

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

LA LANCETTE CANADIENNE,

JOURNAL MEDICO-CHIRURGICAL.

ON NE PEUT ÊTRE RÉELLEMENT MÉDECIN QU'À LA CONDITION DE TRAVAILLER TOUJOURS.—(VELPEAU).

REDACTEUR,
J. L. LEPROLON, M. D.

MONTRÉAL, 15 AVRIL, 1847.

IMPRIMERS,
LOVELL ET GIBSON.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE: Considérations pratiques sur la goutte et le rhumatisme, par Fouquier. — **EDITORIAL:** Des sciences préliminaires en médecine. — Université de Transylvanie. — Elèves reçus dans les Etats-Unis. — Agence et Correspondance. — **CORRESPONDANCES MÉDICALES:** De la péritonite, par W. Nelson. — Hémorrhagie intra-utérine, par T. E. D'Odlet d'Orsonnes. — **PATHOLOGIE EXTÉRIÈRE:** Autoplastie par glissement, par Jobert. — Considérations sur les fractures, par Berthelaud. — **REVUE GÉNÉRALE:** Corps étrangers dans les voies digestives, par Bouchacourt. — Des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement, par Dupuytren. — Deux cas de fracture de crâne, par Contini. — Cas de métrastase purulente à la parotide, par Facen. — Abcès de foie, par Saint John Hudson. — **REVUE THÉRAPEUTIQUE.** — **REVUE PHARMACEUTIQUE.**

PATHOLOGIE INTERNE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LA GOUTTE ET LE RHUMATISME.

PAR M. FOUQUIER.

A l'occasion d'un cas de goutte et d'un de rhumatisme, dont deux femmes du service sont affectées, M. Fouquier s'est livré à des considérations pratiques sur le rhumatisme et la goutte et sur le diagnostic différentiel de ces deux affections. Hippocrate avait avancé dans ses ouvrages que les femmes n'étaient point sujettes à la goutte. Ce principe, pris comme règle absolue, ne serait pas vrai, mais il est admissible avec certaines réserves. Les femmes généralement n'ont pas la goutte dans leur jeunesse et pendant le temps qu'elles sont réglées, mais arrivées à l'âge critique et après la cessation définitive de leur écoulement menstruel, elles deviennent, comme les hommes, mais dans une moindre proportion toutefois, sujettes à éprouver les attaques de la goutte. On a vu même, chez de jeunes femmes, quelques exemples d'affections goutteuses. C'est le cas de l'une des malades actuellement en traitement dans le service de M. Fouquier. Une femme jeune encore présente tous les caractères physiques et locaux de la goutte. Les articulations des doigts sont non seulement douloureuses, mais elles sont tuméfiées et offrent une hypertrophie considérable telle qu'on l'observe lorsque des concrétions tophacées s'y sont déjà formées. C'est, du reste, là un cas rare et exceptionnel. Nous y reviendrons dans le cours de cette leçon.

Aujourd'hui la goutte est généralement plus rare qu'elle n'a été autrefois. Dans les hôpitaux surtout on a rarement occasion de l'observer, car, comme tout le monde le sait, cette affection est plutôt le partage de la classe riche que de la classe pauvre et ouvrière. La goutte est communément héréditaire; on la voit assez souvent sauter une génération pour se porter sur la génération suivante; c'est ordinairement la ligne féminine qu'elle franchit. Ainsi un père ayant eu la goutte, la fille ne l'aura pas, mais les fils de celle-ci en seront atteints. Cette disposition à la goutte, que l'on reçoit de parents goutteux, peut être pourtant vaincue ou modifiée avantageusement par un régime convenable. On a vu des personnes riches sujettes à la goutte, en être débarrassées lorsqu'un revers de fortune les avait astreintes à un genre de vie plus modeste et à une nourriture plus saine.

M. Magendie, dans son article sur la gravelle, affection qui, comme nous le verrons, complique ordinairement la goutte à l'état chronique, cite entre autres exemples le cas d'un homme riche qui était autrefois atteint ou affranchi de la goutte à mesure que le thermomètre de sa fortune s'élevait ou s'abaissait et qu'il passait par conséquent d'une manière de vivre plus somptueuse et d'un régime plus succulent à une vie plus modeste et plus sobre.

La goutte est une maladie propre à la virilité; on ne la voit que très rarement dans la jeunesse. C'est l'inverse de l'affection rhumatismale qui, au contraire, domine ordinairement dans l'adolescence et la jeunesse pour cesser à l'âge viril; de sorte que ces deux affections se succèdent en s'enchaînant l'une l'autre en quelque sorte. Cependant lorsqu'il existe une prédisposition héréditaire, la goutte peut se déclarer plutôt.

Les causes qui la produisent sont nombreuses et multipliées. Au premier rang nous placerons toutes les causes qui agissent vivement sur le système nerveux. Cullen, frappé de cette relation, range la goutte parmi les maladies nerveuses. La goutte, en effet, un élément nerveux très apparent, et on y reconnaît par l'analyse tous les caractères d'une névrose, mais nous sommes bien loin de l'admettre que ce seul élément, car il y a aussi manifestement dans cette maladie un élément inflammatoire. Ainsi donc toute cause qui secoue profondément le système nerveux peut produire la goutte,

surtout chez les individus qui y sont naturellement disposés. Les chagrins vifs, les abus des plaisirs vénériens et de la table, la masturbation exercée de bonne heure, mais surtout l'abus du coït et de la bonne chère, telles sont les conditions qui favorisent le plus communément son développement; c'est pour cela qu'on a dit dans un style figuré que la goutte était enfantée par Vénus et Bacchus.

Les goutteux sont par nature et par tempérament déjà enclins aux plaisirs des sens et aux émotions vives; ils les recherchent avec transport et par conséquent ils ont en eux-mêmes pour ainsi dire le germe de la maladie. Ce sont principalement les excès de table, l'usage d'une nourriture trop succulente, trop animalisée, telle que celle qui se compose de viandes noires et d'aliments fortement épicés, joints aux libations fréquentes de vins généreux et de boissons alcooliques et très excitantes qui y disposent le plus. Ces conditions se réalisent surtout dans le grand monde, dans la classe riche, expliquent la fréquence de la goutte chez les personnes de cette classe, tandis que chez le peuple, qui est forcé de vivre sobrement et de se nourrir souvent d'aliments peu azotés, elle ne se montre que très rarement.

Les accès de goutte peuvent être réveillés par des travaux d'esprit opiniâtres, unis à une vie trop sédentaire, ou par une chute ou toute autre cause traumatique; ainsi, un individu prédisposé à cette affection tombe, il se foule le pied, il survient du gonflement, de la douleur, et tandis que le malade croit n'avoir qu'une entorse, il ressent bientôt une véritable attaque de goutte.

Quand une attaque de goutte doit paraître, quelques jours auparavant les malades éprouvent de la langueur, des étourdissements, de l'engourdissement dans les pieds, ils ressentent un sentiment de forte constriction dans ces parties, comme si elles étaient forcées par un étai; puis les parties environnantes se gonflent, se congestionnent, les pieds deviennent un peu enflés, et au milieu de la nuit des douleurs atroces interrompent brusquement le sommeil des malades. Ces douleurs sont si vives et si excitantes que les malades disent n'en avoir jamais ressenties de pareilles; il leur semble qu'on leur arrache les orteils, les parties affectées sont le siège de battements et d'élanements très forts, il y a quelquefois un frisson suivi de chaleur; il se déclare un léger mouvement de fièvre qui n'est jamais en proportion avec l'intensité des symptômes locaux. Ces accidents durent plusieurs heures, puis l'appareil fébrile diminue; le matin la douleur s'affaiblit un peu et disparaît insensiblement, et il ne reste plus qu'un peu de tuméfaction. Cet état de choses dure ordinairement toute la journée, mais les mêmes accidents se reproduisent dans la nuit suivante, puis s'apaisent de nouveau comme le jour précédent pour disparaître la nuit d'après, et ainsi de suite pendant quelques jours; enfin les douleurs ne reviennent plus avec la même intensité qu'au début, mais il reste une tuméfaction considérable dans les parties, avec douleur et sensibilité exquise à la peau.

Là s'arrête la première attaque: le malade se lève, il éprouve un soulagement, un bien-être notable, et ne se ressentirait presque plus de son accès, si ce n'est qu'il persiste encore pendant quelque temps une vive sensibilité au pied accompagnée de quelques élanements qui empêchent le malade de marcher et l'obligent à tenir son pied sur un bœuf. Il reste dans cet état de repos pendant huit ou dix jours; puis les douleurs étant entièrement disparues, tout rentre dans l'état normal, et le goutteux reprend ses occupations ordinaires.

Il reste cependant dans la partie qui a été affectée une tuméfaction œdémateuse qui se dissipe peu à peu à l'aide d'un peu d'exercice.

Souvent pendant l'attaque, la douleur s'étend jusqu'au genou en suivant le trajet des tendons. Quelquefois, à mesure que la tuméfaction disparaît, la peau se ride, et l'épiderme tombe en desquamation furfuracée, à peu près comme dans la terminaison de l'érysipèle simple. Alors la maladie est entièrement guérie.

Il faut bien remarquer que pendant l'attaque, lorsque le système nerveux est si violemment affecté, les fonctions digestives se font bien, et les malades, hors les moments de très vives douleurs, se portent parfaitement. D'ailleurs, ils mangent avec un très bon appétit et digèrent avec facilité. Il semble même que les facultés intellectuelles soient douces d'une plus grande activité: ainsi on a vu des goutteux, aussitôt que les douleurs atroces étaient apaisées, se livrer aux travaux de l'esprit avec une aptitude et une énergie inaccoutumées.

Ce qu'il y a d'extraordinaire, c'est que ces attaques se reproduisent souvent par l'éloignement trop rapide, trop complet des causes qui les avaient réveillées: ainsi l'usage immodéré des boissons excitantes alcooliques la produit, et la suppression complète de ces boissons et la substitution immédiate de boissons trop débilitantes peu-

vent la ramener à leur tour. On ne peut expliquer ce fait que par une réaction trop prompte. Le plus souvent le retour des attaques est dû aux mêmes causes qui les avaient produites la première fois, comme un exercice trop violent, la chasse, une marche forcée, les émotions vives, etc. Dans les attaques subséquentes les genoux et les mains se prennent aussi quelquefois, mais principalement les doigts et les orteils, qui conservent ensuite presque toujours un peu de gonflement.

On a voulu établir une différence entre la goutte et le rhumatisme, en ce que, dit-on, celui-ci attaque de préférence les grandes articulations, et celle-là les petites. La chose n'est pas vraie absolument parlant, car on voit quelquefois la goutte attaquer aussi les grandes articulations; ainsi, chez la femme que nous avons citée au commencement, l'articulation de la hanche droite est également prise.

La durée de la goutte est indéfinie, car elle cesse et se reproduit plus ou moins facilement sous l'influence des mêmes causes, d'autant plus et par la raison que nous avons alléguée tout-à-l'heure que les goutteux sont malheureusement, par nature, sous l'influence presque constante des causes qui, le plus ordinairement, ramènent les attaques, et ne se soumettent qu'avec peine à un genre de vie convenable.

Les attaques sont souvent périodiques; on les voit revenir à des époques plus ou moins fixes. Peu à peu les accès deviennent plus fréquents: d'abord ils ne reviennent que tous les mois, puis tous les quinze jours, puis une fois par semaine, enfin ils deviennent journaliers, ou, pour mieux dire, les parties affectées restent toujours un peu douloureuses, quoique toujours moins que dans les premières attaques, et plus ou moins tuméfiées; on a alors ce qu'on appelle la goutte permanente, la goutte chronique. Arrivée à ce point, comme il n'y a plus d'attaques proprement dites, on ne voit pas non plus les phénomènes de terminaison que nous avons signalés.

La goutte peut être mortelle quand elle va toujours en augmentant, et la mort peut arriver par une métastase sur un des viscères principaux; ainsi, le malade peut mourir d'apoplexie par une espèce de métastase au cerveau ou par une syncope; les appareils respiratoire et circulatoire étant tout-à-coup profondément troublés dans leurs fonctions; ou par asphyxie par suite d'une paralysie momentanée des nerfs respiratoires. Quelquefois une affection grave se développe dans l'organe central de la circulation; c'est, le plus souvent, une endocardite violente à laquelle le malade peut succomber en très peu de temps. D'autres fois la mort arrive à la suite de vomissements continuels, qui affaiblissent peu à peu le malade et finissent par l'emporter. La goutte peut se compliquer d'une phlegmasie pulmonaire ou moins grave, ou de cystite. Les goutteux sont ordinairement sujets à la gravelle, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Ce phénomène morbide qui constitue à la longue à lui seul une véritable maladie du rein, alterne avec les accès de la goutte; de sorte qu'on voit l'affection calculeuse du rein devenir plus aiguë, et plus incommode lorsque les souffrances de la goutte se calment, et réciproquement les douleurs néphrétiques s'apaisent quand un nouvel accès de douleurs revient. Quelquefois la goutte est remplacée par des céphalgies, ou d'autres névralgies très violentes, ou bien par un asthme très incommode. On voit quelquefois les goutteux être soulagés de leurs douleurs par des vomissements répétés et très fréquents; mais ce sont souvent les affections nerveuses, les douleurs névralgiques qui succèdent à la goutte.

