

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.

L'ABEILLE MÉDICALE

Journal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

Vol. II.

AOUT 1880.

No. 8.

Amor sui, læsio sui est.

“Montréal tend à se placer de l'avant comme centre d'enseignement médical en Canada.”

Certes, nous le croyons ; et, nous en sommes d'autant plus persuadés que cette tendance s'est manifestée depuis de nombreuses années. En effet, lors de l'établissement de l'Université McGill en 1833, Montréal tendait à se placer de l'avant ; plus tard, lors de la fondation de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, en 1843, Institution qui a pour but de donner aux Canadiens-Français l'enseignement médical dans leur langue maternelle, sous l'égide bien-aimé du vénérable Evêque de Montréal, Mgr. Bourget, Montréal tendait encore à se placer de l'avant comme centre d'enseignement médical en Canada.

“Ce n'est donc pas se brûler de l'encens que de le répéter.”

Aussi, n'est-ce pas seulement depuis qu'une jeune institution s'est implantée ici que Montréal a une telle tendance ; car Montréal a toujours visé à de plus nobles destinées que de devenir la subalterne d'une ville étrangère. Ce qui a fait la prospérité de Montréal, tant sous le rapport intellectuel que pour le commerce et l'industrie, c'est qu'elle a mis en pratique cet axiôme de la sagesse : *Méprise un secours étranger.*

Cependant, il existe des personnes qui veulent à tout prix

se brûler de l'encens ; non contents de se faire distribuer des éloges par une personne qui éprouve le besoin de parler de leur zèle et de leur dévouement qu'elle a été si bien à même d'apprécier et d'admirer. Ils reconnaissent sans doute là que la valeur des louanges dépend de la personne qui les donne. Peut-être aussi, par humilité, voulait-on faire souvenir de ce mot de l'Ecclésiaste : "*Ante mortem ne laudes hominem quemquam.*"

Mais, si on sait bien se brûler de l'encens, on n'ignore pas non plus l'art de faire des insinuations. C'est ainsi que dans une assemblée tenue le 21 juin 1880, une personne bien connue parlant de l'obtention de degrés académiques par quelques candidats, disait : "Sûrs du doctorat ailleurs, ils ne pourraient, chez nous, à moins de recommencer un examen *pénible*, prétendre qu'à la licence etc." Nous aimerions à savoir comment ces jeunes messieurs étaient sûrs du doctorat ailleurs. Il faut donc qu'on ait trouvé qu'ils avaient reçu une éducation médicale supérieure à celle qu'on donnait, pour pouvoir les assurer qu'ils étaient sûrs du doctorat ailleurs, malgré un examen pénible. Dans tous les cas, c'était plus qu'on pouvait dire, et une personne qui se respecte ne pouvait faire une telle affirmation.

C'est ainsi que l'on dit que l'un des projets de loi présenté par M. Taillon à la Législature Provinciale était à l'instigation de la Faculté de Médecine de Victoria. Nous pouvons en tout aise défier qui que ce soit de prouver cet avancé.

Mais si on se contentait d'insinuation ! On va même plus loin !

C'est ainsi que l'on prétend que le droit de représentation au Bureau Provincial de médecine est aussi juste pour la Faculté de Médecine à Montréal de l'Université Laval de Québec qu'il l'est pour la Faculté de Médecine à Montréal de l'Université Victoria de Cobourg. Et cependant l'on sait fort bien que ce droit de représentation appartient à l'Ecole incorporée de Médecine et de Chirurgie de Montréal !

C'est ainsi qu'on lit dans un certain discours officiel que la

faculté de droit a compté l'année dernière 40 élèves ; et pourtant l'annuaire déclare qu'il y en a eu 46.

Quant à la faculté de théologie, nous nous attendions depuis longtemps qu'il y aurait une couple de candidats, mais nous avons été surpris de voir dans le même certain discours officiel que 40 élèves ont pu obtenir le certificat d'aptitude au grade de bachelier en théologie, et notre surprise s'est accrue en voyant dans l'annuaire qu'il n'y en avait que 3.

Nous apprenons en outre par le même discours que 40 élèves forment le bilan régulier de la première année de la faculté de médecine, et cependant le même annuaire démontre qu'il y en avait 41.

“ Nous ne devons pas être plus superstitieux que Saint Augustin ; mais il nous est bien permis de l'être autant que lui, et de croire à l'heureux présage de ce nombre, 40 ” quand il existe. Mais quand il n'existe pas.....

Hormis que Saint Augustin ait fait comme les notaires, qu'il ait spécifié le chiffre 40, plus ou moins, sans garantie de poids ou de mesure.

C'est ainsi qu'en cherchant à se brûler de l'encens, on tend à se mettre de l'avant pour se faire contredire avec raison ; aussi pouvons-nous appliquer à ces quelques personnes ces paroles :

Amor sui, læsio sui est.

GÉNÉROSITÉ.

Mr. le Dr. P. A. C. Munro, un des fondateurs de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et Professeur de chirurgie vient de faire don à cette Institution d'une centaine d'ouvrages de médecine et de chirurgie, dont la plupart sont des ouvrages très-précieux et rares.

Nous espérons que les médecins de la ville et de la campagne suivront ce bel exemple, en faisant parvenir à cette institution des livres sur les différentes branches de la médecine, dont qui seront reçus avec reconnaissance.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Des Hernies.

Par M. le Professeur MUNRO.

Errata.—Dans le dernier numéro de l'*Abeille Médicale* il s'est glissé une erreur au sujet de la Hernie crurale ; l'on dit que, pour éviter la mort par la division de l'artère obturatrice ou autres, nous avons à suivre la règle de Sir A. Cooper qui nous fait éviter l'artère épigastrique qu'elle soit oblique ou droite. Lisez : il n'existe pas de règle comme dans la hernie inguinale pour nous faire éviter les hémorrhagies et la mort ; car cela est arrivé aux premiers chirurgiens.

HERNIE OMBILICALE.

L'opération de la hernie ombilicale peut devenir nécessaire même dans les cas de grossesse. D'après mon expérience il y a peu de succès à en attendre ; et il serait à désirer que ceux qui auraient de ces cas en fissent l'autopsie afin de connaître la cause du peu de succès que nous en avons eu, et s'il ne se rencontrerait pas des cas tels que cités dans la hernie inguinale où il y avait plusieurs étranglements, et qui alors nécessiteraient de faire sortir les intestins *afin de diviser les strictures.*

Gastrotomie ou Ovariectomie.

Par H. A. MATHIEU, Etudiant en Médecine.

La gastrotomie ou ovariectomie est une opération de notre temps et qui demande de notre part beaucoup d'étude avant de pouvoir établir des règles certaines pour tous les cas. On craignait autrefois la péritonite et les hémorrhagies par la lésion des organes tels que le foie, les reins, la rate ; mais aujourd'hui l'on sait que les hémorrhagies ne sont pas de conséquence quand on intéresse le parenchyme, excepté lorsqu'il y a lésion des artères de première classe. Cette opéra-

tion peut être pratiquée pour le kyste des ovaires, pour les tumeurs fibreuses, dans les cas de grossesse tubaire, dans les cas d'invagination des intestins, opérations césariennes, tumeurs dépendantes de la matrice, et pour l'enlèvement de la matrice même.

Il y a 50 ans Fuchsius a ouvert l'abdomen chez un homme qui souffrait de constipation depuis 10 jours, il trouva deux pieds d'intestins dans un état d'invagination, après l'avoir réduit et avoir fermé l'abdomen il obtint un succès parfait.

D'après une lettre adressée à M. le Dr P. Munro en 1839 par son patron M. le Dr Robert Nelson, alors résidant à Brocklyn, on lit un post scriptum où il annonce qu'il a ouvert l'abdomen deux fois avec succès dans un cas de kyste d'ovaires et dans un cas d'une tumeur fibreuse qui pesait 20 livres, ses incisions s'étendaient depuis les cartilages enciformes jusqu'au pubis, et il y avait beaucoup d'adhérence.

D'après une conversation que j'eus avec M. le Dr Hingston celui-ci serait du même avis que M. le Dr Munro : Que M. le Dr Robert Nelson serait le premier chirurgien qui ait acquis le mérite d'avoir pratiqué pour la première fois cette opération dans le Bas-Canada.

Le Dr Ephraïm McDowell, de Kentucky, élève de John Hunter, fut le premier médecin qui pratiqua cette opération. Il eut du succès dans plusieurs cas, mais aussi des insuccès qui faillirent l'exposer à la mort.

Le Dr Gilman Kimball, de Lowell, Etats-Unis, a opéré au-delà de 250 fois.

Mais celui qui a surpassé tous les autres est Spencer Wells qui, dit on, est rendu à son millième cas.

OVARIOTOMIE.

M. le Dr George Whyte, ancien élève du Dr Hingston, établi à Elgin en Ecosse, vient d'opérer son cinquième cas, toujours avec succès, et sans se servir d'acide carbolique en aucun cas.

Traitement de la métrite chronique

Par T. GALLARD.

(Suite.)

b. L'action des émissions sanguines locales doit être aidée par celle des bains, des grands bains, dont je vous ai parlé, et de certains moyens locaux qui n'agissent comme eux, que par la chaleur humide qu'ils entretiennent. Les bains de siège, tièdes, et dont la durée doit être prolongée au moins vingt-cinq ou trente minutes, n'offrent aucun avantage sur les grands bains, qu'ils remplacent en partie, mais ils ont l'inconvénient d'imposer à la malade une attitude fatigante qui la force bien vite à y renoncer. Cet inconvénient n'existe plus lorsqu'on prend le bain de siège froid ou simplement frais, parce qu'alors on y séjourne beaucoup moins longtemps, surtout si les bains de siège sont tout à fait froids et à courant continu, comme je les prescris fort souvent au début de la métrite chronique, à titre d'antiphlogistique, lorsqu'il se produit des poussées inflammatoires et que la phlegmasie, portant plus particulièrement sur la muqueuse, donne lieu à des métrorrhagies.

Les cataplasmes émollients, placés sur le ventre, les lavements émollients, les injections émollientes et narcotiques exercent aussi une action sédative, qui en fait des moyens utiles comme adjuvants de la médication locale antiphlogistique. Les injections vaginales demandent, pour pouvoir produire un bon effet, à être administrées avec quelques précautions, auxquelles vous trouverez les malades rarement disposées à se soumettre. Il faut que le liquide reste un certain temps en contact avec le col utérin, et non-seulement cela n'a pas lieu lorsqu'on se contente de faire, comme il est d'usage, l'injection, la femme étant simplement accroupie et le tronc restant dans la station verticale, mais même il est douteux que, dans cette attitude, le liquide injecté puisse arriver toujours jusqu'au museau de tanche. Les choses se

passent tout autrement lorsque l'injection est faite la femme étant couchée, étendue sur le dos ; et c'est cette position qu'il faut toujours recommander.

J'ai vu une dame de l'Amérique du Sud remplacer les injections, que je lui avais prescrites, par une sorte de bain local, fort usité, m'a-t-elle dit, dans son pays, et qui offrait cet avantage de laisser le liquide médicamenteux pendant un temps assez prolongé en contact avec les parties malades. Elle se mettait dans la position que M. Sims fait prendre pour appliquer son spéculum univalve ; c'est-à-dire à genoux sur son lit, le corps incliné en avant, de façon à faire un angle aigu avec les cuisses demeurées verticales, et la tête appuyée sur les deux avant-bras réunis. Dans cette attitude le périnée occupant la partie la plus élevée, il suffisait d'entr'ouvrir les grandes lèvres pour pouvoir, à l'aide d'un vase en forme de théière, verser dans le vagin une certaine quantité de liquide qui, remplissant sa cavité, baignait le col et y demeurait tant que la malade ne changeait pas de posture.

