

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

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

L'UNION MEDICALE DU CANADA.

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

Rédacteur en Chef: }
J. P. ROTTOT, M. D.

Assistants-Rédacteurs: }
A DAGENAIS, M. D.
L. J. P. DESROSNIERS, M. D

Vol. I.

AOUT 1872.

No. 8.

L'ACTE MÉDICAL PROJETÉ

1er. Août 1872.

M'étant élevé si fortement contre le pouvoir que possèdent les Universités d'examiner les aspirants à l'étude de la médecine, il semble tout naturel que je doive aujourd'hui m'opposer au privilège qu'ont ces mêmes Universités d'examiner les aspirants à la pratique de la médecine, et de leur accorder un diplôme qui leur donne droit à la licence du Collège des Médecins et Chirurgiens : car s'il n'est pas prudent de laisser l'examen classique entre les mains des professeurs, il ne doit pas l'être plus de leur laisser l'examen médical. Dans l'un comme dans l'autre cas on doit croire, au moins à première vue, que la Société Médicale et le public sont exposés aux mêmes dangers et doivent avoir les mêmes craintes.

Je crois cependant que si l'on réfléchit un peu, si l'on examine la question avec attention, on doit arriver à une conclusion tout-à-fait différente ; on devra se convaincre qu'il est, au contraire, de l'intérêt de la science, du corps médical, et du public, de laisser aux Universités le droit d'examiner leurs élèves sur la science médicale et de leur conférer un diplôme qui leur donne droit à la licence sans autre examen.

Le problème que l'on a à résoudre dans ce moment, c'est d'élaborer une loi de médecine qui puisse faire disparaître les abus de l'ancienne, et mettre la profession sur un pied plus élevé, sans nuire le moins du monde aux intérêts des Universités.

D'abord, qu'est-ce que l'on doit considérer comme étant absolument nécessaire, indispensable, pour relever le niveau de la Profession Médicale ? C'est certainement l'éducation. Ce que l'on doit craindre le plus, ce que l'on doit chercher à éviter à tout prix, c'est l'ignorance. Voilà pourquoi il est si important de priver les Universités du droit de faire l'examen classique des aspirants à l'étude de la médecine.

L'expérience en effet nous a démontré que cet examen est loin d'être sérieux ; que bien souvent même, on a permis aux élèves de commencer l'étude de la médecine, on leur a laissé compléter leur cours, et on ne leur a fait subir leur examen classique que quelques instants seulement avant leur examen médical : Véritable farce, tout-à-fait indigne d'un corps enseignant. Ce privilège, en donnant aux Universités la faculté de se faire des élèves, laisse la profession tout-à-fait sans protection. Mais en donnant au corps médical seul le droit d'examiner les élèves sur leur éducation préliminaire et de les admettre à l'étude de la médecine, nous nous assurons la protection la plus ample possible, sans mettre le moindre obstacle à la prospérité des Universités.

Nous pourrions être certains, qu'à l'avenir, nous n'aurons pour médecins que des hommes possédant une bonne éducation classique. Mais l'éducation classique seule ne suffit pas ; il faut de plus une bonne éducation médicale ; et me dirait-on, ne serait-il pas plus logique, afin de rendre notre protection plus complète, de nous réserver encore le droit d'examiner les élèves sur la médecine. Cet examen est très important. Pourquoi les Universités n'en abuseraient-elles pas comme de l'autre. N'avons-nous pas raison de craindre qu'elles accorderont leurs diplômes à des hommes ne possédant pas les connaissances médicales suffisantes ? Je ne le crois pas.

Si on laissait aux Universités le droit d'admettre les élèves à l'étude de la médecine, je comprends qu'il serait extrêmement dangereux de leur donner le droit de les admettre à la pratique ; on peut être convaincu que pas un seul ne serait refusé quelque fut son incapacité. Mais si on leur enlève le premier privilège, je ne vois pas à quel grand danger on s'expose en leur laissant le second. Il n'est pas probable en effet, que des jeunes gens instruits, en état de comprendre toute la beauté, et tout l'importance de la science médicale, capables d'apprécier la position honorable que cette profession devra leur procurer dans le monde, abandonneront, tout à coup leurs anciennes habitudes de travail, et leur amour pour la science. Ceci est à craindre seulement pour ceux qui n'ont pas une éducation suffisante. Et si l'on interrogeait les Professeurs, ils seraient unanimes à nous dire qu'ils n'éprouvent du désagrément dans ces examens qu'avec ceux dont l'éducation première fait défaut ; que ceux qui ont fait un cours d'étude complet ne se présentent jamais sans être bien préparés, et leur examen leur cause toujours beaucoup de satisfaction. Au reste, s'il y avait malheureusement quelques rares exceptions, le mal ne serait pas sans remède ; car il sera toujours facile pour un homme instruit de compléter plus tard son éducation médicale, que les égarements de la jeunesse lui auront fait négliger. De plus il ne faut pas oublier que le Bill nous donne le droit de faire les règlements relatifs à l'instruction médicale. Nous devons par conséquent avoir un contrôle sur les Universités, nous pourrions exiger qu'elles donnent le nombre de lectures et de cours voulu, qu'elles possèdent des bibliothèques, cabinets de physique, hôpitaux, enfin tout ce qui est absolument nécessaire pour donner aux élèves une éducation médicale aussi complète que possible. Nous pourrions par conséquent toujours refuser notre licence, s'il y a lacune quelque part, c'est-à-dire, si ces Institutions ne remplissent pas les devoirs que la loi leur impose. De sorte que le danger de ce côté, s'il existe, est réduit à une si petite proportion que nous n'avons pas la moindre raison de le redouter.

La réaction qui se fait en ce moment contre les Universités ne doit pas aller trop loin. Sous le prétexte qu'elles sont trop puissantes, il ne faut pas les mettre complètement sous la dépendance d'une autre institution, elle-même tout-à-fait indépendante et irresponsable. Rappelons-nous que ce qui arrête toujours le progrès, ce qui tue en tout et partout, c'est cette concentration extraordinaire de pouvoirs dans un corps sans contrôle, c'est ce cercle dans lequel on enferme les hommes, cercle que l'on ne peut pas franchir, qui va continuellement se retrécissant, et qui finit par vous étouffer. Nous devons tâcher de donner à chacun en particulier, à chaque corporation, une juste proportion de pouvoirs et de privilèges afin que dans leurs sphères respectives, tous aient assez de liberté pour employer leurs talents, leur énergie au développement des arts et des sciences.

Nous avons parmi nous plusieurs Universités, toutes établies dans le but d'être utile à l'humanité. Elles forment des sociétés privées, ayant chacune une existence à part, indépendante. Elles possèdent cet esprit de corps, ce sentiment si naturel à l'homme, qui fait désirer la distinction, la gloire, elles font les plus grands efforts pour faire briller leurs institutions, pour les élever au premier rang.

Mais pour faire apparaître cette gloire, pour la faire voir au public, au monde ; pour lui donner un corps, si je puis m'exprimer ainsi, il leur faut un symbole ; et ce symbole c'est leur diplôme. C'est ce diplôme qui, rehaussé encore par les talents de celui qui le possède, sera dans tous les temps et dans tous les lieux la preuve de leur existence, de leur mérite, et de la science éminente de leurs Professeurs. Pour l'élève, ce diplôme est encore quelque chose de plus : c'est la preuve de ses succès passés, c'est la couronne si bien méritée, ce fut la cause d'une des plus pures jouissances de sa vie, c'est le talisman qui devra lui ouvrir l'entrée du monde, et le protéger dans sa nouvelle carrière ; relique sacrée qui établit entre lui et l'Université un lien indissoluble, qui les fait participer l'un et l'autre aux avantages et à la gloire de l'un et de l'autre : et vous briseriez tout cela ? Non. Nous

devons notre protection aux Universités. Les priver du pouvoir de donner des diplômes, c'est faire disparaître une des principales causes de leur émulation. Mais, dit-on, on ne veut pas leur enlever ce droit, on veut tout simplement que leurs élèves, après avoir reçu leurs diplômes subissent devant le conseil un nouvel examen pour obtenir leur licence.

Suivant moi ceci revient au même. Car à quoi sert un diplôme, si vous proclamez qu'il est sans valeur. Quel respect, quelle considération, les Universités étrangères auront-elles pour ce diplôme, quand vous-mêmes vous le considérez si peu, que les élèves qui le possèdent ne sont pas jugés par vous dignes de votre licence. C'est mettre bien bas dans l'opinion publique les Professeurs de ces Universités. Croyez-vous maintenant qu'elles en distribueront beaucoup de ces diplômes ? On attache du prix à une chose qu'en proportion de sa valeur, qu'en proportion des avantages qu'on peut en retirer. Croyez-vous alors que les élèves se fatigueront à faire des thèses, subiront les inquiétudes d'un examen pour un diplôme qui se a mis de côté comme s'il n'existait pas. D'ailleurs pourquoi mettre votre licence au-dessus du diplôme. Etes-vous un corps enseignant ? Est-ce vous qui avez pris ces jeunes gens par la main et qui leur avez fait parcourir le champ des connaissances médicales ? Vous ne les connaissez seulement pas, vous ne les recevez même pas en corps. L'examen devra se faire par un comité de trois membres, payés pour cela. Vous vous en rapportez à leur opinion. Pourquoi un tel examen nous donne-t-il plus de garantie que lorsqu'il est fait en présence de tous les Professeurs d'une école Si les Universités ont le mérite de former des hommes utiles à la société, elles ont droit à la récompense et à l'honneur qui en découlent.

Mais ce qui me paraît étrange, c'est qu'on accorde aux Universités étrangères ces mêmes privilèges qu'on refuse aux nôtres : la XXXIII^e clause donne au conseil le droit d'accorder la licence du collège aux élèves de ces institutions sans examen. Nous devons penser que c'est par inadvertance

qu'on a poussé la générosité si loin ; personne ne voudra croire qu'on désire favoriser ces Universités au dépens des nôtres.

J. P. ROTTOT.

CORRESPONDANCE PARISIENNE.

Permettez MM. les Rédacteurs que je vous transmette une copie fidèle des observations que je recueille journellement dans les hôpitaux de Paris ; si vous jugez à propos d'en faire part à vos lecteurs, j'en serai honoré.

Je me plais à reconnaître que les médecins et chirurgiens des hôpitaux portent une attention particulière aux étrangers, ils s'empressent de répondre à leurs questions et même de leur donner des explications étendues touchant les cas les plus intéressants.

Il y a continuellement ici un grand nombre d'Américains, de Grecs, d'Espagnols, d'Anglais, etc., auxquels les médecins et chirurgiens français donnent généreusement le fruit de leurs labeurs

Je commencerai par l'Hôpital *Lariboisère* qui est le plus nouveau (il n'a été achevé qu'en 1853) il se compose de dix pavillons parallèles autour desquels sont des jardins où les malades peuvent se promener.

Cet Hôpital est dû à la générosité de Madame de Lariboisère qui lui a donné son nom.

Les salles sont vastes et bien aérées. Le chauffage et la ventilation s'y font d'après les systèmes modernes.

Cet hôpital contient 432 lits de médecine et 204 de chirurgie.

Les malades en chirurgie sont complètement séparés des malades en médecine ; ici les fonctions des médecins et des chirurgiens, sont aussi complètement distinctes.

Le chirurgien qui soigne les malades dont je vais vous rapporter les observations est Mr. Verneuil, professeur à l'École de médecine. (Ce M. vient d'être nommé professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital, " la Pitié ").

1ÈRE. OBSERVATION.—Un jeune homme de 25 ans est entré à l'hôpital il y a deux mois avec un testicule d'un volume considérable. Les antécédents de ce jeune homme, la forme et la consistance de cette tumeur rendaient le diagnostic difficile. Aussi ce n'est pas sans hésitation que M. Verneuil déclara que c'était un testicule vénérien. Il le traita d'abord avec l'iodure de potassium, mais l'amélioration se faisait très lentement, l'association du mercure au premier médicament amena une diminution rapide du gonflement, et ce jeune homme sort ce matin de l'hôpital parfaitement guéri. M. Verneuil fait observer aux élèves que dans les cas de ce genre il faut tout essayer et avec persévérance avant d'en venir à la castration.