Nous avons déjà fait pressentir que la nature de la goutte est mixte, qu'il y a un élément nerveux qui domine sur un fond inflammatoire. Effectivement, comment une inflammation pure et simple serait-elle accompagnée de douleurs aussi atroces et aussi déchirantes, et en même temps si fugaces qui caractérisent les accès de goutte? Il y a et certainement un élément inflammatoire, mais il y a aussi une exaltation du système nerveux qu'on ne voit point dans les simples inflammations. Quand la maladie est à l'état chronique, elle produit des tophus, c'est-à-dire qu'il se dépose autour des articulations malades des concrétions crétacées, composées de phosphate et d'urate de chaux; celles-ci finissent par user la peau tout autour, par la corroder, comme on a souvent l'occasion de le constater dans les autopsies des sujets qui ont été long-temps affectés de la goutte. Il y a une certaine analogie entre les concrétions et les calculs vésicaux et rénaux; on dirait presque que ces sels qui constituent les calculs, au lieu de se déposer dans la vessie ou dans le rein, se sont déposés autour des surfaces articulaires des doigts.

La mort, avons-nous dit, peut être le résultat de cette maladie; certains malades succombent même à l'intensité

et à la continuité des douleurs qui jettent l'organisme dans un trouble général.

Nous ne nous arrêtons pas sur les caractères différentiels de la goutte et du rhumatisme, dont quelques-uns ont déjà été signalés; il suffit, au reste, de considérer ces deux affections sous le rapport de la cause qui les produit ordinairement, de l'âge où elles dominent principalement, du tempérament des personnes qu'elles attaquent, du siège et du résultat, pour faire saisir facilement leur différence.

Traitement.—Le traitement est de deux espèces. C'est sous ce point de vue surtout que nous ferons ressortir les différences qui existent entre la goutte et le rhumatisme articulaire.—Supposons une première attaque de goutte avec chaleur et rougeur à la partie malade; faudra-t-il saigner? Sydenham et Cullen nous apprennent à être très sobres des saignées; car souvent, en saignant, on déplace la goutte, au lieu d'en amoindrir les symptômes. Ainsi, quand la fièvre est peu considérable, on évitera tout espèce d'évacuation sanguine; dans le cas contraire, on se bornera à quelques saignées locales. D'un autre côté, tout le monde connaît l'efficacité des saignées locales et générales dans le rhumatisme.

En outre, chez les gouteux, les applications humides, telles que les cataplasmes, les fomentations, ne conviennent pas, tandis que l'on se trouve bien au contraire de l'application de la laine, et du taffetas gommé autour des parties malades; il faut envelopper la peau de tissus chauds et secs, aptes à exciter et favoriser les fonctions de la peau. Chez les rhumatisés, au contraire, les cataplasmes et autres applications de topiques humides peuvent convenir après les émissions sanguines.

Les narcotiques ne conviennent pas dans la goutte; car on les voit souvent calmer des douleurs dans le point affecté pendant que celles-ci se réveillent dans un autre point. Je ne parle que des narcotiques à l'extérieur, car intérieurement ils peuvent être efficaces en émoussant la sensibilité du système nerveux général.

On donnera des boissons tempérées, mais pas trop rafraichissantes; on s'abstiendra de boissons acides, telles que la limonade, le petit lait ou autres boissons semblables qui peuvent fatiguer l'estomac. On préférera l'eau fraîche simple, ou une légère infusion de tilleul; tel est le traitement à suivre lorsqu'il s'agit de combattre les symptômes d'une des premières attaques; mais l'important serait d'en prévenir le retour, s'il était possible. C'est une opinion vulgaire et malheureusement fondée, sous certains rapports, qu'on ne guérit pas radicalement la goutte; mais pourtant on peut arriver à diminuer la fréquence et la violence des accès par un traitement convenable.

On a essayé, à cet effet, les substances amères, par exemple la poudre anglaise, de Portland, pour combattre la dyspepsie, qui est assez commune chez les gouteux. Ce moyen a réussi quelquefois; on parvenait à arrêter les accès, ou du moins à les éloigner beaucoup. Mais on a vu, après que la goutte avait cessé de se reproduire, se développer des symptômes d'hydropisie. Fallait-il les attribuer à l'influence de ce traitement? La question est douteuse; cependant M. Fouquier penche pour la négative. Les personnes affectées de la goutte doivent mener une vie très active, et adopter un régime bon, nourrissant, mais moins succulent qu'au paravant, et surtout s'abstenir de viandes trop azotées et de boissons alcooliques. C'est principalement par le régime qu'on arrive à modérer la force des douleurs et à les rendre de plus en plus rares. Il faut, en même temps, combattre les complications; ainsi, quand il y a une néphrite calculeuse, on fait usage journalièrement de substances alcalines, de magnésie, d'eau de Vichy, etc., qui, comme on le sait par expérience, agissent sur les calculs à la manière de fondants.

Autrefois on donnait les pilules de savon, qui pourraient être encore très utiles dans cette circonstance. S'il y a de l'œdème aux parties affectées, on fera des frictions sèches avec des substances aromatiques et alcooliques pour y élever la transpiration souterraine, en les entourant après de laine et de taffetas gommé. Les malades devront se reposer entièrement de laine.

Ce que nous disions tout à l'heure de l'inopportunité des applications humides est si vrai, qu'il y a des gouteux qui ne peuvent pas prendre un bain de pied sans voir des douleurs reparaitre. L'exercice et la vie frugale sont, avant tout, les meilleurs préservatifs des accès de goutte.

Il est aisé de voir, pour terminer notre parallèle entre la goutte et le rhumatisme, que le régime que nous venons de tracer comme le moyen le plus propre à atténuer les accès de goutte, ne conviendrait nullement, sous plusieurs rapports, dans le rhumatisme.

Observations pour servir à l'histoire des corps étrangers introduits dans les organes.—**Corps étrangers de l'œil.**—On connaît toutes les difficultés qu'on éprouve dans les opérations que l'on pratique sur l'œil, pour fixer cet organe. Aujourd'hui ces difficultés ont été vaincues; il suffit pour cela de pincer la conjonctive oculaire, comme dans l'opération du strabisme; à l'aide de ce procédé, il est extrêmement facile de maintenir le globe de l'œil fixe et immobile. M. Bonnet de Lyon en a fait souvent usage, et M. Bonchacourt, qui s'en est servi pour extraire un corps étranger de l'œil d'un tailleur de pierre, dit s'en être très bien trouvé.

Corps étrangers de la vessie.—M. Bonchacourt rapporte à ce sujet l'observation d'une jeune fille qui s'était introduit un passe-lacet dans la vessie par l'urètre, et dont il fit l'extirpation à l'aide du brisepierre à percussion. Ce fait avait déjà été publié par l'auteur; nous en avons donné nous-même une analyse dans une précédente revue.

LA LANCETTE CANADIENNE.

Montréal, 15 Avril, 1847.

DES SCIENCES PRELIMINAIRES EN MEDECINE.

L'étude des sciences préliminaires en médecine est un sujet sur lequel l'attention du corps médical n'a pas été provoquée jusqu'à ce jour; on n'a pas accordé à ce point important le tribut de réflexions que l'état actuel de la médecine semble le démontrer: étude sur laquelle on n'a pas insisté jusqu'à présent avec cette légitime rigueur que réclament l'ordre et la dignité de la profession, qui est cependant d'une importance vitale aussi bien aux intérêts généraux de la médecine qu'impérieuse aux besoins de la société. Nous désirons appeler l'attention de nos confrères sur cette question, qui est restée enfoncée dans l'oubli ou dans l'indifférence, qui n'a pas eu sa part de considérations, mais qui n'en mérite pas moins leurs plus sérieuses préoccupations.

Aussi, nous nous proposons de développer, dans une série d'articles éditoriaux, quelques idées qui ont été mises en pratique dans les Universités européennes, que l'on a adoptées, forcément par suite d'une sage prévoyance, selon nous, pour conjurer un genre de manie médicale qui semble s'être emparée de la jeunesse actuelle. Notre tâche sera largement rétribuée, si nous pouvons contribuer à donner une impulsion plus scientifique, plus conforme à l'esprit du tems, et plus en harmonie à cette époque de progrès et d'activités; en un mot, une impulsion digne du caractère du sacerdoce médical.

Est-il besoin de rappeler à nos confrères l'immensité des connaissances qu'embrassent les sciences médicales, études qui semblent s'accroître de jour en jour, par les découvertes incessantes qui s'y font, non seulement à l'aide des branches accessoires, mais encore dans le domaine même de la médecine proprement dite,—qui en en fait un ensemble dont l'horizon n'a plus de bornes.

Est-il besoin de nous appesantir sur la réunion des hautes facultés, que l'étude des principes de la médecine réclame si impérieusement de celui qui s'y livre, et surtout pour approfondir avec fruit les doctrines qui surgissent à différentes époques? Le goût du travail et autres qualités morales sont autant d'avantages qui produiront, à la longue, d'heureux résultats; mais, ne faut-il pas également que des études préliminaires aient préparé le champ de l'esprit par une culture convenable, que l'intelligence ait été soumise à l'ébauche, que le jugement soit arrivé à un degré de maturité propre à recevoir les notions de la médecine? N'est-il pas conforme à l'expérience de chaque jour, de remarquer les dispositions intellectuelles les plus heureuses se perdre à la longue, faute de les avoir développées par un cours classique? Or, il est évident qu'en médecine, le médecin, tant dans son propre intérêt que pour celui de la société, pour justifier de la confiance publique, ne peut apporter un contingent de connaissances vastes et étendues, qu'autant que ses études médicales seront basées sur un fond d'instructions propres à faire ressortir les heureuses dispositions dont il est doué.

De ces considérations, il découle inévitablement que les études préliminaires sont, en thèse générale, d'une importance vitale à l'étude des professions libérales, et obligatoires chez ceux qui aspirent à devenir membres de la profession médicale. C'est à cette pensée que nous désirons appeler l'attention de nos lecteurs, et réveiller, si est possible, l'attention du corps médical sur l'urgence d'apporter un remède efficace aux empiétements d'individus indignes en tout point de figurer comme médecins, n'apportant, pour tout tribut de notions scientifiques, que l'ignorance la plus condamnable, fruit d'une éducation incomplète. Nous voudrions pouvoir imprimer, sur le front de ces individus, le stigmate de l'opprobre, par la raison toute simple qu'ils sont les promoteurs de l'empirisme, et en tout propres à jeter la profession de plus en plus dans le discrédit de la société.

Un des plus grands travers de notre époque, est celui, à notre avis, qui pousse une foule de jeunes gens à embrasser les professions libérales sans avoir parcouru même les études les plus élémentaires; la profession de médecin est une de celles vers laquelle le concours est immense. Chaque jour l'on est à même de vérifier cette assertion. De jeunes gens, déçus de leurs espérances dans des entreprises commerciales et autres, se jettent, en désespoir de cause, à l'étude de la médecine, sans même justifier d'une garantie classique qui puisse tolérer cet état de chose. Or, ce nombre devenant de plus en plus croissant, il s'en suit que la population, que la société est impuissante à satisfaire cette propension générale, et que la profession en est arrivée à un point d'encombre-

ment qui mérite l'adoption de mesures applicables à la gravité de la circonstance. Nous sommes loin de condamner cette bien légitime ambition qui porte un des membres de la société à rechercher un théâtre, où il puisse donner un libre essor à son intelligence; personne plus que nous n'est disposé à rendre hommage au mérite quelque humble, quelque timide qu'il soit. Nos lecteurs n'interpréteront pas à notre détriment notre pensée sur ce point; ils doivent être convaincus que, pour le maintien de la dignité de la profession, il faut absolument quelque garantie classique chez les aspirants à la profession, garantie qui puisse devenir à la fois une épreuve de qualification, et un titre de plus à la confiance publique.

Cette réforme importante dans les études médicales, serait le point de départ d'une régénération complète et d'une bienfaisante influence sur la totalité du corps médical, au lieu de se recruter, comme à l'état actuel, d'un nombre considérable d'individus qui n'ont aucun titre à l'étude de la médecine, par l'absence de toute éducation élémentaire, et qui sont par là même plus disposés à propager cette fatale plaie du corps médical, le charlatanisme, et à jeter du discrédit sur cette noble profession, à laquelle est dévolue la plus philanthropique mission qui puisse se pratiquer entre les membres de la société, le corps social y gagnerait également, en confiant avec sécurité le plus précieux des biens, la santé, à des membres réellement instruits, dignes de cette légitime confiance, et en tous tems, propres à justifier de la haute opinion que l'on est si heureux de rendre à l'homme de mérite. (A continuer.)