Ces bains locaux fort utiles, et que nos compatriotes n'accepteraient pas sans une certaine résistance, ont absolument la même action que les cataplasmes vaginaux, qui ont été fort en usage pendant un temps, et auxquels on a eu tort de renoncer malgré les difficultés de leur application. Il serait bon que les médecins se décidassent à les remettre en usage, ne fût-ce que pour faire cesser le charlatanisme éhonté de certains exploiters dont tout le secret consiste à placer dans le vagin des sachets remplis de substances émollientes qui, se délayant au contact des mucosités vaginales, finissent par se transformer en véritables cataplasmes.

c. A cette période plus avancée de la maladie, les fondants nous fourniront des topiques qui pourront être avantageusement employés de la même manière. Vous me voyez assez souvent, lorsque l'utérus est très-volumineux et que, sur la surface du col, les marbrures jaunâtres de la deuxième période succèdent à la coloration violacée de la première,

appliquer au fond du vagin un tampon d'ouate contenant à son intérieur un peu d'iodure de potassium (de 50 centigrammes à 1 gramme), et le laisser en place pendant vingt-quatre heures. Les mucosités vaginales, imbibant le tampon, finissent par dissoudre le sel iodé, dont l'action topique se trouve ainsi continuée dans des conditions plus favorables que s'il avait été employé sous forme de pommade. Il arrive parfois que l'iodure de potassium, ainsi employé, exerce une action irritante et provoque une exulcération de la muqueuse du col du vagin, mais cela n'a pas la moindre importance fâcheuse; je dirais même presque : au contraire, car j'ai à vous parler de moyens plus énergiques et dont l'action révulsive doit s'exercer justement en provoquant une déperdition de substance, au moins sur la muqueuse de la portion vaginale du museau de tanche.

d. Tous les caustiques, depuis les plus énergiques jusqu'aux plus légers, aux simples cathérétiques, ont été employés, dans le but de déterminer sur l'utérus chroniquement enflammé une révulsion susceptible de provoquer la résorption des produits plastiques déposés et organisés dans son tissu.

Le plus utile de tous à ce point de vue est bien certainement le fer rouge, dont nous devons à Jobert d'avoir vulgariser l'usage, et qui, après avoir été repoussé, est aujourd'hui employé par tous les praticiens qui ont à traiter des affections utérines. Lorsque vous aurez l'occasion de l'appliquer, vous devrez toujours vous servir d'un spéculum plein, pour découvrir le col sans que le vagin puisse être atteint par le fer rouge. Vous aurez soin que le col fasse seul saillie dans l'aire du spéculum et qu'aucun repli du vagin ne s'y présente avec lui; car si vous cautérisiez le vagin, vous vous exposeriez à des accidents de plusieurs sortes, dont l'un immédiat : l'inflammation pouvant se prolonger jusqu'au péritoine; dont d'autres plus éloignés auraient des conséquences également fâcheuses, comme par exemple la formation de brides cicatricielles succédant à la chute des eschares et produisant le rétrécissement du conduit. Pour mieux protéger le vagin, on

a fabriqué des spéculums avec des corps mauvais conducteurs du calorique, comme le bois, la corne, l'ivoire, etc.; mais, quand la cautérisation est faite avec rapidité, les parois d'un spéculum métallique n'ont pas le temps de s'échauffer suffisamment pour que le rayonnement s'étende jusqu'à la muqueuse vaginale, et faute d'autre, vous pouvez très-bien prendre un spéculum en métal. Seulement il ne faudra pas négliger de le rafraichir après chaque application du fer rouge, en injectant un peu d'eau froide dans sa cavité, avant de le retirer. Cette précaution, qu'il faut toujours prendre, même quand on se sert d'un spéculum en bois ou en ivoire, est surtout indispensable lorsque, ayant à cautériser profondément, on porte plusieurs fois de suite le cautère sur le col, ou que, à l'exemple de Jobert, on y éteint successivement plusieurs fers rouges dans la même séance.

Jobert tenait essentiellement à ce que son fer fût toujours rougi à blanc; Scanzoni, au contraire, pense qu'il suffit de le porter à la température du rouge sombre. Sans avoir à cet égard toutes les exigences de mon ancien maître, je tiens cependant, comme lui, à ce que les cautères dont je me sers aient une température assez élevée pour pouvoir bien calciner la portion de tissu avec laquelle je les mets en contact. Lorsque le fer n'est pas assez chaud, les tissus lui adhèrent sans être brûlés et se déchirent par lambeaux, au moment où on le retire; je vois à cela de nombreux inconvénients, qui ne me paraissent être compensés par aucun avantage.

Bonnafont remplace le fer rouge par de petits cylindres de charbon qu'il monte sur un porte-crayon pour pouvoir les porter sur le col, après les avoir enflammés. Ils sont composés de poudre de charbon très-fine et solidifiée par son mélange avec de la gomme adragante. Dans le principe il y avait ajouté un peu de salpêtre pour faciliter la combustion, mais cette substance a dû être supprimée à cause de la déflagration à laquelle elle donnait lieu. La cautérisation produite par cet emploi direct du feu est souvent suffisante; mais ces petits cylindres de charbon s'éteignent assez facilement quand

ils sont en contact avec les tissus à cautériser, qui fournissent toujours du sang ou d'autres liquides, et alors il faut ou les rallumer ou en avoir un certain nombre de préparés à l'avance, ce qui complique nécessairement l'opération et la fait durer plus longtemps. Ce ne serait là qu'un mince inconvénient, puisque la cautérisation du col utérin est absolument exempte de douleur ; j'en trouverais un plus sérieux en ce que l'on ne peut pas mesurer l'action caustique avec autant de certitude et de précision que si l'on se sert de fer rouge ; et cela a une grande importance à mes yeux, car le succès du traitement par la cautérisation est, suivant moi, tout entier dans la façon dont on la pratique, en graduant l'intensité de son application suivant les cas.

Cette application peut être faite aux deux périodes de la métrite chronique ; mais, en raison des différences anatomiques qui caractérisent chacun de ces deux états, elle se proposera deux buts tout à fait différents.

S'il s'agit d'une métrite au premier degré, avec un utérus volumineux, dont le tissu est rouge et mollasse, dont la muqueuse fortement injectée est le point de départ d'hémorrhagies fréquentes, la cautérisation devra être pratiquée profondément, avec vigueur, de façon à produire une eschare épaisse, pénétrant assez avant dans les tissus, dont l'élimination demandera un temps assez long pour que les vaisseaux soient oblitérés au moment où elle détachera, dont la cicatrice sera assez épaisse pour qu'en se rétractant elle puisse, par une sorte de compression exercée sur les tissus voisins, en exprimer les liquides (sang ou sérosité) qui y stagnent.

S'agit-il, au contraire, d'un utérus exsangue, anémié, comme il l'est dans la seconde période, on devra bien plutôt songer à ranimer sa vitalité, à activer la circulation qui menace de s'éteindre dans ses vaisseaux en partie oblitérés, et alors on demandera à la cautérisation d'exercer surtout son action stimulante. Pour cela, elle devra être légère, superficielle et ne produire qu'une eschare fort mince, s'éliminant en peu de temps, de façon à permettre d'y revenir

plus souvent. C'est en cas pareil que la cautérisation superficielle avec un jet de gaz, que Nélaton avait introduite dans la pratique, peut trouver son indication.

Quant à la cautérisation avec un cautère chauffé par le courant électrique, que Becquerel avait tenté de vulgariser, elle ne présente aucun avantage spécial, et a tous les inconvénients qui résultent d'un outillage très compliqué et très difficile à manier. C'est ce qui m'y a fait renoncer, tout en reconnaissant que le cautère thermo-électrique donne absolument les mêmes résultats que le fer rougi au feu et permet de pourvoir aux mêmes indications. Le thermo-cautère de M. Paquelin m'offre de bien plus grands avantages, en ce qu'il est d'un transport et d'un maniement plus faciles ; aussi me voyez-vous l'employer de préférence toutes les fois que je juge utile de recourir à la cautérisation actuelle. Il est surtout préférable à tout autre moyen lorsqu'on veut pratiquer ce que M. Courty appelle l'*ignipuncture*, qui consiste dans la cautérisation profonde du tissu utérin avec des tiges de très petit diamètre. On y a surtout recours dans les cas de tuméfaction considérable du col, sans ulcération, et on la pratique en enfonçant une petite tige métallique rougie à blanc sur plusieurs points de la surface du museau de tanche et la faisant pénétrer jusqu'à une profondeur de 1 à 2 centimètres.

Les caustiques chimiques, qui ont une action très énergique, comme la potasse, le caustique de Vienne, le caustique Filhos, le chlorure d'antimoine, ne peuvent pas être employés dans les mêmes conditions que le cautère actuel, ni avec le même succès ; d'abord, parce qu'ils fusent trop et que par conséquent on ne peut pas limiter leur action à volonté ; puis, parce qu'ils donnent lieu à des eschares mollasses, bien différentes des eschares sèches du fer rouge, et qui, en se détachant, facilitent souvent la production de nouvelles hémorragies, tandis que l'un des buts principaux de la cautérisation est d'arrêter les écoulements sanguins.

La cautérisation actuelle, dont je viens de vous signaler les avantages, a aussi ses dangers, et je ne dois pas vous les

laisser ignorer, ne fût-ce que pour éviter de compromettre à vos yeux ce précieux moyen de traitement, si dans votre pratique il vous survenait quelqu'un de ces mécomptes qu'il est toujours possible de prévenir. Je vous ai dit les précautions à prendre pour éviter de cautériser le vagin, ou même de l'échauffer outre mesure à travers le spéculum. Ce n'est pas là qu'est le plus grand danger, mais bien dans l'état des organes voisins de l'utérus, principalement des ovaires et des trompes. Si ces organes ne sont pas dans un état d'intégrité parfaite, si surtout ils sont enflammés, et à plus forte raison si une phlegmasie ayant eu son point de départ soit dans ces organes, soit dans le tissu cellulaire péri-utérin, a gagné le péritoine pelvien, abstenez-vous de toute espèce de cautérisation. Cette règle est absolue, vous la suivrez rigoureusement et sans la moindre exception, si vous ne voulez pas vous exposer à voir vos malades mourir de péritonite, peu de temps après la cautérisation : mais c'est là, à peu près, la seule contre-indication formelle, et, sauf ce cas, cette opération peut être pratiquée sans le moindre danger.—(*Bulletin général de Thérapeutique*).

(*A continuer.*)

Le gui comme succédané de l'ergot.

W. Long recommande la teinture, l'infusion, et surtout l'extrait de gui (*viscum album*) à la place de l'ergot dans les cas d'hémorrhagie de l'utérus comme un remède très-efficace qui lui a été enseigné par une personne de la campagne comme un remède domestique chez les paysans. W. Long a employé les diverses préparations du gui avec succès pendant plusieurs années dans des cas où l'ergot n'avait aucune action.—“*Pharm. Zeitschr für Russland*”. “*Chem. & Drug*.”

Des rapports des maladies de l'œil avec les maladies en général.

(Suite.)