2ÈME. OBSERVATION.—Dislocation du pied, avec plaie et protrusion de l'astragale.

La réduction ayant été essayée, sans succès, M. Verneuil se décida à faire la résection de cet os afin de conserver le pied du malade.

Cette opération a réussi à merveille. Le pied n'est presque pas difforme et l'articulation tibiotarsienne jouit d'au moins la moitié de sa mobilité normale. Il y a deux mois que ce malade est à l'hôpital.

3ÈME OBSERVATION.—Extirpation de l'extrémité inférieure du rectum. Maladie epithélioma.

Ce malade est aujourd'hui guéri, il ne lui reste localement aucune trace de son affreuse maladie.

M. Verneuil fait remarquer aux élèves qu'il ne faut faire cette extirpation qu'avec l'Écraseur de Chassagnac ou le *galvano-caustique*, afin d'éviter les hémorrhagies si fréquentes lorsque l'on se sert d'instruments tranchants.

De plus le malade résiste d'autant mieux à l'infection putride et à l'érépipèle qu'il perd moins de sang. L'anus est remplacé par une large ouverture.

4ÈME. OBSERVATION.—Ablation du sein. M. Verneuil a fait dans ce cas une nouvelle application du pansement ouaté, (l'opération a eu lieu il y a à présent huit jours.) La plaie

est remplie de granulations vermeilles, il n'y a eu ni inflammation ni douleur consécutives.

A propos du pansement ouaté, M. Verneuil dit : " Je considère ce nouveau moyen de traiter les amputations dans les hôpitaux et surtout sur les champs de batailles comme un bienfait. Avec ce pansement nous pourrions en temps de guerre envoyer nos blessés à des distances considérables sans aucun inconvénient.

5ME. OBSERVATION.—*Coxalgie ancienne.* Le membre est dans une position qui ne permet pas la locomotion. M. Verneuil fait le redressement et l'allongement forcés. Une fracture du col du fémur se produit (ce dont M. Verneuil avait prévenu les assistants). Le malade est mis dans l'appareil de M. Bonnet, de Lyon, qui donne aux articulations coxofemorales une immobilité complète.

Après deux mois, le malade se lève, il a une ankylose complète, pas de déviation, pas de raccourcissement du membre.

6ME. OBSERVATION.—*Fistule vesico-vaginale.* Les chirurgiens ici opèrent ces fistules par la " méthode américaine " c'est-à-dire qu'ils font une ouverture longitudinale taillée en biseau et qu'ils évitent de perforer la muqueuse vésicale avec le fil métallique.

Dans le cas actuel l'union des lèvres de la plaie n'a pas eu lieu parce qu'il est survenu un érysipèle et des ulcérations vaginales. L'opération sera recommencée dans quelque temps.

La visite des malades terminée, M. Verneuil fait à l'amphithéâtre, en présence des médecins étrangers et des élèves, les opérations suivantes :

1o. Un enfant de 6 ans avec un testicule tuberculeux. Ce testicule est au moins quadruplé de volume, il suppure depuis quelques mois.

Traitement local. M. Verneuil plonge dans ce testicule des fers rougis, qu'il laisse pour ainsi refroidir dans l'organe, il fait ainsi trois trous à 2 centimètres de distance les uns des autres.

Le but de ces cautérisations profondes est de déterminer une suppuration abondante et de débarrasser l'organe de la matière tuberculeuse qu'il renferme, ce qui vaut mieux que la castration.

Traitement général, iodure de fer, huile de foie de morue.

20. Un homme avec des fistules multiples à la région péri-anéale. Les unes communiquant avec le rectum, les autres s'étendant à la face interne et postérieure de la cuisse.

M. Verneuil fait la section de la principale fistule rectale avec l'écraseur de Chassagnac, puis il fait communiquer toutes les autres fistules externes avec l'extrémité inférieure de la première. Aussitôt ces trajets fistuleux ouverts avec le bistouri et la sonde cannelée, il les cautérise profondément au fer rouge, afin de faire fondre la substance indurée qui les entoure et aussi dans le but d'arrêter l'hémorrhagie. Après ces deux opérations il y avait dans l'amphithéâtre une odeur de chair brûlée très prononcée.

30. M. Verneuil enlève une tumeur fibreuse située en-dessous de la paupière inférieure. Dans le but d'empêcher l'ectropion que causera la rétraction cicatricielle, il ravive le bord libre des paupières, les unit par des sutures.

Aussitôt la plaie bien guérie, il divisera l'union temporaire des paupières et le patient sera guérie sans ectropion.

J'ai aussi ce matin assisté à la ligature de l'artère fémorale par M. Cusco pour un anévrisme.

Paris, 25 Juin 1872.

A. T. BROUSSEAU.

DE LA SAIGNÉE DANS LE TRAITEMENT DE L'APOPLEXIE.

MM. les Rédacteurs,

Veillez insérer, dans les colonnes de votre intéressant journal, les quelques mots qui suivent, sur les inconvénients des émissions sanguines dans le traitement de l'apoplexie.

Lorsque le médecin est appelé auprès d'un individu qui vient d'être frappé d'apoplexie, il ne lui est pas toujours fa-

cile de diagnostiquer sur-le-champ la lésion qui produit l'attaque. Est-ce une simple congestion, une hémorrhagie ? Est-ce un ramollissement du cerveau, une névrose, une embolie ? Dans ces derniers cas, la déperdition de sang doit avoir les conséquences les plus déplorables, elle peut tuer le malade. Quelle prudence il faut donc au praticien dans son intervention thérapeutique !

Admettons une hémorrhagie. C'est une blessure du cerveau ; l'épanchement de sang dans la substance cérébrale ne diffère guère de l'épanchement de sang dans le tissu d'un autre organe, par exemple, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans une ecchymose à la peau, ne regarde-t-on pas les émissions sanguines comme inutiles et même nuisibles ? Ne laisse-t-on pas à l'organisme le soin d'opérer la réformation du sang.

Pourquoi agirait-on autrement dans ces ecchymoses du cerveau ? D'ailleurs, quand le médecin est appelé, il se trouve en présence du fait accompli, l'accident s'est produit, un corps étranger a pénétré dans le cerveau.

Que pourront donc saignées et sangsues ?

On voudrait diminuer, enrayer la congestion sanguine. Mais nous savons que, malgré les émissions sanguines, la congestion n'en continue pas moins de produire ses effets. Les recherches modernes sont là qui prouvent cette assertion. Magendi, Marshall, Hall, J. Vogel, Schneider, Andral, Gaverret, Charles Robin, ont démontré par des expériences physiologiques : 1o. que les saignées ne peuvent rien contre la congestion, rien contre l'hémorrhagie ; 2o. que plus un malade perd de sang, plus le pouls devient fort, plein, dur, plus les battements de cœur sont violents, désordonnés, à ce point qu'une espèce de fièvre survient ; 3o. que les saignées agissent plus particulièrement sur le système nerveux et la vitalité pour les débilitier.

Appelons-en surtout à l'expérience clinique. Recueillons les aveux de quelques princes de la science.

Hippocrate a dit, et, après lui, Galien a répété que si, dans l'apoplexie, la saignée ne soulage pas le malade, elle le tue.

“ J'ai vu, dit Cruveilhier, (*dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, page 259,) j'ai vu bien des attaques d'apoplexie sur la marche funeste desquelles la saignée n'a aucune espèce d'influence et qui se sont renouvelées à de courts intervalles, comme si aucune d'éperdition sanguine n'avait eu lieu, il semblait même, dans quelques cas, *que le mal croissait en proportion de la saignée.* ”

Andral écrit sur le même sujet: “ Vainement, dans certains cas, multiplie-t-on les pertes de sang, les signes de congestion ne s'évanouissent pas; plus d'une fois même on les a rendus plus forts à mesure qu'on a, par des saignées répétées, affaibli les individus. ”—(*Clinique Médicale*, t. V. p. 293.)

Et ailleurs: “ Le traitement antiphlogestique le plus actif, bien qu'il soit employé dès le début de la maladie et dans les circonstances les plus favorables, reste très-souvent sans effet. Dans certains cas, non-seulement aucun soulagement ne suit la saignée, mais elle produit dans l'économie une perturbation telle que, sous son influence, *les simples signes de congestion se transforment en ceux d'une véritable apoplexie.* ”

Pour mon compte, j'ai noté une fois ce déplorable accident dans le cours de mes quelques années de pratique; sous le coup de la lancette, j'ai vu la congestion cérébrale se changer en apoplexie.

C'était en 1869. Une femme un peu au-dessus de la cinquantaine, d'une constitution sanguine, au cou court. Je la vis immédiatement au début de l'attaque. La face était vultueuse, gonflée, la tête embarrassée, la parole bredouillante, les membres se mouvaient encore, mais ils étaient lourds et engourdis, ni la langue, ni la commissure des lèvres n'étaient déviées; le pouls était large, dur, lent. Je saignai. Vers la fin d'une saignée de 12 à 14 onces, le côté gauche se paralysait, la bouche était déviée. La saignée terminée, la malheureuse était frappée d'hémiplégie. Elle mourut au bout de trois jours et demi.

Dans d'autres cas, j'ai vu mes malades pris d'accidents beaucoup plus graves immédiatement après une saignée

Et cette triste expérience n'a pas peu contribué à me faire prendre les saignées en horreur.

Trousseau rapporte l'observation suivante :

“ Il y a peu de temps, un médecin de mes élèves était mandé auprès d'un magistrat qui venait d'être frappé d'une hémorrhagie cérébrale. Il constatait une hémiplegie très-prononcée avec distorsion du visage et embarras de la parole ; l'intelligence était parfaitement conservée.

“ Quoique dans son opinion, il crut devoir s'abstenir de la saignée, il fut contraint de céder devant l'avis d'un confrère qui avait sur lui l'ascendant de l'âge, et plus encore, d'une haute position scientifique. La saignée fut pratiquée ; mais, quelque prudence qu'on mît à la faire petite, 100 grammes de sang ne s'étaient pas écoulés, que le malade, qui, auparavant, dans toute la plénitude de ses facultés intellectuelles, s'entretenait très-librement avec son entourage, tombait dans un état de résolution complète, dont il ne sortit plus jusqu'à sa mort, qui survint quelques jours après.”

C'est à cet éminent professeur, si justement regretté, que l'on doit une véritable croisade contre l'abus de la saignée dans l'apoplexie. Depuis longtemps il avait proscrit cette médication violente et perturbatrice dans les attaques apoplectiques, à quelque degré qu'elles se manifestassent. Son expérience lui avait appris que les malades s'en trouvaient mieux et se guérissaient plus rapidement. “ Au lieu de les saigner, de les mettre à la diète, de les tenir au lit, je m'abstiens de leur tirer du sang, je les alimente, je recommande de les faire lever quand la chose est possible, ou tout au moins de les faire rester assis. J'ai la conviction que cette médecine est de beaucoup préférable à l'intervention plus active dont on semble ne pouvoir se passer.”—*Clinique Médicale*, t. II, p. 12.)

Le professeur Monneret suit également la même ligne de conduite dans le traitement des hémorrhagies cérébrales. Il ne prescrit pas aux malades un traitement débilitant, il les alimente et les stimule en leur donnant du vin.

Cette pratique tend de plus en plus à se répandre parmi les médecins ; un grand nombre, et des plus instruits et des plus hauts placés, s'abstiennent de la saignée ; et l'on en trouverait encore d'avantage, s'il n'y avait pas à lutter contre la routine, l'opinion et les préjugés des gens du monde.

Ainsi d'après mon humble opinion, dans aucun cas d'apoplexie, pas de saignées. Conservons au malade toutes ses forces, toute son énergie vitale, pour lutter contre la maladie.

