, discutez, la plume à la main, aidez-vous des écrits de vos auteurs et indiquez soigneusement les passages qui auront contribué à éclaircir votre sujet.

"Mais, voilà beaucoup de travail, me direz-vous, et le temps nous fait souvent défaut."

Je le sais, mais les heures consacrées à l'étude ne sont pas du temps perdu et dix cas observés de cette manière vous seront plus profitables que mille autres traités à la légère et pour ainsi dire, au jour le jour. Ces derniers ne feront jamais de vous que des routiniers et n'ajouteront jamais rien à votre expérience, croyez moi.

Ces considérations m'amènent à vous dire un mot sur le soin que vous devez apporter dans l'examen de vos malades.

Un diagnostic aussi précis que possible de l'affection que vous aurez à traiter est la condition obligée d'une thérapeutique rationnelle et bien entendue et vous n'y arriverez que par une étude méthodique et minutieuse des signes subjectifs et objectifs que vous offrira la maladie.

Prenez connaissance de tout ce qui a trait au malade; que ce dernier vous fasse une "confession médicale" de toute sa vie, questionnez-le, étudiez-le; en un mot, passez-moi l'expression, apprenez-le par cœur.

Mais, je vous en préviens, il vous faudra bien souvent vous armer de patience, car, sachez-le bien, vous trouverez dans votre pratique des malades qui répondront mal à vos questions, qui vous dérouteront, qui vous égayeront de toutes les façons. C'est dans ces cas qu'il faut être patient, savoir varier ses questions, revenir plusieurs fois sur le même point jusqu'à ce qu'aucun doute ne subsiste.

En approchant du lit du malade, quelques questions vous apprendront son âge, sa profession, sa constitution et son tempérament. D'un coup d'œil, saisissez en même temps ce que son habitude extérieure pourrait vous offrir de remarquable, la position qu'il occupe dans le lit, la coloration de la peau, l'expression de la figure.

Recherchez ensuite les antécédents personnels et héréditaires, tels que les maladies antérieures dont le sujet aurait pu être affecté, ou l'existence, dans sa famille d'une maladie diathésique susceptible d'être transmise par hérédité, telle que cancer, tubercule, rhumatisme, goutte, syphilis, etc.

Interrogez alors le malade sur sa maladie actuelle ; laissez-le parler, qu'il vous raconte lui-même le début des accidents, qu'il vous indique le siège et le caractère de ses souffrances. S'il s'égaré dans le récit de choses inutiles ou fastidieuses, vous pourrez facilement l'en empêcher en le guidant.

Munis des renseignements qui vous seront fournis de la bouche du malade, procédez à l'examen des symptômes objectifs. Auscultez, percutez, repassez les fonctions de tous les organes en interrogeant scrupuleusement celui que vous croirez être le siège de la maladie. Ne négligez jamais les indications que pourraient vous donner le pouls, la température, les caractères chimiques de l'urine.

Comparez enfin la synthèse de ces divers symptômes, au modèle schématique que vous offre la pathologie dont vous ne sauriez posséder une connaissance trop approfondie.

Mais, gardez-vous bien de vous laisser entraîner par l'imagination et de formuler un diagnostic avec trop de précipitation. Ce qui est obscur aujourd'hui sera peut-être clair demain, attendez. La nature abandonnée à elle-même, même dans son désordre, produira moins de mal, croyez-moi, que ne pourrait le faire votre thérapeutique erronée ou introspective.

A l'œuvre donc, mes chers amis. Vous avez à votre disposition tous les matériaux nécessaires pour faire de vous des médecins dans toute l'acception du mot ; allez-y gaiement et que votre zèle ne se ralentisse jamais.

Je vous promets, de mon côté, de vous aider dans toute la mesure de mes forces ; j'y trouverai mon compte, car je ne saurais goûter de plaisir plus grand que celui de m'entretenir souvent avec mes deux bons vieux amis.

Au revoir,

L. COYTEUX PRÉVOST.

Ottawa, 21 juillet 1882.

Sociétés Médicales.

ASSOCIATION NEUROLOGIQUE AMÉRICAINE.

Séance des 21, 22 et 23 juin 1882.

Présidence du Dr W. A. Hammond, (New-York).

Le Dr BANNISTER, de Chicago, donne lecture d'une note sur les *symptômes de manie aiguë* se produisant durant le cours de la médication bromurée, dans le traitement de l'épilepsie.

D'après l'expérience du Dr B... ces symptômes se sont manifestés dans un cinquième des cas d'épilepsie traités par les bromures.

Le Dr S. G. WEBER communique quelques observations sur la *paralysie saturnine* et conclut que cette forme de paralysie ne dépend pas d'une lésion de la moëlle, mais est dès le début le résultat d'une névrite. Le pronostic doit être considéré comme favorable dans les cas récents.

Certains cas d'intoxication saturnine simulent à s'y méprendre l'inflammation de la moëlle épinière.

Le Dr CHS. K. MILLS, de Philadelphie rapporte douzo cas de tumeur cérébrale, et appuie sur les signes diagnostiques suivants :

1^o *Céphalalgie* : fut présente dans tous les cas. La douleur était continuelle, d'une intensité persistante, et toujours caractérisée par de violentes exacerbations.

2^o *Percussion du crâne* : fut pratiqué dans trois cas et l'on put constater que la douleur était aussi augmentée au point correspondant au siège de la tumeur. Le Dr M... croit que la percussion du crâne doit aider beaucoup à localiser la maladie.

3^o *Vomissements* : Se montrèrent dans huit cas ; furent absents dans les cas où la tumeur occupait la région frontale.

4^o *Vertige* : Ce symptôme, y compris les étourdissements, la démarche chancelante, et l'impossibilité de se tenir debout sans danger de tomber, fut remarqué dans dix cas.

5^o *Les troubles du côté de l'intelligence* se montrèrent dans tous les cas et furent surtout d'un caractère *émotionnel*.

6^o *Anesthésie* : fut observée dans sept cas.

1^o La névrite optique se montra dans cinq cas ; dans trois autres il y eut névrite descendante.

—Dans tous les cas la température de la tête était élevée.

Le Dr M... en vient aux conclusions suivantes :

(1^o) Le diagnostic général d'une tumeur intra-cranienne peut être fait avec plus de certitude que celui de toute autre maladie intra-céphalique, ce diagnostic étant basé sur l'existence de la céphalalgie, du vertige, des vomissements, de l'œdème papillaire, et sur la percussion de la tête ; 2^o un diagnostic local peut être fait d'une façon assez certaine en certains cas par l'observation des symptômes présents, en d'autres par voie d'exclusion ; 3^o les tumeurs de la zone motrice corticale peuvent être diagnostiquées de bonne heure ; 3^o les tumeurs des lobes frontaux peuvent être diagnostiquées en procédant par voie d'exclusion ; 5^o les tumeurs des lobes pariétaux et occipitaux peuvent être reconnues par la présence des symptômes du côté des sens ; 6^o le siège précis des tumeurs considérables du pont de varole peut être déterminé ; 7^o De même on peut localiser de petites tumeurs siégeant dans une des quatre parties de la protubérance ; 8^o Les tumeurs du cervelet peuvent enfin, elles aussi, être reconnues d'une manière assez sûre.

Le DR PUTNAM est d'avis que la distinction faite par le Dr M... entre la névrite et l'œdème papillaire *whoked disk* n'a aucun sens réel ni pratique.

Le DR A. D. ROCKWELL rapporte un cas où le malade ayant offert des symptômes positifs de tumeur cérébrale, on ne trouva absolument aucune lésion de ce genre à l'autopsie.

Le DR SÉGUIN reconnaît l'importance de la céphalalgie comme élément de diagnostic, cependant il a pu observer deux cas où ce symptôme manquait. Quant à la névrite optique et à l'œdème papillaire, il ne les a constatés qu'une fois sur dix cas de tumeurs *cérébrales*, mais ils existaient dans tous les cas de tumeur de la base ou du cervelet.

Plusieurs de ses patients souffrant de tumeur cérébrale étaient doués d'une susceptibilité particulière pour le chloral, que l'on fut obligé de remplacer par la morphine pour soulager la douleur.

Le DR MILLS termine la discussion en disant que d'après lui, dans les cas de tumeur intra cranienne, il y a soit névrite optique, soit simple œdème papillaire, suivant la position qu'occupe la néoplasie.

Suivant l'expérience qu'il en a, les tumeurs intra craniennes ont généralement pour siège les membranes du cerveau. La céphalalgie est un symptôme d'irritation des méninges, et si on ne la constate pas dans un cas donné de tumeur intra cranienne on peut augurer que la tumeur ne siège pas dans les méninges.

Le Dr F. T. MILES, de Baltimore, rapporte un cas d'hémorrhagie siégeant dans le pont de varole. La malade, âgée de 40 ans devint subitement hémiplégique. Il y eut perte de connaissance, pannus de l'œil gauche et surdité complète de l'oreille gauche. Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, c'est que le nerf de la 5^{me} paire fut épargné, que la paralysie de la sensibilité fut limitée seulement à une branche de la 5^{me} paire, la destruction de l'œil commençant presque aussitôt ; enfin que l'hémorrhagie siégeait trop en dehors des couches pyramidales pour expliquer l'hémiplégie du côté droit.

Le Dr SPITZHA émet l'opinion que la lésion existait également dans les couches pyramidales.

Le Dr W. J. MORTON, de New-York, donne lecture d'un travail sur les usages thérapeutiques de l'électricité statique

Après avoir mentionné les diverses améliorations apportées dans la fabrication des appareils et dans leur mode d'emploi, le Dr Morton en vient aux conclusions pratiques suivantes. L'électricité statique rend des services en général dans les cas de paralysie ayant résisté aux courants galvaniques et faradiques, dans les névralgies, l'irritation spinale, le rhumatisme et l'hystérie sous toutes ses formes. Le Dr M... a employé l'électricité statique avec succès contre l'anesthésie hémiplégique ou hystérique, la névrite, l'atrophie musculaire progressive, l'angine de poitrine, l'aphonie hystérique, l'asthme spasmodique, la paralysie de Bell, la paralysie diphthérique etc. Dans la chorée, les résultats n'ont pas été satisfaisants ; dans l'ataxie locomotrice, quelques symptômes ont été améliorés, mais c'est tout, aucun effet permanent n'en est résulté.

Le Dr P. W. AMIDON est d'avis que l'électricité statique n'a aucun avantage spécial sur l'électricité dynamique ; tout au plus agit-elle comme léger contre irritant ou même comme tonique ou stimulant. Cette méthode rend surtout service quand il s'agit de frapper l'imagination des malades, comme dans la plupart des cas d'hystérie. Mais alors on a à sa disposition une foule d'autres moyens plus faciles.