Les lésions de la moëlle épinière peuvent amener des changements dans la pupille et la rétine. Le fait, reconnu par Argyll Robertson, que dans les affections chroniques de la moëlle épinière, le rétrécissement des pupilles n'est pas dû à la contraction par la lumière, mais au contraire quand un effet de l'accomodation a lieu, ce fait d'après Knapp est reconnu dans les lésions de la moëlle épinière. Albutt trouve des changements de la rétine en rapport avec les lésions de la moëlle épinière, tel que augmentation de rougeur de la papille optique, que les contours n'en sont pas distincts, les veines sont détendues et tortueuses, mais il n'y a pas de névrite véritable. Il y a plutôt tendance à la guérison qu'à l'atrophie. Le changement dans la vision peut être considérable, et peut être de peu d'importance. Plus le siège de la lésion de la moëlle épinière est élevée, plus les troubles qui affectent la vision apparaissent de bonne heure. Albutt considère qu'une méningite secondaire subaigüe siégeant à la base du crâne, ce que l'on trouve souvent à la suite d'examen post-mortem, est la cause de ces troubles, et il combat l'hypothèse de Wharton Jones, qui prétend que les maladies de la rétine, viennent d'une affection du *sympathique*, plus particulièrement de paralysie des nerfs vaso-moteurs. L'état des pupilles est d'une grande valeur dans le diagnostic des maladies de la portion cervicale du nerf grand sympathique. Nous connaissons plusieurs cas, où une tumeur sarcomateuse du cou, tumeur cancéreuse et cicatrice du cou, comprimant le nerf grand sympathique, avait amené la contraction de la pupille du côté correspondant. On a observé d'un autre côté la dilatation de la pupille, ce qui était dû à l'irritation du nerf grand sympathique, suite des écrouelles ou de tumeur inflammatoire. Un cas a été rapporté (Czermak) où la dilata-

tion de la pupille pouvait être produite en pesant avec le doigt sur la tumeur du cou.

De tous les symptômes qui ont rapport au nerf grand sympathique, la myose est le plus fréquent et celui qui dure le plus, tandis que les troubles vaso-moteurs n'apparaissent que de temps en temps, et varient dans certaines conditions.

Les lésions de la portion cervicale du nerf grand sympathique et de la moëlle épinière, causées par des projectiles ou des plaies béantes, occasionnent des contractions pupillaires du côté correspondant.

La pupille resserrée qui survient à la suite de la paralysie du nerf grand sympathique, se contracte peu à la lumière, et se dilate moins à l'obscurité que la pupille à l'état normal, ce qui fait que la différence dans la grandeur de la pupille, à une faible lumière est plus frappante, spécialement chez les jeunes sujets. La pupille se dilate à l'application de l'atropine, mais pas autant que la pupille saine, et la forme de la pupille montrera dans quelque cas une déviation d'un cercle régulier.

La paralysie de la portion cervicale du nerf grand sympathique produira différents changements visuels; mais généralement, qu'après que la maladie fondamentale aura duré quelque temps. Horner fut le premier qui a étudié ces symptômes. En 1869 il attira l'attention sur la coïncidence qui existait simultanément d'une légère ptosis et de la contraction des pupilles, symptôme observé par plusieurs autres mais dont on avait jamais parlé auparavant, il considérait ce symptôme comme étant le résultat d'une maladie du nerf grand sympathique.

De la paupière supérieure, comme à la paupière inférieure, des bords postérieurs du tarse, originent des fibres musculaires lisses qui courent postérieurement sous la conjonctive. Ces fibres musculaires lisses sont sous l'influence du nerf grand sympathique, et dilatent l'ouverture palpébrale. Ceci a été démontré par des expériences faites par Wagner et Miller sur des individus décapités, chez qui on excita le nerf grand

sympathique. La paralysie du nerf grand sympathique devra produire un rétrécissement de l'ouverture palpébrale dû à la chute de la paupière supérieure, et à l'élévation de la paupière inférieure. Cette ptosis cependant ne recouvre jamais entièrement la pupille. Les troubles vaso-moteurs sont généralement apparents dans la première ou seconde période.

Durant la première période, les symptômes bien reconnus de la paralysie du nerf grand sympathique se montrent par une augmentation de la température, de transpiration, et par une rougeur excessive. Les symptômes de la seconde période sont ceux qui dépendent de l'atrophie des tissus. Le côté sur lequel se trouve le nerf paralysé, devient d'une couleur pâle, d'une température basse, et il n'y a pas de transpiration. Ces symptômes sont stables pendant les deux périodes. Une diminution de la tension du globe de l'œil, a souvent, mais non constamment, été remarquée dans des cas de paralysie du nerf grand sympathique. Il n'existe aucune explication satisfaisante de ce symptôme, qu'on peut reproduire expérimentalement par la division du nerf grand sympathique. Dans des cas de longue durée de paralysie de ce nerf on a observé un affaissement du globe oculaire dans l'orbite ; ceci est dû dans bien des cas au développement graduel de l'atrophie du tissu cellulaire de l'orbite. A l'opposition de cette paralysie, Brunner cite un cas où il y avait irritation continue du nerf grand sympathique, et où l'ouverture palpébrale était plus grande, et la réaction était lente. Le côté gauche de la face de ce paralytique était pâle, chétive et sèche.

Depuis peu, l'hémicranie a été considérée comme une névrose des vaso-moteurs, ou comme une maladie du nerf grand sympathique. Ceci est dû à Dubois Raymond, dont l'attention a été premièrement attirée par le fait que l'artère temporelle se contracterait comme une corde tendue, et à ce que la dilatation de la pupille se ferait pendant les attaques de la migraine. Cette forme de migraine qu'il propose d'appeler hémicranie-sympathico-tonique, paraîtrait être des spasmes

des vaisseaux sanguins, ou du moins accompagnée d'un spasme. Mais dans plusieurs cas il n'y a aucune de ces contractions des vaisseaux sanguins, et pas même de dilatation de la pupille. D'un autre côté Möllendorf a observé chez un patient, pendant une attaque douloureuse d'hémicranie en addition à la grande injection des vaisseaux sanguins, une augmentation de rougeur vive à la partie postérieure de l'œil, une injection plus forte des vaisseaux du centre de la rétine en comparaison du côté sain. Il considère cette condition comme argument en faveur de la théorie qui rapporte le développement de la migraine à un manque d'énergie des nerfs vaso-moteurs du côté qui fournissent à la carotide, ce qui cause un relâchement de l'artère du côté affecté et retarde l'afflux du sang au cerveau sur ce côté. Möllendorf ne donne aucun détail concernant la condition de la pupille. Cette forme de migraine à l'encontre de celle observée par Dubois Raymond, serait causée par la paralysie des vaisseaux sanguins et serait appelée hémicranie angio-paralytique du sympathique. Le symptôme pupillaire qui manque dans le cas de Möllendorf a été mentionné par un auteur récemment, qui trouve une contraction distincte de la pupille de l'œil sur le côté affectée de la tête. La différence dans la grandeur de la pupille pendant les attaques vacille depuis un à deux millimètres.

L'œil devient quelquefois le siège de certaines maladies, qui sont indubitablement dépendantes d'une affection du nerf trijumeau, ou des fibres du nerf grand sympathique qui les accompagnent dans l'œil. Ces maladies sont l'ophtalmie névro-paralytique et l'herpès zoster ophtalmique.

La destruction rapide du tissu de la cornée souvent observée chez des enfants faibles et souffrant de diarrhées profuses et dans des cas plus rares de typhus, a été considérée par quelques auteurs comme conséquence de paralysie des nerfs suppléant les vaisseaux sanguins. Von Grafe, pareillement considère l'ulcération de la cornée dans la maladie de Baredo, comme un processus neuro-paralytique, dans

lequel, non pas les fibres sensitives, mais les fibres trophiques du trijumeau seules seraient affectées.

Complètement différente de ces formes inflammatoires, il y a la kératite qui quelquefois se rencontre avec anesthésie complète du nerf trijumeau. Cette dernière forme de l'inflammation paraît être causée par nécrose accidentelle superficielle de la cornée, d'origine traumatique, ce qui a lieu plus aisément quand le bulbe et ses environs deviennent insensibles. La kératite causée par la paralysie du nerf trijumeau a un caractère destructif. En protégeant l'œil affecté des atteintes endommageables, on peut quelquefois amener une guérison complète dans l'inflammation de la cornée.

Mais la solution fidèle et finale de cette question, n'a pas encore été donnée. Un examen post-mortem fait par Wyss, d'un cas important de herpès zoster ophthalmique, prouve d'une manière définitive que la maladie dépend d'une affection des ganglions de Gasser, et des fibres trophiques du trijumeau qui en proviennent. Les changements microscopiques du ganglion de Gasser ont tous le caractère de l'inflammation aiguë. Des symptômes cliniques additionnels qui indiquent une affection des fibres du grand nerf sympathique, venant du ganglion de Gasser, observés dans l'herpès zoster ophthalmique, doivent être décrits. Ce sont une augmentation de la température, sur le côté affecté, et une décroissance considérable de la tension intra-oculaire. Les faibles cas de chorée s'annoncent quelquefois par de fréquentes convulsions, courtes mais fortes, du muscle orbiculaire des paupières, ou bien des paupières, ou bien de spasmes clignotants. Il est bon de dire que le clignement a toujours lieu dans les deux yeux par synchronisme, tandis que le tiraillement des narines, du coin de la bouche et du bras n'agit seulement que sur un côté, et n'arrive pas d'une manière simultanée dans la partie correspondante.

On observera quelquefois une légère injection de sang sous la conjonctive causée par la stagnation veineuse amenée par une attaque d'épilepsie. Au commencement de l'attaque,

dans quelques cas les pupilles deviennent dilatées, en même temps la physionomie devient pâle. Ces symptômes sont causés par l'irritation de la portion cervicale du nerf grand sympathique, occasionnant des contractions des artères faciales, aussi bien que la contraction du dilatateur de la pupille. Les examens ophthalmoscopiques ont été faits sur un grand nombre de patients épileptiques. Pendant l'attaque il est rarement possible d'examiner la partie postérieure de l'œil d'une manière satisfaisante. Le plus grand nombre de ces examens cependant, ont été fait après que l'attaque fut passée. Chez des épileptiques il a été remarqué parfois qu'il existait un développement considérable et un engorgement des papilles, à tous les degrés, jusqu'à l'atrophie complète du disque du nerf optique. De ceci nous pouvons conclure que la masse crânienne a subi des changements anatomiques considérables, et que l'espace intracrânien a été rétréci, causes suffisantes pour produire le développement de l'engorgement papillaire sur un côté, et la forme épileptique sur l'autre côté. L'affaiblissement considérable de la vue, quelquefois l'amaurose complète est la suite de ces cas. L'examen ophthalmoscopique est d'une grande importance pour faire reconnaître la cause de ces maladies, et reconnaître aussi le pronostic. En somme l'engorgement papillaire ne paraît pas toujours exister chez les épileptiques, car plusieurs auteurs n'en parlent pas. Il est cependant nécessaire de se rappeler que Albutt seul classifie cette maladie sous le nom d'épilepsie, dans laquelle les convulsions caractéristiques ne dépendent pas d'une maladie évidente de l'encéphale. Suivant l'auteur l'épilepsie simple sans maladies organiques, généralement ne s'accompagne pas d'une maladie du nerf optique ; bien qu'il ait déjà observé des changements dans les vaisseaux sanguins de la rétine. Sur quarante-trois cas de folie avec épilepsie, il en a trouvé quinze qui avaient des changements dans le disque optique ou la rétine. Albutt est d'opinion que pendant l'attaque, et même pendant des heures après, peut-être quelques jours après, la papille opti-

que à une apparence anémique. Huhglings Jackson trouve la papille optique plus blanche pendant l'attaque que pendant la condition normale, les veines sont plus foncées et distendues. Tebaldi a observé dans seize cas d'épilepsie sur vingt, une grande hyperémie des veines de la rétine, une déviation avec varice considérable, et une grande contraction des artères de la rétine. Pour ce qui regarde les changements de la rétine chez les épileptiques, les remarques suivantes peuvent être faites :

Dans les cas d'épilepsie symptomatique, l'état de la partie postérieure de l'œil, examinée avec l'ophthalmoscope, nous la trouvons dépendant de maladies fondamentales intra crâniennes ; dans l'épilepsie idiopathique, la contraction des artères de la rétine a lieu ; la dilatation des veines de la rétine et l'hyperémie veineuse se développent en même temps, ce qui est dû à la stagnation du sang pendant l'attaque.