Le sang est notre existence, notre vie ; il ne se répare que très-lentement, et son émission au dehors laisse le corps humain dans un état de faiblesse et d'anémie qui doit nécessairement préparer ou faire éclore toutes les maladies qui sont la suite ordinaire du défaut d'énergie, de l'affaiblissement général de l'être.

Votre très-humble serviteur,

DR. S. A. LONGTIN.

Laprairie, 22 juin 1872.

SUR LE TANNATE ET LE GALLATE DE QUININE.—On l'a rappelé dans la dernière séance de l'Académie de médecine, le tannate de quinine n'est pas un agent nouveau en thérapeutique. Il y a vingt-cinq ans déjà, on l'employait dans les fièvres intermittentes, et des rapports avaient été faits, desquels il résultait que ce médicament était moins actif que le sulfate de quinine, qu'il n'agissait pas aussi bien que ce dernier dans les fièvres pernicieuses, mais qu'il guérissait néanmoins aussi bien que lui l'intoxication paludéenne. On avait remarqué en outre qu'il ne fatiguait pas l'estomac, qu'il était utile surtout dans les fièvres accompagnées de sueurs et lorsqu'il existait de la diarrhée ; il faisait disparaître cette dernière, tan lis que le sulfate de quinine la produit parfois.

Après la lecture d'un rapport fait par M. Hérard sur un mémoire présenté par un médecin qui, à la suite de 500 observations, s'était cru autorisé à avancer que le tannate de quinine était le meilleur remède de la diarrhée cholérique, il s'est élevé, dans l'Académie de médecine une discussion qui n'est peut-être pas terminée encore. Le tannate de quinine a été

d'abord déclaré une substance inerte : il a été poursuivi, proscrit au nom de son insolubilité, et aussi au nom de la théorie ; car il est des écrivains qui ont fait beaucoup de mal à la chimie physiologique et à la thérapeutique en écrivant beaucoup et n'expérimentant pas. Mais, M. Vulpian ayant démontré que l'on pouvait provoquer dans l'urine la réaction de la quinine, après l'administration du tannate, la discussion est devenue plus animée.

Afin de mieux mettre le lecteur au courant de la question, nous avons cru devoir la lui présenter d'une manière expérimentale.

Nous avons donc voulu voir par nous-même ce qu'il en était. Comme on a dit que le tannate de quinine présentait une composition variable, et comme on ne spécifie pas assez en général les caractères des substances sur lesquelles on fait des recherches, nous avons eu soin de préparer nous-mêmes le sel dont nous avons besoin. Ceux qui voudront opérer comme nous arriveront, de cette manière, aux mêmes résultats que nous. En procédant ainsi, on observe plus ces désaccords qui sont inévitables lorsqu'on ne se place pas dans les mêmes circonstances. Après avoir parlé du tannate, nous dirons un mot du gallate de quinine, dont l'étude se rattache intimement à celle du premier composé.

Nous avons précipité une solution de bisulfate de quinine par une solution de tannin, et nous avons obtenu une substance d'un blanc jaunâtre qui a été lavée à l'eau froide sur un filtre, puis desséchée. Elle avait, après la dessiccation, une coloration plus jaunâtre que lorsqu'elle était humide. Nous l'avons lavée à l'eau froide avant de la dessécher, parce que le tannate de quinine, mis dans l'eau bouillante, se ramollit, forme une masse poisseuse avant de se dissoudre. La partie qui ne s'est pas dissoute présente l'aspect indiqué ; mais, par le refroidissement, la masse devient fragile et facile à réduire en cette poudre jaunâtre, état sous lequel se présente le tannate de quinine.

On est étonné de la quantité de ce sel qu'on peut obtenir avec un poids donné de sulfate de quinine du commerce,

transformé préalablement en bisulfate. Ainsi, avec 10 grammes de ce sulfate, nous avons eu 34 grammes de tannate, et ce nombre est un peu trop faible, car nous négligeons les pertes que nous avons éprouvées par le lavage du précipité ; pertes que nous pouvons évaluer peut-être à 2 grammes. Ce résultat, important à noter, tient à ce que, le poids moléculaire du tannin étant très élevé, la molécule de tannate de quinine doit peser bien plus que celle du sulfate de cette base. D'après la quantité de tannate obtenu, nous voyons que la molécule de ce sel pèse approximativement 3, 5 fois autant que la molécule de sulfate de quinine, et l'on arrive, par le calcul basé sur les poids atomiques ou sur les équivalents, à trouver que le tannate de quinine est formé par l'union de deux molécules de tannin avec une seule molécule de quinine.

On ne saurait trop appeler l'attention sur cette circonstance lorsqu'on veut comparer les effets du tannate de quinine à ceux du sulfate. On voit que, pour obtenir théoriquement avec le tannate les effets produits par 1 gramme de sulfate, il faudrait en employer près de 4 grammes. M. Lambron et, en dernier lieu, M. Vulpian avaient déjà noté qu'il fallait prendre en considération cette même circonstance dans l'appréciation de l'action physiologique et thérapeutique du tannate de quinine. Toutefois, lors même qu'on en tient compte, on n'observe pas sous l'influence de ce sel les effets énergiques du sulfate de quinine, comme nous l'avons pu vérifier nous-même dans l'expérience suivante :

Nous avons pris 3 grammes de ce sel vers dix heures du soir. Cette quantité ne correspondait pas tout-à-fait à 1 gramme de sulfate de quinine ; toutefois, elle aurait été suffisante pour produire déjà les effets de l'ivresse quinique, si le tannate agissait comme le sulfate de cette base. Or, nous n'avons pas senti, ni deux heures, ni même cinq heures après l'ingestion de ce médicament, le moindre bourdonnement d'oreilles, la moindre incertitude des mouvements. Il n'en avait pas été de même dans une expérience faite il y a quatre ans bientôt, et dans laquelle nous avons pris 1 gram-

me de sulfate de quinine (*Gazette hebdomadaire*, 6 novembre 1868.) Nous avons donc un terme de comparaison.

Mais le fait le plus important, celui qui avait été le plus combattu à l'Académie de médecine, c'était le passage de ce sel ou, du moins, de la quinine dans les urines. M. Briquet avait dit qu'après avoir donné 4 à 8 grammes de tannate, il n'avait pu retrouver un atome de quinine dans les urines. D'un autre côté, M. Mialhe, se fondant sur des aperçus théoriques, comme, à notre sens, il l'a fait trop souvent, affirmait, vu l'insolubilité du tannate de quinine, que ce sel était une matière inerte. Or, M. Vulpian était arrivé à des résultats opposés ; il avait fort bien remarqué que si les effets de l'ivresse quinique n'avaient pas été perçus par ses malades, le passage de la quinine dans leurs urines pouvait être constaté à l'aide de l'iodure de potassium ioduré.

Nous avons donc cherché la quinine dans nos urines. Or, le liquide qui fut recueilli le matin, neuf heures après l'ingestion du tannate, donna un précipité abondant après l'addition d'iodure de potassium ioduré. Ainsi nous avons la preuve que le tannate avait été absorbé, ou que, du moins, une certaine quantité de quinine avait passé dans le torrent circulatoire. Le précipité était faible quinze heures après l'ingestion du médicament ; enfin cinq heures plus tard, il était à peine manifeste.

Pour expliquer les résultats positifs au point de vue de l'élimination du tannate de quinine, remarquons que ce sel n'est pas complètement insoluble. Divers expérimentateurs ont insisté déjà sur ce fait. Nous avons vu nous-mêmes que notre tannate se dissolvait très notablement dans l'eau bouillante, car ce liquide chargé de tannate, et tout à fait limpide est devenu aussi opalescent que le lait à la température de 8 degrés. Nous avons trouvé, par l'un des procédés usités pour déterminer la solubilité des sels, que mille parties d'eau bouillante dissolvaient 7 parties du tannate que nous avons préparé, et que 1000 parties d'eau à 8 degrés en dissolvaient 1, 2 parties.

Comment se fait l'absorption du tannate ? On ne peut invoquer maintenant l'insolubilité de ce sel surtout à la température de 37 à 38 degrés ; car M. Regnauld s'est assuré qu'à cette température le tannate était notablement plus soluble qu'à froid. D'un autre côté, ce sel était-il plus soluble dans le suc gastrique que dans l'eau ?

Pour répondre à cette question, nous avons mis un excès de tannate de quinine dans du suc gastrique de chien recueilli et filtré depuis une demi-heure, et nous avons mis également un excès du même sel dans une quantité d'eau exactement égale à celle du suc gastrique. Or, après quinze heures, ces deux liquides ayant été filtrés et analysés, nous avons constaté que le premier contenait à peine un peu plus de sel quinique que le second.

Nous avons donc la preuve que le tannate de quinine n'était guère plus soluble dans le suc gastrique que dans l'eau.

Ce résultat faisait exclure la pensée que cette substance pourrait se transformer dans l'estomac en gallate, sel beaucoup plus facilement absorbable que le tannate. Toutefois, nous avons voulu voir si les acides ne pourraient pas opérer cette transformation.

Nous avons mis un peu de tannate en suspension dans de l'eau, dans deux vases séparés, et nous avons ajouté à l'un deux quelques gouttes d'acide sulfurique et à l'autre quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Or la dissolution ne s'est pas mieux opérée que dans un autre vase contenant une égale quantité de tannate en suspension, et dans lequel on n'avait pas mis d'acide. Ayant porté alors à la température de l'ébullition le contenu de chacun de ces vases, nous avons vu que la dissolution se faisait dans les trois cas, mais que chacun des liquides devenait opalescent par le refroidissement. Ainsi, même à chaud, le tannate ne s'était pas transformé en gallate, ou du moins la transformation avait dû être bien faible, car si le gallate avait remplacé le tannate, la liqueur, à cause de la solubilité du gallate, serait demeurée limpide malgré l'abaissement de la température.

Ces expériences nous ont conduit naturellement à nous demander quels seraient les effets du gallate de quinine.

Afin d'être certain de ce que nous faisons et n'ayant pas d'ailleurs trouvé ce sel dans le commerce, nous en avons préparé nous-même.

Ce sel est, de même que le tannate, soluble dans l'alcool, mais il s'en distingue nettement par sa grande solubilité dans l'eau bouillante. L'eau froide en dissout également une quantité considérable, de sorte que, pour l'obtenir, on conseille de précipiter par l'acide gallique une solution concentrée d'un sel de quinine. Nous l'avons préparé de la manière suivante, qui nous a donné de bons résultats : Nous avons dissous ensemble de la quinine et de l'acide gallique dans l'alcool bouillant ; puis, après avoir évaporé, nous avons traité le résidu par l'eau bouillante, qui a laissé déposer du gallate de quinine par le refroidissement. On dit que ce sel ne se cristallise pas ; cependant le produit obtenu, qui paraissait amorphe, s'est présenté au microscope formé de cristaux prismatiques d'une grande netteté.

Si l'on admet que le gallate de quinine présente une composition analogue à celle du tannate, c'est-à-dire qu'il soit formé par la combinaison de deux molécules d'acide gallique avec une molécule de quinine, on trouve que le poids moléculaire de ce sel supposé anhydre est seulement 564, celui du sulfate ordinaire étant de 446. On voit donc que, toutes choses égales d'ailleurs, le gallate de quinine devait être beaucoup plus actif que le tannate, et l'on pouvait supposer que son activité devait se rapprocher de celle du sulfate de quinine. Mais pour élucider la question il fallait recourir à l'expérience.

Nous avons donc pris 1 gramme de gallate de quinine, quantité qui devait correspondre approximativement à 80 centigrammes du sulfate. La solution de ce sel, qui fut opérée dans 150 grammes d'eau, était très-amère, presque autant que celle du bisulfate dissous, à la même dose, dans une égale quantité de véhicule aqueux. Nos urines, examinées trois heures après l'ingestion de ce médicament, précipitèrent

abondamment lorsqu'elles furent traitées par l'iodure de potassium ioduré ; par conséquent, nous avons la preuve que le gallate de quinine avait été absorbé avec facilité. En même temps nous éprouvions les symptômes que nous avons ressentis après avoir pris 1 gramme de sulfate de quinine, mais ils étaient infiniment moins marqués. Nous avons obtenu encore un très léger précipité par l'iodure de potassium ioduré vingt-quatre heures après l'ingestion de ce sel.