Le Dr G. M. HAMMOND rapporte quatre cas d'atrophie musculaire progressive ayant bénéficié assez considérablement de l'usage de l'électricité statique.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Luxation du genou; réduction.—Kyste de l'ovaire; péritonite secondaire.—Prolapsus complet de l'utérus; réduction par la bande élastique.—Paralysie saturnine.

Luxation du genou; réduction.—Joseph R*** 14 ans, boucher, est admis à l'hôpital le 30 juin 1882, (salle St-Joseph, No 7) service de M. le professeur Brosseau. Il dit être tombé de voiture, d'une hauteur d'à peu près quatre pieds, mais il ne peut assurer que la roue du véhicule ait passé sur sa jambe. La jambe droite forme avec la cuisse un angle obtus dont le sommet est dirigé vers la ligne médiane. La luxation est presque complète, le bord interne de la tête du tibia correspondant à la fosse intercondylienne.

Le condyle interne du fémur proémine fortement et l'on en peut facilement reconnaître les contours au moyen de la palpation. La rotule a suivi le déplacement de la tête du tibia. Le pied est dévié en dehors; l'impuissance du membre est complète. Il n'y a aucune lésion externe, sauf l'ecchymose.

A l'aide du chloroforme la réduction s'opère assez facilement. Le membre est ensuite placé sur une large gouttière postérieure, une longue attelle étant posée sur la face externe du membre et s'étendant du bassin au tiers inférieur de la jambe; des lacs servent à consolider cette attelle sur le bassin, la cuisse et la jambe et facilitent le maintien de la réduction.

Pendant les 48 heures qui suivent l'accident les applications froides (glace) sont maintenues sur le genou. Le troisième jour, l'attelle latérale est enlevée, et l'on remplace les applications froides par des compresses d'acétate de plomb. L'épanchement articulaire et péri-articulaire est assez considérable au début mais il cède graduellement à l'emploi des moyens ci-dessus indiqués.

Le 7 juillet, le malade est assez bien pour pouvoir laisser l'hôpital. Sous l'influence du traitement mis en vigueur, i. e. gouttière postérieure et attelle latérale, applications froides, compresses d'acétate de plomb remplacés plus tard par des frictions à l'alcool camphré, le malade fait d'assez rapides progrès vers la guérison et peut, à la date où nous écrivons, (20 juillet) commencer à marcher.

M. le prof. Brosseau attire l'attention des élèves sur la rareté des luxations simples du genou. La plupart du temps ces luxations sont compliquées de fracture de l'un des condyles ou même de la rotule. Dans le cas présent tout le danger venait de l'arthrite traumatique qui pouvait s'en suivre et qui aurait été nécessairement de nature grave. C'est pour prévenir cette inflammation que l'on a insisté sur l'emploi continu des applications froides; l'on se proposait même d'appliquer des sangsues sur l'articulation compromise si le froid n'avait pas produit l'effet désiré. Il fallait à tout prix se rendre maître de la phlegmasie et l'empêcher de passer à la suppuration.

Kyste de l'ovaire; péritonite secondaire.—Madame D. P..., 28 ans, accouche (à terme) vers le 1er avril dernier; on fut obligé d'appliquer le forceps; convalescence ordinaire et assez heureuse, la malade se levant au bout de 12 jours et commençant dès lors à faire quelques petits ouvrages dans la maison. Lors de son accouchement elle ne remarque pas que l'abdomen soit plus développé qu'aux accouchements antérieurs. Immédiatement après la délivrance cependant, il semble à la patiente qu'elle reste encore un peu grosse. Quand elle se lève, au bout de douze jours, les parents lui font remarquer qu'elle est encore presque aussi développée qu'elle l'était au terme de sa grossesse.

La malade reste en cet état pendant huit semaines, l'abdomen grossissant encore quelque peu dans cet intervalle. Après huit semaines des douleurs se déclarent, aiguës et persistantes vers le niveau de la fosse iliaque gauche. Il y a quelques vomissements, mouvement fébrile, frissons, difficultés d'uriner etc., etc. On applique des cataplasmes, et des calmants sont administrés. Après quinze jours de maladie la patiente peut se lever, et vaquer de nouveau à ses occupations. Au bout de deux semaines, les douleurs apparaissent de nouveau encore au côté gauche, accompagnées des mêmes symptômes généraux et locaux. On suit le même traitement et la malade reprend bientôt le dessus. Pendant tout ce temps, l'abdomen est resté distendu comme il vient d'être dit; de fait il l'est presque autant que celui d'une femme au 9e mois de grossesse.

Le 5 juillet, la malade vient à Montréal pour se soumettre à un examen médical. Elle se sent alors assez bien, sauf la prééminence de l'abdomen, si bien en effet que, le lendemain de son arrivée, elle va avec des parents et amis faire en voiture le tour du parc de la montagne et du cimetière catholique. Le mouvement de la voiture lui fait bien éprouver quelques secousses qu'elle ressent dans l'abdomen, mais elle n'y prend pas garde.

Le lendemain elle est prise de douleurs aigrës au côté gauche encore. La sensibilité est considérable à cet endroit : la température est élevée, le pouls accéléré, et la malade peut à peine se mouvoir. Il n'y a pas de vomissements cette fois, mais simplement anorexie. Avec cela, constipation, dysurie, etc.

Le 13 la malade est admise à l'hôpital, salle Ste-Marie, No 46. Les douleurs sont assez fortes et la sensibilité abdominale considérable. Celle-ci s'étend à toute la partie antérieure de l'abdomen au-dessous de l'ombilic, et même dans les flancs, un peu plus haut que l'ombilic; elle semble plus considérable à droite qu'à gauche. Il y a matité partout où siège la sensibilité. Dans l'hypochondre droit on constate de la sonorité, de même que (mais à un degré moins prononcé) dans l'hypochondre gauche. L'abdomen est très distendu, comme le serait celui d'une femme sur le point d'accoucher. On perçoit très évidemment de la fluctuation dans l'espace limité par la matité, mais on ne peut sentir aucune partie dure ou bosselée. Un examen par le vagin est pratiqué. L'utérus est en position normale; le col est lacéré postérieurement sur une large étendue, (probablement lors du premier accouchement,) mais la cavité du corps a les dimensions normales. Le pouls est à 140, temp. 102 $\frac{1}{4}$ ° Fahr.

Il est évident que cette malade souffre actuellement de péritonite tout comme elle en a souffert huit semaines après son accouchement, et une fois encore depuis. D'où viennent ces poussées inflammatoires? D'après l'histoire du cas on ne peut les attribuer à d'autre chose qu'à la présence d'un kyste ovarique qui s'est développé rapidement depuis le dernier accouchement; il semble également probable que le kyste est uniloculaire. Il ne peut être ici question d'une péritonite primaire dont les produits d'exudation (serum ou pus) se seraient enkystés dans le sac péritonéal. L'hydropisie enkystée du péritoine est chose fort rare et a été mise en doute par plusieurs; d'un autre côté les abcès enkystés surviennent généralement à la suite de péritonite circonscrite et ne sont jamais très considérables, jamais aussi considérables que l'est dans le cas présent la quantité de liquide. En outre, la malade n'offre aucun des symptômes de l'abcès enkysté du péritoine. Le facies est, entre autres choses, remarquablement bon. Les vomissements n'ont été qu'occasionnels dans le cours des trois attaques de péritonite par lesquelles est passée la malade; il n'y a pas eu de frissons caractéristiques, ni de dépérissement. Enfin, la sécrétion du lait non seulement n'a pas manqué, mais encore a été remarquablement abondante depuis l'accouchement.

La patiente est maintenue dans le repos complet. On pres-

crit des fomentations chaudes, cataplasmes, etc., sur l'abdomen et aussi occasionnellement des applications d'onguent de belladone et d'onguent d'iode. Diète légère mais nutritive. Opium et chloral au besoin.

A l'intérieur, quinine, 2 gr. 3 fois par jour.

Du 14 au 20, la température se maintient à 101° le soir, pour redescendre à 100 ou 100½ le matin. Le pouls est toujours accéléré (de 116 à 128) et petit. On continue le même traitement. Le 20, les douleurs sont beaucoup moindres, ainsi que la sensibilité. L'abdomen distendu a toujours les mêmes dimensions. La température et le pouls s'abaissent graduellement jusqu'au 25, jour où la malade se sent assez bien et se fait transporter chez elle où elle continue d'être sous observation.

Prolapsus complet de l'utérus ; réduction par la bande élastique.—Amélie R... 47 ans, non mariée, accoucha à l'âge de 31 ans, d'un enfant à terme ; il y eut application du forceps ; le placenta fut expulsé naturellement, sans qu'aucune traction eût été faite. La malade assure avoir été en bonne santé (sauf quelque écoulement leucorrhéique, depuis cette époque jusqu'à l'âge de 43 ans, alors qu'elle s'aperçut que la matrice faisait protrusion à la vulve. Sans nul doute le prolapsus se faisait déjà depuis un certain temps dans le vagin. Pendant un an le prolapsus fut réductible, la patiente le réduisant elle-même, mais bientôt il lui fut impossible de le réduire et l'utérus resta pendant ainsi entre les cuisses. D'après les dires de la malade, l'état de choses actuel existerait depuis trois ans. Lors de son admission à l'hôpital, (Salle Ste-Marie, No. 34) le 12 juillet, la malade est examinée attentivement. L'utérus est effectivement en prolapsus complet. Recouvert de la muqueuse vaginale qu'il a entraînée dans sa chute, il présente un corps rouge violacé de la grosseur du poing fermé, et ayant la forme d'un cône tronqué au sommet duquel on découvre l'orifice du museau de tanche. De larges ulcères se sont formés à l'extrémité inférieure de ce corps et sur les côtés par le frottement continu sur les cuisses et les vêtements. Après avoir fait nettoyer la partie et recouvert les endroits ulcérés avec un linge cératé, on procède à l'application d'un bandage de caoutchouc sur l'organe en prolapsus afin d'en opérer la réduction. Trois ou quatre tours de bande sont d'abord mis circulairement sur la partie la plus considérable de l'organe, c'est-à-dire, à la base du cône, afin d'en faciliter la rentrée en amenant l'anémie locale, puis plusieurs tours sont disposés longitudinalement à l'organe dont ils recouvrent la partie inférieure et l'os ; le tout

est retenu à un bandage de corps de manière à exercer une forte pression de dehors en dedans au moyen des tours longitudinaux de la bande et opérer ainsi la rentrée de l'organe dont le volume devra être beaucoup diminué par la pression des tours circulaires.