VI. RAPPORTS DES MALADIES DE L'OEIL AVEC LES MALADIES DE LA PEAU.

Comme l'exanthème n'est qu'un symptôme, dans les maladies exanthémateuses aiguës, les affections de l'œil appartenant à ce groupe, n'en seront décrites qu'à la Section VIII de cet article. Les affections lèpreuses appartenant bien moins à ce groupe que les maladies exanthémateuses, ne seront mentionnées que dans la Section IX. Le herpès zoster ophthalmique a déjà été décrit dans la Section V. Les formes superficielles, dermatite, eczéma, impetigo, psoriasis, sont plus particulièrement en rapport avec les téguments externes du bulbe, la conjonctive et la cornée. Dans tous les cas étendus d'eczéma et d'impétigo, on observe un catarrhe de la conjonctive, particulièrement si ces affections occupent la peau de la face d'enfants scrofuleux. Les catarrhes de la conjonctive sont alors très sévères, les plis de la conjonctive deviennent trop engorgés, et un écoulement séreux ou mieux encore muco-purulent a lieu, mais jamais un écoulement

purulent, tel que dans les affections de la gonorrhée. Ceux qui n'ont pas d'expérience craignent beaucoup en voyant la maladie, car les bords de la paupière peuvent être pendant six mois complètement clos, mais il n'est rien à craindre, car comme une règle générale, outre le catarrhe, il n'y a qu'une simple kératite superficielle. Le caractère mucopurulent de ces affections catarrhales, est causé par un écoulement continu des sécrétions purulentes des téguments humides des paupières à la surface conjonctivale.

Dans les cas d'eczéma général malgré que le tour de l'œil soit resté intact chez l'adulte, il est rare que l'on n'observe pas le catarrhe conjonctival. La même remarque s'applique aux cas étendus de psoriasis. Ces catarrhes de la conjonctive, s'effacent sitôt que la maladie de la peau disparaît, ils peuvent être combattus par des astringents, mais sont incurables tant que la maladie dure. D'un autre côté l'inflammation conjonctivale, causée par une sorte d'idiosyncrasie contre l'atropine qui existe chez quelques individus, peut s'étendre à la peau, car dans de tel cas les paupières deviennent œdémateuses, couleur rouge brun, avec surface rugueuse, et ressemblent complètement aux téguments dans l'état préliminaire de l'eczéma. Il est bien probable qu'une maladie chronique de la peau amenant une maigreur extrême de tout le corps serait productive de catarrhe. Les cas cités par Wrecker et Cooper peuvent être considérés comme uniques, ils ont observé le développement des pustules du pemphigus dans la conjonctive de personnes souffrantes de pemphigus chronique. Les développements du pemphigus de la conjonctive ont dans les deux cas causé une adhésion étendue du bulbe et de la paupière.

Il y a quelques cas de rapportés dans la littérature médicale ou l'érysipèle de la face a causé la cécité, par l'atrophie de la rétine et du nerf optique. Chose remarquable c'est la rapidité avec laquelle la cécité survient. La cause probable dans ces cas, n'est peut-être pas autant la compression du nerf optique par le tissu cellulaire de l'orbite qui a lieu, que,

la continuation soutenue de l'inflammation le long de la gaine des vaisseaux sanguins jusqu'à l'artère centrale de la rétine. L'érysipèle peut aussi conduire à la formation d'abcès sur les paupières et amener une destruction par gangrène, par là causer une lagophthalmie et un ectropion étendu, avec ulcération subséquente de la cornée.—*Pac. Med. & Surg. Journ.*

(A continuer.)

De l'action, des effets et des résultats des vésicatoires.

(Suite.)

N'y a-t-il pas encore un danger d'ouvrir des plaies, alors que la science moderne et ses tendances portent à l'occlusion de celles qui existent ou que la chirurgie est contrainte de faire, pour éviter une septicémie, que l'on croit si dangereuse? Naguère on se croyait obligé de mettre des vésicatoires dans la fièvre typhoïde; des médecins assez nombreux enseignaient qu'ils étaient indispensables, et des gens du monde dans nos pays étaient persuadés qu'il n'y avait pas de meilleur traitement. Qui est-ce qui met des vésicatoires aujourd'hui dans cette maladie? Tout le défend. L'adynamie dans laquelle tombent les malades, l'altération du sang dont on ne connaît pas la nature, la septicémie qu'ils pourraient aggraver ou introduire! Que certains médecins ne disent pas qu'on les mettait autrefois et qu'apparemment on s'en trouvait bien, car ils ne savent pas si on se trouve mieux de s'en passer. D'autant qu'on sait depuis longtemps que la pire des médecines ne tue pas tout le monde, *pessimâ methodo non omnes trucidantur*. Toujours est-il qu'il est prouvé aujourd'hui qu'on peut s'en passer, ce qui démontre d'abord qu'ils sont au moins inutiles. Déjà Louis en 1829, dans son admirable ouvrage sur la fièvre typhoïde; en analysant un grand nombre de faits, concluait: " Si tel est effectivement le résultat de l'expérience, les vésicatoires devraient être bannis du traitement de la fièvre

typhoïde, avec d'autant plus de raison que personne n'ignore leurs mauvais effets..... Inutiles au rétablissement des fonctions cérébrales, ils concourent pour leur part à augmenter le mouvement fébrile et ses suites fâcheuses..... Leur effet dérivatif est plus que douteux..... En sorte que, sous quelque point de vue qu'on les envisage, on n'y trouve que des inconvénients, sans aucun des avantages qui pourraient les contrebalancer." (*Recherches sur la gastro-entérite, fièvre typhoïde*, t. II, p. 508, 509.)

Chomel et son chef de clinique Genest disent : " Les vésicatoires dans la fièvre typhoïde constituent souvent une complication fâcheuse par les ulcérations qui leur succèdent..... Aussi beaucoup de praticiens ont renoncé presque complètement aux révulsifs qui causent des plaies, et leur préfèrent généralement les sinapismes....." (Chomel et Genest, *Fièvre typhoïde*, p. 495.) On sait que Rochoux les proscrivait dans les affections cérébrales en soutenant qu'elles en étaient aggravées par la douleur qui précisément retentissait au cerveau. Enfin, on peut se souvenir de la séance de l'Académie où Malgaigne proscrivit les exutoires en général avec tant d'éloquence dans presque tous les cas et toutes les maladies.

Pourquoi ne les proscrirait-on pas, à plus forte raison, pour la pleurésie et la pleuro-pneumonie, lorsque personne n'a encore prouvé, non seulement qu'ils soient indispensables, mais qu'ils aient même une certaine utilité ? Ceux qui les préconisent ont-ils pu étayer leur pratique par des raisons physiologiques tant soit peu rationnelles ? Non ! Personne ne l'a même tenté, parce que c'est impossible. Ils se bornent à les justifier, parce que tous les médecins de l'antiquité en ont mis. Galien appliquait des vésicatoires pour imiter Asclépiade, Archigène, Aëtius, etc. Cullen les proclamait parce que Sydenham, Freind les employaient, et d'encore en encore, d'engouement médical à engouement populaire, on s'est cru obligé de faire comme tout le monde. Mais s'est-on bien enquis pourquoi tout le monde le faisait ? Ces médecins avaient ils donné quelques bonnes raisons de leur pratiques ?

Non ! Ils le faisaient parce qu'ils ne savaient pas faire autre chose, et dans ce cas ils craignaient d'être blâmés de ne pas faire comme leurs prédécesseurs. Personne n'a eu le courage de s'affranchir de cette routine, comme si nous pouvions oublier que l'origine de la médecine a été bien humble, et qu'elle n'a été autrefois, a dit quelque part Trousseau, qu'une médecine de recettes, c'est-à-dire celle de bonnes femmes, qui représente, comme nous le disait souvent Richerand, un aveugle armé d'un bâton, frappant tantôt sur le malade, tantôt sur la maladie.

Chose étrange ! un défenseur nouveau des vésicatoires dans la pleurésie, M. Jules Besnier, après avoir fait *une revue des plus incomplètes* des autres traitements pour cette maladie, conclut ainsi : « Conséquemment, par exclusion pour ainsi dire, il y a indication de recourir au vésicatoire. » (*Journal de thérapeutique*, p. 376.) Singulière raison d'indication, qui justifie entièrement ce que je disais des anciens, qui appliquaient des vésicatoires parce qu'ils ne savaient pas faire autre chose ! Mais supposons que tous les autres traitements ne valent rien, est-ce que par cette raison celui-ci devrait être bon ? Si M. Besnier peut établir cette logique, la médecine n'existe pas ! Il faut la rayer du sens commun !

Mais n'anticipons pas, j'espère analyser et discuter le travail de M. Besnier, en traitant de la pleurésie en particulier. Pour le moment je me bornerai à dire qu'avec les dix-huit faits qu'il présente, M. Besnier saute à pieds joints sur *les cent quarante sujets* de Louis atteints de pleurésie, sur *les trente cas* de péricardite traités à l'hôpital de la Pitié, et qui tous ont guéri sans vésicatoires. (*Recherches sur la saignée*, p. 50.) Or, ce chiffre si imposant l'est surtout parce qu'il émane d'un médecin tel que l'éminent observateur duquel M. Béclard a pu dire, dans l'Eloge de Trousseau, des lumières que nous devons à Louis : « Là où régnait la confusion, l'ordre a été introduit par un observateur rigoureux, unissant à la constance intrépide du chercheur la dignité qui inspire le respect et la modestie qui fait aimer. » (*Portraits*, p. 205.) Et en peignant

particulièrement Louis, l'éloquent secrétaire de l'Académie dit encore : « Il doit être rangé au nombre des législateurs pacifiques qui, moins soucieux d'entraîner que de convaincre, s'adressent à la froide raison et tracent dans le code de notre science des préceptes durables. » (*Ibid.*, p. 249.) Que peu prouver toute la routine de l'antiquité devant cette science épurée avec tant de soin, discutée avec tant de lumières, conclue avec tant de précaution et de modestie ? Que peuvent y effacer les dix-huit cas de M. Besnier ?