Nous ajouterons que nous avons constaté non-seulement l'élimination de la quinine, mais celle de l'acide gallique. En effet, après avoir ajouté de l'ammoniaque aux urines, nous avons remarqué bientôt une coloration brune générale et de stries noires vers la partie supérieure du liquide exposé à l'air. Or, ayant ajouté de l'acide gallique à des urines normales, puis les ayant additionnées d'ammoniaque, nous avons observé la même chose. Nous proposons ce moyen pour reconnaître l'acide gallique dans les urines. On obtient d'ailleurs une coloration rouge, puis noire, lorsqu'on verse de l'ammoniaque dans une solution de cet acide.

Le gallate de quinine est donc un sel qui est absorbé rapidement, aussi facilement que le sulfate ; un sel qui contient une quantité très considérable de quinine, et malgré cette double condition, est loin de produire, à un aussi haut degré que le sulfate, les accidents incommodes qu'on éprouve après l'administration de ce dernier, tels que le bourdonnement d'oreille, le serrement des tempes, l'incertitude de la marche. Est-ce à dire que cet agent nouveau, du moins en thérapeutique, ne serait pas actif dans les fièvres ? Nullement, puisque le tannate a été reconnu efficace. Il y a donc des recherches, des expériences à faire, des observations à recueillir. Le quinquina était seul employé contre les fièvres avant la découverte de la quinine et de son sulfate, et il réussissait sans produire ces accidents bizarres, cette ivresse qu'on ressent après l'ingestion de ce dernier médicament. Sans doute, celui-ci méritera toujours la préférence dans un cas de fièvre pernicieuse ; mais il est certain qu'on rendrait ser-

vice à la science thérapeutique si l'on trouvait un sel quinique très absorbable et aussi curatif que le sulfate de quinine et n'en présentant pas, au même degré, les inconvénients.

DR. RABUTEAU.

(*Gazette Hebdom.*)

DE L'EMPLOI DES INJECTIONS INTRA-MUSCULAIRES DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE DANS LE TRAITEMENT DU TÉTANOS.—Vers la fin de l'année dernière, M. Demarquay a fait connaître quelques résultats heureux qu'il a obtenus de l'emploi d'injections intra-musculaires d'une solution de morphine dans le traitement du tétanos traumatique. Deux circonstances l'avaient porté à reprendre, mais dans des conditions un peu différentes et avec quelques modifications que nous allons faire connaître, la méthode des injections sous-dermiques, déjà préconisée et employée même dans le traitement de cette affection. C'était, d'une part, l'insuccès constant qu'avait eu entre ses mains, pendant le siège, où les cas de tétanos ont été si nombreux, l'emploi des médications par la voie stomacale, quelle qu'ait été la substance ingérée et à quelque dose élevée qu'elle ait été administrée. C'était d'autre part, la considération des faits suivants qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer :

1o Les sujets tétaniques sont très-sensibles au froid : sous l'influence d'un air un peu frais, les contractures deviennent souvent plus douloureuses et plus intenses ;

2o. Les contractures et le trismus doivent souvent attirer l'attention du médecin : 1o. à cause de la douleur qui peut déterminer la mort par épuisement nerveux ; 2 à cause de la gêne apportée à la nutrition du malade.

On ne sait point encore si le tétanos traumatique est ou non symptomatique d'une lésion du système nerveux. Mais, en attendant, il incombe au chirurgien d'agir sur le phénomène apparent, la contracture, et de la combattre :

1o. En mettant le blessé dans des conditions favorables ;

2o. En agissant sur les nerfs et les muscles eux-mêmes.

La première des conditions est remplie en plaçant le malade dans une chambre bien aérée et à température constante de 18 à 20°.

Quant à la seconde, voici de quelle manière M. Demarquay y satisfait ; il fait, dans l'intérieur du muscle contracturé et autant que possible à l'émergence du nerf qui l'anime une injection de vingt à vingt-cinq gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine..... 1 gramme.
Eau distillée..... 50.

Voici ce qu'on observe à la suite d'une injection faite dans les masséters par exemple. Quelques minutes après une injection faite profondément dans l'épaisseur des masséters, on voit la contracture cesser en même temps que la douleur. Le malade peut avaler du bouillon, de l'eau rougie, en un mot se nourrir et étancher la soif qui le tourmente.

M. Demarquay a déjà rapporté deux cas de guérison de tétanos traumatique aigu, obtenus par ce mode de traitement : le premier, chez un soldat ayant une blessure grave, par éclat d'obus à la jambe, avec déchirure profonde des muscles du mollet et fracture du péroné, et qui fut pris de tétanos à la suite d'un transport pendant lequel il eut froid ; le deuxième, chez un autre militaire, amputé de la jambe à la suite d'une blessure avec grand fracas du membre, et qui avait été également exposé au froid quelques jours après l'opération.

Voici l'observation d'un nouveau cas de guérison—mais celui-ci de tétanos chronique—que nous devons, ainsi que les considérations qui l'accompagnent, à une communication obligeante de M. J. Girard, interne du service.

M. X..., 35 ans, entre à la maison de santé le 21 février 1872.

Il présente tous les symptômes du tétanos : trismus, contracture des muscles du cou, du tronc, des membres inférieurs.

Antécédents : Le 13 janvier, ce malade tombe de voiture ; plaies peu graves sur le dos du pied droit et au milieu de la partie interne et supérieure de la jambe gauche. Pansement simple.

Le 21 janvier, il prend froid, et présente peu après des symptômes tétaniques. Pendant quinze jours, dit le malade, je n'ai pu desserrer les dents, la tête renversée en arrière ; la base de la poitrine était le siège de contractions horriblement douloureuses.

Les membres inférieurs étaient raides, tous les mouvements déterminaient des douleurs vives ; enfin l'insomnie était complète.

Traitement : laudanum à hautes doses ; alcool, café.

Le mieux était peu marqué, les douleurs intolérables, quand le malade quitte son département (Seine-et-Marne) et entre à la maison de santé.

A son arrivée, il se plaint surtout de crampes dans les membres inférieurs. Les muscles grands droits de l'abdomen sont contracturés et forment saillie sous la peau.

Le trismus permet un écartement des mâchoirs de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Le pouls est normal. Le malade est inquiet et abattu.

21 février, M. Demarquay ordonne : Chambre à température constante, 18 à 20°. Injection de 1 centigramme et demi de morphine dans chacun des masséters : boissons chaudes.

Visite du soir : sudation modérée. Le malade ouvre plus facilement la bouche, il se trouve mieux. (Injection dans les droits de l'abdomen, au niveau de leur tiers supérieur).

Le 22, nouvelles injections dans les muscles contracturés, grands étroits, muscles de la cuisse, masséters.

Le 23, les symptômes locaux s'amendent ; les symptômes généraux sont très-modifiés ; l'abattement a disparu. Le malade a retrouvé le sommeil et mangé deux degrés.

Nouvelles injections le 24 et les jours suivants. On poursuit les contractures partout où elles se montrent : muscles de cuisse, du dos, du ventre,

Après les injections, voici ce qu'on observe :

Au bout de deux à cinq minutes, la douleur cesse, puis la contracture, et quelquefois la peau environnant la piqûre se couvre de sueur.

Le groupe de muscles auquel appartient celui qui a été injecté, reste de une demi-heure à cinq ou six heures avant de présenter de nouvelles contractures,

Enfin ces injections produisent les effets de l'opium à haute dose ; sudation abondante et excitation de la peau.

L'état général se modifie de plus en plus ; le malade repose, digère bien, n'a pas de fièvre.

La température n'a jamais dépassé 38o.

On a fait, en vingt-quatre heures, jusqu'à huit et dix injections de *un centigramme et demi* de chlorhydrate de morphine. Elle n'ont amené aucun foyer purulent dans l'épaisseur des muscles injectés.

1er mars. Le malade se lève durant la journée, mange trois portions. Dès cette époque, à part quelques recrudescences, imputables presque toujours à des refroidissements, le malade s'achemine vers la guérison, et quitte la maison de santé le 17 mars.

On pourra objecter à ce fait que c'est un cas de tétanos chronique et que la guérison est habituelle. On pourrait dire aussi que les deux cas de tétanos aigu, traités et guéris par M. Demarquay, se seraient peut-être terminés d'une façon chronique, quand bien même on n'eût pas employé ce traitement.

Mais ces trois observations prouvent néanmoins :

1^o Que les injections intra-musculaires de chlorhydrate de morphine font cesser non-seulement la douleur, mais encore la contracture ;

2^o Qu'elles permettent de nourrir le malade, en faisant disparaître le trimus pour un certain temps.

Et comme la mort dans le tétanos arrive : 1^o soit par un accès tétanique violent, qui interrompt subitement et d'une manière absolue tout mouvement respiratoire : 2^o soit par épuisement, conséquence de l'activité musculaire continue de la douleur, de l'impossibilité de prendre des aliments, de l'empoisonnement lent par l'acide carbonique (gêne respiratoire) ; il sera très-utile d'avoir à sa disposition un médica-

ment qui fera disparaître, même momentanément, la douleur et la contracture dans un certain groupe de muscles (masticateurs, respirateurs), et qui permettra au malade de s'alimenter et de respirer.

La lésion anatomique du tétanos n'est point connue, mais l'observation des symptômes démontre deux faits :

1^o La surexcitation du pouvoir excito-moteur de la moelle ;

2^o La mise en jeu de cette propriété excito-motrice par certains agents, dont les principaux sont le froid et la douleur.

La contracture détermine la douleur, s'est dit M. Demarquay ; la douleur provoque une excitation de la moelle, dont le résultat est la production de nouvelles contractures. C'est comme on le voit un cercle vicieux.

Les injections de morphine agirait en faisant disparaître la douleur, et partant préviendraient de nouvelles contractures.

Le curare produit le même résultat, par une autre voie ; au lieu de s'attaquer à la douleur, il empêche les contractures par son action sur les plaques terminales motrices.

Pas de contractures, pas de douleurs, et par conséquent pas d'excitation de la moelle par cet agent.

En résumé, la température élevée et constante, les injections de chlorhydrate de morphine combattent deux des éléments qui mettent en jeu la surexcitation excito-motrice de la moelle, le froid et la douleur.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

CONGRES MÉDICAL DE FRANCE.

STATUTS ET PROGRAMME.

Art. 1er.—Un congrès médical sera ouvert à Lyon, le 18 Septembre 1872.

Art. 2.—Le congrès sera scientifique et professionnel : il aura une durée de neuf jours.

Art. 3.—Le congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents.

Seront membres fondateurs les docteurs en médecine, les

pharmaciens, les médecins vétérinaires diplômés de Lyon et des autres départements, qui en feront la demande à la commission d'organisation. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Seront membres adhérents les docteurs en médecine, pharmaciens, vétérinaires, étrangers au corps médical lyonnais, qui enverront leur adhésion à M. le secrétaire général (M. le docteur Dron, 5 rue Pizay, à Lyon).—Ils seront exonérés de toute rétribution pécuniaire.

Art. 4.—Les travaux du congrès se composeront :

1o. De communications sur des questions proposées par la commission ;

2o. De communications sur des sujets étrangers au programme.

Art. 5.—La commission a arrêté le programme suivant :

I.—Des épidémies de variole.

II.—Des plaies par armes à feu.

III.—Des ambulances en temps de guerre.

IV.—De la peste bovine ou typhus contagieux du gros bétail.

V.—Des causes de la dépopulation en France et des moyens d'y remédier.

VI.—Du traitement de la syphilis.

VII.—De la réorganisation de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie en France.