L'appareil est laissé en place pendant deux heures alors qu'un examen fait constater que l'utérus est presque complètement réduit. On enlève les tours de bande, et une légère pression avec la main amène la rentrée de l'organe dans la cavité vaginale. La malade est maintenue dans le décubitus dorsal et il lui est défendu de se lever. Ayant enfreint cette défense le lendemain, le prolapsus se reproduit; nouvelle application de la bande, nouvelle réduction. Cette fois on introduit une éponge assez grosse dans le vagin afin d'empêcher une nouvelle chute de l'utérus. L'appareil qui convient le mieux dans ces cas est le *uterine supporter*, composé d'une tige munie d'une petite coupe fénêtrée. Le muscu de tanche s'applique sur cette coupe dont les ouvertures laissent passer les mucosités utérines. La tige est plus ou moins longue suivant le point plus ou moins élevé auquel on veut refouler l'utérus. Cette tige est fixée à une bande de toile qui va en avant et en arrière se rattacher à un bandage de corps. De la sorte l'utérus est fixé en place et ne peut plus retomber. Le *supporteur* doit être porté constamment, cela va sans dire, sans quoi le prolapsus est apte à se reproduire.

Paralytic saturnine.—Adolphe B... 22 ans, ouvrier peintre, se présente à la consultation le 11 juillet 1882 se plaignant d'impossibilité d'étendre la main droite. En effet celle-ci est dans la flexion complète et le malade, quelque effort qu'il fasse ne peut absolument pas l'étendre. Les muscles fléchisseurs ont conservé leur action. Le patient n'a jamais souffert de coliques ni de constipation; son appétit est bon et sa digestion facile. Les gencives offrent un léger liseré bleuâtre, un peu plus prononcé sur la gencive supérieure; l'haleine n'est pas fétide.

On prescrit l'iodure de potassium à dose de 10 grains trois fois le jour: localement l'emploi sur le trajet des muscles paralysés du courant galvanique alternant avec le courant faradique; à défaut d'électricité on pourrait prescrire la strychnine. Diète lactée; ablation de la cause; le malade doit cesser de s'exposer ainsi à l'intoxication saturnine, sinon, prendre les moyens d'empêcher le poison de s'introduire dans l'économie, et cela surtout par les soins de propreté.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hypertrophie du cœur de cause morale.—Nous publions aujourd'hui la réponse de M. le Dr H. Arnaud, de St. Gilles du Gard à la thèse développée par M. le Dr Ch. Liégeois, au sujet de l'hypertrophie du cœur d'origine morale, et que nous avons mise sous les yeux de nos lecteurs dans notre livraison de juin.

Cette réponse de Mr. le Dr Arnaud est empruntée au *Congrès Médical* du 1^{er} avril 1882.

Le but principal poursuivi par M. Liégeois dans le travail qui nous occupe, a été de démontrer " *qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur de cause morale.*"

Il résulte de son exposé remarquable des opinions émises sur ce point, que tous les observateurs ne s'accordent pas sur le rôle des émotions morales vives et des passions violentes dans la production de l'hypertrophie du cœur. Tandis que la plupart des auteurs et parmi eux les Corvisart, les Bouillaud, etc, admettant l'hypertrophie du cœur de cause morale, celle-ci est repoussée par MM. G. Sée et Ch. Liégeois.

La raison principale invoquée par MM. Liégeois et Sée c'est que la palpitation n'augmente pas le travail du cœur et ne saurait par conséquent amener l'hypertrophie de cet organe. " À mon humble avis, dit M. Liégeois, M. G. Sée ne s'est pas trompé quand il a soutenu que dans les palpitations morales le travail effectué par le cœur n'est nullement augmenté — qu'il est seulement réparti d'une autre façon et que les impulsions, quoique plus nombreuses, sont chacune moins énergiques qu'à l'état normal — que le cœur a divisé son travail, mais n'a pas travaillé davantage — que les phénomènes, par conséquent, sont très différents de ceux qui s'observent chez l'individu soumettant ses muscles à un travail effectif et exagéré."

Je veux bien admettre que, dans certains cas, et ce sont peut-être les plus nombreux, — le travail réel du cœur n'est pas augmenté quoiqu'il y ait palpitation; il y a là une sorte de balancement, tandis que les systoles augmentent de nombre, elles diminuent de durée, et la somme du travail produit dans l'unité de temps peut bien être le plus souvent égale ou inférieure.

eure à la normale, mais a-t-on le droit de dire qu'il on est toujours ainsi, est-il absolument impossible que, malgré la durée moindre de chaque systole, le travail produit pendant la palpitation soit supérieur à la normale? Je ne le pense pas, et rien ne me le prouve encore. Il faudrait au moins pour l'affirmer avoir mesuré le travail produit par le cœur dans les diverses sortes de palpitations nerveuses et l'avoir comparé au travail physiologique du même organe. C'est en vain que l'on croirait avoir une idée juste du travail cardiaque en mesurant la tension artérielle. Celle-ci est la résultante d'un certain nombre de conditions dont les principales sont l'ondée systolique et la déperdition du sang par les capillaires. Il peut se faire qu'avec une ondée systolique moindre, la tension artérielle soit augmentée s'il y a eu en même temps déperdition moindre de sang artériel par les capillaires. Mais, même en écartant ce côté de la question, il faut distinguer dans la palpitation le travail utile du travail réel. Dans la palpitation, le travail utile est le plus souvent diminué, ce qui entraîne une diminution de l'ondée systolique et un abaissement de la pression artérielle; mais il peut se faire avec cela que le travail réel du cœur soit supérieur à la normale; admettons par exemple une série de systoles très rapprochées, séparées l'une de l'autre par des diastoles très brèves, incomplètes, comme j'en ai observé maintes fois des exemples; le travail utile sera peu considérable, car la diastole n'étant pas complète le sang ne pénètre pendant ce temps dans le ventricule qu'en quantité minime, et, par conséquent, l'ondée systolique sera peu volumineuse; cependant le travail réel sera sensiblement inférieur à la normale, puisque le cœur sera continuellement à l'état de contraction. Or, *c'est le travail réel qui a de l'importance au point de vue de l'hypertrophie des muscles, peu importe le résultat extrinsèque obtenu par la contraction musculaire; c'est cette contraction elle-même, sa répétition, sa violence qu'il faut considérer, car elle peut avoir pour conséquence le développement exagéré du muscle.*

Un fait certain, c'est que le cœur n'accomplit pas normalement tout le travail dont il est capable; il peut à un moment donné présenter un surcroît d'action. Je n'en veux pour preuve que les efforts cardiaques observés dans le cas de lésion valvulaire, suffisants parfois pour commencer ce vice de conformation et ayant l'hypertrophie pour conséquence. Pourquoi donc la suractivité cardiaque ne pourrait-elle pas s'observer en dehors des lésions d'orifice: ces efforts seraient-ils donc toujours de nature providentielle, toujours subordonnés à la prévoyance de la nature, pour me servir d'une expression de Beau-

Ne peut-il pas y avoir des excitations et, parmi celles-ci des émotions ou des passions produisant l'excès d'action du muscle cardiaque et par suite son hypertrophie? M. Liégeois le nie; mais cela ne suffit pas, il faudrait encore le démontrer.

C'est en vain que l'on conteste énergiquement le droit de comparer le cœur aux muscles de l'ouvrier. Sans doute l'identité n'est pas absolue; il y a des différences anatomiques, que M. Liégeois énumère avec son exactitude habituelle; il y a aussi des différences physiologiques, telles que la durée 8 ou 10 fois plus grande de la secousse cardiaque et l'impossibilité de fusion des secousses successives du cœur, qui fait dire à M. Marey: "Le cœur tend vers un état de contraction sans jamais l'atteindre." Mais il n'en est pas moins vrai que le muscle cardiaque est, au fond, de la même nature que les autres muscles; c'est une substance contractile, possédant la propriété fondamentale de l'excitabilité; et il n'y a rien qui nous indique qu'il soit soustrait à la loi du développement proportionnel à l'exercice à laquelle paraissent soumis les muscles en général.

Mais admettons un instant comme parfaitement démontré que les palpitations nerveuses ne sont jamais le signe du surcroît d'action du cœur. Cela suffit-il pour faire rejeter définitivement les hypertrophies cardiaques de cause psychique? L'on admet généralement, il est vrai, que les palpitations nerveuses sont un intermédiaire obligé entre les causes morales et le développement exagéré du cœur. Mais ce n'est pas là la seule hypothèse qui puisse être faite pour expliquer dans ce cas la lésion du cœur. On peut admettre, par exemple que certaines émotions produisent une impression spéciale sur les centres nerveux trophiques et fonctionnels du cœur dont les conséquences appréciables seraient l'hypertrophie et la palpitation. Je n'ai pas à développer ici cette interprétation. J'ai voulu seulement prouver qu'il ne serait pas impossible d'expliquer le mécanisme de l'hypertrophie du cœur de cause morale, alors même que l'on démontrerait l'impuissance absolue des palpitations nerveuses à produire l'hypertrophie cardiaque.

En définitive la question qu'il s'agit de résoudre est celle-ci: Existe-t-il des hypertrophies du cœur de cause morale? Or à une pareille question, c'est l'observation, non le raisonnement qui doit répondre. On essaiera de me démontrer que les palpitations nerveuses sont toujours incapables de produire l'hypertrophie du cœur. Que m'importe? Ce n'est pas de cela qu'il s'agit; tout ce raisonnement est inutile, si un clinicien vient me dire: Voici des faits bien observés dans lesquels je ne puis découvrir à l'hypertrophie du cœur aucune cause autre

que les émotions, les chagrins, etc. Or les faits existent, les hypertrophies du cœur consécutives à des causes morales ont été vues par trop d'observateurs compétents pour qu'il soit possible de les nier. Que répondre à ces paroles de Bernheim, rapportées par M. Liégeois lui-même? "S'il est un fait qui me semble averé, c'est celui-ci: que les palpitations nerveuses aboutissent à l'hypertrophie cardiaque. Que de fois ai je observé des hypertrophies qui n'avaient pas d'autre origine? Je vois dans ce moment un homme robuste et vigoureux qui, à la suite de chagrins domestiques, de querelles violentes et passionnées, a des palpitations de cœur avec irrégularité constante dans le rythme et une hypertrophie de cet organe, dont la pointe bat au septième espace à deux travers de doigt en dehors du mamelon." C'est en vain que l'on essaierait de faire entendre qu'il y a eu confusion, que dans le cas de palpitations coïncidant avec l'hypertrophie, on a pu considérer la palpitation comme la cause alors qu'elle n'était que la conséquence: cela ne détruirait pas l'influence de la cause morale primitive sur l'hypertrophie. On pourra bien faire remarquer avec M. G. Sée: "qu'on a pu confondre l'hypertrophie du cœur avec la dilatation si fréquente sous l'influence des conditions nerveuses." Cela est possible, en effet dans certains cas; mais dira-t-on que cela a été toujours; que lorsque la cause nerveuse a été invoquée par tant d'observateurs éminents il y a toujours eu erreur commise, il y a toujours eu dilatation au lieu d'hypertrophie?.. Il ne suffit pas d'émettre de pareilles assertions, il faudrait encore les prouver. Quant à moi, je n'ai peut-être pas observé dans ma carrière médicale un seul cas d'hypertrophie cardiaque pouvant être attribué sûrement à une influence morale: mais je ne me crois pas pour cela le droit d'affirmer que cette sorte d'hypertrophie n'existe pas.