Nous lisons avec plaisir, dans le *Boston Medical and Surgical Journal*, que la Faculté de Médecine de l'Université de Transylvania a mis au concours un sujet qui ne manquera pas d'exciter une bien loisible émulation parmi les nombreux compétiteurs qui seront appelés à disputer ce prix. Il s'agit d'une gratification de cinquante dollars, ou d'une médaille d'or que l'on décernera à celui d'entre les élèves de cette Université, qui produira la meilleure thèse durant le semestre de 1847-8. Il serait à souhaiter que cette exemple de générosité fût mis en pratique dans chaque Université; il en aurait à se louer des bons résultats que l'on en obtiendrait.

Nous donnons à nos lecteurs un compte-rendu du nombre d'élèves qui ont été admis à recevoir le diplôme de Docteur en médecine, aux principales Facultés des Etats-Unis. Nous y remarquons un total de 492, qui ont gradués. Notons, en passant, que toutes les Collèges n'ont pas encore fait parvenir le nombre de gradués qui ont été admis, après l'expiration du semestre d'hiver. Ce fait, tout en signalant un degré de prospérité remarquable, n'en est pas moins un indice certain, qu'il est urgent d'assujettir tous les aspirants à la profession, à certaines épreuves classiques avant qu'ils ne se livrent à l'étude de la médecine; projet, selon nous, qui reformera entièrement le corps médical.

Voici ce que nous lisons dans le *Medical Examiner*, qui rapporte le compte-rendu des différentes Facultés:—

Le "Jefferson Medical College" a conféré le diplôme à cent quatre-vingt-et-un élèves, chiffre de gradués le plus considérable qui ait été atteint aux Etats-Unis.

Le "Franklin Medical College" ne compte que cinq gradués. Le nombre d'élèves qui ont suivi le cours qui vient d'expirer, est inconnu.

Le "City of New York Medical Schools." Les renseignements fournis nous ont été en tout de cent vingt-deux élèves, quatre cent dix dont se composait le livre d'entrée; en outre, le Collège des Médecins et Chirurgiens y présente un contingent de cinquante-et-un gradués.

Le "Albany Medical College," par un énoncé de cette institution, nous offre un total de cent élèves; sur ce nombre, trente ont gradués.

Le "Transylvania University" porte les noms de cent quatre-vingt-deux élèves d'inscrits sur les registres de la session dernière. Sur ce nombre, soixante-huit eurent l'honneur de recevoir le diplôme.

AUX CORRESPONDANS.

Nous invitons quelques abonnés retardataires à nous adresser le montant du premier semestre, qui doit, selon les conditions du journal, se payer six mois d'avance.

Les abonnés de la *LANCETTE CANADIENNE*, qui auraient reçu irrégulièrement les livraisons du journal, sont priés de nous le faire savoir: nous nous empresserons de remplacer les numéros égarés.

Nous expédions les numéros de la *LANCETTE CANADIENNE* à MM. les médecins suivants:

E. M. P., Gentilly; D. D. Fitzroy, Harbour; C. de B., Henryville; L. C. C., L'Assomption; W. H. B., Yamachiche; G. M., St. François de Beauce.

L'extirpation d'une tumeur à la région parotidienne, observation par G. Bibaud, paraîtra à notre prochain numéro.

M. le Dr. Giroux, Pharmacien, No. 24, Rue St. Jean, est notre Agent, à Québec, et autorisé, en cette qualité, à recevoir les abonnemens à la Lancette Canadienne.

ERATUM.—A la troisième ligne du second paragraphe de la première colonne de la correspondance du Dr. Holmes, qui a paru dans notre dernier numéro, au lieu de: "une position identique à celle qu'il avait émise autrefois"; lisez: "une position identique à celle qu'il avait opposée autrefois."

CORRESPONDANCES.

À L'ÉDITEUR DE LA "LANCETTE CANADIENNE."

M. L'ÉDITEUR.—Le Dr. Holmes vient de présenter à la profession une autre de ses lucides élucubrations, dans laquelle, avec un ton lamoyant, il m'accuse de personnalité à son égard. Le Dr., à plusieurs reprises, a fait des tentatives, sans effet il est vrai, de briser les fenêtres de son voisin, et celui-ci, pour faire cesser une telle nuisance, a riposté et la frêle demeure de son adversaire s'est écroulée sous les coups. Voilà la position dont il se plaint: à qui le tort?

Passons rapidement aux faits: Dans la discussion qu'il a soulevée relativement au cas de M. Champéau, il a nié qu'il y eût péritonite chez cet homme, n'ayant pas trouvé de lymphes, d'adhésions, etc. J'ai insisté que ces substances fussent les résultats, les produits de l'inflammation, et pour constater leur présence il fallait que l'inflammation eût passé par quelque une de ses phases. Le Dr. H., au contraire, a donné à entendre que cette phlegmasie ne pouvait avoir lieu sans que ses suites demeuraient apparentes, c'est son *sine qua non*, fermant les yeux et les oreilles aux circonstances qui peuvent et qui ont empêché la présence de ces suites. J'ai combattu cette erreur, et ne pouvant supporter sa position, il ne maintenant l'avoir soutenue, et pour mieux couvrir sa défaite il ose dire que j'ai emprunté des idées! En vérité, on aurait pu être une source féconde! Au commencement de son écrit, il me fait la justice de dire que "le Dr. N. aujourd'hui soutient opiniâtement une opinion identique à celle qu'il avait émise autrefois," et tout de suite après il prétend qu'il va démontrer "mon inexactitude et peu de mémoire." Or, quelle est cette inexactitude? D'avoir constamment maintenu la même chose; c'est à-dire que pour qu'il ait de l'effusion, il faut que l'inflammation ait "passé par quelque une de ses phases"; vérité qu'il a lui-même, le Dr. H., reconnu pour la première fois; et il se plaint de ce que je l'ai accusé d'avoir identifié la cause avec l'effet. Pour contenancer ses vues il met en juxtaposition mes remarques de 1844 avec celles de 1847. L'homme le moins capable en analyse verra que la position est identique à ces deux époques.

Je ne désire blesser personne, mais il faut pourtant appeler les choses par leur nom; en conséquence je suis forcé de dire que la dernière production du Dr. H. est un tissu d'incongruités, d'assertions gratuites et de contradictions palpables; on ne peut pas seulement lui donner le titre de sophisme; pour preuves, puisqu'il en demande, en voici une: "Admettant que dans le cas de Champéau il pouvait y avoir eu effusion, il (le Dr. N.) en explique l'absence, chez le cadavre, par les saignées, les sueries, la transsudation; raisons tout-à-fait gratuites et pure théorie, vu que les apparences principales de la péritonite sont l'effusion de lymphes solides et des adhésions qu'il forme." Suivant ses vues scientifiques, le traitement qui est seul couronné de succès et reconnu de toute la profession est, selon lui, une erreur et une illusion. Rien ne peut combler la lésion, la modifier, ni la guérir; elle fit des efforts du pauvre docteur, et en dépit des secrètes "effusions solides," les adhésions se forment et le malheureux malade atteint d'une maladie incurable fait ses adieux au monde! Et pourtant qu'il ne soit permis de dire que tout infortuné péritonien ne fut pas son rival de la mort. Et, pour ce qui concerne la physiologie et la thérapeutique du Dr. H., pour venir à une telle conclusion? lui seul peut l'entretenir. Il ne paraît pas connaître l'absorption et tous les agents qui peuvent la provoquer: au point même d'enlever les "effusions (devenues) solides," et aussi d'assez énormes effusions liquides, viz: l'ascite ou accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine.

Le célèbre Gaisserie, à qui le Dr. en croit et à juste titre, va lui prouver ce que tout autre médecin connaît, comme faisant partie de son *Catechisme Médical*. Cet auteur indiquant les moyens qui peuvent être appliqués à l'hydrocécum, dit: "On y parvient par des moyens indirects, tels que les purgatifs les vomitifs, les diurétiques, les sudorifiques, les sialagogues, les résolvans, dans le but de provoquer des sécrétions artificielles, et d'activer l'absorption aux dépens du liquide épanché."

La terminaison (de l'hydrocécum) peut être favorable ou funeste. Dans le premier cas l'hydrocécum cesse tout-à-peu, d'autres fois rapidement, et sa disparition coïncide souvent avec un flux considérable d'urine, avec une diarrhée séreuse ou bien avec une abondante diaphorèse."

L'ascite peut se terminer par la guérison, celle-ci a communément lieu peu-à-peu par suite de la résorption lente ou bien plus rapidement, et dans ce cas on observe ordinairement un flux par l'intestin, par les voies urinaires ou par la peau."

Il est un fait bien constaté que quand l'effusion hydrocécum a fait chez un sujet asthénique, le moyen le plus certain d'en opérer la résorption est par les saignées et les évacuons selon l'âge et les forces du malade. La *modus operandi* de ces puissans moyens a été très satisfactorieusement établie par les expériences du célèbre MAGENDIE: Aussitôt après avoir injecté un liquide coloré dans le sac péritonéal d'un animal, on pratique une saignée, et à mesure que le sang coule on voit le liquide passer du sac du péritoine dans les vaisseaux sanguins (veines) des alentours. *Tout ce qui peut épuiser les fluides du système a l'effet d'en hâter la résorption.* C'est par ce fait physiologique qu'on explique l'extrême sécheresse du péritoine dans bien des cas de choléra asiatique. Ces exemples ne sont pas sans valeur pour la thérapeutique et pour ceux qui savent appliquer le principe. Il me sera des plus facile de prouver qu'avant et après la mort, il s'opère des changemens qui altèrent manifestement et souvent complètement l'aspect et le caractère de la pathologie. On pourrait faire des citations sans nombre pour établir ce qui est connu de tout autre médecin. Il faut avoir très peu appris ou beaucoup oublié, ou obstinément fermé les yeux aux faits, que de vouloir revoquer en doute ce qui est si généralement admis par la profession. Il a plu au Dr. H. de ne pas admettre l'existence de la péritonite dans le cas qui nous occupe. Passons même son étrange position quant aux apparences morbides du cadavre, qu'il a vu la première fois 24 heures après le décès. Je lui ai pourtant donné un détail circonstancié de tout ce qui eut lieu: des causes et des symptômes sur lesquels furent fondés le diagnostic et la thérapeutique. Je vais réitérer encore à Chomel, qui dit: "A l'examen des symptômes le médecin doit toujours joindre la recherche difficile et souvent infructueuse des causes qui ont donné lieu à la maladie. La connaissance des causes, lorsqu'elle peut être acquise, confirme ou rectifie le diagnostic dans les cas obscures, et n'est pas sans intérêt dans les autres." A cet extrait, on va en rejoindre un autre, aussi de Chomel, qui ne sera pas hors de propos ici: "Lorsqu'on embrasse ainsi la question du diagnostic dans toutes les parties qui la constituent, on voit combien était incomplète et étroite l'opinion de quelques médecins de l'école anatomopathologique pour lesquels le diagnostic des maladies était tout entier dans la lésion matérielle des parties." Voici un autre principe du même auteur, qui devrait être connu de tous les hommes: "Nous ne saurions trop dire combien il est digne d'être d'établir prématurément le diagnostic; non seulement alors on s'expose à commettre une erreur, mais encore on se place dans de telles conditions que, soit confiance dans son premier jugement, soit crainte de paraître incertain dans ses opinions, on ne revient que difficilement de la fausse voie dans laquelle on s'est engagé." Le beau travail de ce célèbre auteur est rempli de remarques sages et scientifiques, et les médecins, surtout ceux à vues bornées, devraient en faire leur texte. Dans un autre endroit il dit: "En médecine, comme personne ne l'ignore, c'est le passé qui instruit le présent; c'est dans la connaissance la plus complète et la plus exacte possible des faits accomplis qu'on doit et qu'on peut trouver tout ce qu'il importe le plus au médecin de savoir: comme les causes des maladies, les signes qui les caractérisent ou qui annoncent leur tendance vers une bonne ou mauvaise terminaison, les moyens propres à guérir ou à soulager."