M. Besnier cite Triller, Timmerman, Wilhelm, Borsieri, Pouteau, etc., sans donner les raisons que ces médecins invoquent à l'appui, et s'étaye surtout sur van Swieten, qui non seulement est restrictif, mais qui rejette le vésicatoire lorsqu'il y a à craindre que l'épanchement soit purulent. Or, qui peut bien savoir si l'épanchement est purulent, et surtout M. Besnier le sait-il lui qui applique le vésicatoire dès le début de la maladie ? Il agit donc à tout hasard et franchit les assertions les plus motivées et les plus explicites des médecins les mieux autorisés. Ainsi Broussais, le soutien particulier de cette médecine prétendue dérivative ou révulsive, recommandait de mettre ces exutoires loin de l'atmosphère de l'inflammation, et j'ai pu constater que deux élèves du célèbre systématique, Lallemand (de Montpellier) et le docteur Chaudon (de Valensole), fidèles à cette doctrine à l'égard chacun de deux tumeurs blanches, ne furent pas plus heureux, car la suppuration s'empara nonobstant de l'articulation et les malades succombèrent. Pourquoi M. Besnier ne répond-il rien au grand clinicien Trousseau, lorsqu'il résume ainsi sa vaste pratique : « Quant aux vésicatoires, je partage *complètement* l'opinion d'un grand nombre de mes confrères, à savoir que, au plus fort de la maladie, ils peuvent ajouter à l'excitation fébrile et qu'à une époque plus avancée ils deviennent inutiles. » (*Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 708.) Que répond M. Besnier à M. Coste (de Bordeaux) s'écriant, au milieu de la Société de médecine : « On les compte par milliers les cas où les exutoires n'ont fait que donner aux malades une douleur,

un tourment de plus... Aujourd'hui, messieurs, je crois puiser dans mon cœur compatissant la résolution bien arrêtée, au risque d'une impopularité momentanée, de n'y plus recourir." (*Journal de médecine de Bordeaux*, t. IX, p. 442, 443, 1851.) Le savant, l'infatigable professeur M. Fonsagrives a résumé, on ne peut plus heureusement et plus brièvement, l'histoire du vésicatoire en disant *qu'il avait plus d'inconvénients démontrés que d'avantages probables.* (*Gazette hebdomadaire*, 1869.)

Rien ne manque à ce concert de grands praticiens, ni l'expérience, ni la conviction, ni l'énergie de l'expression. Le regrettable professeur de Strasbourg M. Forget, en traitant des maladies de poitrine en général, s'exprime ainsi : "Les vésicatoires restent sans effet et provoquent à pure perte la douleur et l'épuisement, si bien que, pour la plupart des praticiens réfléchis, les exutoires sont une sorte de moyen sacramentel qu'ils appliquent par obséquiosité plutôt que dans l'espoir d'en retirer le moindre avantage. Combien, pour ma part, n'ai-je pas vu périr de malheureux martyrisés par ces fonticules dont la poitrine avait été criblée par des praticiens à foi robuste!" (*Bulletin de Thérapeut.*, t. XXXIV, p. 187, 1848.) Vous le voyez, les vésicatoires sont repoussés même par le ridicule, et la force de la routine est telle que nombre de médecins mettent toujours des vésicatoires ! quand les justifieront-ils ?

Sera-ce M. Besnier ? Mais il avoue "ne pas savoir exactement comment se produit l'action révulsive, dérivative ou abortive du vésicatoire... Nous n'en sommes pas moins réduits à des hypothèses pour expliquer cette action locale intérieure, et qui échappe à notre contrôle." (Ouvr. cité, p. 457 et 450.) Il faut cependant quelque raison à M. Besnier, et il s'accroche à une expérience de M. Galippe, qui a constaté chez l'homme et chez le chien qu'après l'application du vésicatoire la pupille se dilate. Vite alors le vésicatoire agit sur l'état général par l'absorption de la cantharidine ! C'est elle qui possède toutes les bonnes actions du vésicatoire ; elle est sédative, contre-stimulante, diurétique, parce qu'elle s'élimine par les

reins. Elle devient du coup l'agent merveilleux apyrétique, qui efface la digitale, le tartre stibié, la véralrine, les saignées, les acétates, nitrates de soude ou de potasse ! Mais alors pourquoi ne donnez-vous pas la teinture de cantharide à l'intérieur pour obtenir cet effet plus sûrement et surtout avec moins de douleurs et de dangers ? Pourquoi ? parce que M. Paul Laure, dans sa thèse sur la médication diurétique, refuse cette action à la cautharide, qui dit-il, "irritant violemment le parenchyme du rein, produit plus souvent la strangurie que la diurèse." (*Moniteur thérapeutique*, p. 250, 1878.)

Enfin la doctrine des exutoires est si empêtrée dans ses obscurités que plusieurs de ses prôneurs ont cru en sortir en disant qu'il fallait n'employer que des vésicatoires dont l'irritation fût supérieure à celle de la maladie qu'on veut combattre. Tout cela pour enlever du coup la maladie. C'est en effet rationnel, parce qu'un vésicatoire à action faible, ne pouvant détruire l'affection, risque d'y ajouter, puisqu'il est lui-même une lésion analogue à la lésion morbide elle-même. Indubitablement c'est avec de telles idées que M. Resnier applique au début et le plus tôt possible ses vésicatoires. A-t-il ainsi jugulé ses pleurésies ? Je ne connais pas d'exemples d'une telle merveille ! "D'ailleurs comment mesurer ces deux actions, dit M. le professeur Rostan ? comment calculer l'importance du vésicatoire sur la violence de l'inflammation morbide ?" (Ouvr. cité, p. 393.) Il est si chanceux, au contraire, d'augmenter la maladie, que MM. Trousseau et Pidoux prennent la précaution suivante : "Dans le début d'une maladie, si le sang n'est encore dans les tissus qu'à l'état de congestion, un rubéfiant est indiqué, mais il faudrait craindre un agent qui pût solliciter une inflammation persévérante ; car plus tard, si la maladie avait été conjurée, on aurait à déplorer l'emploi d'un remède qui prolongerait inutilement les souffrances du malade." (*Traité de thérapeutique*, t. I, p. 494, 5^e édit.)—*Bulletin général de Thérapeutique*.

(A continuer.)

Ulcération tuberculeuse de l'anus.

Par M. le professeur GOSSELIN.

Vous avez vu dans notre service une femme de 34 ans, qui se plaint de souffrir de la région anale. Cet femme, qui est accouchée pour la troisième fois il y a huit mois, commença à ressentir, deux mois environ avant son accouchement, des cuissons, assez fortes au pourtour de l'anus; depuis ce moment, elle n'a cessé d'éprouver cette sensation, qui n'est pas exaspérée par la marche, mais qui est exaspérée par la station assise. Le passage des matières fécales exagère aussi cette sensation. Quelques jours après son accouchement, le médecin qui la soignait constata une solution de continuité au pourtour de l'anus, mais la malade ne peut nous indiquer comment cette solution de continuité a débuté; ce qu'elle nous assure, c'est qu'auparavant elle n'avait jamais rien éprouvé d'anormal dans la région anale, et que depuis lors jamais cette solution de continuité ne s'est entièrement cicatrisée, malgré divers traitements qui furent institués par son médecin.

En examinant la région anale, nous avons constaté, en effet, l'existence d'une solution de continuité; c'est une lésion très superficielle, dont les bords ne sont pas taillés à pic: elle occupe tout le pourtour de l'orifice anal, mais elle est bien plus étendue du côté gauche que du côté droit, et présente à gauche une largeur d'environ 3 centimètres. La surface de cette érosion n'est pas granuleuse, ne présente pas ces petites saillies qui existent sur les solutions de continuité en voie de cicatrisation. Ici, il n'y a ni rougeur, ni granulations, mais une surface comme vernissée, de couleur rose pâle, recouverte d'une petite quantité de sérosité et n'ayant pas à sa surface de pus comme les plaies en voie de réparation; les bords ne sont pas décollés, leur contour est assez régulier et la peau avoisinante ne présente aucune trace d'inflammation.

Cette érosion n'est pas très douloureuse à la pression; l'anus s'entr'ouvre facilement sous l'influence des tractions exercées

sur la peau qui l'entoure : le sphincter n'est pas serré, ainsi que j'ai pu m'en assurer en pratiquant le toucher rectal, et il n'y a pas de constriction comme on en observe dans les fissures à l'anus. Le toucher rectal nous montre de plus que cette lésion, circonscrite à la peau de l'anus, ne pénètre pas dans l'intestin.

Qu'est-ce que c'est que cette ulcération de la région anale, étendue, superficielle, durant depuis huit mois au moins et peu douloureuse à la pression ? Nous savons ce qu'elle n'est pas. En effet, elle n'est pas traumatique, car il n'y a pas d'antécédents de ce genre, ni plaie, ni coup, ni contusion d'aucune sorte, et du reste ordinairement les lésions traumatiques de la région anale se réparent assez rapidement ou présentent les caractères propres aux plaies en voie de réparation. Elle est donc spontanée.

Or, quelles sont les lésions spontanées que nous observons en général à la région anale ? Ce ne sont guère que des solutions de continuité diathésiques, presque toujours syphilitiques, se rencontrant aux périodes primitive, secondaire ou tertiaire de la syphilis.

Cette lésion ressemble-t-elle au chancre ? Non. Le chancre occupe habituellement le contour même de l'anus ; ici la lésion siège sur la marge de l'anus. Le chancre a une portion de sa surface sur la muqueuse et une portion sur la peau ; or, ici, il n'y a rien dans le rectum ; de plus, le chancre a ordinairement une forme allongée comme la fissure anale, et puis il n'y a guère de chancre anal sans condylome. Or, nous n'avons rien de semblable ici.

Est-ce une lésion de la période secondaire de la syphilis, une plaque muqueuse ? Celle que nous observons ici n'en a pas l'apparence, puisqu'il n'y a pas d'élevure.

Est-ce une lésion tertiaire, c'est-à-dire est-ce une gomme ? Les gommages, en s'ulcérant, donnent lieu à la formation d'une excavation profonde, à bords taillés à pic, peu étendue, de forme circulaire ; or, nous avons ici des caractères tout différents. De plus, les gommages sont très rares à la région anale ;

d'ailleurs, il n'existe chez notre malade aucun antécédent syphilitique, ni aucun signe actuel de cette diathèse.

Les fissures que nous observons souvent à la région anale n'ont pas cette forme, sont peu étendues et ne se voient pas à l'extérieur.

Est-ce de l'herpès, lésion assez commune aussi ? L'herpès guérit ordinairement avec rapidité par quelques soins de propreté, et il y a plus de huit mois que notre malade prend ces soins de propreté sans pouvoir arriver à la guérison ; de plus l'herpès anal donne lieu à des ulcérations multipliés, et autour de ces ulcérations il y a de l'érythème, ce que nous ne voyons pas ici.

En somme, la lésion à laquelle nous avons affaire ne ressemble à rien de ce que nous observons ordinairement à la région anale. Ce qui est le plus remarquable ici, c'est que l'érosion est la seule lésion. Ce fait est caractéristique d'une maladie peu connue jusqu'à ces derniers temps, et qui n'a été décrite que récemment. Cette érosion ne peut être autre chose qu'une érosion consécutive au dépôt, dans l'épaisseur de la peau de la région anale, de granulations tuberculeuses, lesquelles ne provoquent autour d'elles aucune réaction inflammatoire.

On a été amené à la connaissance de cette lésion par des études sur l'affection qui porte le nom de phthisie laryngée et qui, ainsi que l'ont démontré des recherches récentes, est produite par le développement dans la muqueuse laryngée de granulations tuberculeuses qui se ramollissent et s'éliminent en laissant à leur place des ulcérations.

On a été amené surtout par les travaux de MM. Ricord, Julliard, Trélat, Féréol sur les ulcères de la langue chez les tuberculeux, ulcères que tout le monde, depuis le mémoire de M. Trélat, est autorisé à considérer comme produits par l'ulcération de granulations tuberculeuses développées dans la muqueuse linguale.