Ainsi donc l'observation a prononcé, les hypertrophies cardiaques de cause morale existent; le rôle de la physiologie pathologique en pareil cas doit être non pas de révoquer en doute le résultat de la clinique, mais de chercher à l'expliquer, à établir un lien pathogénique entre l'hypertrophie et la cause psychique. Ce lien, on a cru le trouver généralement dans les palpitations nerveuses. Si jamais on démontre que la palpitation nerveuse est toujours incapable de produire l'hypertrophie du cœur, on devra rechercher quel est le véritable mode d'action des causes morales sur le cœur, mais on n'aura pas le droit de contester l'hypertrophie de cause morale; un pareil empiètement de la physiologie pathologique sur la clinique ne serait pas justifié.

Si maintenant nous examinons une à une les conclusions de-

M. Liégeois, nous sommes prêts à convenir avec lui " que la véritable hypertrophie cardiaque est caractérisée par la matité absolue de la région précordiale... que, dans les palpitations de de cause morale, la systole et la diastole cardiaque sont plus brèves, le gonflement systolique et diastolique moins considérable, que la diastole, du reste, est un phénomène purement passif et qu'il est impossible de comprendre l'hypertrophie du cœur dans ce temps de révolution cardiaque." Mais nous ne saurions admettre que " la comparaison entre le muscle de l'ouvrier et le muscle du cœur est des plus inexactes, " que " la systole ne *saurait* s'accompagner d'hypertrophie, puisqu'elle est plus courte qu'à l'état normal. Enfin, s'il est exact que l'hypertrophie du cœur n'est pas la conséquence *oblique* des palpitations d'ordre psychique, nous ne saurions accorder à M. Liégeois " qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur de cause morale."

—

Du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Rothe.— Nous trouvons dans le *New-York Medical Record* le rapport de trois cas de fièvre entérique traités avec succès au *London Hospital* (Londres) par la méthode dite de Rothe. Cette méthode, comme on le sait, consiste dans l'administration combinée de l'acide phénique, de la teinture d'iode, de la digitale et de l'aconit, les deux premiers constituant la base essentielle de la médication, les deux derniers médicaments n'étant là que comme adjuvants. Le Dr Rothe prétend que par cette méthode on amène dans l'espace de deux à sept jours l'abaissement de la température et la sédation du pouls. Dans les trois cas traités au *London Hospital* la température qui était passablement élevée (103° et 104° Fahr) fut, sous l'effet du traitement dont nous parlons, rapidement réduite, d'abord à 102° et 101°, puis au chiffre normal ou elle fut maintenue par l'administration répétée de la potion antizymotique. Le pouls éprouva des variations analogues. Chaque fois la convalescence fut rapide.

Le Dr Sansom qui avait ces trois cas sous ses soins prescrivit la formule suivante :

R Acidi carbolici.....	gr. ii
Tr iodi.....	Mx ii
Spt. vini rectific.....	ʒss
Aq. Cinnamon, ad.....	ʒi

A prendre toutes les trois heures.

Dans le premier cas, à chaque dose de cette mixture on ajoutait deux minimes de teinture de digitale et une minime de teinture d'aconit, cette seconde dose était administrée en outre toutes les heures.

Le Dr Sanson fait à ce sujet les remarques suivantes :

Depuis plus de seize ans, j'ai, dans le traitement des maladies zymotiques, eu recours à l'administration d'un agent antiseptique, employant ordinairement le sulfite et le sulfocarbonate de soude. Dans le traitement de la diphthérie et de la scarlatine, j'ai obtenu ainsi des résultats très favorables. Dans la fièvre typhoïde, j'ai hésité à employer ces derniers remèdes dans la crainte qu'il ne se formât un sulfate de soude qui eût vraisemblablement augmenté la tendance à la diarrhée. Le traitement allemand par les bains froids m'a aussi donné de bons effets, mais comme les cas de fièvre typhoïde qui nous viennent à l'hôpital se montrent ordinairement chez des sujets faibles, mal nourris et déjà malades depuis un certain nombre de jours, le traitement par les bains froids seuls ne nous a pas permis d'enregistrer des succès aussi marqués que ceux proclamés par les Allemands. La méthode de Rothe est basée sur les propriétés antiseptiques de l'acide carbolique et de l'iode. Rothe prétend que la combustion de ces deux médicaments augmente leurs propriétés germicides.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Traitement des taches pigmentaires de la peau.

—Les *Annales de dermatologie* donnent, d'après le *Berliner Klinische Wochenschrift*, un procédé employé par Unna pour traiter les taches pigmentaires de la peau.

Le borax et le sublimé sont les médicaments le plus ordinairement employés pour faire disparaître les taches pigmentaires; le premier a une action lente et faible (il occasionne rarement de l'eczéma), le second agit plus énergiquement et plus rapidement.

Si l'on désire amener une disparition aussi rapide que possible, il faut avoir recours au mercure, non sous la forme prescrite par Hebra, laquelle n'est pas sans inconvénients, mais au collodion au sublimé (de 1/2 à 2/10). On évitera ainsi le danger de provoquer de la rougeur, de la desquamation, parfois même une éruption bulleuse.. Avec ces traitements énergiques, on a

l'inconvénient de ne pouvoir en mesurer exactement l'effet ; il est préférable d'avoir recours à la pommade au bismuth et au mercure proposée par Hébra. La mousseline enduite de pommade permet d'atteindre le résultat plus sûrement et plus rapidement qu'avec les pommades et les solutions faibles ; si elle n'agit pas aussi promptement que les compresses de sublimé et de collodion au sublimé, elle est d'un emploi plus facile. On coupe de petits morceaux de mousseline enduite de pommade au précipité blanc ou de pommade mercurielle, à peu près de la dimension des groupes d'éphélides ou des taches de chloasma. et, après avoir enlevé la matière grasse qui recouvre la peau avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool, on les applique sur les parties malades. On fait ce pansement avant que le malade ne se mette au lit, sans bandages ni collodion, on l'enlève le matin par le lavage. L'auteur n'a pas jusqu'à présent fait préparer une mousseline avec de la pommade au bismuth et au mercure ; il se borne à prescrire pendant le jour une pommade au bismuth qui a l'avantage de dissimuler, comme un fard, les taches brunes. Voici la formule de cette pommade :

Oxyde de bismuth	} ʒi ʒi
Kaolin	
Vaseline.....	ʒv à x

On frictionne avec cette pommade, le matin après la toilette, les taches de pigment. Il est préférable de n'appliquer la pommade avec un pinceau que sur les taches pigmentaires, de laisser sécher et de n'enlever que plus tard. Pour cela elle doit avoir la consistance d'une couleur à l'huile. L'auteur emploie la formule suivante :

Oxyde de bismuth	} ʒ ss
Amidon de riz.....	
Kaolin.....	ʒ iss
Onguent de glycérine	ʒ ii
Eau de rose.....	qq. gouttes.

En alternant les préparations de mercure et de bismuth, les taches pigmentaires disparaissent rapidement, sans rougeur ni desquamation, si le pigment n'est pas tellement enfoncé dans le derme que nos remèdes ne peuvent en général pas l'atteindre sans détruire le corps papillaire (certains chloasmas chroniques). Voici maintenant la formule proposée par Hébra :

Magister de bismuth.....	} ʒ ii
Précipité blanc	
Axonge.....	ʒ i, ʒ i v ss

On l'étend sur des morceaux de toile et on l'applique au moins pendant la nuit sur la partie pigmentée; Kaposi y ajoute les pommades suivantes employées de la même manière :

Acide salicylique	5 ss
Onguent émollient.....	5 i 5 ii

Ou :

Acide borique.....	} 5 i 9 i
Cire blanche.....	
Paraffine.....	5 ii ss
Huile d'amandes.....	5 v ii ss

Manuel opératoire de l'ovariotomie.—Que le Canada ne puisse fournir sur l'opération de l'ovariotomie des statistiques aussi éclatantes que celles de Péan, Spencer-Wells, Kœberle et autres, personne ne songe à le nier. Non pas que nos chirurgiens ignorent les travaux des maîtres; leurs écrits sont familiers à tous et la plupart ont pu étudier de visu le manuel opératoire des auteurs; non pas que le climat du pays, notre système hospitalier ou la constitution des malades soient moins favorables au succès de l'opération, bien au contraire, nous croyons avoir l'avantage sous ce rapport, mais probablement par la raison que le chiffre de la population ne permet pas à nos chirurgiens de faire un choix de sujets aussi judicieux et que la nouveauté et la gravité de l'opération empêchent un nombre considérable de cas favorables d'en encourir les risques.

On est souvent disposé à attribuer au défaut d'appareils et d'instruments et à la nature de l'entourage les échecs que l'on subit. Pourtant jusqu'ici l'opération de l'ovariotomie s'est entourée, quoiqu'à un moindre degré qu'en France, d'un arsenal d'instruments et d'appareils formidables et inabordables au praticien éloigné des centres. Mais comme le dit avec justesse le Dr Bouilly, dans la *Gazette Médicale* de Paris :

« Dans les premiers temps où se pratique une nouvelle opération d'une certaine importance, l'incertitude de la technique opératoire, la crainte d'accidents imprévus, la gravité des dangers immédiats et consécutifs, la confiance donnée par le partage de la responsabilité, entraînent la majorité des chirurgiens à s'entourer d'un luxe inutile et dispendieux d'assistants et à compliquer l'instrumentation. Plus tard, l'éducation se fait, la confiance naît et se gagne de proche et peu à peu les opérations les plus compliquées au début se simplifient de plus en plus, sinon dans leurs actes essentiels, au moins dans leurs détails accessoires et surtout dans le déploiement des forces

extérieures figuré par le nombre des aides et l'entassement des instruments. La perfection est atteinte quand une opération importante et difficile est exécutée avec le *minimum* d'aides et d'instruments utiles ; l'éducation est parfaite quand elle a su restreindre l'assistance et l'instrumentation *au juste nécessaire.*"

Nous ne nous sommes pas encore payé le luxe de la table-lit qui pèse près de 100 livres et coûte 120 piastres ni de l'appareil pour l'aspiration des liquides du kyste, mais nos chirurgiens étalent avec complaisance un assortiment de pinces à griffes, trocarts, bistouris, ligatures à donner le vertige aux adeptes et à désespérer le chirurgien qui n'a pas à sa disposition l'arsenal d'un hôpital. Cependant tout n'est pas essentiel, du moins, ainsi le pense Kœberlé. Voici comment procède le grand ovariologiste allemand, d'après le Dr Bouilly dans la *Gazette Médicale* de Paris, 8 janvier 1882 :

"Point de table d'opération ni de lit spécial : la malade est couchée dans sa chambre, sur un lit ordinaire, de moyenne largeur, qu'elle occupait avant l'opération et qu'elle occupera jusqu'à la fin de son traitement. Ce lit est roulé au milieu de la pièce, de manière qu'on puisse librement circuler autour de lui dans tous les sens, les pieds tournés vers une fenêtre pour que le jour tombe en plein sur l'abdomen.