La narration du cas que je fis au Dr. H. aurait convaincu le premier venu de l'existence d'une péritonite chez Champéau bien que la description lui aurait été faite par une personne en dehors et ignorante de la profession. Le Dr. H. sait apprécier les motifs qui l'ont porté à ne pas ajouter foi au récit donné par son confrère. Je puis l'assurer que, quand il m'aurait fait un détail semblable, je l'aurais cru sur parole et je n'aurais pas cherché d'équivoque, non plus serais-je fait le romancier pour invalider ce qui était si saillant; mettant de côté les convenances et la bienséance qui doivent tenir un si haut rang parmi les attributs de la profession. Il faut que le Dr. H. ait été sous une influence peu amiable et dans une singulière illusion, pour ne pas avoir reconnu ce qui était si apparent et si évident de l'autre côté, l'existence des préventions et les préjugés. Il a soupçonné, a-t-il dit, que le pauvre Champéau avait été ivroque, et cette charitable prévision s'est trouvée (pour lui) confirmée par l'état morbide de l'estomac, qui présentait, selon lui, toutes les lésions reconnues comme étant les suites de l'abus des liqueurs fortes, et que l'individu est mort parce qu'on lui avait interdit l'usage du stimulant accoutumé, assisté, faites-y attention, par le traitement, etc. Cette véridique assertion et très gentille conclusion a excité l'indignation de plusieurs personnes des plus respectables, qui avaient notamment comme Champéau: elles repoussèrent la calomnie par un certificat qui prouvait que C. était non seulement tempérait mais éminemment sobre, et était un homme très passible. N'étant pas facile, par le sophisme ou détours, d'invalider ce témoignage, le Dr. H. n'a pas craint de dire que ce certificat "ne changeait rien dans ses conclusions"!!! Or, voilà le Dr. aussi bon logicien que pathologiste. Les prémisses sont sans fondement, mais les inférences qu'il en déduit sont correctes! Faites donc de la polémique avec un tel adversaire. Peut-être dans deux ou trois ans, le Dr. reconnaitra "pas de faits, pas de conclusions," comme il vient de dire qu'il n'identifie pas l'effet avec la cause. Il est vrai que nous sommes dans une ère de progrès, et je félicite le Dr. de la brillante carrière qu'il paraît vouloir se tracer dans la découverte de principes vieux comme la lune et aussi familiers à tous que l'est cet astre lui-même.

Je terminerai en faisant un autre extrait tiré de l'excellent traité de pathologie de Chomel, 1841, qui sera apprécié par tous les amis de progrès et des sciences:

"Il faut encore, pour bien observer, un esprit exempt de prévention; la prévention, comme on l'a dit, est une sorte de préjugé qui nous cache une partie des objets, grossit et dénature entièrement l'autre, de manière à en donner une image plus ou moins fautive et toujours très imparfaite. Les médecins systématiquement ont toujours été et sont toujours de mauvais observateurs. Celui qui en abordant les malades ne se contente pas d'appliquer ses sens à l'examen des phénomènes et de recevoir les impressions qu'ils lui transmettent, mais cherche et veut trouver dans ce qu'il voit la confirmation de ce qu'il a imaginé, celui-là est tout-à-fait impropre à observer et les résultats de son observation ne sont, le plus souvent, que les rêves d'un esprit en délire."

W. NELSON.

M. L'ÉDITEUR.—Ayant rencontré dans ma pratique un de ces cas rares et exceptionnels dont les anomalies excitent le plus puissant intérêt, je prends la liberté de vous l'adresser en vous priant d'avoir la complaisance de le publier dans votre intéressant journal, pour en faire part à mes confrères tout en leur donnant l'exemple de la contribution que vous avez droit d'attendre de chacun d'eux.

Agrétez, etc., etc., etc.

T. E. D'ODET D'ORSONNENS.

Montréal, 9 Avril, 1847.

CAS.

Jeudi, 31 Décembre 1846, je fus appelé vers les dix heures A. M., auprès de Marie G., épouse de P. D., porteur d'eau, rue St. Constant. Cette femme, âgée de 26, et dans le neuvième mois de sa grossesse, était en travail depuis six jours et me dit que pendant toute sa gestation elle n'avait fait que vomir, que chaque fois qu'elle prenait quelque breuvage ou quelque nourriture elle en renvoyait toujours une partie, que contre son habitude elle avait ainsi vomit, non seulement le matin, mais encore dans l'après-dîner et même la nuit, que les deux derniers mois ces vomissemens nocturnes consistaient de sang, et qu'elle avait toujours éprouvé beaucoup de malaise à l'estomac, ce qui l'avait rendue bien maigre de fort gras qu'elle avait toujours été. Pour me servir de son langage, elle ajouta qu'enfin elle ne se comprenait plus, que depuis le vendredi précédent, à la suite de violens efforts pour vomir, elle avait eu continuellement des tranchées avec une douleur et une tension permanente de l'abdomen qui était sensible à la moindre pression. Depuis, les mouvemens du fœtus avaient cessé, une pesanteur se faisait sentir au bas-ventre et aux lombes et la femme était plus épuisée que jamais, fatiguée tout à tour par les tranchées et les vomissemens qui continuaient encore et à des intervalles très rapprochés sur son lit de douleur.

Je lui dis qu'il était tout probable que son enfant était mort, et je l'engageai à me laisser pratiquer le toucher pour m'assurer de la position et pour voir me rendre utile. Je profitai de la première contraction utérine, mais la malade accusa une si vive douleur que je n'eus pas le tems de bien préciser la présentation; je crus cependant que c'était celle du vertex, néanmoins je fus surpris de la hauteur à laquelle était le fœtus quoique l'orifice fut bien dilaté, de la grandeur pour le moins d'une pièce de six francs, et que le travail eût déjà duré un si long espace de tems; je craignis m'être trompé et avoir affaire à une mauvaise présentation. Je voulus répéter l'exploration mais la femme s'y refusant avec opiniâtreté, et je me rappelai avec anxiété cet axiome de Roderer: "Præcipua artis obstetricæ praxis circa explorationem versatur, cuius quidem frequens exercitatio satis commendari nequit." Enfin à de longs intervalles, je pus pratiquer encore le toucher, mais toujours avec rapidité, vu la répugnance qu'occasionnait la douleur de chaque visite malgré les plus grandes précautions, et j'acquis la certitude de la justesse de mon premier jugement, c'était bien le vertex en 2de position.

Le travail ne fut aucun progrès jusqu'à six heures P. M., mais alors les douleurs devinrent tout-à-coup expultrices, la tête s'engagea dans le bassin et quelques minutes après, à ma grande surprise (après son pronostic), elle accoucha fort heureusement d'une petite fille. Je coupai le cordon et fus obligé de placer immédiatement une ligature sur le bout placentaire pour empêcher le sang de s'écouler. Avant de chercher à entraîner le placenta, je promenai la main sur l'abdomen, je le trouvai tout bosselé et acquis ainsi la certitude de la présence d'un autre fœtus; je voulus explorer la présentation de ce dernier, mais trouvant l'arrière-faix dans le vagin je cherchai à l'entraîner par le cordon, tentant qu'il se détachât de la placenta, j'introduisis deux doigts et délivrai. La tige ombilicale était implantée sur les membranes et je pus remarquer la solution de continuité qu'avait opérée ma manœuvre quelque courte et légère qu'elle eût été.

Ma malade se trouvant bien et sans tranchées, je crus pouvoir la laisser reposer sur un meilleur lit en attendant le nouveau travail et je lui mis une bande pour soutenir les parois abdominales et empêcher les mauvais effets qu'aurait pu causer la vacuité survenue par l'expulsion du premier fœtus. Après un certain tems, voyant que les contractions utérines ne se réveillaient point, je revins chez moi, et comme j'étais bien près, je dis au mari de revenir me chercher à la première douleur.

La femme reposa jusqu'à 8 heures P. M.: on vint alors me prévenir en toute hâte. Lorsque je fus près d'elle, elle accusa

une douleur si singulière, avec tant d'anxiété et un si grand désir que je regardasse ce qui se passait, qu'oublant toute retenue elle se découvrit aux yeux de tous ceux qui l'entouraient. Quel ne fut pas mon étonnement et celui des personnes présentes d'apercevoir une masse noirâtre de la grosseur d'une tête de fœtus, et en même temps un petit corps d'autant plus blanc que le reste étoit noir; j'y portai la main et vis bien que c'étoit la poche des eaux ainsi colorées par un liquide étranger qu'elle contenait, je recherchai le point blanc, c'était un pied, l'autre se montra aussitôt, tous deux appuyés sur les membranes que je m'efforçai de rompre autant par curiosité que pour hâter l'accouchement. Un sang noir et infecte s'en échappa en abondance et couvrit tout le lit; je fis quelques tractions sur les pieds et aussitôt mes mains reçurent le cadavre d'une autre petite fille, dont les os du crâne vacillaient, tout le corps flasque et mou, la peau des mains et des pieds blanche et ridée annonçant la mort *in utero* depuis quelques jours. L'épiderme étoit intact, il est vrai, je me rappelle avoir lu dans quelque auteur (Baudeloque si je m'en souviens bien) que le fœtus mort peut même rester un mois entier dans l'utérus et conserver son épiderme dans l'état normal pourvu que les membranes ne soient point rompues. Avec cet enfant, s'échappa un petit placenta tout décoloré et comme macéré.

Aussitôt que je fus libre, je voulus l'examiner, mais à mon grand regret, on me dit que je ne pouvais plus le revoir. Je restai tranquille, pensant que l'impulsion ayant été spontanée, elle avoit dû être entière, d'autant plus qu'il n'y avoit pas de traînées présentes et que je n'expliquai son petit volume par sa macération dans le fluide amniotique.

La femme n'exigea que peu de soins et laissa le lit après quelques jours, mais elle accusa alors une sensation comme celle d'un corps étranger ballottant d'un côté et d'autre dans l'abdomen; je lui recommandai de resserrer sa bande, elle s'en trouva mieux. Sa convalescence étoit rapide et bien satisfaisante pour la pénible grossesse qu'elle avoit eue; mais ma surprise fut grande le troisième jour après ses couches d'être prié d'aller voir un corps étranger qui s'étoit échappé de sa vulve en se levant de dessus sa chaise et qu'on me dit croire être une môle; on me le montra, c'étoit un placenta de deux pouces à deux pouces et demi environ de superficie quadrilatère, la face frontale lisse et laissant voir les membranes, la face utérine couverte de cotylédons, d'un rouge vermeil, fermes et coupés d'infirmités bien prononcées, en un mot le tout aussi frais que l'arrière-faix le plus sain et le plus nouvellement expulsé!

Le premier enfant fut sévré quelques semaines après sa naissance et mourut à deux mois, mais la mère, dès son accouchement, reprit sa première santé.

N'est-il pas étonnant de rencontrer tant d'anomalies dans un seul accouchement? 1. Vomissement outré pendant toute la gestation; 2. Hématémèse nocturne les deux derniers mois; 3. Accouchement avant terme; 4. Longueur du travail; 5. Sensibilité exagérée du vagin; 6. Jumeaux; 7. Expulsion du placenta du premier enfant avant la naissance du second; 8. Implantation de son cordon sur les membranes; 9. Mort du second fœtus avec cette poche remplie de sang; 10. Rétention d'une partie du 2d arrière-faix pendant douze jours, son apparence vermeille. Point d'accidens.

Cherchons maintenant à nous rendre compte de tous ces phénomènes.

1.—Vomissements, quelle en est la cause? Dans les premiers jours de la grossesse, dit P. Cazeau, ils sont difficiles à expliquer, à moins qu'on ne se contente de rappeler les sympathies si nombreuses qui existent entre l'utérus et l'estomac, sympathies tellement étroites qu'elles se manifestent, chez certaines personnes, à chaque période menstruelle et chez presque toutes celles qui sont affectées d'une maladie de matrice. Peut-être, dès le début même de cet état, l'utérus ne se laisse-t-il distendre qu'avec beaucoup de peines et souffre-t-il de cette distension. A la fin de la gestation, on peut les attribuer avec raison à la pression, à la gêne toute mécanique que l'utérus, dont le fond s'élève jusque dans la région épigastrique, exerce sur l'estomac et surtout lorsque sa distension est augmentée par la présence de deux enfants ou d'une très grande quantité d'eau. Burns croit pouvoir conclure avec Dance, d'après quelques observations, que ces vomissements sont aussi l'indice d'une suractivité morbide, dans le système utérin, d'une inflammation des membranes de l'œuf. J'admètrai ces deux causes dans le cas en question, et j'expliquerai dans ces vomissements continus, d'abord avec Cazeau par la distension de la matrice par la présence de deux enfants, et ensuite avec Burns et Dance par cette inflammation dont je parlerai plus tard.

2.—Hématémèse nocturne, les deux derniers mois? Dirai-je avec Grisolle que le système capillaire, frappé d'atonie, n'avoit plus la force de retenir le sang? Ce ne serait là qu'une hypothèse qu'on ne peut vérifier. Ou bien accuserai-je le sang d'avoir été altéré dans sa composition? La chose est plus probable; serait-ce, d'après Tardieu, une modification dans la texture même des globules, ou bien, d'après Andral, une déshydratation du sang? Magendie a démontré expérimentalement l'influence de cette déshydratation du sang sur la production des hémorrhagies. Aussi est-ce cette dernière hypothèse que j'embrace: l'on me dira peut-être, avec Guérard, que j'oublie qu'il y a un état essentiellement physiologique, dans lequel la moyenne de la fibrine du sang devient supérieure à la moyenne normale, je veux parler des trois derniers mois de la grossesse, le chiffre de ce principe montant alors de plus en plus, à me-

sure que s'approche le terme de la gestation. Oui, dans les cas ordinaires, mais ici le manque de nourriture causé par le vomissement d'une grande partie des alimens, en appauvrissant le sang, l'a rendu plus liquide, lui a permis pour ainsi dire de pénétrer dans les conduits trop déliés pour le recevoir dans l'état normal. De cette altération du sang, l'amaigrissement qui effrayait cette femme, en un mot une véritable anémie. Dalmas dit encore que par l'initiation la membrane muqueuse de l'estomac sécrète et verse du sang, comme dans son état ordinaire elle sécrète du mucus, comme la surface interne de l'utérus fournit la matière de l'évacuation menstruelle, sans qu'à l'œil ou à la loupe on puisse découvrir ni lésion ni modification de structure appréciable. A. Grisolle, parmi les causes de l'hématémèse, cite encore les tumeurs de l'abdomen telles que celles du foie, du pancréas, de la rate qui gênent la circulation abdominale. Certes, cette irritation, par la trop grande distension de la matrice refoulant davantage l'estomac, dans le decubitus horizontal et gênant surtout la circulation abdominale, explique clairement l'intermittence et la périodicité nocturne de cette hématomèse.