VIII.—Des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin et de la rendre en harmonie avec le rôle qu'il est appelé à remplir dans la société.

Art. 6.—Ces questions seront traitées dans l'ordre de leur inscription au programme. Ainsi :

La 1^{re}. question du programme sera traitée le mercredi 18 ;—la 2^e. le 19 ;—la 3^e. le 20 ;—la 4^e. le 21 (1) ;—la 5^e. le lundi 23 ;—la 6^e. le 24 ;—la 7^e. le 25 ;—la 8^e. le 26.

(1) Le Congrès ne prendra pas de séance le dimanche, à moins que l'importance des travaux à l'ordre du jour ne le nécessite.

Art. 7.—Les membres fondateurs ou adhérents qui désireront faire une communication sur une des questions du programme ou sur un autre sujet sont invités à adresser leur travail à M. le secrétaire général au moins une semaine (10 septembre) avant l'ouverture du Congrès. La commission décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 8.—Les séances du Congrès seront publiques, mais les membres fondateurs ou adhérents auront le droit de prendre part aux discussions.

Il y aura une ou deux séances par jour, suivant le nombre et l'importance des travaux.

Art. 9.—Chaque question n'occupera qu'un jour, et l'ordre du jour sera ainsi réglé : 1o. Lecture sur les questions du programme ; 2o. Discussion ; 3o. Si le temps le permet, communication des travaux laissés à l'initiative individuelle.

Art. 10.—Le temps accordé pour chaque lecture sera limité, s'il y a lieu en vue de donner accès à un plus grand nombre de travaux.

Art. 11.—A l'ouverture de la première séance, le Congrès nommera son bureau, composé d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire-général, de secrétaires des séances,

Art 12.—Tous les mémoires lus au Congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire-général ; ils sont la propriété du Congrès.

Les travaux du Congrès seront publiés en totalité ou en partie par les soins de la commission d'organisation.

Le président, P. DIDAT

Le secrétaire général, ACHILLE DRON.

ACADEMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Mars 1872.

Présidence de M. Barth.

RECHERCHES SUR L'ÉPOQUE PRÉCISE OU APPARAÎT LA MEMBRANE LAMINEUSE DANS LE PLACENTA HUMAIN.—M. JOULIN fait sur ce sujet la lecture suivante :

J'ai présenté en 1865, à l'Académie, un mémoire ayant

pour titre : *Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme.* Ce mémoire avait surtout pour but d'établir que, à terme, le chorion a disparu comme membrane continue de la face fœtale du placenta ; de plus, que le tissu grisâtre et résistant qui forme la charpente du placenta, et dans lequel rampent les gros vaisseaux de sa surface fœtale, n'est nullement le chorion, mais bien une membrane de nouvelle formation qui s'est substituée au chorion, et à laquelle j'ai donné le nom de *membrane lamineuse*.

Mon étude avait exclusivement porté sur l'organe à terme, mais il me restait à éclaircir un point obscur de son évolution.

Je disais, page 10 de mon mémoire : " Je ne suis pas en mesure de déterminer exactement l'époque où disparaît le chorion comme membrane continue de la surface placentaire. Il me faudra, pour cela, étudier une série de placentas aux différents âges de leur développement "

Je viens aujourd'hui combler cette lacune de l'histoire de la membrane lamineuse. Je ne dirai rien des résultats négatifs obtenus sur des œufs trop jeunes ou trop avancés. Mes recherches ont été complètes sur un œuf intact parvenu à la dixième ou onzième semaine de son développement ; il était distendu par le liquide amniotique, et j'ai pu faire toutes mes préparations en conservant son intégrité.

Je préparai les pièces en enlevant des débris de caduque et toutes les villosités, qui recouvraient plus des deux tiers de l'œuf, de façon à laisser le chorion à nu dans toute son étendue. A travers cette membrane, parfaitement transparente, on voyait le fœtus, son cordon et les vaisseaux qui en émergeaient.

A cette époque de la gestation, le chorion n'a point subi la dépression qui précède sa disparition ; sa surface est lisse et unie sans pénétration dans la masse villeuse, excepté sur quelques points circonscrits que je vais décrire, et qui constituent les premiers rudiments de la transformation du chorion et de l'évolution de la membrane lamineuse.

Dans le voisinage du point où le cordon atteint les membranes, on constate la présence de bandes grisâtres légèrement opaques, d'une longueur de cinq à huit millimètres, et au nombre de six à sept. Elles servent de gaines aux plus gros vaisseaux qui sortent du cordon, et dont la direction est la même qu'on observe à terme à la surface fœtale du placenta.

Ces bandes sont situées entre le chorion et l'amnios ; on les isole de ces membranes avec une certaine facilité, en les soulevant sur un fin crochet. Ce sont les premiers rudiments de la membrane lamineuse.

Sur le trajet de ces bandes, on observe des renflements circonscrits, de même substance, dont l'opacité est plus prononcée. Il en existe une douzaine de volumes inégaux, et faisant dans la masse villeuse qu'ils pénètrent une saillie de trois à huit millimètres.

Ces renflements entraînent avec eux le chorion qui les recouvre, et constituent les premières traces de la déformation et de la disparition du chorion comme membrane continue au niveau du placenta.

Ce travail de transformation et de substitution commence donc de la dixième à la onzième semaine, pour se compléter progressivement vers la fin de la gestation.

Ces renflements, très-consistants, ne peuvent être enlevés que par la section ; ils donnent insertion aux bouquets vasculaires que j'ai signalés dans mon précédent mémoire, et les villosités qui s'implantent sur ces points sont plus touffues et plus vigoureuses que sur les autres parties de l'organe.

Les bandes opaques sont reliées entre elles par des tissus de même nature, mais en couches beaucoup plus minces et qui donnent à la région une teinte opaline. La teinte opaline ne se voit que dans le voisinage des bandes opaques et s'efface à mesure qu'elle s'éloigne de leur trajet.

La membrane lamineuse se forme donc tout d'abord sur le trajet des gros vaisseaux, puis s'étend progressivement à toute la surface du placenta. Sur les œufs plus jeunes on n'en trouve pas de trace.

L'examen microscopique de ce tissu m'a fourni les mêmes éléments que dans la membrane lamineuse à terme ; cependant, avec les petites différences qui peuvent exister entre les deux phases d'un tissu en évolution et à l'état parfait.

A terme, la membrane lamineuse est constituée par des fibres lamineuses en lames, formant des faisceaux parallèles qui parfois s'entrecroisent. On note, par places, des fibres isolées plus volumineuses ; de la matière amorphe remplit l'intervalle des faisceaux. Enfin on observe quelques vésicules graisseuses.

De la dixième à la onzième semaine, on trouve également des fibres lamineuses, mais elles sont à tous les degrés d'évolution ; beaucoup de cellules embryoplastiques, des granulations graisseuses et du tissu amorphe.

Dans mon précédent mémoire, j'avais signalé l'allantoïde comme l'élément régénérateur de la membrane lamineuse. J'ai enlevé le chorion sur un point éloigné des bandes opaques, et j'ai trouvé entre cette membrane et l'amnios ce qui reste de l'allantoïde sous forme d'une membrane d'une ténuité et d'une transparence extrêmes ; elle n'avait rien de l'aspect que présente l'allantoïde (magmaréticulé) des premiers temps. Les éléments microscopiques étaient de même nature que dans les bandes opaques, seulement à un degré d'évolution encore moins avancé. Les fibres lamineuses ne constituent plus de faisceaux ; elles sont isolées, rares et entrecroisées en divers sens, quelques-unes encore fusiformes. On voit également des noyaux embryoplastiques, du tissu amorphe et quelques granulations graisseuses.

Il est presque inutile de faire observer que ces éléments diffèrent tellement de ceux qui appartiennent aux autres membranes de l'œuf, qu'on ne peut faire aucune confusion entre eux.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL.

Séance du 19 juin 1872.

Présidence du Dr. Ricard.

Officiers présents : Drs. J. W. Mount, O. Bruneau, G. Grenier.

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

Sur proposition du Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. E. P. Lachapelle, le Dr. A. Archambault, de St. Antoine, est admis membre actif.

Le sujet de l'Éthique Médicale étant à l'ordre du jour, le Secrétaire donne lecture du code adopté par l'Association Médicale Canadienne, lequel est discuté article par article.

Il est ensuite proposé par le Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. O. Bruneau, que le code d'Éthique Médicale de l'Association Médicale Canadienne, soit celui de la Société Médicale et que tout membre qui y contreviendra soit sujet à être censuré ou expulsé de la Société, suivant la gravité de l'offense. —Adopté.

Proposé par le Dr. J. W. Mount, secondé par le Dr. Ed. Desjardins et résolu, que le Secrétaire soit chargé de fournir à chacun des membres de la Société une copie du code tel qu'adopté.

Sur proposition du Dr. E. P. Lachapelle, secondé par le Dr. A. Laramée, il est résolu de convoquer la prochaine assemblée le 3ème mercredi de juillet, à 2½ heures, p. m., dans les salles de l'École de Médecine.

Le Dr. A. Laramée donne avis qu'il proposera, à la prochaine séance, le Dr. W. H. Hingston, de Montréal, et le Dr. G. Leroux, de St. Marc, comme membres actifs.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,
Sec.-Trés. S., M.

Séance du 17 juillet 1872.

Présidence du Dr. J. W. Mount.

Officiers présents :—Drs. C. O. Bruneau et G. Grenier.

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

Proposé par le Dr. A. Meunier, secondé par le Dr. P. E. Plante, que les Drs. W. H. Hingston (de Montréal) et G. Leroux (de St. Marc) soient admis membres actifs.—Adopté.

Le comité nommé à une séance précédente pour prendre les moyens de faire adopter un tarif par la Législature, présente le rapport suivant :

Votre comité, nommé le 27 mars 1872, pour faire rapport sur le tarif, a l'honneur de vous soumettre respectueusement qu'il approuve le tarif adopté à la dite séance, sauf la classification qui est basée sur le chiffre des revenus. Votre comité suggère qu'au lieu de déterminer ce montant, il serait préférable de laisser subsister la 1^{ère}, 2^{de} et 3^{me} classe, laissant au jugement d'un chacun de classer ses clients. De plus, votre comité est d'opinion que la Société Médicale devrait inviter les médecins de la campagne à faire connaître leur opinion sur le tarif qui leur conviendrait, et ce d'ici au premier de septembre prochain.

C. O. Bruneau, M. D., président, A. Dagenais, M. D., Séraphin Gauthier, M. D., P. E. Plante, M. D., secrétaire.

Le Dr. C. O. Bruneau donne ensuite lecture du tarif suivant adopté par la Société Médicale à sa séance du 27 mars dernier.