La malade a le tronc et la tête légèrement soulevés par des oreillers, les membres inférieurs dans l'extension complète.

Un grand morceau de toile caoutchouquée, échancrée par en haut, recouvre la partie inférieure du ventre, les cuisses et les jambes de la malade ; cette toile imperméable, enveloppée de linge, suffit à maintenir sur la partie inférieure de l'opérée une température assez élevée pour qu'on n'ait pas à craindre le refroidissement.

Une seconde toile de même substance est placée sous la malade et s'étend depuis la partie inférieure du tronc jusqu'au dessous des jambes. L'opération est terminée, ces deux larges morceaux de caoutchouc sont enlevés, et la malade se retrouve sans secousses, sans transport, dans son lit propre et chaud qu'elle n'a pas eu l'angoisse de quitter pour être portée sur le petit lit d'opération où les jambes doivent être attachées dans les gouttières et où les bras doivent être maintenus par un ou deux aides si l'on ne veut pas qu'ils débordent le plan étroit de la couche et tombent en dehors pendant le sommeil.

M. Kœberlé se place debout à la droite de son opérée ; un aide, à la tête du lit, donne le chloroforme et ne s'occupe absolument que de l'anesthésie ; un deuxième aide, placé en face de l'opérateur, à gauche de la malade, le plus important et

presque le seul important, suit tous les temps de l'opération, tend la peau au moment de l'incision de la paroi, essuie la région à mesure de l'écoulement du sang ou du liquide du kyste, surveille et empêche l'issue des intestins, soulève le paroi abdominale ou la deprime, tire sur les pinces à kyste pendant l'évacuation du liquide ou le détachement des adhérences, etc. Un troisième aide, placé à droite de l'opérateur, prend sur une petite table les rares instruments qui y sont préparés et les passe à mesure des besoins, pendant que la religieuse, femme très intelligente et rompue aux habitudes de M. Kœberlé dont elle a vu toutes les opérations, passe les serviettes, prépare les fils, renouvelle l'eau, etc.

A quelques pas en arrière, sur une table, deux cuvettes: l'une contenant de l'eau ordinaire fréquemment changée, l'autre de la solution phéniquée à 5 0/0. Avec une extrême fréquence, l'opérateur plonge ses mains successivement dans les deux cuvettes et les essuie avec un soin extrême avant de les remettre dans le ventre.

En résumé, un seul aide spécial, deux aides de chirurgie générale, pour ainsi dire, l'un préposé au chloroforme, l'autre aux instruments, une religieuse pour les détails accessoires, et c'est tout.

L'instrumentation n'est pas moins simple: M. Kœberlé n'emploie aucune des variétés nombreuses de trocars spéciaux imaginés pour la ponction du kyste et ne se sert pas de l'aspiration, qui exige un appareil compliqué. Son trocart qu'il a, je crois, fabriqué lui-même, consiste en une volumineuse canule, à extrémité tranchante taillée en biseau, d'un diamètre intérieur d'un centimètre et demi environ, assez volumineux pour donner issue aux liquides les plus épais, et d'une longueur de 0,15 c. à 0,20 c., assez considérable pour aller ponctionner les poches secondaires les plus reculées; tube grossier en apparence, mais d'un maniement facile et avec lequel le temps de la ponction est singulièrement simplifié. Des bassins creux de petite dimension tenus au-dessous de la canule reçoivent le liquide et sont remplacés à mesure qu'ils sont remplis.

Une fois mise en place, la canule-trocart y est laissée jusqu'à ce que l'évacuation successive des diverses poches ait amené une réduction suffisante de la masse: c'est-à-dire que pour vider les poches multiples d'un kyste, M. Kœberlé ne ponctionne pas en divers points de la périphérie de la tumeur. Avec la main gauche introduite dans l'abdomen à la face postérieure de la masse, il soutient celle-ci et la repousse en avant, tâte et apprécie le volume et la consistance des différentes loges, pendant que d'un coup sec la main droite enfonce

successivement la pointe de la canule en divers points et vides, trois ou quatre poches, jusqu'à réduction suffisante.

Pendant ce temps et à mesure que la tumeur s'affaïse, un aide la saisit à la partie supérieure de plus en plus loin et l'attire à l'extérieur avec des pinces érigées à une seule griffe et ne faisant ainsi qu'un seul trou.

Cette habile manière de faire ne donne lieu, pour ainsi dire, qu'à une seule ouverture communiquant avec l'extérieur et pouvant déverser le liquide kystique dans le péritoine, puisque les autres poches, après l'ablation de la canule, ne peuvent se vider que dans la poche principale primitivement évacuée et n'ont pas de trajet direct avec l'extérieur.

Aussi une seule pince ou deux au plus suffisent-elles pour oblitérer l'orifice principal, le seul dont on ait à se préoccuper, et ainsi se trouve supprimée la nécessité des pinces nombreuses à kystes, à mors plats et dentelés, fenêtrés ou non, des pinces en T, toutes destinées à oblitérer les déchirures accidentelles de la paroi kystique et les orifices des ponctions multiples.

Aussi aurons-nous terminé l'inventaire des instruments quand nous aurons dit qu'il ne comprend, outre la canule-trocart ci-dessus mentionnée, que des pinces à force-pression, 5 à 6 pinces érigées à une seule branche, une longue et forte aiguille droite à large chas pour la suture superficielle.

M. Kœberlé n'emploie jamais d'éponges ni pour essuyer les parois abdominales, ni pour faire la toilette du péritoine; le tout se fait avec des serviettes ordinaires qui absorbent très bien les liquides et servent à essuyer en même temps qu'à éloigner. Deux piles de serviettes sont à portée de l'opérateur ou celles-ci lui sont directement passées; car, dans une opération même simple, il n'en est pas employé moins de 50 à 60.

Ce détail, minime en apparence, supprime d'abord un aide nécessaire pour le lavage des éponges, exclut la possibilité de l'oubli de l'une de celle-ci dans l'abdomen, et enfin permet de compter sur des pièces parfaitement propres.

Tel est dans toute sa scientifique simplicité le manuel opératoire de Kœberlé. Il y a loin de cela à ce qui se pratique dans nos hôpitaux. Cependant ce procédé tout nouveau qu'il soit pour nous me rappelle presque un souvenir: j'assistais il y a bientôt un an un de nos plus habiles chirurgiens de campagne le Dr Marsil de St-Eustache et l'opération faite à la Kœberlé fut couronnée d'un plein succès.

Dans un pays comme le nôtre où les fabricants d'instruments sont rares et conséquemment exigeants, le fait de sim-

plifier l'instrumentation délie bien des mains habiles captivées par une bourse vide. Il arrive bien souvent comme le dit Lafontaine: "Qu'une maille rongée emporte tout l'ouvrage."

A. L.

—

Résection sous-périostée.—M. Olivier a communiqué un fait relatif à une résection du coude, faite par lui en 1873, et dont il a pu examiner la pièce récemment. Ce chirurgien a fait 69 résections sous-périostées, soit pour des tumeurs blanches, soit pour des lésions inflammatoires consécutives aux traumatismes, soit même pour de simples ankyloses. Dans tous les cas, il a obtenu un bon résultat, c'est-à-dire le retour des mouvements et l'usage fonctionnel du membre. Dans la pièce en question on peut voir ce que M. Olivier avait annoncé, c'est-à-dire la reproduction à peu près complète de l'articulation même avec son appareil ligamenteux. Le malade à qui avait appartenu cette articulation et qui avait légué son coude à M. Olivier, pouvait soulever un poids de 11 kilogrammes à bras tendu. La méthode paraît donc à tous les points de vue bien supérieure à toutes les autres.—*Journal de Médecine.*

—

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

—

De l'application du forceps dans la présentation des fesses.—M. le professeur Chantreuil qui a succédé à Pajot, donne à ses élèves la clinique suivante que nous trouvons dans le *Siccle Médical*:

Il est des cas où le forceps peut échouer; ce sont ceux où le fœtus est d'un volume excessif et où, les contractions utérines ayant cessé, on est obligé de faire des tractions très énergiques. Alors le forceps glisse, c'est ce qui m'est récemment arrivé, dans un cas que je vais vous rapporter.

"Je fus mandé, il y a quinze jours environ, chez une vieille sage-femme du bureau de bienfaisance, par un de nos confrères qui ne voulait pas prendre à lui seul la responsabilité d'un accouchement qu'il jugeait, avec raison, devoir être très difficile, bien qu'aucun vice de conformation ne fût à craindre, la femme ayant accouché une première fois d'une façon très heureuse.

"Le travail était commencé depuis quatre jours, le fœtus

avait succombé depuis deux jours au moins, et il n'y avait plus, depuis vingt-quatre heures, aucune contraction utérine. Le pouls était très fréquent, la peau chaude; l'utérus, fortement distendu par des gaz, offrait à la percussion une sonorité tympanique; la vulve et le périnée étaient fortement œdématisés. En pratiquant le toucher, je constatai d'abord une odeur infecte qui s'échappait des parties génitales. Dans l'excavation, je trouvai les fesses seules. J'appliquai le forceps, ce qui ne présenta aucune difficulté, ni pour l'introduction des branches, ni pour leur articulation, mais, lorsque je voulus faire descendre le fœtus, je sentis une grande résistance et le forceps glissa. Il ne me restait plus dès lors qu'à recourir au céphalotribe. Cet instrument, fortement serré, tint bien prise et je pus, sans beaucoup de peine, amener le siège au dehors. Ensuite, j'éprouvai une difficulté considérable et je m'aperçus que l'abdomen du fœtus était extrêmement volumineux, tout le tissu cellulaire étant infiltré de gaz. Il en était de même pour le tronc, de sorte que nous dûmes, mon confrère et moi, exercer des tractions très énergiques pour extraire le fœtus jusqu'au cou. Le dégagement des bras et de la tête ne fut pas trop laborieux. Nous dûmes extraire l'enfant entier sans qu'il se fût séparé en tronçons, comme cela arrive souvent dans ces cas. La délivrance n'offrit rien de particulier. Nous prescrivîmes à la malade des injections phéniquées, mais elle était si mal soignée chez la sage-femme, où l'eau même manquait pour se laver les mains, qu'elle dût se faire transporter à l'hôpital. D'après les renseignements que j'ai obtenus, elle a succombé à des accidents septicémiques.