Les ulcérations tuberculeuses de l'anus sont beaucoup moins fréquentes et ont été beaucoup moins étudiées que les lésions

analogues de la muqueuse linguale. Des relations cliniques en ont été données par MM. Martineau (1), Féréol (2) et Spillmann (3) et vous en trouverez une description complète dans la thèse de ce dernier auteur. Vous pourrez également consulter les observations, avec examen histologique, qui ont été publiées par MM. Liouville (4), Malassez (5), Mollière (6) et Cornil (7). Vous verrez dans ces observations que ce qui a été constaté surtout par MM. Trélat et Féréol pour la langue l'a été également pour l'anüs par les auteurs qui ont pu examiner au microscope de semblables lésions, et qu'ils y ont observé la présence de granulations tuberculeuses.

Or, notre malade est bien manifestement tuberculeuse; vers la fin de sa dernière grossesse, elle a commencé à tousser, et depuis elle n'a cessé d'être tourmentée par la toux; elle n'a jamais craché de sang, mais son expectoration présente les caractères ordinaires des crachats des phthisiques, elle a maigri beaucoup depuis ses couches, elle a le facies pâle et profondément amaigri, chaque soir elle a de la fièvre, et chaque nuit elle est prise de sueurs. Enfin l'auscultation indique une induration du sommet gauche, tandis qu'à la partie antérieure du sommet droit vous pouvez entendre un souffle caverneux, qui indique l'élimination d'une masse tuberculeuse déjà volumineuse.

Cependant on peut être tuberculeux et avoir à l'anüs une lésion autre qu'une ulcération tuberculeuse. Vous savez qu'il est fréquent de rencontrer chez les phthisiques un abcès de la région anale ayant laissé à sa suite une fistule; mais les caractères de la lésion ne peuvent faire penser à une fistule.

Il est une autre lésion de la région anale que l'on ren-

(1) Martineau, Soc. méd. hóp. 1874.

(2) Féréol, Soc. méd. hóp. 1874.

(3) Spillmann, *De la tuberculisation du tube digestif.* (Thèse d'agrégation en médecine. 1878.)

(4) Liouville, BULL. Soc. ANAT., 1874.

(5) Péan et Malassez, *Etude clinique sur les ulcérations anales.* Paris. 1871.

(6) D. Mollière, *Traité des maladies du rectum et de l'anüs.* Paris 1877,

(7) Cornil, in Thèse de Spillmann, P. 149.

Contre assez souvent chez les tuberculeux, qui leur paraît propre et que quelques auteurs, en particulier MM. Mollière(1) et Spillmann (2) ont été amenés à décrire sous le nom d'ulcère des tuberculeux ; mais ces ulcères des tuberculeux ont des caractères différents qui les rendent faciles à distinguer des ulcérations tuberculeuses : c'est une lésion à marche rapide, qui produit la gangrène des tissus, se creuse de plus en plus, et surtout, il n'y a pas, comme ici, absence complète de lésions inflammatoires autour de l'ulcération.

Quels seront ici le pronostic et le traitement ? Bien peu de chose en réalité : les auteurs récents sont arrivés à cette conclusion que ces lésions ne guérissent pas ; on ne peut leur faire prendre les caractères des plaies en voie de réparation, c'est-à-dire la formation de granulations et la sécrétion du pus, ou si la cicatrisation se produit, elle est incomplète et la cicatrice s'ulcère facilement. Ce qui est très-difficile pour la langue où les ulcérations tuberculeuses guérissent si rarement, l'est aussi pour l'anus : le passage des matières fécales est un obstacle de plus à cette guérison. Vous savez d'ailleurs que, chez les tuberculeux, les lésions quelles qu'elles soient, en particulier les fistules à l'anus, se réparent très-difficilement : à plus forte raison en est-il ainsi quand ces lésions sont constituées par des granulations tuberculeuses.

Il n'y a donc pas de guérison possible, ce qui ne veut pas dire pas de traitement ; il faut faire cesser la douleur. Pour cela, on a proposé la décoction de guimauve, la poudre d'iodoforme. Je n'ai pas employé l'iodoforme chez ma malade, parce que chez les sujets ayant des solutions de continuité de la région anale ; je me suis généralement bien trouvé de bismuth soit en poudre, soit en bouillie, que l'on fait appliquer plusieurs fois par jour si cela est nécessaire, et en effet, depuis quelques jours que j'ai commencé chez cette malade l'application de la bouillie de bismuth, les douleurs sont un peu calmées, le pas-

(1) Mollière, *loc. cit.*

(2) Spillmann, *loc. cit.*

sage des matières fécales ne produit plus de sensations pénibles. Si cela ne suffit pas, j'essaierai d'ici à quelques jours un mélange de bismuth et de morphine, j'essaierai au besoin de la poudre d'iodoforme, ou de la solution de chloral.—*Gazette Médicale.*

Paralysie générale spinale, subaiguë antérieure.

Par le Dr. STRAUSS.

J'ai à vous parler, messieurs, d'une maladie qui n'a été bien étudiée que récemment. Il s'agit d'un homme de 29 ans, peintre sur voitures depuis l'âge de 12 ans, qui, dans son art, est obligé de broyer des couleurs contenant du plomb. Il a eu deux fois, antérieurement à sa dernière affection, des accidents saturnins, coliques et constipation opiniâtre, sans éprouver de troubles de la vue, ni de phénomènes qu'on est convenu d'appeler encéphalopathie saturnine. Mais il est depuis longtemps anhélant et anémique; il n'a jamais eu de syphilis et ne porte la trace d'aucun chancre; cet homme a de légères habitudes alcooliques. Le *début* de son état actuel remonte à *deux mois*; voici cette marche: auparavant, il eut une nouvelle attaque de coliques saturnines dont la durée fut de huit jours; puis les accidents s'amendèrent et il reprit son travail; mais il remarqua qu'il lui était impossible de manier son outil avec la même habileté, et une faiblesse dans les muscles de la main et bientôt il ne put plus se lever, après quelques semaines. Mais il n'y eut pas de localisation de la paralysie dans les extenseurs ou les fléchisseurs; elle fut générale dans les membres supérieurs; cet état dura deux semaines environ, puis le malade se sentit des phénomènes nouveaux, des douleurs vagues, de la faiblesse; la paralysie gagna les membres inférieurs, et c'est à partir de ce moment qu'il lui fut impossible de se lever. Il n'a ni rétention ni incontinence d'urine ou de matières fécales; il n'y a donc *pas d'altération des sphincters.*

Le sujet est profondément amaigri, les muqueuses sont décolorées; cependant il n'y a pas de liseré au collet des dents. — Les deux points qui doivent attirer notre attention sont la *paralysie* et l'*atrophie*. Il y a bien encore quelques vagues vestiges de motilité aux membres inférieurs, mais tous les muscles des membres ont subi une atrophie complète; dans les membres inférieurs, on remarque surtout les muscles de la cuisse; au mollet, ils ont encore conservé un faible degré de fermeté. En même temps que les membres, les muscles du tronc ont également subi l'atrophie; aussi, il y a absence complète des pectoraux, des rhomboïdes, du grand dentelé. La contractilité musculaire électrique doit donc être diminuée.

La *sensibilité* est intacte, la sensibilité réflexe persiste, il n'y a pas de troubles trophiques du côté de la peau, fait très-important pour le diagnostic. — L'*intelligence* est parfaite. — Les muscles de la face et des yeux ont conservé leur motilité.

Notre malade n'a jamais eu de bronchite persistante, et cependant sa respiration est anhéante, plus fréquente; ainsi, hier soir, j'ai compté vingt-huit inspirations par minute; de plus, ce matin, il y a *paralysie* du *diaphragme*. On trouve aussi une accélération des mouvements du cœur, mais le pouls est régulier; de ce côté, il n'y a pas eu d'accidents, sinon une *syncope*; hier, à la vue de sa femme, syncope qui dura quelques minutes. — Aujourd'hui encore, il n'y a pas de *fièvre*; le malade, qui avait toujours mangé un peu, a une grande *anorexie*. “L'urine” donne un précipité d'albumine; elle n'a pas de réaction alcaline, elle n'est ni ammoniacale ni purulente.

DIAGNOSTIC. — A quelles lésions pouvons-nous, messieurs, rattacher cette paralysie? Pouvons-nous songer à la “paralysie saturnine?” Je crois qu'il n'en est rien, car rien dans la marche ne rappelle la paralysie de l'intoxication saturnine; il n'y a, en effet, aucun choix spécial, aucune localisation de la maladie aux muscles de l'avant-bras. — C'est un saturnin, il est vrai, et peut-être le plomb a-t-il été pour quelque chose

dans sa maladie. Aurions-nous affaire à “ l'atrophie musculaire progressive ? ” L'examen superficiel indique le contraire ; l'atrophie musculaire progressive, quoique irrégulière et capricieuse dans sa marche, débute cependant le plus souvent par les muscles de l'éminence thénar et les interosseux. — Ce n'est pas non plus la paralysie “ générale des aliénés ; ” notre malade n'a, en effet, jamais présenté ce bégaiement caractéristique, ni troubles de l'intelligence. — Tout nous ramène donc à l'idée d'une paralysie spéciale ; est-ce une “ myélite franche, centrale diffuse, ” aiguë ou subaiguë (axe gris de la moelle) ? mais il y aurait avec les phénomènes observés déjà d'autres symptômes ; il y aurait non-seulement la paraplégie et l'atrophie, mais encore une eschare du sacrum, l'incontinence des sphincters, des troubles de la sensibilité et des mouvements fébriles ; ce n'est donc pas une myélite centrale diffuse. — Les faits que nous avons observés ont été mentionnés par M. Duchenne, de Boulogne, en 1853, et cet auteur leur donna le nom de “ paralysie générale, spinale subaiguë. ” Mais dans sa description, il n'y avait que des faits cliniques, et pour faire entrer une maladie dans le cadre nosologique, il faut de plus une anatomie pathologique et une physiologie. Comparons donc les faits cliniques avec les lésions anatomiques de la moelle et nous parviendrons peut-être ainsi à établir notre diagnostic.

La moelle est un organe complexe, composé de plusieurs départements bien limités, ce qui fait qu'elle peut être lésée dans ses différentes parties et produire des troubles divers selon les attributions de la partie lésée.

Pourrions-nous croire à une lésion des “ cordons postérieurs ? ” non, car nous verrions l'ataxie et l'incoordination des mouvements ; à une lésion des “ cordons antérieurs ? ” non plus, car cette lésion amène la contracture.

Voyons maintenant la “ substance grise ; ” elle ne peut pas être atteinte dans sa totalité, car il y a la conservation de la sensibilité chez notre malade. Mais nous avons ici affaire à un département de la substance grise, à la lésion des “ cornes

antérieures, et nous nommerons la maladie "paralysie générale spinale, subaiguë" (quant à la marche) "antérieure." C'est un diagnostic anatomique, et, comme vous le voyez, presque mathématique. Il y a trois semaines environ, à la Charité, MM. Cornil et Lépine ont eu l'occasion de faire l'autopsie d'un cas semblable et il ont, en effet, trouvé "l'atrophie des grandes cellules" des cornes de la moelle, antérieures.

Quant à la "nature" de la maladie, je ne reviendrai pas sur cette discussion. Je ne crois pas que le plomb y soit pour quelque chose, cependant il faut faire des réserves.

MARCHE. — Elle a été un peu plus rapide chez notre malade que les limites assignées.