3.—Accouchement prématuré? Assez souvent, dit Cazeau, la grossesse de jumeaux se termine avant terme. La grande distension de l'utérus est sans doute la cause de cette expulsion prématurée; à celle-là j'en ajouterai encore deux autres à la fin de ces remarques.

4.—Longueur du travail? Baudeloque remarque que, dans les cas de jumeaux, l'expulsion du premier enfant se fait assez souvent avec un peu plus de difficulté que dans l'accouchement ordinaire; ce qui vient sans doute, dit-il, de ce que la matrice ne l'embrasse pas également de toutes parts et ne peut agir immédiatement sur lui que d'un seul côté (les forces expulsives se partageant sur l'un et l'autre jumeau). Il cite un cas de jumeaux où la tête de l'un des enfans, poussée dès les premières douleurs dans le fond du bassin, chez une femme bien conformée, y resta depuis le Mercredi matin jusques vers les 5 heures P. M. du Vendredi suivant, malgré l'intensité des efforts de la nature; l'autre se présenta par les pieds. Ce cas n'a-t-il pas une ressemblance frappante avec celui que je rapporte? Ne pourrais-je pas encore peut-être chercher dans l'état anémique même de la malade et surtout dans la distension extrême de la fibre musculaire utérine d'autres raisons non moins satisfaisantes pour expliquer cette lenteur du travail. En effet ne voit-on pas tous les jours l'accouchement accéléré par la rupture artificielle ou naturelle de la poche des eaux et après leur issue les forces expulsives redoubler de puissance; c'est sans doute pareil que l'utérus, cessant alors d'être distendu à son maximum, devient par-là même plus susceptible de revenir sur lui-même et l'obstacle à sa contraction devenant moindre, celle-ci doit être nécessairement plus forte; de là l'augmentation de puissance expulsive de cet organe.

5.—Sensibilité exagérée du vagin? Burns en parle sans en citer les causes. Je pense, pour ma part, que l'utérus plus distendu, reposant davantage sur le détroit supérieur où refoulait encore la tête du 1^{er} fœtus, y gênait la circulation et prouvait cette loi d'Hispan: "Ubi fluxus ibi dolor," ou, bien plus probablement peut-être encore, étoit-ce une irritation venant par irradiation de celle de la matrice elle-même, le triplanquisme jouant le principal rôle dans ces dérangemens de l'estomac et de l'utérus et fournissant des filets nerveux au vagin, il n'est pas étonnant que cette partie de l'appareil génital en subit l'influence et l'irritation.

6.—Jumeaux? Dans l'état actuel de la science, il est fort difficile, dit encore Cazeau, d'indiquer les causes de grossesses multiples. Les explications ne manquent pas, mais toutes sont de pures hypothèses: ainsi une seule fécondation affectant les deux ovaires, ou deux vésicules de grais dans le même ovaire; plusieurs fécondations successivement opérées en peu de jours, e.-à.-d. avant que le premier ovule fécondé soit arrivé dans l'utérus: telles sont les principales raisons par lesquelles on veut expliquer la présence de plusieurs enfans.

7.—Expulsion du placenta du premier fœtus avant la naissance du second? Rigby, Burns disent que la chose est très rare, le dernier se trouvant dans le vagin; mais dans le cas que je rapporte, chaque fœtus étoit renfermé dans ses propres membranes et ayant son placenta distinct, on conçoit, avec Capuron, qu'après la sortie de chaque enfant son placenta ait pu venir se présenter au vagin.

8.—Implantation du cordon sur les membranes? Cette modification, dit Cazeau, ne saurait dépendre que de la manière dont l'allantoïde contracte adhérence avec la pointe de l'œuf en contact avec la matrice. C'est en effet là que se développe toujours le placenta, et si l'allantoïde est venu toucher le chorion en un endroit plus ou moins éloigné de celui qui est en rapport direct avec la face interne de l'œuf, il est clair que les vaisseaux ombilicaux doivent tendre à se diriger vers lui, de même que les racines d'une plante s'allongent toujours vers le point qui doit leur offrir une nourriture plus abondante.

9.—Mort du second fœtus, fluide amniotique mêlé de sang? Je crois pouvoir expliquer encore ce phénomène par l'irritation hémorrhagique dont l'exhalation, pour me servir du terme de Bichat, avoit décollé lentement et petit-à-petit une partie du placenta (1) que les secousses des violens vomissements qui avoient précédé le travail avoient en suite par déchirer et arracher entièrement, d'autant plus probablement que je remarquai la brièveté du cordon ombilical lors de son expulsion, ou peut-être n'étoit-ce dû qu'à ces dernières causes. Mais

(1) Allons citer un de ces cas de décollement du placenta par épanchement du sang.

toujours de là la mort inévitable du second fœtus et l'hémorrhagie intra-ovulaire ou intra-amniotique suivant Chailly et dont Pen et Nægèle citent des cas par rupture du cordon, (ce sont les seuls auteurs que je connaisse qui en fassent mention.) De là encore la douleur et la tension de l'abdomen que l'hémorrhagie interne causée par la déchirure du placenta augmentait encore en distendant davantage la poche amniotique dont la rupture avec l'hémorrhagie externe ont dû être arrêtées par les membranes du second fœtus qui servoient pour ainsi dire de tampon et maîtrisaient les suites qu'aurait pu avoir cet accident. Ce qui me fait regarder l'irritation hémorrhagique comme cause de cet événement, c'est l'hématémèse même dont j'ai parlé, car ces deux effets s'expliquent l'un par l'autre d'après ce principe de Broussais que "l'irritation sympathique est de même nature que l'irritation primitive." Cette hémorrhagie augmentant encore la distension de l'utérus, le fœtus mort agissant comme corps étranger dans cet organe, et l'exaltant à se contracter: voilà les causes du travail prématuré dont je voulais parler avant de terminer cet article.

10.—Rétention d'une partie du second arrière-faix pendant douze jours, son impulsion spontanée avec apparence vermeille; point d'accidens? L'opinion la plus généralement admise et sur la valeur de laquelle il reste pourtant quelques doutes, c'est que ces adhérences anormales sont la conséquence d'une inflammation du placenta ou de la paroi utérine, inflammation survenue pendant la grossesse et qui s'est terminée par l'exhalation d'une lymphé plastique et coagulable entre les surfaces auparavant contiguës. Telle est, d'après Cazeau (si ma mémoire n'est fidèle), la cause que je donnerai: on sait que l'inflammation est une des six modifications principales de l'irritation, d'après Burns et Dance, comme je l'ai déjà mentionné plus haut, cela expliquerait encore les vomissements continus qui ont tant fait souffrir cette pauvre malheureuse. La marche chronique de l'inflammation ayant donné le temps à la matière exhalée de s'organiser, ce morceau de placenta faisoit pour ainsi dire partie de l'utérus lui-même, jouissant de vitalité et n'étant pas par conséquent susceptible de putréfaction; de là l'absence de fétidité des lochies et de tout accident. Le ballotement dont la femme se plaignoit devoit être dû au manque de retrait de la matrice sur elle-même par atonie et je crois que, lorsque la convalescence eut pris assez de nourriture pour gagner des forces, cet organe revenant à son état normal, détacha ce qui étoit resté du placenta, et que celui-ci fut expulsé immédiatement, ce qui explique son état vermeil et l'heureux rétablissement de l'accouchée.

PATHOLOGIE EXTERNE.

AUTOPLASTIE PAR GLISSEMENT.

P. H. M. JOBERT (de Lamballe.)

Les opérations pratiquées pour enlever les tumeurs cancéreuses n'ont, comme on le sait, rien de régulier; souvent l'opérateur en commençant ne peut savoir jusqu'où il sera obligé de porter l'instrument tranchant, et cependant il doit avant tout, et sans s'inquiéter du désastre, poursuivre le mal jusque dans ses derniers retranchemens. Aussi arrive-t-il quelquefois que la tumeur étant enlevée dans sa totalité, ainsi que les parties voisines suspectes, le chirurgien, dont les calculs sont complètement renversés par l'étendue du mal, par ses prolongemens dans les parties profondes, se trouve dans le plus grand embarras pour réparer la perte de substance. C'est alors surtout que l'opérateur a besoin du plus grand sang-froid et d'une grande habileté de dissection.

L'observation suivante nous montre un exemple remarquable d'amputation d'un sein tout entier avec une énorme perte de substance, à laquelle M. Jobert remédia par une autoplastie.

Au no. 71 de la salle Saint-Augustin est couchée la nommée Molina (Clémence-Sara), âgée de trente-six ans, brodeuse.

Cette femme, dans sa jeunesse, a toujours joui d'une bonne santé; réglée de bonne heure, elle n'a jamais eu d'enfans. Les menstrues apparaissent régulièrement, coulent avec abondance, et pendant cinq jours. Ses parens n'ont pas eu de tumeurs analogues, excepté son père qui, au dire de cette malade, portoit à l'abdomen une tumeur pour laquelle il consulta Dubois et Dumas, qui lui fut enlevée par l'opération du sein droit contre un bois de lit; il en résulta une douleur vive qui disparut bientôt. Ce ne fut que quelques temps plus tard que l'on vit apparaître au sein, au-dessous du mamelon, une petite grosseur du volume d'une noix environ; elle étoit dure roulant sous la peau, et indolente au toucher. Mais vers l'époque des règles et pendant toute leur durée, la malade éprouvait dans cette tumeur des douleurs qu'elle compare à des coups d'aiguille; ces douleurs lancinantes se faisaient même sentir de temps à autre dans l'intervalle des époques menstruelles.

Au mois d'Avril dernier, la tumeur, qui pendant quinze ans étoit restée à l'état stationnaire, éprouva presque tout-à-coup, dans l'après-midi de peu de jours, une augmentation appréciable, une série de changemens notables. Ainsi elle augmenta beaucoup en volume, devint plus dure et comme bosselée; elle resta toujours indolente au toucher, mais les douleurs lancinantes augmentèrent en intensité et en fréquence. Les parties voisines de la tumeur présentèrent elles-mêmes des modifications. Le sein, sur lequel repose la tumeur, se tuméfie, se durcit et devient inégal; la peau qui recouvre la tumeur perd de son immobilité.

Comme le volume de la tumeur augmentoit toujours, et que les douleurs devenues de plus en plus vives et plus fréquentes l'empêchèrent de se livrer à quelque travail que ce fut, elle se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis.

On constate alors l'état suivant: Le sein droit tout entier est très dur, inégal, bosselé, insensible à la pression, et présente vers son centre, un peu au-dessous du mamelon, une tumeur qui dépasse le reste de cette glande dégénérée, et qui a le volume d'un gros œuf. Cette tumeur, dont le plus grand diamètre est dirigé de haut en bas, est elle-même très dure,

tout-à-fait indolente et insensible à la pression; cependant dans toute la région mammaire cette femme ressent des douleurs lancinantes, des élancements douloureux instantanés. La peau qui recouvre la tumeur y adhère fortement, mais ne présente encore aucune altération.

On ne voit pas de veines variqueuses aux environs de la tumeur, et l'on ne trouve aucun ganglion engorgé ou cancéreux, soit dans l'aisselle, soit dans le creux sus-claviculaire. Quant à l'état général, il est satisfaisant.

Le diagnostic des diverses tumeurs du sein offre souvent les plus grandes difficultés, et c'est cependant pour le praticien le point capital. Quelle est donc la nature de la tumeur qui porte notre malade? A cet égard, M. Jobert fait remarquer que la tumeur dont il s'agit doit être de nature maligne, c'est-à-dire une dégénérescence cancéreuse, un véritable squirrhe. En effet, un des principaux caractères des tumeurs bénignes, c'est d'être tantes plus ou moins douloureuses à la pression. Chez notre malade, rien de semblable. En outre, le cancer qui s'accompagne de douleurs lancinantes spontanées est insensible à la pression, et c'est exactement ce qui se rencontre dans le cas qui nous occupe.

Ainsi d'une part l'absence de douleur à la pression, d'autre part la présence de douleurs lancinantes permettent d'affirmer que l'on a affaire ici à une affection cancéreuse. Les deux préceptes suivants, tracés par M. Bayle et Cayol, et que l'on retrouve dans l'excellent traité de M. Nélaton sur les tumeurs de la mamelle, viennent encore à l'appui de cette assertion: 1o. sur cent tumeurs qui toutes sont dures, inégales, insensibles à la pression, et qui existent depuis plus d'un an, il y a environ quatre-vingt-dix-neuf qui sont cancéreuses; 2o. lorsqu'une tumeur dure, indolente et insensible à la pression, existe dans une mamelle depuis plus d'un an, s'il y survient des élancements douloureux, instantanés, et que dans les intervalles des élancements elle soit toujours absolument indolente et insensible à la pression, on peut assurer que cette tumeur est cancéreuse. Les cas où on se tromperait sont des exceptions extrêmement rares.