Cette observation vous montre dans quelles conditions le forceps, appliqué sur les fesses, peut échouer. Elle met également en lumière un autre point de l'histoire de la présentation pelvienne dont je ne vous ai pas encore parlé, je veux dire la coïncidence de la putréfaction du fœtus avec cette présentation. Cette coïncidence, en effet, n'est pas purement fortuite. Le fœtus étant mort et les membranes rompues, si c'est le sommet qui se présente, la putréfaction est rare, d'abord parce que, d'ordinaire, l'accouchement se termine en peu d'heures, ensuite parce que la tête obture exactement l'orifice utérin et empêche l'air de s'introduire dans l'œuf; aussi, lors même que le fœtus séjourne longtemps dans la matrice, ce n'est généralement pas la putréfaction qu'il subit, c'est la momification. Dans la présentation pelvienne au contraire, — et il en est de même dans la présentation de l'épaule, — le travail dure longtemps, et la partie fœtale, dont la forme est irrégulière, s'applique mal sur les bords de l'orifice utérin, et laisse l'air pénétrer. De là

résulte la putréfaction avec toutes ses conséquences : emphy-sème qui augmente le volume du fœtus de manière à en rendre l'extraction parfois très difficile, accumulation dans l'utérus de gaz qui le distendent au point d'en paralyser les contractions et de faire absolument cesser le travail ; enfin production de matières septiques qui sont souvent pour la mère le point de départ d'accidents mortels."

Traitement de l'hémorrhagie post partum.—Le Dr John Bassett écrit dans le *British Medical Journal* que son habitude est de soumettre les femmes exposées aux hémorrhagies post partum, à un traitement préventif pendant un mois ou deux avant l'accouchement. Son traitement consiste à combiner le fer à des alcalins quand la femme est faible et digère difficilement les substances grasses et à des acides quand elle est forte et pleine d'embonpoint.

Avant l'introduction du traitement de Barnes par le chlorure de fer en injection, nous n'avions pas autre chose que la compression, le froid et l'ergot. Le Dr Bassett a constaté dans bien des cas que la compression de l'aorte était le moyen le plus prompt d'arrêter l'hémorrhagie, et que le frictionnement de l'utérus amenait un état de spasme qui expulsant les caillots, entretenait l'hémorrhagie. Dans ces cas l'ergot et l'opium combinés, ou administrés alternativement ont toujours été accompagnés de succès. Dans d'autres cas le froid semblait produire une contraction régulière de l'utérus. En général l'hémorrhagie post partum a deux causes. D'abord certaines circonstances qui surviennent dans le cours de l'accouchement peuvent y donner lieu. Ensuite certaines conditions existant dans l'organisation de la mère sont reconnues souvent en être la cause ; ces conditions peuvent consister dans une mauvaise alimentation, ou dans la rétention d'effets produits amenant une altération dans les propriétés physiques et chimiques du sang, des troubles dans le système nerveux, et conséquemment manque de tonicité et de puissance dans les fibres musculaires de l'utérus. La première de ces causes doit être combattue par une surveillance attentive de la marche de l'accouchement, et la seconde, en mettant la femme dans un état parfait de santé, par un traitement préparatoire comme l'indique le Dr Bassett.

Ces deux notes sont traduites du *Quarterly Epitome of American Practical Medicine and Surgery*.

Ligature du cordon ombilical.—Le Dr Coghill dans son adresse sur la médecine obstétrique devant l'Association Médicale d'Angleterre, attire l'attention sur un point important concernant la ligature du cordon. Ribemont, avant lui, dans les *Archives de Tocologie* avait démontré la grande influence de la ligature ombilicale sur la respiration thoracique. Voici les faits :

1^o Une ligature tardive est avantageuse à l'enfant en augmentant la quantité du sang qui est nécessaire pour établir la troisième circulation, qui est la circulation pulmonaire du fœtus.

2^o La ligature immédiate du cordon prive l'enfant d'une quantité de sang plus ou moins considérable, selon le temps attendu pour la ligature et cela d'une manière d'autant plus nuisible que la ligature a été faite avant que l'enfant ait respiré.

3^o La ligature prompte du cordon soustrait de la circulation générale le sang nécessaire à établir la circulation pulmonaire. Le résultat est une diminution dans la tension artérielle équivalente à un tiers de la tension première.

4^o La cause de la pénétration du sang dans le système circulatoire du poumon de l'enfant est l'*aspiration thoracique*. Cela est prouvé par la supériorité constante de la pression du sang dans les artères ombilicales, à celle de la veine ombilicale. D'ailleurs nous voyons la respiration thoracique produire des oscillations considérables dans la tension du sang artériel et veineux. Les contractions utérines sont insuffisantes à forcer le sang dans la veine ombilicale, quand les pulsations artérielles du cordon ont cessé.

5^o L'*aspiration thoracique* oblige le sang à entrer dans le poumon en quantité suffisante et nécessaire; suffisante, parce qu'alors la tension dans le système artériel ne fait pas défaut, nécessaire, parce que la tension artérielle dans le cordon n'augmente jamais quand la ligature est tardive.

Le Professeur Lusk, de N. Y. corroborant les vues de Ribemont, dit que chez les enfants pâles, anémiques et souffrant de syncope, la ligature tardive est un moyen sûr de rétablir l'équilibre dans la circulation fœtale.

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par le sirop de Mme. Winslow.
—Le *Medical News* relate d'après le *Sanitary News* un cas d'empoisonnement par cette substance. L'enfant auquel une cuil-

lée à thé de sirop a été administrée était agé de huit mois. Les symptômes de l'empoisonnement par la morphine furent très bien marqués. On sait que chaque once de ce sirop contient un grain de morphine. L'enfant a donc succombé aux effets toxiques de $\frac{1}{3}$ g. de morphine.

Nous nous joignons à notre confrère du *News* pour demander que la vente de ce sirop et de tous ses semblables soit prohibée comme dangereuse au premier chef.

H. E. D.

Empoisonnement par le Nitrate de potasse. — Le Dr Wolstenholme rapporte le cas suivant dans le *British Med. Journal* : Il fut appelé pour un homme qui se plaignait de douleurs intenses à l'estomac. Ces douleurs étaient constantes avec brûlures. Le patient dit avoir pris, le matin à 7.30 hrs, un once de sel d'Epsom. Le sel n'avait pas le même goût que d'ordinaire, cependant n'avait pas de saveur acide. Aussitôt après l'ingestion du sel le patient éprouva une douleur intense dans l'estomac. Il se sentit malade mais ne vomit que quatre heures plus tard. Son pouls était à 50, plein et fort, la pupille normale, la langue moite avec un enduit blanchâtre au centre. Pas d'excoriation de la bouche ni aucun symptôme d'empoisonnement par un irritant. Un opiacé fut prescrit toutes les heures ainsi que des applications chaudes sur l'épigastre. Vers le soir le médecin fut appelé de nouveau et constata les mêmes symptômes. Le patient avoua alors qu'il pouvait avoir pris du Salpêtre pour du Sel d'Epsom, et en effet en allant aux recherches on prouva que tel était le cas. On administra alors un émétique ainsi qu'un lavement d'eau chaude et de plus $\frac{1}{4}$ gr de Morphine en pilules toutes les trois heures. Après que l'émétique et le lavement eurent produit leurs effets le patient se trouva soulagé et continua à se rétablir graduellement. *The Druggists Circ. and Chem. Gazette.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Epistaxis, nouveaux tamponnements. — Spender se loue beaucoup de l'emploi de l'instrument imaginé par Rose pour arrêter les épistaxis et qui consiste dans un petit ballon de caoutchouc souple ou de bandruche, adapté à l'extrémité

d'une sonde en gomme et que l'on insuffle après l'avoir introduit dans les fosses nasales.

De son côté, Reale accorde la préférence à de petits tampons d'ouate, saupoudrés d'acide tannique, et attachés en cerf volant avec des fils. On les enfonce successivement en suivant le plancher des fosses nasales, jusqu'à ce que la cavité soit parfaitement remplie.—*Revue Médicale*, 6 mai 1882.

Atropine dans les hémorrhagies viscérales.—Tacke ayant fait des injections hypodermiques de sulfate d'atropine à une femme pour un eczéma, remarqua que les menstrues, qui étaient très profuses, devinrent modérées et se maintinrent en cet état. Le même résultat fut observé cinq fois sur deux autres sujets, et, dans un cas, une hémorrhagie pulmonaire céda immédiatement à l'injection. Il recommande l'atropine, qu'il trouve supérieure à l'ergotine, en raison de sa sûreté et de sa rapidité d'action, de sa puissance (0,002 suffisent), et qui ne donne pas les accidents locaux qui suivent toujours les injections hypodermiques d'ergotine. (*New York medical Journal*)

Traitement du tænia, (Meuffer).

Calomel	ʒi ʒj
Résine de scammonée	ʒi ʒj
Gomme gutte	ʒi ʒj
Confection d'hyacinthe	Q. S.

En trois bols, à un quart d'heure d'intervalle.

Traitement de l'hémoptysie, (Peter).

Eau distillée.....	ʒvi ʒii
Sirop de morphine	ʒi
Ergotine Bonjean.....	ʒi ʒj
Teinture de digitale.....	ʒss
M. S. A.	

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, AOUT 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE,
ET H. E. DESROSIERS.

L'autopsie de Guiteau.

Malgré le rapport officiel du Dr Lamb, le cadavre de Guiteau est resté aussi impénétrable que l'état mental de l'assassin pendant le procès, que la blessure du Président pendant sa maladie.

Le rapport publié par le *Medical News* de Philadelphie ne permet guère, il est vrai, de douter de la responsabilité morale de l'assassin, mais les choses n'ont pas tardé à s'embrouiller. On a accusé le Dr Lamb d'avoir préparé et publié le rapport de l'autopsie, sans la participation ni l'autorisation des Drs Sowers et Hartigan officiellement chargés d'agir de concert avec lui, d'avoir vendu le dit rapport à une publication médicale de Philadelphie; bien plus on a prétendu que le cerveau que le Dr Lamb a livré comme celui de Guiteau n'est pas celui de l'assassin, et que la teneur du rapport officiel de l'autopsie a été préparée avant l'exécution.

Dans une cause qui a passionné et intéressé tant de gens, on pouvait s'attendre à tout, d'autre part; le Dr Lamb repousse avec indignation les accusations portées contre lui et prétend n'avoir agi ainsi, haut la main, que conformément à des ordres supérieurs dont il ne fait pas connaître les auteurs. Que tirer de tout cela? "L'autopsie de Guiteau" dit le *Chicago Medical Review*, "a été faite sous de si étranges circonstances qu'on ne saurait avec justice blâmer sévèrement ceux qui l'ont pratiquée, pour les omissions et les imperfections de l'examen. Si on se rappelle qu'un des experts de la poursuite s'est approché de la table et a dit au Dr Lamb qu'il ne devait pas, sous aucune considération, pratiquer l'autopsie; que ce même expert et le procureur de district ont manifesté l'empressement le plus invraisemblable pour soustraire le cadavre à l'examen et

pour couvrir de six pieds de terre les preuves de faux témoignage et de conspiration que l'autopsie aurait pu fournir ; que le médecin de la prison était dans l'antichambre aux prises avec les invités ; que des mesures avaient été prises pour refuser accès aux témoins compétents, que les menaces se succédaient sans interruption aux oreilles du médecin en charge de l'autopsie ; que des affidés du procureur de district avaient été délégués sans aucune autorité et dans le seul but de troubler l'examen, il n'est pas étonnant que, l'esprit fatigué d'une dispute digne d'une salle d'auberge, le Dr Lamb ait oublié de peser les hémisphères cérébraux et de mesurer la partie occipitale du crâne. Le courage dont il a fait preuve en faisant l'autopsie malgré les menaces de Corkhill et de Macdonald, et l'impartialité de son rapport, malgré qu'il soit officier de l'armée, méritent assurément des éloges."