PRONOSTIC. — Depuis deux jours, il y a une extension rapide de la maladie; le malade pourrait succomber par asphyxie à la suite de la dyspnée, et, hier, il a déjà eu une syncope inquiétante. Les lésions ont déjà atteint le bulbe, et le pronostic est alors fatal. Dans la majorité des cas, ces maladies sont guérissables; mais ici je ne crois pas, parce qu'on ne touche pas impunément au bulbe.

TRAITEMENT. — Les indications thérapeutiques sont purement palliatives. On pourrait recourir aux révulsifs (série de cautères le long de la colonne vertébrale) et à l'électrisation des muscles inspireurs, du diaphragme surtout.

LE MONITEUR.

Liniment fébrifuge.

R Huile de térébenthine,	125 p.
Teinture d'opium	5
Camphre	3
Huile d'olive	60

Mélez.

En fortes applications durant six minutes le long de l'épine dorsale, de haut en bas, toutes les six heures. Les fièvres intermittentes disparaissent après trois ou quatre applications — "Chemist & Druggist".

Action digestive du suc de papaya et de la papaïne sur les
tissus sains ou pathologiques de l'être vivant.

Par M. E. BOUCHUT.

Dans une précédente communication, le 23 août 1879, j'ai montré qu'il y avait, dans le suc de papayer et dans le ferment digestif qu'elle renferme (la *papaïne*), un agent qui forme avec les matières albuminoïdes (fibrine, gluten, viande crue, lait) une combinaison ayant tout les caractères des peptones assimilables. En poursuivant ces expériences avec le suc de papayer dilué ou avec la papaïne, non plus sur des matières albuminoïdes mortes, mais sur des tissus vivants, sains ou pathologiques, d'adénômes et de cancers, je suis arrivé à des résultats que je crois dignes d'intérêt.

Ces tissus se digèrent et se convertissent en peptones, comme les matières albuminoïdes mortes. Ainsi, par des injections de 1 gramme de *solution papaïne* à 0 gr. 10 par gramme, ou de 1 gramme de suc de papayer au cinquième dans le cerveau, au moyen de la seringue hypodermique, on obtient une digestion de la substance cérébrale qui a été en contact avec le tissu du cerveau. Toute cette partie, examinée vingt-quatre heures après la mort, est devenue jaunâtre, molle, et, sur un point plus restreint elle forme un foyer de ramollissement pulpeux jaune et d'autre fois rougeâtre. L'animal ne résiste que deux ou trois heures à cette injection; il tombe dans le collapsus, paralysé d'un ou des deux côtés du corps, et il meurt en paraissant beaucoup souffrir.

Si l'on injecte, sur le même animal, 1 gramme de la même solution de papaïne, ou de suc de papayer dilué, dans les muscles d'une région quelconque du corps, à la cuisse, à la fesse ou dans les lombes, on remarquera, au bout de vingt-quatre heures, lors de l'autopsie, une altération très prononcée du tissu musculaire. Dans la partie du muscle où a séjourné la papaïne, on trouve, entourée par le tissu musculaire normal, une partie ramollie, pulpeuse et gélatineuse, formée par le muscle digéré. Dans sept expériences, le résultat a toujours été le même.

Après ces expériences sur les tissus nerveux et musculaires d'un animal vivant, j'ai pensé que les tissus pathologiques, tels que les adénômes, cancers, etc., pourraient être digérés ou dissous par la papaine et le suc de papaya. Trois fois, j'ai injecté dans les adénômes du cou la solution indiquée, soit par une seule piqûre, soit par plusieurs injections, selon le volume de la tumeur. Les effets de cette injection sont, au bout de deux heures, très douloureux, et provoquent un violent accès de fièvre. Au bout de trois jours, les ganglions sont ramollis et convertis en abcès qu'il faut vidés avec l'instrument tranchant; puis, deux fois sur trois, l'abcès a guéri.

Dans trois cas de cancer du sein et un cas de cancer des ganglions de l'aîne après castration, rencontrés à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, des injections de papaine ont amené le ramollissement et la digestion de tumeurs dures, énormes. Le produit liquide, retiré par aspiration d'un de ces cancers gros comme le poing, examiné au laboratoire de la Faculté par M. Henninger, a paru être une véritable peptone. Cela démontre que l'action de la papaine sur le tissu cancéreux a été une vraie digestion (1).

Dans ces cas aussi, la solution injectée, quoique neutre a produit de très violentes douleurs et un formidable accès de fièvre.

Je rapporterai enfin une expérience relative à une forte gré nouille vivante, en partie dépouillée de sa peau et mise tout entière dans un vase rempli de suc de papayer, dilué au cinquième. Elle était morte au bout de douze heures, en partie

(1) En effet, dans une première analyse, sur 47 grammes de liquide, M. Henninger a trouvé 2 gr. 91 d'albumine renfermant 0 gr. 565 de peptone séché à 110°, caractérisée par toutes ses réactions.

Dans une deuxième analyse, le liquide extrait six jours après la première ponction ne renfermait que 0 gr. 05 de peptone.

Dans une troisième analyse de la même malade, après une nouvelle injection de papaine, le liquide albumineux extrait de la poche étant de 22 grammes huit jours après la seconde ponction, il y avait 0 gr. 65 de peptone.

digérée au bout de 24 heures, et, après deux jours, il n'en restait plus que le squelette.

Cette expérience et celles qui ont été précédemment rapportées au sujets des lombrics et des ténias vivants, que la papaïne a digérés, prouvent que tous les tissus organisés, même lorsqu'ils sont vivants peuvent être peptonisés par cette substance, qui est de la *pepsine végétale*. Elle agit sur les tissus d'un animal vivant de même façon que sur les matières alimentaires albuminoïdes déposées dans l'estomac ou dans un vase de laboratoire.—*Gazette Médicale*.

Quelques considérations sur le traitement des affections utérines.

M. le docteur Devault appelle l'attention des praticiens sur les troubles nombreux et variés qui se produisent chez les femmes atteintes d'affections utérines.

Une malade, dit il, se plaint de sensations douloureuses, de pesanteur ou de tiraillements dans les reins, dans le bas-ventre, dans les cuisses et jusque dans la vessie ; de prurit, de chaleur ou de cuisson à la vulve ; elle a des tiraillements d'estomac presque continuels, des douleurs névralgiques multiples de la tête, de la poitrine et du ventre, qui est presque toujours ballonné. Elle a de l'insomnie, des palpitations, de l'inappétence, etc. ; elle est pâle, amaigrie, languissante.

Le praticien exercé ne s'y trompe pas, et, alors que la malade ne voit que le symptôme qu'elle prend pour une affection spéciale, il reconnaît ces manifestations si diverses derrière lesquelles se cachent, dans la grande majorité des cas, la chlorose et souvent l'anémie grave avec le cortège de ses malaises concomitants.

Le rôle du médecin ne se borne pas à combattre le symptôme prédominant, à quelque organe qu'il appartienne ; il doit surtout suivre avec patience sa malade et chercher dans

le traitement général soutenu la véritable guérison ; les toniques de toutes sortes, les ferrugineux, la bonne hygiène, une nourriture choisie et modérée au début, telles sont les prescriptions qui nous ont réussi toujours.

Donnons ici, pour mieux fixer l'attention de nos confrères, le résumé de deux observations :

Obs. I.—Jeune fille de 21 ans, lingère. Présente un état anémique, chlorotique et dysménorrhéique constitutionnel ; névropathie. Cette personne, atteinte de leucorrhée ancienne, vient d'être prise presque subitement de vaginite avec névralgie lombo-abdominale. Elle est un peu hystérique. Elle a suivi plusieurs traitements par les préparations martiales, et la menstruation demeure irrégulière, difficile. Nous insistons sur le traitement reconstituant ; nous avons recours à l'albuminate de fer, qui n'a pas été essayé, et après deux mois elle revient à la santé.

Obs. II.—Anne B..., 25 ans, domestique, très laborieuse, a été réglée seulement à sa vingtième année ; présente de l'anorexie, de la dyspepsie, de l'anémie et de la dysménorrhée. On peut craindre chez cette personne, pour plus tard, une lésion suthoracique, parce qu'elle ne présente aucun des symptômes nerveux ordinaires à son état maladif. Elle est très faible et se plaint de courbature quand elle marche. Le nombre des globules est de beaucoup inférieur à celui de l'état normal, et, comme toujours dans l'anémie globulaire, ici la faiblesse prédomine. Il y a d'ailleurs un bruit de souffle très manifeste au cœur et aux veines jugulaires. Cette malade a pris pendant deux ans du fer sous diverses formes, et son état est resté stationnaire ; elle n'a pas vu ses règles depuis sept mois. Nous lui prescrivons la liqueur à l'albuminate de fer et à l'écorce d'oranges amères (*Liqueur de Laprade*), et après six semaines de ce traitement, joint aux toniques analeptiques et autres, la menstruation apparaît. Anne B... prend depuis un an, pendant quinze jours qui précèdent la période cataméniale, la même préparation ferrugineuse, et ses règles apparaissent très régulièrement. Les forces sont revenues

avec l'appétit et la coloration des tissus, le bruit de souffle a complètement disparu.

Nous avons administré le fer à nos malades sous toutes ses formes, et, si presque toujours nous en avons obtenu de bons effets, nous devons reconnaître que lorsqu'il s'est agi de ramener la régularité de la menstruation, nous nous adressons spécialement à l'*albuminate de fer*, dont les résultats, dans ce cas, ne se sont jamais démentis. Ces avantages semblent expliquer la faveur qu'accordent nombre de praticiens distingués à ce produit, depuis son expérimentation dans les hôpitaux pendant ces dernières années.—*Gazette Médicale*.

Mixture pour la gonorrhée aigue.

Le Dr Jacques Reverdin, de Genève, prescrit la mixture suivante au début de la gonorrhée aigue. Elle modifie très-avantageusement la nature de l'urine, et les malades la supportent bien.

℞ Poudre de sucre blanc.....	ʒiij
Bicarbonate de soude.....	ʒv
Acide benzoïque.....	ʒjss
Essence de citron.....	Q. S.

A prendre par cuillerée à thé six fois par jour, dans un verre d'eau. Il faut continuer jusqu'à ce que, l'écoulement ayant changé de caractères, on prescrive les injections et les balsamiques.—“*Chemist & Druggist*.”

Gerçure du mamelon.

℞ Acide tannique	ʒj.
Sous-nitrate de bismuth	ʒij
Vaseline.....	ʒj. M.

En application constante lorsque l'enfant ne boit pas.

DR. HOWELL.

BIBLIOGRAPHIES.

Transactions of the Medical and Chirurgical Faculty of the State of Maryland, at its eighty second annual session, held at Baltimore, Md.

Ceci est une jolie brochure de 216 pages, qui contient plusieurs travaux originaux et d'actualité. Nous avons surtout remarqué la lecture du Président, le Dr. S. C. Chew sur la médecine dans le passé et à l'avenir; l'usage du sphygmographe en pratique, par A. B. Arnold; l'extraction de la cataracte en dedans de la capsule, par le Dr. G. Reuling; l'usage des caustiques en dermatologie, par I. E. Atkinson.

Nos remerciements à qui de droit pour l'envoi de cette brochure.

Rapport de l'Etat sanitaire de la Cité de Montréal pour l'année 1879, par A. B. LaRocque M. D. Officier de santé.

Nous accusons réception de ce rapport, rempli d'informations utiles pour les médecins de Montréal et les statisticiens. Mr. le Dr. LaRocque fait l'historique de l'établissement d'un Bureau de santé en cette ville. Nous ne saurions croire cependant que la diminution dans les dépenses soit dûe à un meilleur fonctionnement, mais bien plus à ce que le Conseil s'est efforcé de restreindre l'action de ce département important.