Le diagnostic une fois établi, M. Jobert expose ainsi les indications de l'opération. Chez cette malade, le cancer n'est encore ni ramolli, ni ulcéré; il n'existe aucune trace de diathèse cancéreuse; en aucune autre région on ne trouve de ganglions engorgés, et l'on ne peut soupçonner la présence d'une semblable tumeur. Enfin les douleurs lancinantes qui sont devenues très vives, les progrès rapides de la tumeur dans le mois précédent, l'âge de la femme, les bonnes conditions qu'elle présente sont autant de raisons qui justifient l'ablation du sein, et qui lui font espérer un heureux résultat.

Le 14 Juin, on procède à l'opération de la manière suivante: Comme la peau est adhérente et paraît altérée, M. Jobert la circonscrit, ainsi que la tumeur exubérante, par deux incisions longitudinales, semi-elliptiques, qui se regardent par leur concavité. La peau ainsi écartée est disséquée avec la tumeur, des épingles servent à accrocher celle-ci et à l'attirer en avant, tandis que le bistouri la sépare des tissus sains. L'opérateur craignant même de laisser quelques portions indurées ou légèrement altérées, emporte une zone de tissus sains, et ne craint pas d'attaquer le muscle grand pectoral. L'ablation terminée, on lie tous les vaisseaux qui donnent du sang, et l'on tente la réunion immédiate des bords de la plaie. Mais il n'y avait plus assez de peau pour recouvrir cette vaste perte de substance, et M. Jobert se vit obligé de recourir à l'auto-plastique. Aussitôt il pratique à chaque extrémité de la plaie une incision dans le sens de sa longueur, après quoi il dissèque la peau d'un côté et de l'autre, et dans une assez grande étendue pour avoir ainsi deux espèces. Les lambeaux à large base; de cette manière la peau devient mobile, et l'on parvient à rapprocher les bords de la plaie et à les faire adhérer entre eux au moyen de cinq à six points de suture entortillée.

Alors voyant que la distension des téguments de la moitié droit du thorax était très grande, et craignant que cette distension ne déterminât de graves accidents, tels que la gangrène des lambeaux, leur déchirure par les épingles, une inflammation traumatique trop vive, la suppuration, etc., l'opérateur pratique sur le côté externe de la plaie et dans le sens de sa longueur une incision rectiligne et de la longueur de cinq centimètres environ. On pansé ensuite avec une rondelle d'agaric cératée et d'autres rondelles superposées; enfin un bandage de corps solidement fixé sert non-seulement à maintenir l'appareil à pansement, mais encore à exercer une compression sur les portions de peau décollée. Lorsque l'on a disséqué la peau ou d'autres tissus, M. Jobert pense que la compression est on ne peut plus avantageuse; par son moyen on favorise puissamment le recollement des parties et l'on évite en même temps une suppuration abondante et des abcès qui pourraient compromettre gravement le succès de l'opération.

Le 16 Juin, on lève l'appareil à pansement pour la première fois. L'incision pratiquée sur le côté, forme une plaie presque cicatrisée qui revêt un fort bon aspect. Les bords de la grande plaie sont maintenus en contact par les points de suture et l'on espère obtenir une réunion immédiate et le recollement des lambeaux de la peau. — Pansement ordinaire; bouillons.

Le 20 Juin, aucun accident n'est survenu; on enlève quelques fils à ligature, mais on laisse les épingles. — Une portion.

Le 23 Juin, les derniers fils à ligature se détachent.

Le 26 Juin, on enlève une épingle. A ce sujet, M. Jobert fait remarquer que dans des cas semblables il vaut mieux laisser les épingles trop longtemps, au risque même de voir les tissus se couper, que de les enlever trop tôt, en effet, dans ce dernier cas, les lèvres de la plaie s'écartent, les lambeaux, n'ayant pas encore contracté d'adhérence avec les tissus sous-jacents, peuvent se décoller, et l'on doit craindre une suppuration abondante.

Le 28 Juin, on laisse encore des épingles dans le but d'obtenir une réunion solide et d'éviter la pourriture d'hôpital.

Le 30 Juin, on retire toutes les épingles; les lambeaux écartés sont parfaitement recollés et les lèvres de la plaie adhèrent entre elles, de sorte que l'on aura une cicatrice longitudinale presque linéaire.

Le 2 Juillet, la cicatrisation s'étend de plus en plus. On permet à la malade de se lever et on lui accorde deux portions. On ne voit plus qu'une longue cicatrice.

Le 10 Juillet, cette femme demande son *exeat*; cependant on la garde encore quelques jours.

Nous ferons remarquer que ce n'est pas la direction de la tumeur qui a engagé M. Jobert à inciser de haut en bas, à donner à la plaie une direction verticale et non horizontale; comme on le conseille généralement. En effet, ce chirurgien pose ce précepte, savoir: que l'on doit toujours dans cette

opération, quelle que soit la direction des fibres du muscle grand pectoral, donner à la plaie une direction verticale, dans le but de favoriser l'écoulement du pus.

L'ablation du sein achevée, pour réparer convenablement la perte considérable de substance, l'opérateur a eu recours à une seconde opération qui présente trois temps bien distincts: 1o. la pratique à chaque extrémité de la plaie une incision dans le sens de sa longueur; 2o. il dissèque les bords de la plaie et les réunit non pas par des bandelettes agglutinatives, mais par la suture entortillée qu'il préfère à tous les autres moyens de réunion, et qu'il emploie toujours quand les tissus et les régions le permettent; 3o. enfin, craignant les suites fâcheuses du tiraillement que les lambeaux éprouvaient malgré la largeur de leurs racines, il pratique sur le côté du thorax une incision longitudinale et non pas en forme de croissant comme Celse le recommandait.

M. Jobert, dans ce cas, a donc eu recours à la méthode ancienne ou méthode de Celse; il a réparé la perte de substance aux dépens de la peau voisine, disséquée et allongée par diverses incisions. Cette méthode repose sur le principe de l'étensibilité de la peau; c'est donc plutôt une sorte de tiraillement qu'un glissement. Aussi devons-nous faire remarquer que le lambeau doit avoir une certaine épaisseur, puisque une fois tirillé et mis en place, son épai-sour sera nécessairement diminuée. Après l'ablation de cette énorme tumeur, la perte de substance était si grande que le chirurgien a été obligé de mettre à profit les divers procédés connus pour recouvrir la plaie; et dans ce cas, qui eût pu embarrasser plus d'un opérateur, il a su combiner si heureusement les procédés qu'il en a fait, pour ainsi dire, un procédé nouveau. En effet, nous y trouvons la dissection de la peau du procédé ancien, les incisions longitudinales du procédé de M. Roux, de Saint Maximin, et enfin une incision verticale sur le côté, incision qui ne se retrouve dans aucun autre procédé. Quoiqu'il en soit, nous voyons dans ce cas une amputation de tout un sein cancéreux et une vaste plaie avec perte de substance se guérir complètement dans l'espace d'un mois seulement.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FRACTURES.

PAR M. BERTHERAND.

L'étiologie des divisions osseuses, dont nous allons nous occuper, nous présente généralement comme déterminante l'action d'une cause traumatique; chez les cavaliers, des coups de pied de cheval constituent une violence qui agit presque toujours directement; ce sont, chez les fantassins, des chutes, des rixes, etc. Nous ne mentionnerons pas de circonstance prédisposante en quelque sorte à la fréquence et à la facilité de ces lésions; elle réside dans les modifications imprimées au tissu osseux par le vice syphilitique, chez les individus qui en sont atteints. J'insiste à dessein sur cette constitution, que nous ont offerte quelques soldats porteurs de fracture. L'effet immédiat est de contrebalancer notablement les conditions heureuses dans lesquelles se trouvent les sujets jeunes et robustes de la classe militaire.

Au point de vue de leur siège, si les fractures offrent à priori d'autant plus de chances de prompt guérison qu'elles sont plus éloignées du tronc, que le membre est moins volumineux, que les os sont moins masqués par les chairs, comme à la jambe, par exemple, à l'avant-bras, par contre, il faut tenir compte des complications, du nombre des os brisés, de la position et des fonctions de ces pièces de la charpente humaine. L'immobilité des fragmens, si nécessaires pour leur soudure, n'est pas toujours facile à obtenir. Ainsi, que de difficultés quand on a affaire à une côte fracturée, bien que la lésion soit ici sous-cutanée, pour maintenir un os dont la mobilité s'accommode si peu des moyens de contention et dont les fragmens, d'ailleurs, peuvent porter des atteintes si graves sur les organes de la cavité thoracique! sous ce point de vue, rien donc d'absolu.

Si nous voulions faire l'histoire complète du sujet qui nous occupe, l'exposé des signes diagnostiques et différentiels se présenterait naturellement ici. Mais l'enseignement clinique diffère en cela surtout de l'enseignement écrit et des cours théoriques, qu'il considère bien plutôt les faits individuels que les lois et les préceptes généraux dans leur institution et leur application. Nous renvoyons donc à l'histoire particulière de chacun des cas qui vont nous appartenir, l'appréciation des phénomènes dont nous aurons besoin pour établir notre diagnostic.

Fractures de jambe, d'avant-bras, de côte, tels sont les faits pratiques desquels nous allons appuyer notre traitement, nos tentatives pour modifier les diverses méthodes usitées jusqu'à ce jour.

Que si nous abordons la thérapeutique, nous voyons deux modes généraux se partager le traitement des solutions de continuité des os. Des appareils à pièces de linge mobiles, simplement appliqués sur les membres, sont garnis et soutenus par des bandes, des attelles, ou bien, ces mêmes pièces, imprégnées de substances agglutinatives plus ou moins promptement siccatives, constituent autour des parties lésées une enveloppe qui se durcit bientôt, et les contient dans une véritable boîte, dont on ne peut au moins contester la solidité.

La nécessité de renouveler souvent les parties composantes des premiers, la perte de temps, si préjudiciable surtout quand on a affaire à un grand nombre de blessés, la difficulté, l'impossibilité même d'en assurer l'immobilité et la solidité, ont fait avec raison en réserver l'emploi pour des circonstances et des conditions toutes spéciales.

Si l'appareil inamovible dont nous avons parlé n'accuse point ces inconvénients, il faut convenir aussi que tel qu'il a été appliqué jusqu'à ces derniers temps, il a justifié de nombreux reproches. Ainsi, il est vrai de dire, qu'avant lui, les os emprisonnés tout d'abord dans de nombreuses pièces, échappent pendant toute la durée du traitement à la surveillance du chirurgien; il en est de même des parties molles qui les entourent lesquelles peuvent être lésées aussi, et réclamer l'intervention des topiques, de soins qui, dès-lors, n'y arriveront plus. Ajoutez que: 1o les attelles et bandes qui entrent dans sa composition ne pouvant jamais par le fait même de leur solidité, se modeler sur les saillies et enfoncements des surfaces qu'ils avoisinent, il en résulte une compression inégale douloureuse sur certains points; la pression générale que l'appareil exerce sur toute la périphérie du membre, en détermine l'atrophie et l'amaigrissement; 2o la multiplicité des pièces en rend l'assemblage difficile, quelquefois impossible à se procurer, et l'application toujours fort longue; 3o dans les cas de déviations et de déplacements des extrémités des os fracturés, ces moyens sont insuffisants pour remplacer les mains des aides, qui ont opéré le redressement en faisant l'extension et la contre-extension. C'est sous ce point de vue surtout que l'appareil de

M. Baudens a une incontestable supériorité pour remplacer parfaitement bien la main des aides pendant toute la durée du traitement, et pour prévenir tout déplacement ultérieur.

Ces imperfections dans les appareils journellement usités ont suggéré à quelques chirurgiens d'heureuses modifications reposant sur le principe, excellent d'ailleurs, qui en fait la base, l'immobilité. C'est pour parer autant que possible à ces défauts que M. Mayor, un des chirurgiens auxquels l'art des pansements est redevable d'une multitude de perfectionnements les plus ingénieux, a proposé la planchette. Cet appareil consiste à placer le membre malade sur une planche garnie de coussinets assez élastiques pour l'adapter à la configuration extérieure des parties. Des laniers, des cravates, servent de moyens de contention, que le praticien modère et dispose à son gré. Ici, comme on le voit, la partie postérieure du membre seule est en contact avec le pansement: toute le reste est à nu. C'est là un progrès dont l'art est redevable au chirurgien de Lausanne. Il va sans dire que la longueur de la planchette peut être augmentée ou diminuée selon toutes les circonstances, de manière à remplacer avantageusement les attelles des autres procédés.