TARIF MÉDICAL.

| | 1 ^{re} . classe | 2 nd . classe | 3 ^{me} . classe |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1o. Pour une visite de 7h. A. M. à 8h. P. M. | \$2.00 | 1.50 | 1.00 |
| 2o. Avis au Bureau du Médecin..... | 2.00 | 1.00 | .50 |
| 3o. Visite de 8h. P. M. à 10h. P. M..... | 3.00 | 1.50 | 1.00 |
| 4o. Visite de 10h. P. M. à 7h. A. M..... | 5.00 | 3.00 | 2.00 |
| 5o. Détention pendant une nuit..... | 20.00 | 12.00 | 6.00 |
| 6o. Consultation avec un médecin ou chirurgien | 20.00 | 10.00 | 5.00 |
| 7o. Chaque consultation subséquente..... | 10.00 | 5.00 | 2.00 |
| 8o. Consultation par lettre entre méde- cins..... | 10.00 | 5.00 | 1.00 |
| 9o. Certificat de santé—Avis par écrit.... | 10.00 | 5.00 | 2.00 |

| | | | |
|---|--------|--------|-------|
| 100. Certificat de décès..... | 2.00 | 1.00 | .50 |
| 110. Accouchement ordinaire..... | 20.00 | 10.00 | 5.00 |
| 120. " avec une sage femme..... | 20.00 | 10.00 | 5.00 |
| 130. Version ou application du forceps.... | 30.00 | 18.00 | 5.00 |
| 140. Extraction du placenta. | 20.00 | 15.00 | 10.00 |
| 150. Vaccination..... | 2.00 | 1.00 | 0.50 |
| 160. Ablation des amygdales..... | 20.00 | 10.00 | 5.00 |
| 170. Opérations mineures au bureau (Pe- tite chirurgie)..... | 2.00 | 1.00 | 0.50 |
| 180. Prescription ordinaire | 2.00 | 1.00 | 0.50 |
| 190. " extraordinaire..... | 10.00 | 5.00 | 2.00 |
| 200. Introduction du cathéter 1er..... | 10.00 | 5.00 | 2.00 |
| 210. " " 2nd..... | 6.00 | 3.00 | 1.00 |
| 220. Lithotomie..... | 500.00 | 200.00 | 50.00 |
| 230. Cataracte..... | 250.00 | 100.00 | 25.00 |
| 240. Pupille artificielle..... | 100.00 | 50.00 | 25.00 |
| 250. Réduction fracture de la cuisse..... | 60.00 | 30.00 | 15.00 |
| 260. " " jambe et bras..... | 30.00 | 20.00 | 10.00 |
| 270. Luxation de la cuisse | 60.00 | 30.00 | 15.00 |
| 280. " " jambe et bras..... | 20.00 | 10.00 | 5.00 |
| 290. Réduction hernie par taxis | 20.00 | 10.00 | 5.00 |
| 300. Opération hernie étranglée..... | 500.00 | 200.00 | 50.00 |
| 310. Amputation de la cuisse..... | 200.00 | 100.00 | 50.00 |
| 320. " " jambe et bras..... | 100.00 | 50.00 | 25.00 |
| 330. Amputation doigts et ablation de pe- tites tumeurs..... | 20.00 | 10.00 | 5.00 |

Proposé par le Dr. F. X. Perrault, secondé par le Dr. J. Lauctôt, que le rapport soit adopté et que les médecins de la campagne soient invités à préparer d'ici au premier de septembre prochain, un taux de tarif qui leur conviendrait, dans le but de le faire adopter par la législature. *Adopté.*

Proposé par le Dr. P. E. Plante, secondé par le Dr. A. Meunier, qu'un comité composé des Docteurs J. E. Coderre, A. Dagenais, S. Gauthier, O. Bruneau et G. Grenier, soit formé pour s'enquérir et faire rapport sur les plaintes contre les membres qui enfreindraient les règles de l'étiquette et du tarif médical. *Adopté.*

Proposé par le Dr. F. X. Perrault, secondé par le Dr. J. O. Mousseau, et résolu que les membres de la société médicale ont appris avec regret le décès du Dr. A. Beaudet de cette ville, un des membres de cette société.

Proposé par le Dr. O. Bruneau, secondé par le Dr. S. A. Longtin, et résolu qu'une copie de cette motion soit transmise à sa famille.

Sur proposition du Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. A. Vilbon, il est résolu de convoquer une séance spéciale le 1^{er} mercredi du mois d'août pour la discussion du bill médical projeté.

Le Dr. A. Dagenais donne avis qu'il proposera à la prochaine séance les Drs. L. A. Fortier (de St. Cle) et F. Filiatrault (de St. Alexandre) comme membres actifs. Et la séance est levée.

DR. G. GRENIER,
Sec. Trés. S. M.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.—M. le professeur Verneuil lit une *Note sur la Trachéotomie* pratiquée avec le galvanocautère. Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, phthisique, menacé de suffocation par un rétrécissement laryngien. La trachéotomie fut résolue, mais l'état d'affaiblissement et d'anémie profonde du malade rendait périlleuse la moindre perte de sang, et l'hémorrhagie, si fréquente dans cette opération délicate, fit choisir l'emploi du couteau-cautère pour l'éviter plus sûrement. Cette nouvelle tentative opératoire réussit parfaitement. Le couteau porté au rouge-sombre pénétra dans la peau et en pratiqua la section complète dans l'étendue de trois centimètres environ. L'incision n'avait pas moins de deux centimètres de profondeur. Le premier anneau trachéal étant sectionné avec un bistouri boutonné, il fut facile d'introduire la canule, et l'opération fut ainsi complétée sans donner issue à plus de 40 à 50 gouttes de sang. (*Rév. scientif.*)

M. Le docteur Joubert, dans une lettre adressée à l'académie, réclame pour M. Amussat la priorité de ce nouveau mode opératoire.

Le 13 Avril 1870, M. Amussat pratiqua une trachéotomie au moyen de la galvano-caustique thermique sur un enfant de treize ans, ayant depuis plus d'un mois un petit caillon dans la trachée-artère.

Le chirurgien traversa les téguments et la trachée avec une aiguille courbe portant un fil double de platine, de manière à comprendre dans l'anse métallique 2 centimètres environ du tube aérien. Après avoir enlevé l'aiguille, il saisit l'un des fils avec deux pinces en communication avec une pile, et fit la section des tissus dans l'anse, sans écoulement sanguin. La trachée ouverte, l'enfant dans un accès de toux expulsa le corps étranger. Le 21 Mai, la plaie était cicatrisée et l'enfant guéri de l'inflammation pulmonaire occasionnée par la présence du corps étranger.

—M. Béhier fait une communication sur la thoracentèse. Ayant d'une part obtenu toujours d'excellents résultats de son emploi dans le traitement des épanchements pleurétiques, et d'autre part pleinement convaincu de sa parfaite innocuité, il cherche par tous les moyens possibles à vulgariser, à généraliser cette méthode, déjà préconisée par Trousseau. M. Béhier a essayé les divers appareils aspirateurs, tels que ceux de Dieulafoy, Regnard, Castiaux, Thénot, et donne la préférence à la canule seringue de M. J. Guérin. Il termine en donnant le résumé de cinq observations dans lesquelles il pratiqua la thoracentèse avec un plein succès.

On a fait observer et non sans raison que le trocart de Reybard, muni de sa baudruche ou le trocart capillaire conseillé par Blachez constituent une instrumentation suffisante pour les cas ordinaires et ont l'immense avantage d'être dans la trousse de tous les praticiens.

—M. Tillaux lit le résumé d'un mémoire intitulé : *Recherches cliniques et expérimentales sur les fractures malléolaires.*

1^o On comprend à tort sous le nom de fractures du péroné un certain nombre de désordres résultant d'un mouvement anormal du pied qui peuvent porter sur la malléole interne et sur le corps du tibia lui-même.

2^o Ces désordres doivent être réunis sous le nom générique de fractures malléolaires.

3^o Les fractures malléolaires se produisent presque toujours dans un mouvement d'adduction ou d'abduction du pied, mouvement qui ne saurait exister sans un degré de projection de la pointe du pied en dedans ou en dehors.

4^o Le mouvement d'adduction forcé du pied peut produire :

a L'arrachement de la malléole externe seule :

b Cet arrachement avec éclatement de la malléole interne :

c Ce même arrachement avec fracture sus-malléolaire transversale du tibia La luxation de la tête du péroné peut se substituer à l'arrachement de la malléole externe pour produire cette fracture transversale.

5^o Le mouvement d'abduction produit :

a. L'arrachement, soit des ligaments latéraux internes, soit de la malléole elle-même ;

b. Consécutivement la fracture du péroné avec plus ou moins d'intégrité des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs.

6^o De l'intégrité de ces ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ou de leur arrachement du tibia résulte le degré de luxation du pied en dehors.

7^o Le péroné ne peut céder dans les fractures par abduction que si les ligaments internes ou la malléole interne ont été préalablement brisés.—(Séances des 16 et 23 avril.)

DES APPLICATIONS DE SULFATE DE FER DANS LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS, par le docteur W. CRIGHTON.—Ce sont les succès que Velpeau a obtenus du sulfate de fer dans le traitement de l'érysipèle qui ont encouragé l'auteur à essayer le médicament dans la phlegmatia alba dolens. Voici comment il procède :

Il fait, sur le membre malade, des applications aussi chaudes que le patient peut les supporter d'une solution de sulfate de fer de un gramme à un gramme et demi dans une once d'eau ; il emploie dans ce but des éponges imbibées de solution et maintenues lâchement fixées autour du membre au moyen de rubans de fil. Ce traitement externe est aidé d'un traitement interne qui consiste d'abord dans l'administration

d'un purgatif, et ensuite dans l'usage de la teinture de chlorure de fer, soit seule, soit associée à la quinine.

Dans tous les cas soumis aux moyens précédents, c'est-à-dire chez cinq ou six malades, la guérison fut heureuse et rapide ; dans un seulement, vers le dixième ou douzième jour, il restait encore de la dureté des troncs veineux superficiels ; les parties reprirent bien vite leur état normal sous l'influence d'un liniment avec parties égales de belladone et d'iodure de potassium.

M. Crichton pense que les sels de fer agissent comme antiseptiques en neutralisant l'infection de l'économie produite par l'entrée de matériaux nuisibles dans le torrent circulatoire ; à cette action générale vient s'ajouter une action locale sur les parois vasculaires, par diffusion du médicament à travers la peau et les tissus sous-jacents jusqu'aux veines. Cette action, suivant l'auteur, est probable, si l'on songe que la phlébite commence toujours, ainsi que l'a démontré Arnolt, par l'extérieur du vaisseau, alors même qu'elle est provoquée par un corps irritant placé à l'intérieur.

Quoi qu'il en soit de cette explication, les faits de M. Crichton sont à ajouter à ceux qui montrent l'heureux parti qu'on peut tirer de l'application externe des médicaments ; on peut rappeler à ce propos que le docteur Christison a pu faire résorber complètement des ascites et des anasarques, dans l'affection de Bright, par l'application sur les parties malades de compresses imbibées d'une décoction de trente grammes de poudre de feuilles de digitale sur six cents grammes d'eau bouillante. (*British medical journal*, octobre 1871.)

EMPLOI DU BROMURE DANS LES HYDROPSIES, par le docteur J. G. THOMAS.—Comment les bromures agissent-ils dans ces cas ? L'auteur ne le sait ; il constate seulement qu'ils augmentent la sécrétion de l'urine et qu'ils font rapidement disparaître les effusions séreuses. M. Thomas a pu s'assurer du fait dans un grand nombre d'hydropisies de nature différente. Dans plusieurs cas d'ascite avec anasarque, il a vu la résorption

se produire en un très-court espace de temps et la même observation a souvent été faite par plusieurs de ses confrères qu'il avait engagés à expérimenter le médicament.

Voici un exemple de ces heureux effets du bromure :

Pendant l'hiver de 1869-70, l'auteur eut à soigner dans son service de l'hôpital de Savannah, un jeune homme de 27 ans, d'une bonne constitution et atteint de maladie de Bright ; il avait commencé à perdre ses forces et son embonpoint six mois auparavant, et il y a un ou deux mois que les pieds et l'abdomen avaient commencé à s'infiltrer. A son entrée à l'hôpital, l'hydropisie était général ; les poumons étaient œdématisés ; il y avait de l'oppression, et l'état était si grave que la mort paraissait imminente. Comme tous les moyens tentés jusqu'alors avaient échoué, M. Thomas songea à essayer le bromure de potassium, sur l'avis de son assistant, le docteur Newman ; 50 centig furent ordonnés toutes les trois heures jusqu'à effet sensible.

Dès la première dose un mieux se manifesta, et, peu de jours après, le malade se levait et se promenait, les jambes étaient presque complètement revenues à leur état normal, et l'abdomen avait très-sensiblement diminué. L'usage du bromure fut continué pendant plusieurs semaines, et le patient fut renvoyé très-amélioré, sinon complètement guéri. L'urine n'était presque plus albumineuse et ne contenait plus de cylindres, ni de débris épithéliaux. (*The Medical record*, 15 janvier 1872.)