En effet, en 1876, les dépenses du Bureau de Santé s'élevèrent à \$25,000, en 1877 à \$17,000, en 1878 elles ne furent que de \$11,000, et en 1879 à \$9000. Il nous semble impossible que l'on ait pu diminuer les dépenses de \$16,000, sans que l'administration sanitaire de la ville en souffre.

Ce rapport contient un grand nombre de recommandations que nous serions heureux de voir mettre à exécution par le Conseil de Ville.

Nous extrayons de ce rapport ce qui a trait aux décès survenus dans la cité de Montréal durant l'année 1879.

Tableau des décès d'après la population Canadienne-Française, les Catholiques parlant l'Anglais et les Protestants.

	Population	Décès	Décès par 1000
Canadiens-Français.....	72200	2511	34.77
Catholiques parlant l'anglais.....	26300	558	21.21
Protestants.....	36500	635	17.39
Total :	<u>135000</u>	<u>3704</u>	<u>27.43</u>

Nous voyons par ce tableau que la proportion des décès dans la ville qui, en 1872, était de 37.36 par 1000, est tombée en 1879, à 27.43 par 1000. C'est encore trop cependant.

La mortalité des Canadiens-Français au dessous de 5 ans fut de 65.23 par cent de la mortalité totale ; au-dessus de 5 ans elle fut de 34.76 par cent. Chez les catholiques parlant l'anglais la mortalité au dessous de 5 ans fut de 37.63 par cent de la totalité des décès ; au dessus de 5 ans elle fut de 62.36 par cent. Parmi les protestants la mortalité au dessous de 5 ans fut de 40 par cent de la mortalité totale et audessus de 5 ans elle fut de 60 par cent. La mortalité Canadienne-Française au dessous de 5 ans fut donc de 27.60 par cent plus élevée que chez les catholiques parlant l'anglais et de 25.23 par cent de plus que chez les protestants. Au dessus de 5 ans la mortalité chez les canadiens-français fut 27.60 de moins que chez les catholiques parlant l'anglais et de 25.24 par cent de moins que chez les protestants.

Mais si on tient compte de la natalité plus forte des canadiens français, on peut très facilement expliquer que la proportion des décès au dessous de 5 ans soit, par cent à la mortalité totale, plus considérable chez eux que chez les autres nationalités ; proportion largement compensée par la mortalité moindre chez eux au dessus de 5 ans ; ce qui signifie que la durée de la vie est plus longue chez les canadiens-français que dans les autres nationalités.

Association Médicale de la Puissance.

A la réunion de cette Association qui doit avoir lieu à Ottawa le 1 et le 2 septembre prochain, les messieurs suivants devront donner des lectures comme suit :

- DR W. H. HINGSTON : "Traitement des plaies chirurgicales."
 " R. A. REEVE : "Principes d'ophtalmologie."
 " D. CLARK : "Lésions du cerveau."
 " J. WORKMAN : "Atrophie du cervelet."
 " SEWELL : "Le thé en thérapeutique."
 " OSLER : 10. "Contribution à la question de la paralysie spinale."
 20. "Démonstrations d'une série de spécimens du cerveau et de la moëlle épinière."
 " T. K. HOLMES : "Traitement chirurgical des lacérations du col de l'utérus."
 " OLDRIGHT. "Défauts habituels et nuisibles dans les égouts des maisons avec appareil."

MM. les Drs Fenwick et Ryerson ont aussi promis quelques communications importantes.

Nouvelle méthode d'administrer le Kouso.

On traite par déplacement un once de poudre fraîche de Kouso avec un once d'huile de ricin chaude, et ensuite avec deux onces d'eau bouillante ; on filtre, et avec les produits de la filtration on forme au moyen d'un jaune d'œuf une émulsion à laquelle on ajoute quarante gouttes d'éther sulfurique et quelques gouttes d'huile aromatique. Ceci doit être pris en une seule dose de bonne heure le matin après un jeûne d'au moins dix huit heures.—*Buffalo Med. and Surg. Journal.*

Association Médicale Américaine.

La trentième assemblée annuelle de cette Société s'est tenue cette année à New-York, les 1er, 2ème, 3ème et 4ème jours de juin 1880.

Les élections des officiers pour l'année qui commence ont donné les résultats suivants :

Président, John T. Hodgen, M.D. de St. Louis, Mo.

Vice-Président, 1er. W. H. Handerson, M.D. de Mobile, Ala. 2ème. Levi G. Hill de New Hampshire, 3ème. Henry T. Holton, de Vermont, 4ème. H. Carpenter, d'Orégon.

Secrétaire-permanent : W. B. Atkinson, M.D. de Philadelphie, Pa.

Trésorier : R. Dunglinson, M.D. de Philadelphie, Pa.

Bibliothécaire : William Lee, M.D., de Washington, D.C.

A la même assemblée, sur motion, les MM. suivants furent admis membre honoraires de l'Association. M. Jonathan Hutchinson, Londres, Angleterre ; MM. les Drs Hingston, Osler, David, Howard et Trenholme, de Montréal ; Dr. G. B. Ercalani, Boulogne, Italie ; Dr Emile L. De Mola No, Lima, Pérou ; Dr Dillon, de Dublin ; Dr Rosenburgh, de Hamilton, Canada ; et le Dr Clark, de Toronto.

Le comite de Régie a décidé que la prochaine assemblée aurait lieu dans la ville de Richmond, Virginie, le premier mardi de mai 1881.

Brochures reçues.

Nous accusons réception des Statuts du Canada, 43 Victoria, 1880, et de l'Annuaire de l'Université Laval pour l'année Académique 1880-81.

Nos remerciements à qui de droit pour l'envoi de ces documents.

Collèges des Médecins et Chirurgiens de la Province de
Québec.

PROGRAMME DES EXAMENS PRÉLIMINAIRES.

Nous publions le programme des examens pour l'admission à l'étude de la médecine qui servira aux examens du mois de septembre prochain.

Sujets Obligatoires.

LATIN.—Commentaires de César, liv. II et III.—Enéide de Virgile, liv. I et II.

ANGLAIS.—Le “ Vicaire de Wakefield ” de Goldsmith.—“ Hamlet,” de Shakespeare.

FRANÇAIS.—Les “ Aventures de Télémaque,” de Fénelon.—“ Polyeucte ” et le “ Misanthrope.”

BELLES LETTRES.—La connaissance de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, d'Elizabeth en Angleterre, et de Louis XIV en France.

HISTOIRE ET GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur ces deux sujets, avec connaissance spéciale de l'Histoire et de la Géographie de l'Angleterre, de la France, et de la Puisseance du Canada.

ARITHMÉTIQUE.—L'Arithmétique doit comprendre les Fractions simples et décimales, les Proportions simples, l'Intérêt simple et composé, les Règles de Trois composées, les Règles de Commission, Courtage, Assurance, d'Escompte, d'Alliage, etc.

ALGÈBRE.—Comprend les Fractions, et les Equations simples.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres de la Géométrie d'Euclide, ou la partie de la Géométrie plane correspondant à ces trois livres. (Géométrie plane d'Eysséric et Pascal).

Sujets au choix du Candidat.

GREC.—Anabase de Xénophon, liv. I—Iliade, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans la physique de Ganot ou de Loomis.

PHILOSOPHIE.—Notions générales, telles que dans Tongiorgi, ou le Traité de Morale de Stewart.

N. B.—Le candidat doit avoir une bonne connaissance de la grammaire de chacune des langues ci-dessus. L'ignorance du latin, de l'arithmétique ou de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié du " *Vicaire de Wakefield*," et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique des pièces dramatiques françaises. Les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire la poésie française, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié de *Télémaque* et connaître la grammaire française et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique des pièces dramatiques anglaises. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout élève surpris à copier ou se servant de livres, notes, etc., sera immédiatement renvoyé. Les pièces dramatiques françaises et anglaises pourront être changées à chaque examen.

Temps et points accordés à l'Examen.

Latin.....	2 heures.....	300 points.
Anglais.....	1½ "	150 "
Français.....	1½ "	150 "
Belles-Lettres.....	1 "	100 "
Histoire et Géographie	2 "	200 "
Arithmétique.....	1½ "	150 "
Algèbre.....	1½ "	150 "
Géométrie.....	1½ "	150 "
Grec.....	1½ "	150 "
Physique.....	1½ "	150 "
Morale.....	1½ "	150 "

W. ASPINWALL HOWE, L. L. D

H.-A. VERRAULT,

M. MILLER,

J.-C.-K. LAFLAMME.

N. B.—Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine auront lieu, à Québec, jeudi, le 23 septembre prochain.

Substituts à l'huile de foie de morue.

Dans les cas où les enfants ne peuvent prendre l'huile de foie de morue, le Dr Lamarude recommande la formule suivante :

R. Glycerine $\bar{z}x$;	} Une cuillerée à dessert un quart d'heure avant chaque repas
Tr. Iodini M xxx	
Pot Iodidi gr. ss M	

Avec cette préparation l'appétit revient, et si la constipation existe, elle cesse absolument.

Chez les personnes délicates cette formule peut être modifiée de la manière suivante :

R. Glycerine $\bar{z}viii$;	} Même dose.
Syrup Rubi $\bar{z}xiv$	
Tr. Iodini M. xxx ;	
Pot. Iodidi, gr. ss M.	

Hôpital Notre-Dame.

C'est dimanche, le 25 juillet dernier, qu'eut lieu la bénédiction des salles de ce nouvel hôpital. Sa Grandeur Mgr E. C. Fabre, qui présidait à la cérémonie, dans une courte allocution, s'inspirant de la fête du jour, fit voir que maintenant comme autrefois il y a encore des apôtres, pour se dévouer au soulagement des maux de l'humanité. Il n'est pas d'exemple plus noble à montrer que les Saintes Religieuses de l'Hôtel-Dieu qui abandonnent tout pour se consacrer à leur mission. D'autres Religieuses désirent marcher sur leurs traces, et c'est là le secret de l'érection de ce nouvel hôpital.

Parmi les personnes présentes se faisaient remarquer quelques médecins représentant les différentes écoles et les divers journaux de médecine de Montréal.

Cet hôpital contient deux salles de 20 lits chaque, plus quelques appartements à l'usage de patients particuliers.

Dispensaire de la Providence.

Mr. le Dr. J. A. LeBlanc a été le médecin en service durant le mois de Juillet 1880.

Le total des ordonnances a été de 2000, et celui des visites de 203.

Mr. le Dr. A. B. Champagne est chargé du service pour le mois d'Août.

NOMINATION.

Mr. le Dr. Thomas Simpson vient d'être choisi comme professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Bishop's College, en remplacement de M. le Dr. Leprohon, démissionnaire.

NAISSANCE.

En cette ville, le 13 Août, au No. 917 rue Ste. Catherine, la Dame du Dr. G. Archambault, Professeur de Dermatologie, une fille.

MARIAGE.

A St. Jean-Baptiste, près Montréal, le 17 Août courant, J. E. Bergeron, M. D. V. de la paroisse de St. Grégoire le Grand, ancien interne de l'Hôtel-Dieu, conduisait à l'autel Mademoiselle Marie Brunelle, fille de A. Brunelle de St. Hyacinthe, et sœur de J. A. S. Brunelle, M. D. V.,

Le mariage a été célébré par l'oncle de la mariée, Messire C. Poulin, Curé de St. Dominique.