L'appareil dont nous allons parler nous paraît avoir atteint à un haut degré de perfectionnement: il appartient à M. Baudens. C'est en 1831 que ce chirurgien s'en est servi pour la première fois: "Nous étions en marche, harcelés par les Arabes, dit-il, dans sa clinique des plies d'armes à feu (p. 483), et voici comment je fis un pansement à la tête. Un appareil simple et ordinaire recouvrait la jambe fracturée, et à défaut d'attelle, je brisai une caisse à biscuits me procurer une planche d'une longueur d'un mètre sur 54 centimètres de largeur, environ. Après l'avoir matelassé avec du foin, j'y plaçai le membre fracturé de manière à ce que les extrémités de ce plancher solide dépassassent de 10 centimètres le talon et d'autant l'articulation tibio-femorale. Les deux chefs d'une forte bande ayant été attachés sur la plante du pied, et deux autres chefs sur le genou, ces derniers furent ramencés sur la face postérieure de la planche, et fixés par un nœud avec ceux du pied. De la sorte, les deux extrémités de la planche qui dépassaient le genou et le talon faisant l'office de poulies, il fut aisé, en tirant sur les chefs des bandes, d'opérer une extension et une contre-extension douces, permanentes, parfaitement en équilibre pour remplacer la main des aides, maintenir les bords de la fracture en rapport et empêcher le chevauchement. Ainsi disposé, ce militaire fit route assis sur un mulet; il put au besoin saisir la planche à deux mains et porter lui-même sa jambe fracturée. A notre arrivée à Alger, je renouvélai cet appareil, que je conservai ensuite pendant 70 jours, après lesquels la consolidation fut terminée."

Depuis, cet appareil a été perfectionné: voici comment nous l'avons vu appliquer dans les salles de l'hôpital militaire du Gros-Chaillon. Il se compose d'une caisse à ciel ouvert, dont le plancher, d'un mètre de long sur 36 centimètres de large, est échancrée à son extrémité fémorale pour recevoir la brousse de l'articulation du genou. Les parois de la caisse sont mobiles à l'aide de charnières; elles peuvent s'abaisser au niveau du plancher, se relever et être fixées par des crochets à une planchette qui ferme la boîte à son extrémité digitale. Cette planchette, espèce de chevalet, est également articulée. Les parois de cette boîte sont hautes de 25 centimètres et percées de plusieurs rangées de trous qui donnent passage aux liens destinés à la coaptation des os brisés. Soit maintenant l'appareil à appliquer, par exemple, pour une fracture de jambe: on mettra sur la paroi inférieure un drap plié carrément en dépassant en tous sens d'environ 20 centimètres le plancher de la boîte. Entre les plis de ce drap on dispose une couche de crin épaisse de cinq travers de doigt, et plus abondante dans les points qui doivent correspondre aux dépressions de la face postérieure du membre sous le tendon d'Achille; de telle sorte que le talon n'ait aucun point d'appui. Sur le milieu du drap ainsi rembourré de crin, l'on place un bandage à dix-huit chefs, et par-dessus ce bandage on dispose une compresse longuette, dite talonnière, garnie de crin, destinée à s'emboîter sous le tendon d'Achille sans empêcher sur le calcaneum, et devant s'arrêter au milieu de la jambe. Cette talonnière présente un plan incliné du talon vers le mollet, rempli les dépressions de la face postérieure du membre, qu'elle déborde sur les côtés en lui formant un point d'appui, et prévient les douleurs du talon si souvent intolérables par les appareils ordinaires. Puis on dispose autour du pied et du genou, ainsi qu'il suit, les liens destinés à l'extension et à la contre-extension continues. Pour prévenir l'excoriation et une pression trop forte, il faut avoir soin de matelasser les malléoles avec des gâteaux de ouate que maintenant quelques jets de bande en forme d'étrier. Deux autres bandes sont fixées par leur partie moyenne à la plante du pied, en continuant l'étrier: ces quatre liens servent à l'extension. On procède de même sur le genou qui est entouré de ouate pour protéger les condyles; une bande de 2 mètres 50 centimètres est placée déroulée sur l'un et l'autre condyle, et maintenue à sa partie moyenne à l'aide de liens circulaires. Ces liens sont destinés à la contre-extension.

Le membre ainsi disposé est mis sur l'appareil. Les liens du genou sont réfléchis en haut sur le rebord du plancher qui dépasse le genou de 10 centimètres; ramencés ensuite à la face postérieure de la boîte, ils viennent se joindre aux liens du pied engagés dans les trous de la paroi digitale. Le membre étant ainsi dans une extension et contre-extension douce, continue et permanente, on pansé la plaie s'il en existe, puis on applique le bandage à 18 chefs; le drap qui déborde sur les côtés de la jambe est roulé à la manière de bandes pour former gouttière, et cette gouttière est soutenue par les parois de la boîte qui sont relevées et maintenues par des crochets. Quand il existe un déplacement selon le diamètre transversal des os on place sous le membre tel au point correspondant au déplacement la partie moyenne de deux bords de bandes dont les chefs sont ramencés en sens opposé dans les trous de l'une et de l'autre paroi de la caisse, de manière qu'ils fassent effort sur la pièce d'os déplacée et le ramènent dans une position normale. Cette puissance opposée d'action, ainsi obtenue par ces liens agit à la manière des doigts du chirurgien, quand, opposant le pouce aux autres doigts de la main, il remet en place les os brisés avec chevauchement latéral. Comme il est aisé de le concevoir, cet appareil à fracture a pour but de remplacer les mains des aides par des liens assez larges placés au pied (extension), au genou (contre-extension) et sur les côtés du membre (coaptation), dont l'action permanente ne peut manquer de maintenir les os dans un rapport parfait et de s'opposer à tout déplacement.

Les attelles, dangereuses, comme nous l'avons dit plus haut, et qui ont le grave inconvénient, dans les fractures compliquées, de pousser dans les chairs les esquilles qui ont

échappé aux recherches du chirurgien, sont exclues de l'appareil de M. Baudens. Cet appareil a l'inimmense avantage de permettre au praticien de faire sans aucun aide soit l'application, soit le renouvellement des pièces composantes, ce qui est fort important, comme on le conçoit du reste. Il est exempt d'un des graves reproches mérités par l'appareil inamovible, celui de ne pouvoir être utile dans les divisions osseuses compliquées de plaies ou de déviation des extrémités, et on peut dire qu'en permettant d'examiner la lésion avec une facilité remarquable et à volonté sans imprimer la moindre secousse au membre fracturé, il joint, sous le rapport de l'immobilité, de l'avantage de l'appareil inamovible, et à la fois de ce que présente de bon l'appareil ordinaire, sans en courir, comme lui, le grave reproche d'ébranler le travail du col chaque fois qu'on examine la fracture.

La réunion de quatre liens placés aux quatre angles de cet appareil a fourni un moyen de suspension dont on tire les meilleurs résultats surtout dans le traitement des fractures compliquées de plaies. Depuis une douzaine d'années M. Baudens ne traite pas autrement les fractures, on sait quels succès il a obtenus de ce traitement auprès de MM. les ducs de Nemours et de Bordeaux, le premier atteint d'une fracture d'oclécrâne, le second d'une fracture du col du fémur.

REVUE GÉNÉRALE.

Coups étrangers dans les voies digestives.—M. Bonchacourt conseille de se servir, pour faire l'extraction de ces corps, de l'instrument de Graef de Berlin, instrument qu'il regrette de ne pas trouver décrit, ni même indiqué dans les traités les plus récents de médecine opératoire.

Cet instrument consiste en une tige de baleine suffisamment épaisse et flexible, longue de 18 à 20 pouces, portant à l'une de ses extrémités une éponge solidement fixée, qui, au besoin, pourrait repousser le corps étranger si on ne pouvait l'extraire; à l'autre extrémité existe un embout d'argent qui supporte deux anneaux pleins et réunis dans leurs deux tiers inférieurs, à jour supérieurement en bas, et fixés dans une sorte de charnière à l'extrémité de la baleine. Ils donnent lieu par leur réunion à une sorte de cône, dont le sommet tronqué, très-moussu est en bas, et la base large et arrondie regarde en haut et présente dans ce sens un véritable événement. L'instrument ainsi construit, pénètre avec une grande facilité dans l'oesophage, et s'insinue sans peine, en raison de sa forme, entre les parois de cet organe et le corps étranger. Lorsqu'on le retire, au contraire, une de ses moitiés vient à raser la muqueuse, l'autre dépassant le corps étranger, celui-ci doit nécessairement être enlevé et entraîné." M. Bonchacourt cite plusieurs faits qui démontrent l'utilité de cet instrument.

En parlant des corps étrangers introduits dans le rectum et qui ne pouvant être extraits directement, M. Bonchacourt formule le principe suivant:

"Toutes les fois qu'un corps étranger, introduit dans le rectum, donnera lieu, dans les efforts d'extraction, à de vives douleurs, soit par sa direction, soit par son volume, on essaiera de le retourner sur lui-même de manière à présenter à l'orifice inférieur la portion la plus étroite, ou celle qui s'engagerait le plus facilement. Il faut toujours se rappeler, dans des cas de ce genre, la forme de l'intestin, le rétrécissement qui se termine inférieurement et la dilatation ou l'évasement qu'il présente en haut."

Des tumeurs nerveuses sous-cutanées et de leur traitement.—Il résulte des recherches de Dupuytren que ces tumeurs sont tout-à-fait étrangères aux nerfs; elles sont évidemment constituées par un tissu fibreux-celluleux; homogène, d'un blanc terne, sans vestiges de cavités ni de cloisons, d'une consistance fibreuse, fibre cartilagineuse. Elles paraissent formées de plusieurs couches concentriques, unies entre elles par un tissu cellulaire dense et serré, surtout dans les couches les plus extérieures. L'ongle enfoncé dans l'épaisseur de ce corps fait entendre un léger craquement; il est recouvert d'une enveloppe opaque, dense, fibre cellulaire, véritable kyste qui s'oppose à son développement, et détermine probablement les vives douleurs que ressentent les malades.

Ces tumeurs ont été plus fréquemment observées chez les femmes que chez les hommes. Tous les observateurs sont d'accord: 1° sur le développement très lent de ces tumeurs, qui n'acquiescent presque jamais qu'un très petit volume; 2° sur l'intensité des douleurs auxquelles elles donnent lieu; 3° sur l'impossibilité d'une résolution spontanée; 4° sur l'inefficacité des moyens locaux autres que l'opération; 5° sur la cessation complète des accidents obtenus par ce dernier moyen.

Deux cas de fracture de crâne, accompagnée de compression cérébrale chez de jeunes enfants; par M. Contini.—Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant âgé de 7 ans qui, étant tombé d'un pont, s'est frappé la tête contre une pierre. Il n'y a retour seul chez lui, mais aussitôt rentré il est tombé par terre, sans connaissance, a présenté des mouvements convulsifs, puis de la paralysie au côté gauche du corps et des vomissements. Il existait deux larges plaies à la région temporale droite. M. Contini y a trouvé fracture avec une dépression de deux fragments. Et à l'essai de les relever, mais il n'y a pu en venir à bout; il s'est proposé de pratiquer la trépanation le lendemain, et en attendant il a prescrit des saignées à la base du crâne, des fomentations d'eau froide à la tête, et intérieurement une potion sédative. Le lendemain, le malade était mieux, les deux fragments ont pu être relevés, puis ils se sont enflés et le malade guérit sous très peu, ce qui confirme la pratique moderne qui prescrit de ne pas trop se hâter à trépaner.

Le second fait est intéressant surtout à cause du jeune âge du sujet. Il s'agit d'un enfant âgé de 2 ans qui, étant tombé sur la tête d'une hauteur de 12 pieds, est resté comme mort sur le sol; on ne voyait qu'une énorme ecchymose sur le lieu frappé du péricrâne; il y avait perte de sentiment au côté droit du corps, des vomissements répétés, mouvements convulsifs. Le même traitement qui dans le cas précédent a triomphé, l'enfant ayant fini par guérir complètement.

Cas de mélastase purulente à la parotide; guérison; par M. Faen.—Un jeune homme, trente ans, maigre, robuste, s'est toujours bien porté jusqu'au mois de Mars 1844, lorsqu'il a été pris de pleuro-pneumonie dont il a été traité et guéri. Des causes morales tristes et des écarts de régime lui ont donné dans le mois d'Avril suivant une gastro-hépatite grave. L'état de faiblesse dans lequel il se trouvait n'ayant pas permis de pousser le traitement antiphlogistique aussi loin que le mal le réclamait, le visage du foie s'est terminée par suppuration; petite fièvre continue, phlogose d'un jaune terne; tristesse invincible, douleur obtuse dans l'hypochondre droit et dans l'épaule correspondante, maigreur générale, écoulement de sang oléagineux et fébrile par l'anus; tels sont les symptômes qui ont fait pressumer l'existence d'un travail suppurant sourd dans le foie. La vie du malade paraissait en danger, lorsque la parotide droite s'est gonflée; à mesure que ce gonflement faisait des progrès, les souffrances du foie diminuaient, ainsi que la teinte fébrile. Topiques émollients sur la parotide. Bientôt après un flux de mûtide purulente et sanguine a lieu dans la bouche à travers le conduit de Sténon; soulagement remarquable; le malade est passé presque comme instantanément de la mort à la vie. Guérison.