DE L'ARSENIC DANS LA LEUCORRHÉE ET LA MÉNORRHAGIE, par le docteur J.-H. AVELING.—L'arsenic était employé comme médicament par les Grecs, les Romains, les médecins arabes et même les Chinois ; cependant son usage en Angleterre est de date récente ; c'est Fowler (1786) qui en a vulgarisé l'emploi. Depuis, Hill (1809) a écrit sur cette substance, mais son administration dans les cas de leucorrhée et de ménorrhagie est plus récente.

En 1834 et en 1838, le docteur Henri Hunt vit la liqueur

arsenicale diminuer les douleurs du cancer de l'utérus ; plus tard sir Charles Locock ayant vu une ménorrhagie guérie par l'arsenic chez une femme qui avait pris ce médicament pour des troubles du nez, et le docteur Hunt ayant constaté le même fait chez une jeune fille qui prenait de l'arsenic pour une affection cutanée, on eut l'idée d'administrer ce remède dans les cas de leucorrhée et dans ceux de règles profuses

Parmi les gynécologistes qui suivirent cette pratique, on peut citer Courty, Begbie (1858), sir James Simpson, Hardy, Barnes, Tilt, Wells, etc. L'auteur adopte complètement cette manière de faire ; il pense qu'il vaut mieux administrer l'arsenic à petites doses et en continuer longtemps l'usage, comme le veulent Hunt et James Simpson, que de donner d'emblée de hautes doses sans prolonger l'emploi du remède, comme le recommande Aran. Voici comment procède M Aveling : il se sert de la liqueur de Fowler ou des granules d'acide arsénieux, à un milligramme ; il commence par trois granules par jour à prendre au commencement des repas ou par deux ou trois gouttes de liqueur. Il est bon, dit-il, de suspendre de temps à autre la médication pendant un court espace de temps et de ne la cesser que progressivement. Tant que le médicament est toléré, on le continuera en augmentant légèrement les doses de un à deux milligrammes tous les quinze jours ; comme le premier symptôme de l'intolérance est un certain degré d'irritation des conjonctives, c'est sur la présence ou l'absence de ce signe qu'on se guidera pour savoir si l'on doit continuer à augmenter ou arrêter l'administration de l'arsenic.

L'arsenic paraît agir comme tonique excitant des vaso-moteurs ; c'est donc un anticongestif, il décongestionne les vaisseaux de l'utérus, aussi doit-il être employé surtout contre les leucorrhées et les ménorrhagies qui sont dues à un état hyperémique de l'organe ; dans ces cas l'utérus est augmenté de volume, il est ramolli, habituellement il est plus sensible au toucher, sa couleur est d'un rouge plus foncé qu'à l'état

naturel et à l'autopsie ses vaisseaux sont dilatés, et l'aspect rouge de l'organe disparaît facilement par le lavage.

Le premier effet du médicament est de rendre plus longues les périodes intermenstruelles. Les malades sont réglées moins souvent et moins longtemps. Bientôt aussi la quantité de sang perdu diminue et les menstrues se régularisent comme quantité et comme durée. Les effets de l'arsenic sur la leucorrhée ne sont pas moins évidents, et comme celle-ci s'accompagne habituellement d'un certain degré de congestion utérine, il est probable que c'est en décongestionnant l'utérus que le remède ici agit encore. L'auteur rejette donc l'opinion de Courty, qui veut que l'arsenic ne rende des services dans les affections utérines que dans les cas d'herpétisme.—(*The British medical journal*, janv. 1872.)—*Lyon Médical*.

CHLORURE DE POTASSIUM.—Le docteur LANDER emploie ce sel à la place du bromure de potassium dans l'épilepsie ; il lui trouve les avantages d'être plus actif, de coûter six fois moins et de ne pas avoir les inconvénients des effets secondaires du bromure de potassium. Il commence par de petites doses, mais il a pu continuer sans fâcheux effets le médicament pendant plusieurs mois, à des doses quotidiennes variant entre 3,50 et 5 grammes 50. Suivant l'auteur, le bromure de potassium se transforme en chlorure dans l'estomac ; c'est une raison de plus de l'administrer d'emblée sous cette forme.—*L. M.*

CATAPLASMES D'IODURE D'AMIDON.—Ces cataplasmes ont de très heureux effets sur les ulcères de mauvais aspect ; on les prépare de la manière suivante : prenez deux onces d'amidon, délayez avec six onces d'eau bouillante, de manière à faire une gelée ; ajoutez alors, avant le refroidissement, une demi-once de teinture d'iode ; on peut alors s'en servir.—*L. M.*

TRAITEMENT DES CONDYLOMES.—Le docteur Boise détruit ces petites tumeurs avec l'acide carbolique pur liquide ou en solution très-concentrée ; il étend le caustique sur le néoplasme

avec un pinceau, en ayant soin de ménager les parties voisines ; souvent, après un seul attouchement, la tumeur devient dure et blanchâtre ; elle se momifie dans toute son épaisseur et elle tombe sans laisser d'ulcération. Ce mode de traitement est presque indolent ; il ne produit aucune inflammation si les parties voisines ont su être préservées, et la guérison ainsi obtenue est radicale.

M. DEMARQUEZ SUR L'ASPIRATION DANS LA RÉDUCTION DE LA HERNIE.

A l'Assemblée de l'Académie de Médecine du 21 mai, Mr. Demarquez présenta un homme âgé de 21 ans, chez lequel il avait réduit une hernie inguinale congénitale étranglée au moyen de l'aspiration. Le 5 mai une tumeur parut dans l'aîne gauche accompagnée de douleurs sévères et de vomissements qui persistèrent le jour suivant.

Au bout de vingt quatre heures, il fut amené à la maison de santé de Paris, où on employa le taxis sans succès. On appliqua de la glace pendant les 12 heures qui suivirent, et c'est alors que M. Demarquez vit le patient. Ses traits avaient subi une grande altération et la fièvre s'était allumée. On constata une hernie inguinale congénitale étranglée d'un fort volume et M. Demarquez songea à d'autres moyens qu'à l'opération, n'ayant jamais réussi par ce dernier procédé dans cette forme de hernie. Il employa d'abord soigneusement le taxis, après avoir mis le patient sous l'influence d'un profond sommeil et s'étant persuadé de l'inefficacité de ce moyen il se détermina à essayer la sortie des liquides intestinaux au moyen de l'aspiration. Un fin trocard fut introduit dans le centre de la tumeur et, par le moyen de l'aspirateur de Potain, on tira à peu près 120 grammes de liquide intestinal. La tumeur disparut complètement et, le trocard ayant été enlevé, on laissa écouler quelques minutes sans toucher à la tumeur, afin d'observer si de nouveaux liquides ou gaz entreraient dans l'intestin étranglé. La tumeur ne se reproduisit plus et une très légère pression d'en haut suffit pour amener le retour de

l'intestin dans la cavité abdominale. Le patient fut tenu en repos, à une diète sévère, en lui administrant de petites doses d'opium. Aucune mauvaise conséquence ne s'en suivit. M. Demarquez regarde ce cas comme frappant et il propose d'appliquer ce nouveau mode de traitement. 1o. A toutes les hernies congénitales et à toutes les hernies récentes qui s'étranglent au moment de leur formation. 2o. Aux vieilles hernies qui étaient parfaitement réductibles quelques jours avant leur strangulation et dans les larges hernies ombilicales qui ont été récemment étranglées. 3o. L'aspiration qui a pour objet de faciliter l'emploi du taxis doit être employée seulement dans la première période lorsqu'on est certain que l'intestin est encore inaltéré et capable de reprendre ses fonctions.—*Lond. Med. J.*

CONTAGION DE LA VARIOLE.

Lecture faite devant l'Union Catholique (Séance du 19 Mai 1872) par le Dr. Georges Grenier, licencié du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, ex-président de l'Institut Médical, Médecin de l'Hôtel-Dieu et du Dispensaire de la Providence, démonstrateur d'anatomie à l'École de Médecine et de Chirurgie (Faculté de Médecine de l'Université Victoria, Montréal), auteur du Mémorial Thérapeutique du " Guide Pratique des Sœurs de Charité ", etc., in 18, pp. 56.—Montréal, Typographie Le *Nouveau-Monde*.

Ce travail lu devant l'Union Catholique a été publié sous les auspices de cette Société qui a cru rendre un service à la population, en mettant les excellentes idées qu'il renferme à la portée de tous.

Après avoir parlé des ravages exercés par cette redoutable épidémie depuis plusieurs mois, l'auteur commence d'abord par prouver le caractère contagieux de la variole et cite de nombreux exemples pour démontrer qu'elle se communique de toutes manières : par inoculation, par simple contact, par inhalation. Il énumère les circonstances qui favorisent la transmission du virus varioleux et insiste particulièrement sur

les dangers des concrétion varioliques qui se forment sur la surface de la peau, lors de la dessiccation des pustules, et qui sont les véhicules les plus puissants pour propager la maladie.

Il examine la nature intime du virus et cite les différentes théories qui attribuent les maladies contagieuses à des substances organiques altérées, à des ferments ou à des germes vivants suspendus dans l'atmosphère. Puis, touchant la partie pratique, il recommande, comme moyen préservatif, la vaccination.

Il appuie spécialement sur les moyens hygiéniques à adopter dans l'intérieur des familles lorsque la maladie s'y déclare : l'isolement du varioleux, l'enlèvement des meubles superflus, les précautions à prendre par les garde-malades et la proscription des visites inutiles. Ensuite, il recommande l'usage des désinfectants tel que le chlorure de chaux, l'acide carbolique, etc., mais il prise hautement les deux agents les plus efficaces : l'air et l'eau, la ventilation dans le but d'empêcher la contagion chez les autres et de contribuer à la guérison du malade lui-même, et les bains tièdes, pendant la convalescence, pour débarrasser la surface de la peau des concrétions morbifiques qui y sont attachées. Il recommande aussi, en s'appuyant sur de grandes autorités, le traitement réfrigérant de la variole.

Il termine en faisant un appel à l'action individuelle nécessaire pour mettre un terme à l'épidémie.

Nous devons féliciter M. le Dr. Grenier sur l'excellence de son travail, et nous avons la certitude que cette lecture portera ses fruits et que les excellentes suggestions qu'elle renferme auront un retentissement profitable à la population.

Les travaux de ce genre doivent être bien accueillis par les médecins, car, en détruisant les préjugés qui existent dans le publique, ils facilitent leur tâche auprès des malades.

DR. LARAMÉE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU PANSEMENT DES PLAIES PAR L'OCCLUSION INAMOVIBLE, PAR
M. VIENNOIS.

SOMMAIRE.—De l'occlusion inamovible, ou de la combinaison de l'inamovibilité et de l'occlusion pour obtenir la cicatrisation des plaies.—Importance de l'immobilisation des pansements ouatés dans de vastes bandages filicetés.—L'immobilité des moignons ou des parties lésées ne peut être complète que dans des appareils inamovibles.—Effets de l'inamovibilité sur les processus de réparation des plaies récentes et des collections purulentes aiguës ou chroniques.—Son utilité pour obtenir la réunion immédiate, pour calmer les douleurs et pour diminuer la suppuration.—Cicatrisation sous-crustacée de certaines plaies traitées par l'occlusion inamovible.

Dans une première note insérée dans la *Gazette Hebdomadaire* du 22 décembre 1871 sur les pansements isolants et antiseptiques, j'ai fait connaître les modifications que M. Ollier a apportés au pansement ouaté de M. Alphonse Guérin et qui consistent principalement dans l'addition de l'inamovibilité à l'occlusion. Cette méthode de pansement, que M. Ollier appelle *occlusion inamovible*, et dont il a exposé les principes le 12 février dernier à la Société de médecine de Lyon, a fourni déjà de si heureux résultats que je crois utile de les faire connaître dès aujourd'hui. Appliquée aux plaies d'amputations, aux traumatismes graves des membres, aux plaies articulaires et aux diverses plaies en général, elle nous a paru non-seulement avoir les avantages que M. Alphonse Guérin a si justement attribués au pansement ouaté, mais encore des avantages spéciaux que l'immobilité absolue de la plaie peut seule réaliser. Ayant pu suivre quarante et quelques plaies traitées par cette méthode, nous croyons pouvoir dire que, grâce à la combinaison rationnelle de l'occlusion ouaté et des appareils inamovibles, le pronostic des plaies, notamment de certaines plaies graves des membres, et surtout des plaies d'amputation dans les milieux infectés, nous paraît devoir changer complètement. Les chirurgiens des hôpitaux peuvent éviter dorénavant ces accidents, qui ont été jusqu'ici leur terreur et les ont souvent empêchés d'exécuter dans les

milieux hospitaliers les opérations les plus rationnelles d'ailleurs (1).