A la vue d'un aussi inextricable lacis de ficelles, il est encore permis aux gens un tant soit peu sceptiques de se demander : l'assassinat de Garfield est-il le fait d'un scélérat ou d'un fou ?

Thérapeutique vs. Matière médicale.

Notre confrère du *New York Medical Record* a soulevé tout récemment une question qui, au premier abord, semblera peut-être à quelques-uns inutile ou hors de propos, mais qui, si on lui accorde toute l'attention qu'elle mérite, comporte une solution des plus importantes. Doit-on, se demande notre confrère, doit-on enseigner la matière médicale aux élèves en médecine ? En d'autres termes, le cours de matière médicale, qu'il faut bien se garder de confondre avec celui de thérapeutique, doit-il à la rigueur faire partie du programme de nos études.

La matière médicale telle qu'elle est actuellement enseignée dans la plupart de nos écoles de médecine n'est à proprement parler qu'un cours tout à fait secondaire, suivi par les élèves de première et deuxième année et dans lequel on se borne le plus souvent à traiter des propriétés physiques et des caractères botaniques des médicaments, *viz*, couleur, saveur, origine, mode de préparation, etc., insistant aussi peu que possible sur l'action physiologique et thérapeutique. En outre, on semble se plaire très souvent à y énumérer au long un grand nombre de formules officinales et magistrales, et l'on force les élèves à apprendre ces formules, comme si la thérapeutique pouvait se renfermer toute entière dans une ordonnance. En deux mots, l'on donne un cours de *pharmacologie*.

Cela peut être fort beau et fort intéressant au point de vue scientifique, mais l'on avouera que l'élève en médecine a, surtout de nos jours, fort peu besoin de pharmacologie. La description pharmaceutique de chaque remède peut, pour les besoins réels du praticien, se résumer en quelques lignes, et tout le reste de la leçon peut être consacré à en étudier les propriétés physiologiques, son action sur les divers systèmes de l'économie, ainsi que les usages auxquels il est employé. C'est ainsi, croyons-nous, que le cours sera de quelque profit aux élèves et que ceux-ci en retireront des connaissances véritablement pratiques. Ainsi, moins de botanique et de pharmacologie et plus de médecine et de thérapeutique.

Au reste, nous ne sommes pas le seul à penser de la sorte. La matière médicale, a dit l'éminent professeur Huxley, en tant que science des drogues et des médicaments est l'apanage du pharmacien. Il est bon, à la vérité, qu'un médecin sache que le castoreum est un produit animal, et que l'huile de ricin est extraite d'une plante, mais au point de vue pratique, la connaissance de ces faits n'est pas plus utile au praticien qu'il ne lui est important de savoir le mode de préparation de l'acier dont est fait le scalpel dont nous nous servons tous les jours. Que sert au médecin de savoir que l'*uva ursi* est la feuille de l'*arctostaphylos uva ursi*, plante originaire de l'Europe et de l'Asie ou encore que chaque morceau de rhubarbe du commerce est souvent muni d'une ouverture pratiquée dans le but d'y passer une corde afin de faciliter la dessiccation de la racine?

Que l'on nous débarrasse donc une bonne fois de ces inutilités. Peu importe que les élèves puissent nous répondre *ad unguem* sur ces infimes questions de détail et qui ne regardent que la cuisine de l'art thérapeutique, pourvu qu'ils connaissent à fond l'action physiologique, les usages et les doses des remèdes que nous prescrivons habituellement.

Que l'on sépare si l'on veut le cours de matière médicale de celui de thérapeutique, ou, si la chose est impossible, que le professeur sache au moins insister sur ce qui est important et mettre de côté des détails secondaires que l'élève peut à peine apprendre tant ils sont multipliés, dont il ne se souvient plus au bout de quelques semaines et qui par dessus tout ne lui sont d'aucune utilité.

Un mot d'Explication.

Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié un article intitulé : "FIAT LUX," publié dans notre livraison de mai dernier, et dans lequel nous commentions la teneur d'une correspondance échangée quelques jours auparavant entre M. le Dr F. W. Campbell, régistrateur du collège Bishop, et un M. P. E. de Lorimier, au sujet de certain examen que M. de Lorimier avait insinué, à tort ou à raison, avoir subi devant un *bureau privé* composé de professeurs du collège Bishop.

Afin de faire disparaître tout malentendu à ce propos, nous tenons à rappeler ici que dans cet article nous avons tout simplement résumé la correspondance en question et n'avons fait de nous-mêmes aucun avancé qui put être de nature à incriminer telle ou telle faculté de médecine en particulier. Bien au contraire, nous n'avons fait que rapporter les *on-dit* et les *ouï dire* qui circulaient alors dans le public au sujet de l'existence et de la composition du bureau privé dont on parlait tant, et nous avons pris le plus grand soin de dire que ne donnions ces *rumeurs* que pour ce qu'elles valaient.

Il se peut que ces rumeurs aient été fausses ou compromettantes pour quelques uns, mais c'est précisément par ce que nous en comprenions l'extrême gravité que nous avons cru de notre devoir d'attirer sur ce point l'attention de la profession médicale, mettant par là même ceux qui pouvaient y être concernés en mesure de faire connaître enfin la vérité s'ils le jugeaient à propos.

Ceux qui ont lu attentivement notre article, ont dû se convaincre que nous étions resté dans notre rôle de journaliste, nous contentant de rapporter les faits sans en faire aucune application.

Petite Correspondance.

Quel est, à votre avis, le meilleur traitement à employer dans les convulsions des enfants ?

Dr..... S. B.

Voici celui que nous employons et qui nous est conseillé particulièrement par Jules Simon.

Il y a le traitement préventif et le traitement de l'attaque.

Lorsque l'on constate les symptômes avant-coureurs des convulsions tels que changement dans l'humeur de l'enfant, soubresauts nerveux, sommeil agité, on aura soin de ne pas exposer l'enfant à la fatigue, son

régime de vie sera pour ainsi dire anti-nerveux, fuir la chaleur, le bruit, est une précaution hygiénique indispensable. Puis on pourra donner le bromure de potassium afin de calmer la surexcitabilité nerveuse; l'on prescrira un peu de magnésie, et de petits lavements.

Traitement de l'attaque.—Hâtez-vous d'administrer un lavement, donnez-le vous même, qu'il soit fort afin qu'il agisse promptement. Dès que l'attaque diminue, que la bouche s'entrouve légèrement, faites vomir votre petit malade, l'estomac étant le plus souvent cause des convulsions. Si l'attaque continue ayez recours au chloroforme. Les accès revenant malgré le traitement qui précède, préparez un bain auquel vous ajouterez de la graine de moutarde, et plongez y sans crainte l'enfant jusqu'à ce qu'il y ait apparence d'un retour à la vie, alors l'enfant sera enveloppé chaudement après avoir été frictionné.

Tant que l'enfant n'aura pas uriné suffisamment, vous lui donnerez la potion suivante :

Eau de tilleul.....	100 parties
Brom. pot.....	1 —
Sirop de codéine.....	5 —
Sirop de fleurs d'oranges.....	30 —

L'attaque étant passée, les urines abondantes, un petit vésicatoire à la nuque sera appliqué pendant deux heures, puis remplacé par un cataplasme de fécule, la médication substitutive est si puissante chez l'enfant surtout, que cette irritation à la peau contribue pour beaucoup à retablir la tranquillité dans le cerveau agité de l'enfant.

Bibliographie.

Nous accusons réception de la seconde édition de *A practical treatise on Hernia* by Joseph H. Warren, M.D., publié par la librairie J. R. Osgood & Co, Boston. La presse médicale a accueilli cet ouvrage avec tant de faveur et a prodigué tant d'éloges à son auteur que pour éviter des redites inutiles, il ne nous reste qu'à souscrire au verdict unanime d'approbation rendu par la profession.

Tous les médecins connaissent la grande fréquence des hernies, tous les chirurgiens connaissent les nombreuses variétés de cette affection et les innombrables traitements tant palliatifs que curatifs qu'on lui a appliqués depuis des siècles. Aussi tous les traités de chirurgie consacrent-ils de longues pages au chapitre des hernies. Cependant, chose curieuse, rien d'aussi rare dans la littérature médicale que les traités spéciaux sur la hernie et c'est une des raisons pour lesquelles celui du Dr Warren a été accueilli si favorablement. On a fait remarquer que l'ouvrage ne contenait que peu d'idées originales. Si c'est

à titre de reproche, nous croyons la remarque, pour le moins, inopportune.

Le chapitre consacré à la méthode de l'auteur, ou de l'irritation tendineuse par les injections astringentes, imprime à l'ouvrage un cachet assez neuf, pour le placer dans une catégorie plus élevée que celle des compendiums. Les faits cliniques sur lesquels s'appuie cette méthode sont déjà assez nombreux pour lui mériter la plus grande attention des chirurgiens et pour nous permettre d'augurer favorablement de son avenir.

Faisant abstraction de la méthode de Warren, l'ouvrage se résume à un compendium, mais à ce titre il a le mérite d'être unique en son genre et de rencontrer un des plus grands besoins du praticien et de l'étudiant en médecine. La lucidité et la concision des descriptions, le nombre et la qualité des gravures qui enrichissent l'ouvrage suffisent à en faire la fortune. Le traitement de la hernie appartient à la classe des opérations d'urgence et à ce titre doit être mis à la portée de tous les praticiens, or combien d'entre eux ont le temps d'étudier la littérature médicale de ce sujet, éparse dans de volumineux traités de chirurgie et dans les journaux. Il nous fallait un livre comme celui du Dr Warren pour nous donner une bonne idée d'ensemble et pour diriger les travaux du spécialiste.

La méthode de Heaton et de Warren n'a pas encore remplacé les procédés classiques, tant s'en faut, la faveur éphémère de tant de procédés antérieurs donne au chirurgien le droit d'être sceptique jusqu'à démonstration clinique indiscutable, mais encore ne doit-on pas négliger d'accepter favorablement les améliorations, les idées nouvelles appuyées sur des faits scientifiques.