Abcès du foie, ouvert dans la cavité thoracique; par M. Saint John Hudson.—Un fermier, âgé de 38 ans, grand buveur de cidre, était malade depuis plusieurs mois, mais il ne s'est altéré que depuis un mois; il a beaucoup maigri, sa physionomie offre plutôt le cachet d'une affection du foie que des poumons; la conjonctive est jaunâtre

et les yeux enfoncés; les Jones présentent une teinte hécitique particulière; langue humide, mais sèche de jaune au centre; pouls 110, facilement compressible; urine rare et de couleur du porteur, déposant un sédiment épais sur les côtes et au fond du vase; la compression, sur la région de la face, produit un peu de douleur; pas d'apparence de pléurésie; pas d'apparence de douleur intense; fèces dures et de couleur olive foncée; sueurs nocturnes très abondantes, respiration courte et fréquente; toux de temps en temps, avec expectoration très-épaisse et de mucosités filantes. En explorant la poitrine par la percussion, on trouve à gauche un son naturel ainsi qu'àux deux tiers supérieurs du côté droit; mais le tiers inférieur de ce côté offre un son très-mat. En faisant faire une profonde inspiration, le malade éprouve beaucoup de peine dans cette dernière partie; le stéthoscope a donné les mêmes résultats. Le malade avait été traité comme phthisique jusque-là; M. Hudson a diagnostiqué une phlogose chronique de la portion convexe du foie, qui est en contact avec le diaphragme, prête à passer à la suppuration. Pronostic fâcheux.

Une semaine après, le patient expectore une énorme quantité de pus noir mêlé à de la bile; deux jours après, le malade est mort. A l'autopsie on a constaté l'exactitude du diagnostic; une énorme brèche existait au diaphragme, laquelle communiquait d'une part dans le foyer d'un gros abcès du foie, de l'autre dans la cavité des bronches. On commit quelques fautes pareilles à celle-ci, mais ils sont en très petit nombre. Le diagnostic était ici de la plus haute importance, surtout dans le principe de la maladie. Il est probable que si une erreur n'eût pas été commise sous ce rapport, il eût été possible de guérir ce malade, ou du moins de le mieux traiter en temps opportun. Nous avons vu, dans un mémoire de M. Bright que nous avons donné il y a quelques mois, que quelquefois l'erreur contraire est commise; une maladie du puitrin étant prise pour une affection du foie, au grand préjudice de la thérapeutique. On voit par là la grande importance de la méthode d'exploration analytique de la médecine française.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'emploi des saignées générales dans le cas de dysenterie.

M. le docteur Peysson, médecin militaire à Lyon, a pu se convaincre depuis plusieurs années des avantages incontestables que présentent les saignées générales sur les autres modes de traitement employés jusqu'ici pour arrêter dans son cours la dysenterie, cette affection si rapidement mortelle dans les grandes réunions d'hommes. En 1840, par exemple, pendant une épidémie qui régna parmi les troupes de la garnison, il a pu recueillir plus de trois cents exemples de guérison obtenus à l'aide de cette méthode de traitement aussi simple que facile.

M. Sennac, directeur de l'école préparatoire de médecine de Lyon, a obtenu deux succès remarquables en recourant aussi dans sa pratique à cette même médication. Malgré la faiblesse extrême dans laquelle ses malades se trouvaient plongés par suite des éjections alvines multipliées et des souffrances dont elles étaient accompagnées, il n'hésita pas à recourir à une abondante saignée du bras et les résultats furent si heureux qu'une seconde évacuation sanguine ne fut pas jugée nécessaire. Tous les accidents firent en quelque sorte suspendus immédiatement, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre. D'ailleurs, ce praticien affirme que les nombreux succès de M. Peysson, dont il a été témoin, l'ont rendu tellement certain de l'efficacité de la saignée générale dans la dysenterie isolée et compliquée d'autres phlogoses récentes ou anciennes, qu'il n'aurait pas balancé un instant à répéter la phlébotomie dans ces deux cas, si la première n'avait fait que soulager les malades.

Novellé préparations des cataplasmes.

Depuis quelque temps, sur la proposition de M. Durand, pharmacien des hospices à Caen, on a substitué, dans l'hôtel-Vieu de cette ville, un nouveau cataplasme à celui de farine de lin. Voici les motifs qui l'ont engagé en proposer l'emploi et qui en ont déterminé l'adoption:

1° Le cataplasme de farine de lin ne présente pas assez de légèreté; il est souvent même, pour la partie malade, d'un poids fort incommode.

2° Il a l'inconvénient de sécher trop promptement et n'entretient pas assez long-temps la moiteur de la peau.

3° Il occasionne souvent des éruptions qui, dans certains cas, pourraient n'être pas sans danger, etc.

La farine de lin, en un mot, fut-elle toujours parfaitement pure, ne répondrait aux besoins du malade, au vu du médecin que d'une manière imparfaite.

Or, cette substance ne se trouve guère dans le commerce à l'état de pureté naturelle; elle est souvent mélangée de tourteau ou d'autres produits dont l'action n'est que trop propre à paralyser celle du médicament, ou à produire un effet entièrement contraire. Ordinirement préparés de vieille date, elle a perdu, quand on l'emploie, sa propriété émolliente.

Le nouveau cataplasme n'offre aucun de ces inconvénients et réunit tous les avantages de celui de farine de lin. Léger, doux à la peau, onctueux, d'une application facile, composé d'un pur mucilage, il n'affecte jamais l'épiderme, ne produit jamais d'irritation; il continue trois fois moins, et s'emploie même dans toutes les circonstances, puisque les éléments purs s'en trouvent partout.

On le prépare en faisant bouillir un kilogramme de graine de lin entière dans vingt litres d'eau commune jusqu'à ce que le mucilage ait acquis, dans l'état d'ébullition, la consistance et la viscosité du blanc d'œuf. On mêle ensuite à la liqueur, avec soin, quatre onces cinq centigrammes de son et l'on ait enlever le tout quelque temps encore, afin que le son soit entièrement pénétré.

Déjà plusieurs établissements importants ont adopté ce nouveau procédé et s'en trouvent très-bien.

REVUE PHARMACEUTIQUE.

Julep antiseptique.

Pr. Camphre, 9 grains.
Alcool de citron, 36 "
Sirop simple, 1½ once.

Triturez dans un mortier de verre et ajoutez peu-à-peu:
Décocion de serpentaire, 5 onces.
Acétate d'ammoniaque, 2½ grains.
M. d'adm. : par cuillerée. Dans le traitement des fièvres graves avec dynamie.

Potion diaphoretique.

Pr. Acétate d'ammoniaque, 2½ grains.
Vin blanc, 5 onces.
Alcool de cannelle, 2½ grains.
Sirop de sucre, 1½ once.

Par cuillerée dans la journée.

Topique d'amidon. (Chaberly.)

Pr. Amidon en poudre, 8 onces.
Chlorhydrate d'ammoniaque, 54 grains.
Employé contre l'erysipèle.

Mixture de Bielt.

Pr. Sirop de fumetore, 14 onces.
de pensées sauvages, 3 "
Sulfite sulfuré de soude, 2½ grains.
Méléz. F. S. A. Deux cuillerées par jour. M. Bielt l'a employé avec avantage dans le traitement de plusieurs affections chroniques; et notamment contre l'eczéma et le lichen.

Julep émétique. (Itasori.)

Pr. Emétique, 6 grains.
Infusion de feuilles d'orange, 5 onces.
Sirop de sucre, 1 "
Contre la chorée. Une cuillerée toutes les deux heures.

Julep contro-stimulant. (Laënnec.)

Pr. Emétique, 6 grains.
Inf. de feuilles d'orange, 5 onces.
Sirop de gomme, 1 "
Par cuillerée tous les quarts d'heure. Dans le traitement de la pneumonie, de l'hépatite, et en général dans les inflammations parenchymateuses.

Electuaire au soufre.

Pr. Soufre sublimé et lavé, 1½ once.
Bitartrate de potasse, 3 "
Essence de citrons, 6 grains.
Sirop de sucre, Q. S.

Pour faire une électuaire solide.
Employé comme relâchant, à la dose de 2 gros à 2 onces. Dans les constipations et les hémorroïdes.

Poudre stibio-optacée.

Pr. Ext. d'opium en poudre, a. a. 2 grains.
Émétique, 3 "
Sucre de lait, 1½ once.
Sucre, 1 "
Divisez en 12 paquets; on en prendra un le matin, un le soir, dans un verre d'eau. Dans les bronchites chroniques et dans la phthisie, au premier degré.

Pilules contre l'épilepsie. (Vallerand.)

Pr. Sous-sulfate de Bismuth, 20 grains.
Ext. de quinquina, 36 "
de jusquiame, 9 "
Faites 12 pilules, à prendre 2 par jour.

Pilules nitreuses-camphrées. (Charles Bell.)

Pr. Nitrate de potasse, a. a. 20 grains.
Camphre, 1 "
Sirop simple, Q. S.
Faites quatre pilules; une le matin, une le soir. Dans la blennorrhagie aiguë.

Potion sédative. (Fouquier.)

Pr. Poudre de digitale, 4 grains.
Sous-acét. de plomb-liquide, 5 gouttes.
Sirop de fleurs d'orange, 1½ once.
Triturez le tout ensemble dans un mortier de verre; ajoutez peu-

à-peu:
Infusion de coquelicot, 6 onces.

Par cuillerée dans la journée. Dans les cas d'hypertrophie du cœur. Agitez la bouteille chaque fois.

Pilules de digitale. (Withering.)

Pr. Poudre de digitale, a. a. 90 grains.
d'assa-fœtida, 5 "
Faites avec sirop des cinq roses, Q. S. 100 pilules. Dose: une d'abord, puis deux; on élève la dose successivement.

Décocion blanche. (Sydenham.) (E. H. P.)

Pr. Corne de cerf calcinée, 2 gros.
Mie de pain blanc, 6 "
Gomme arabique, 2 "
Sirop de sucre, 2 onces.
Eau distillée de cannelle, 2 grains.
Eau, 2 litres.

On triture la corne de cerf dans un mortier de marbre, on ajoute la mie de pain, et l'on triture encore. On met le mélange sur le feu avec 8 ½ d'eau, on ajoute la gomme, on fait bouillir une demi-heure, on passe, on ajoute le sirop et l'eau de cannelle.

C'est un remède très-souvent prescrit dans les diarrées chroniques.

Pilules d'assa-fœtida hyposciamées.

Pr. Assa-fœtida, 54 grains.
Ext. de jusquiame, 10 "
Baume de l'orou, Q. S.
Huile de sucin rectifié, Gt. XX.

Faites pilules de 4 grains.

M. d'adm. : six par jour. Hystérie, Névralgies, asthme, tétanos.

Décocion de seigle ergoté.

Pr. Ergot de seigle concassé, 1 gros.
Faites bouillir dans:
Eau, 6 onces.

Ajoutez:
Sirop de sucre, 1 "
M. d'adm. : une cuillerée toutes les cinq minutes. L'émoussément laborieux par l'inferté de la matrice; hémorragie de l'utérus.]

Barie astringente martiale.

Pr. Oxide noir de fer, 2 gros.
Barie forte commune, 2 lbs.
M. d'adm. : par demi-verre plusieurs fois par jour. Aménorrhée, chlorose, scrofules.]

Poudre de magnésie.

Pr. Magnésie calcinée, a. a. 90 grains.
Rhubarbe en poudre, 1 "
Divisez en quinze prises.

A prendre à toute époque de la vie. Dans le traitement de la gastralgie.

Poudre purgative.

Pr. Poudre de jalap, 34 grains.
Sulfate de soude, 1½ once.
Divisez en trois parties égales.

A prendre toutes les deux-heures jusqu'à effet purgatif. On déloue chaque dose dans un verre de bouillon aux herbes. C'est un purgatif aussi efficace qu'économique.

Poudre d'élaterine. (Bright.)

Pr. Elaterine en poudre, 4 grains.
Crème de tartre, 1 once.
Divisez en 60 paquets.

Administrez un paquet toutes les deux ou trois heures, suivant l'état. Cette poudre agit avec de très abondantes selles liquides. Consigliée dans la maladie de Bright.

LA LANCETTE CANADIENNE,
Journal Médico-Chirurgical,
Publié à MONTRÉAL PAR LE DOCTEUR J. L. LEPROHON.

Ce journal se publie le premier et le quinze de chaque mois.
L'abonnement est de quatre piastres par année, payable par semestre et invariablement d'avance.

Toutes lettres, communications et pièces scientifiques devront être adressées (affranchies) au bureau du Rédacteur, No. 31, Rue McGill.

Pour annonces, avis, etc., s'adresser chez M. M. Lowell et Gibson.
Imprimé pour le Propriétaire par Lowell et Gibson, Rue St.-Nicolas.