L'occlusion inamovible repose sur deux principes essentiels et d'égale importance : 1^o. l'occlusion par le coton, telle que l'a préconisée M. Alphonse Guérin, pour mettre les plaies à l'abri des germes infectieux ; 2^o l'immobilité complète, absolue, permanente de la région blessée dans un bandage silicaté enfermant toutes les parties dont les mouvements peuvent influer d'une manière quelconque sur les tissus divisés. Les magnifiques succès qu'a obtenus M. Alphonse Guérin dans ses amputations, pendant le deuxième siège de Paris, ont montré toute la valeur de la ouate comme moyen d'occlusion, En parlant d'occlusion ouatée, nous allons contre la théorie de M. Alphonse Guérin, qui considère la ouate non pas comme une barrière à l'air, mais simplement comme un filtre de ce fluide. Nous n'avons pas l'intention d'aborder ici la discussion théorique, mais quelque incontestables que soient les faits expérimentaux (Pasteur, Pouchet, Tyndall) sur lesquels s'est appuyé M. Alphonse Guérin, nous ne comprenons guère la filtration de l'air à travers des couches de coton très serrées et épaisses de 8 à 10 centimètres. Nous insistons d'autant moins sur le côté doctrinal que la théorie de l'occlusion explique les faits chirurgicaux d'une manière satisfaisante, et que malgré les objections théoriques que soulève l'idée de la filtration de l'air, et le rôle des germes infectieux dans la production de certains accidents des plaies, les faits cliniques n'en subsistent pas moins. Quelques précau-

(1) Je crois devoir rectifier une faute d'impression dans mon premier article. relative aux proportions d'huile et d'acide phénique pour les bains ou les irrigations huileuses. On me fait dire que la proportion d'acide phénique est de 50 pour 100, c'est, 50 pour 1000 qu'il faut lire ; et, comme cette proportion est notablement différente il est utile de corriger une erreur que pourraient commettre ceux qui seraient dans l'intention de répéter ces essais. Cette erreur est d'autant plus importante que nous publions bientôt des observations et des expériences démontrant les dangers de l'acide phénique en application sur la peau saine ou employée dans le pansement des blessures.

tions que l'on prenne, on enfermera toujours quelques germes entre le coton et la plaie. L'air pur des hautes montagnes lui-même ne serait pas à l'abri de tout reproche contre la présence de certains germes. Mais cette privation absolue des germes ne nous paraît pas indispensable ; l'important est qu'il ne puisse pas s'en développer par l'abord incessant de l'air vicié, et sous ce rapport le bandage ouaté, quand on a eu soin de désinfecter la ouate par les vapeurs phéniquées ou par l'interposition de quelques couches imbibées d'une solution phéniquée, nous paraît réunir des conditions suffisantes de succès.

Quelque soit du reste la théorie véritable, l'idée d'envelopper les membres dans des couches d'ouate très épaisses, rarement renouvelées, et qui appartient à M. Alphonse Guérin, nous permet de réaliser la première indication fondamentale dans le pansement des plaies. Quant à la seconde indication qui consiste à immobiliser le membre ou la région malade d'une façon aussi complète que possible, elle ne peut être réalisée que par l'appareil silicaté, ou tout autre appareil facilement solidifiable. M. Ollier préfère le silicate de potasse à cause de la commodité de son emploi et de sa légèreté ; on le manie plus facilement que le plâtre, et il immobilise tout aussi bien. Avec le plâtre, on serait obligé de faire des appareils monstrueux. L'enveloppe silicatée fait par-dessus la ouate une nouvelle couche occlusive ; mais comme cette occlusion a l'inconvénient de maintenir une humidité trop grande autour de certaines régions, en empêchant l'évaporation des liquides de la plaie, il est bon, si l'on a lieu de soupçonner la production abondante de sérosité et de pus, de le perforer en divers points après sa dessiccation, sans toucher à la couche ouatée. L'immobilité n'en subsiste pas moins avec tous ses avantages et le coton reste sec au-dessus. M. Ollier recommande ces perforations depuis qu'il a trouvé des moisissures dans un bandage resté trente-deux jours en place ; la plaie fut trouvée très belle, mais la peau saine du pourtour de la plaie était excoriée et comme macérée sur une certaine étendue.

Par l'occlusion inamovible, la chirurgie des champs de bataille nous paraît devoir être considérablement modifiée. Avec de la ouate et des bandes solidifiables, on pourra faire la plupart des premiers pansements qu'exige les plaies des membres par armes à feu. On s'en servira pour transporter dans les hôpitaux fixes les amputés et les blessés à indication douteuse pour lesquels il n'est pas nécessaire d'intervenir immédiatement. Tous ceux qui ont pu voir dans la dernière guerre les difficultés de ce service des ambulances volantes, se rendront compte du changement que l'occlusion inamovible pourra apporter dans la chirurgie d'armée, dès que les fourgons d'ambulance seront garnis d'une grande quantité de coton suffisante. C'est dans des cas semblables que l'immobilité joue le principal rôle, et comme elle est sans danger, grâce à l'épaisse couche d'ouate que contient l'appareil inamovible, elle devra être employée, pour peu qu'il reste des chances sérieuses de conserver le membre. Il ne faut pas oublier toutefois que les plaies par armes à feu, et surtout par les gros projectiles, quand elles s'accompagnent de contusions profondes et étendue, sont exposés à la gangrène humide et à la septicémie aiguë, et que l'occlusion inamovible ne pourrait pas prévenir ces terribles accidents; ce n'est que pour les écrasements des doigts de la main ou du pied qu'on pourrait sans danger courir les chances de la mortification.

Nous avons vu récemment dans le service de M. Ollier des écrasements de la main qui semblaient devoir exiger l'amputation au moins partielle de cet organe. Les os brisés, les articulations ouvertes se sont couverts sous le bandage d'une couche granuleuse, sans qu'il se soit produit des fusées et de l'arthrite purulente. Les articulations et les gaines se sont oblitérées, et, ce qu'il y a de plus important au point de vue des plaies contuses, les portions de doigts et les fragments d'os mortifiés ont pu rester un mois sous le bandage sans occasionner d'accidents, et au premier examen de la plaie on les retrouvait presque complètement détachés des parties saines, mais sans décomposition putride. Elles exhalaient seu-

lement une odeur faisandée très prononcée, très-désagréable mais différente de celle de la putréfaction à l'air libre.

L'immobilité nous paraît surtout avantageuse pour calmer les douleurs, limiter la supuration des plaies et prévenir les décollements des parties voisines. C'est à ce point de vue que la supériorité de l'occlusion *inamovible* nous paraît incontestable.

Si l'on se contente d'enfermer certaines plaies et les divers moignons dans des masses de coton entourées de bandes souples, les malades accusent toujours quelques douleurs. Ajoutez un bandage silicaté et les douleurs cessent, et cessent définitivement, lorsque le bandage est sec, si le bandage a été bien fait et embrasse une partie du corps suffisante pour rendre la plaie absolument immobile. Dans les amputations du membre supérieur, il faut prendre l'épaule dans le bandage et le bassin, dans les amputations du membre inférieur; même pour les amputations de la main et du pied, il faut prendre la partie correspondante du tronc.

Nous avons vu il y a quelque temps combien cette immobilité était nécessaire. Plusieurs malades, qui se trouvaient un mois après leur opération en assez bon état pour que M. Ollier crût pouvoir se dispenser de renouveler le bandage silicaté, ont réclamé au bout de deux ou trois jours une nouvelle immobilisation avec l'appareil silicaté.

Parmi les faits qui ont pu nous permettre d'apprécier exactement la valeur de l'immobilisation, nous citerons celui d'un amputé de cuisse où l'épreuve et la contre-épreuve ont pu être faites avec toute la rigueur nécessaire. Ce malade, âgé de cinquante et un ans, atteint d'une ostéo-arthrite du genou, miné par la fièvre hectique et des douleurs incessantes, avait été opéré dans les plus mauvaises conditions. Pendant quatre semaines après son opération, il avait goûté un bien-être qui lui était inconnu depuis longtemps. Au bout de quinze jours il avait pris de l'appétit et se refaisait à vue d'œil.

A continuer.

DISPENSARE SAINT JOSEPH.

11 Juillet 1872.

Du 1er Avril au 31 Juin dernier 1004 patients reçurent des soins à cette institution. De ce nombre 156 hommes et 486 femmes. Les prescriptions remplies s'élevèrent au nombre de 362.

LES NOUVELLES FACULTÉS MÉDICALES FRANÇAISES.—Selon le journal *La France*, le ministre de l'Instruction Publique est à préparer un Bill pour la réorganisation complète de l'éducation médicale. Il se proposera de maintenir les présentes facultés médicales à Montpellier et à Paris, donnant quelque extension à cette dernière et créant de nouvelles facultés à Bordeaux, Lyon, Nantes, Lille et Nancy.—*Gaz. Méd.* 25 Mai.

NAISSANCE.

A Rigaud, le 18 juillet, la dame de G. Madore, M. D., un fils.

MARIAGE.

A Maskinongé, le 18 Juin par le Révd. J. Agapit Legris, Secrétaire du diocèse des Trois-Rivières, et frère du marié, Charles-Henri F. X. Legris, Bcr., M. D., de Ste. Monique, à Delle. Marie Philomène Phélie Giroux, de Maskinongé.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE.

LA CINQUIÈME ASSEMBLÉE ANNUELLE de l'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE aura lieu MERCREDI, le ONZE SEPTEMBRE prochain, dans la cité de Montréal. Le Président prendra le fauteuil à 10 heures, A. M.

A. H. DAVID, M.D. G-I. D.C.L.,
Secrétaire-Général.

Montréal, 1er Août 1872.—di

TABLE DES MATIÈRES.

| | |
|--|-----|
| L'acte médical projeté, J. P. Rottot..... | 341 |
| Correspondance parisienne, A. T. Brosseau..... | 346 |
| De la saignée dans le traitement de l'apoplexie, Dr. S. A. Longtin | 349 |
| Sur la tannate et la gallate de la quinine..... | 353 |
| De l'emploi des injections intra-musculaires de chlorhy- drate de morphine dans le traitement du tétanos..... | 360 |
| Congrès médical de France..... | 364 |
| Recherche sur l'époque précise où apparaît la membrane lamineuse dans le placenta humain..... | 366 |
| Société Médicale de Montréal..... | 370 |
| Académie de Médecine de Paris..... | 373 |
| Des applications de sulfate de fer dans la phlegmatia alba dolens | 375 |
| Emploi du bromure dans les hydropisies | 376 |
| De l'arsenic dans la leucorrhée et la ménorrhagie..... | 377 |
| Chlorure de potassium..... | 379 |
| Cataplasme d'iodure d'amidon | 379 |
| Traitement des condylomes | 379 |
| Mr. de Marquez sur l'aspiration dans la réduction de la hernie..... | 380 |
| Les nouvelles facultés médicales françaises..... | 381 |
| Dispensaire de St. Joseph | 381 |
| Thérapeutique chirurgicale | 381 |

On s'abonne à l'*Union Médicale* au Bureau de *La Minerve*, Nos. 212 et 214, Rue Notre Dame coin de la Rue St. Gabriel.

Toute correspondance devra être adressée à l'un des Rédacteurs à la Boite 942, Bureau de Poste.