L'espace ne nous permet pas de décrire ici la méthode en question. Nous réferrons ceux qui ne la connaissent pas encore à notre livraison de mars 1882.

Nous engageons nos confrères et les étudiants à se procurer le *Treatise on Hernia* persuadés d'avance qu'ils y trouveront leur profit.

Brochures reçues.

Second Annual report of the astronomer in charge of the horological et thermetric bureaus in the observatory of Yale College 1881-82, presented to the Director of the observatory by LEONARD WALDS.

Annual announcement of Trinity Medical, School, Session 1882-83.

Report on Ophthalmology by J. J. CHISOLM, M. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Thèses de doctorat soutenues—Faculté de médecine de Paris—pendant l'année scolaire 1881-82.—265. M. Beaumont. Recherches sur les lésions qui predisposent à la rupture spontanée du cœur.—266 M. Levassort. Le rhumatisme chronique en Normandie.—267. M. Giraud. De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et des questions médico-légales qui s'y rattachent.—298. M. Lavin. Diagnostic des rétrécissements de l'urèthre.—269. M. Stroici. Des fractures spontanées chez les ataxiques.—270. M. Garès. Traitement des tumeurs épithéliales par le caustique arsénical.—271. M. Guillet. Histoire de l'hôpital Notre-Dame de Pitié de Paris.—272. Darène. Etude sur la transfusion du sang à la suite des hémorragies intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde.—273. M. Vandenabeelle. Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide du siphon. Influence de la pression du liquide sur les rétrécissements de l'urèthre.—274. M. Pelaprat. Des hémorragies puerpérales secondaires.—275. M. Gauchas. Etude sur la stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgical.—276. M. Maison. Traitements des ulcérations en général.—277. M. Pesme. De la cautérisation actuelle dans les hémorragies artérielles.—278. M. Descourtis. Du fonctionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies.—279. Mlle Bouchier. De la conservation des vibrations thoraciques dans la pleurésie.—280. M. Gidon. Etude sur les atrophies du genou considérées surtout au point de vue du traitement.—281. M. Gilles (Gaston). De l'hyperthrophie des amygdales chez les syphilitiques.

La constatation de maladies contagieuses apportées par les émigrants aux Etats-Unis a été cause d'un mouvement hygiénique actif dans le but de prévenir le retour de semblables accidents. Ainsi un bill a été passé afin d'organiser une législation plus efficace à ce sujet. Communication de ce bill devra

être faite au gouvernement d'Ottawa, afin que la même surveillance soit faite ici.

Décision.—Le Conseil Privé du Canada vient de déclarer *constitutionnel* le bill adopté l'an dernier, par la Législature de Québec, concernant l'Université Laval.

M. C. Lamirande a été autorisé par le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec de collecter la contribution annuelle des membres du dit collège.

Ce Monsieur tient son bureau au No. 55, Rue Saint-Jacques, Montréal.

Lactopeptine.—L'emploi de la lactopeptine a pris beaucoup d'extension si on en juge d'après de nombreux rapports cliniques; son efficacité dans le choléra infantile et les autres troubles intestinaux qui chaque année, pendant la saison chaude, exercent tant de ravages, en ferait un agent des plus précieux. Administrée conjointement avec le sousnitrate de Bismuth dans les cas de diarrhée pendant la dentition ou en dehors de cette époque, elle produit les résultats les plus satisfaisants.

VARIÉTÉS.

La Médaille de M. Pasteur. — A une séance de l'Académie des sciences à Paris tenue au commencement de juillet, une médaille fut présentée à Pasteur par J. B. Dumas, le savant chimiste, le vieux professeur de la Sorbonne; cette médaille commémorative des féconds travaux de Pasteur fut accompagnée d'un discours de M. Dumas et d'une réponse de Pasteur que nous publions. C'est une belle page de l'histoire scientifique contemporaine.

DISCOURS DE M. DUMAS.

“ Mon cher Pasteur,

” Il y a quarante ans, vous entriez comme élève dans cette maison. Dès vos débuts, vos maîtres avaient prévu que vous en seriez l'honneur; mais nul n'eût osé prévoir quels services éclatants vous étiez destiné à rendre à la science, au pays, au monde.

" Vos premiers travaux faisaient disparaître pour toujours du domaine de la chimie les forces occultes en expliquant les anomalies de l'acide tartrique.

" Confirmant le caractère vital de la fermentation alcoolique, vous étendiez cette doctrine de la chimie française aux fermentations les plus diverses, et vous donniez à la fabrication du vinaigre des règles que l'industrie applique avec reconnaissance aujourd'hui.

" Dans ces infiniment petits de la vie, vous découvriez un troisième règne, celui auquel appartiennent ces êtres qui, avec toutes les prérogatives de la vie animale, n'ont pas besoin d'air pour vivre et trouvent la chaleur qui leur est nécessaire dans la décomposition chimique qu'ils provoquent autour d'eux.

" L'étude approfondie des ferments vous donnait la complète explications des altérations que subissent les substances organiques: le vin, la bière, les fruits, les matières animales de toutes espèces; vous expliquiez le rôle préservatif de la chaleur appliquée à leur conservation, et vous appreniez à en régler les effets d'après la température nécessaire pour déterminer la mort de ces ferments.

" Les ferments morts n'engendrent plus de ferments.

" C'est ainsi que vous étiez conduit à maintenir dans toute l'étendue des règnes organisés, le principe fondamental qui fait dériver la vie de la vie qui repousse comme une supposition sans utilité et sans bases la doctrine de la génération spontanée.

" C'est ainsi que, montrant l'air comme le véhicule des germes de la plupart des ferments, vous appreniez à conserver sans altérations les matières les plus putrescibles en les préservant de tout rapport avec l'air impur.

" Appliquant cette pensée aux altérations si souvent mortelles que les blessures et les plaies éprouvent lorsque les malades habitent un lieu contaminé, vous appreniez à les garantir de ce danger en entourant leurs membres d'air filtré, et vos préceptes, adoptés par la pratique chirurgicale, lui assurent tous les jours des succès qu'elle ignorait et donnent à ses opérations une hardiesse dont nos prédécesseurs n'ont pas eu le pressentiment.

" La vaccination était une bienfaisante pratique. Vous en avez découvert la théorie et élargi les applications. Vous avez appris comment d'un virus on fait un vaccin; comment un poison mortel devient un préservatif innocent. Vos recherches sur la maladie charbonneuse et les conséquences pratiques qui en découlent ont rendu à l'agriculture un service dont l'Europe

sent tout le prix. Mais, ce résultat acquis, tout éclatant qu'il soit, n'est rien à côté des applications qu'on peut attendre de la doctrine à laquelle il est dû. Vous aviez fourni à la doctrine du virus une base certaine en la rattachant à la théorie des ferments; vous avez ouvert à la médecine une ère nouvelle en prouvant que tout virus peut avoir son vaccin.

"Au milieu de ces admirables conquêtes de la science pure, de la philosophie naturelle et de la pratique, nous pourrions oublier qu'il est une contrée où votre nom est prononcé avec un respect particulier: c'est le pays si fortuné jadis ou s'élève le ver à soie. Un mal, qui avait répandu la terreur dans toutes les familles de nos montagnes méridionales, avait fait disparaître les belles races qu'elles avaient créées à forces de soins et de sages sélections. La ruine était complète. Aujourd'hui, grâce à vos procédés de grainage scientifique, les éleveurs ont retrouvé leur sécurité, et le pays voit renaître une des sources de sa richesse.

"Mon cher Pasteur, votre vie n'a connu que des succès. La méthode scientifique, dont vous faites un emploi si sûr, vous doit ses plus beaux triomphes. L'École normale est fière de vous compter au nombre de ses élèves; l'Académie des sciences s'énorgueillit de vos travaux; la France vous range parmi ses gloires.

"Au moment où, de toutes parts, les témoignages de la reconnaissance publique s'élèvent vers vous, l'hommage que nous venons vous offrir, au nom de vos admirateurs et de vos amis, pourra vous sembler digne d'une attention particulière. Il émane d'un sentiment spontané et universel, et il conserve pour la postérité l'image fidèle de vos traits.

"Puissiez-vous, mon cher Pasteur, jouir longtemps de votre gloire et contempler les fruits toujours plus nombreux et plus riches de vos travaux. La science, l'agriculture, l'industrie, l'humanité vous conserveront une gratitude éternelle, et votre nom vivra dans les annales parmi les plus illustres et les plus vénéérés."

RÉPONSE DE M. PASTEUR.

"Mon cher Maître, il y a quarante ans, en effet, que j'ai le bonheur de vous connaître et que m'avez appris à aimer la science et la gloire.

"J'arrivais de la province. De chacune de vos leçons de la Sorbonne, je sortais transporté et souvent ému jusqu'aux larmes, et, dès ce moment, votre talent de professeur, vos immortels travaux, votre noble caractère m'ont inspiré une admiration qui n'a fait que grandir avec la maturité de mon esprit.

" Vous avez dû deviner mes sentiments, mon cher Maître, car il n'est pas, je crois, une seule circonstance importante de ma vie ou de celle de ma famille, circonstance heureuse ou pénible, qui vous ait trouvé absent, et que vous n'ayez en quelque sorte bénie.

" Voilà qu'aujourd'hui encore, vous êtes au premier rang dans l'expression de ces témoignages, bien excessifs suivant moi, de la reconnaissance de mes amis et de mes maîtres.

" Et ce que vous avez fait pour moi, vous l'avez fait pour tous vos élèves. C'est là ce qui vous distinguera entre tous. Derrière les individus, vous voyez toujours la France et sa grandeur.

" Comment vais-je faire désormais, en ce qui me concerne? Les grands éloges enflamment mon ardeur et ne m'inspirent que l'idée de m'en rendre digne par de nouveaux efforts. Ceux que vous venez de m'adresser, cher Maître, avec tant d'indulgente bienveillance, seront au dessus de mon courage."

Un médecin de New-York étant allé passer quelques jours de vacance *extra muros*, en expédition de pêche, a recommandé à son domestique d'avertir les clients que " le Docteur avait été appelé en consultation à la campagne pour un cas d'*ichthyo-*se." Et les clients de s'émerveiller!

NAISSANCES.

A Savage's Mills, le 18 juin, la dame M. le Dr P. E. Marier, un fils.

Au Village Saint-Jean-Baptiste, le 10 juillet, l'épouse du Dr Vilbon, un fils.

A l'ancienne Lorette, le 13 juillet, dernier, la dame Dr Victor de Lotbinière Larin, un fils.

—A Boxtou Falls, le 29 juillet, l'épouse du Dr A. Brodeur, deux filles.

DÉCÈS.

A Savage's Mills, le 6 juillet, Paul, Eloi, Emile, enfant de M. le Dr P. E. Marier.

En cette ville, lundi le 24 juillet, à l'âge de deux mois et demi, Maria, enfant du docteur Rodolphe Tranchemontagne.