

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

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

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

RÉDACTEUR : DR. GEORGE GRENIER.

Vol. III.

MARS 1874.

No. 3.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Réfraction et Accommodation de l'œil ;

Par ED. DESJARDINS, M. D., Professeur d'Ophthalmologie à l'École de Médecine, Directeur d'un Dispensaire pour le traitement spécial des maladies des yeux, etc. (*Lu devant la Société Médicale.*)

M. le Président, MM.—A la demande de quelques collègues, je viens vous entretenir ce soir, sur un sujet qui, je l'espère, ne manquera pas d'intérêt pour vous. Je compte beaucoup là-dessus pour me faire pardonner d'avance les défauts nombreux qui se rencontreront dans le cours de cette lecture.

Comme le comporte l'ordre du jour, il s'agit de vous parler de certains phénomènes physiques de la vision, connus sous le nom de *réfraction et accommodation de l'œil*.

Je ne ferai qu'exposer brièvement les principaux faits acquis à la science sur ces deux questions si importantes, et dus aux admirables travaux de quelques savants contemporains, en tête desquels, j'inscrirai les noms de Helmholtz, Cramer, Donders, de Græfe et Giraud-Teulon.

Aujourd'hui, grâce aux travaux de ces maîtres, nous arrivons à diagnostiquer avec une précision presque mathématique, et nous pouvons traiter efficacement, par des moyens optiques, un grand nombre de maladies résultant des anomalies de la réfraction et de l'accommodation de l'œil, que l'on considérait bien souvent, autrefois, comme des amblyopies et des amauroses incurables ou à peu près, et pour lesquels on faisait subir aux malades des traitements plus ou moins rigoureux. Maintenant, un verre approprié et des soins hygiéniques rendent à ces malades ce qu'ils demandaient en vain aux cautères, aux sétons et à tous les dérivatifs possibles.

Sans plus de préambule, j'aborde mon sujet, en réclamant de nouveau votre indulgence.

L'œil peut être considéré comme *une chambre noire*, dont la cavité serait représentée par l'hémisphère postérieure et l'iris, et l'ouverture par la pupille. L'on sait que dans la chambre noire, les objets éclairés lointains vont se peindre renversés au fond de sa cavité, et que plus son ouverture est petite, plus les images sont nettes, mais que ce résultat n'est obtenu qu'au dépens d'une grande diminution dans l'éclairage. Il est donc nécessaire, pour avoir une plus grande quantité de lumière, sans nuire à la netteté des images, que l'on ajoute quelque chose qui puisse réunir les deux avantages en même temps, c'est-à-dire, qui nous fasse jouir du bénéfice d'une grande ouverture sans préjudice pour la netteté des images ; or, l'on obtient ce résultat en plaçant en arrière du trou de pénétration agrandi, une lentille convergente dont la longueur focale est égale à la profondeur de la chambre noire.

Cette chambre noire, ainsi pourvue d'un objectif, telle qu'est la chambre noire des photographes, est absolument identique à l'œil, dont l'objectif ou l'appareil réfringent est constitué par la cornée, l'humeur aqueuse le cristallin et l'humeur vitrée ; ces divers milieux transparents, tout en ne possédant pas exactement, il est vrai, le même indice de réfraction, peuvent être cependant assimilés à une seule lentille convergente d'un foyer déterminé, ou encore à une seule surface convexe, comme l'a démontré Helmholtz.

L'œil est donc un véritable appareil dioptrique, et puisque nous avons à l'étudier comme tel, je dirai d'abord quelques mots sur la réfraction de la lumière en général, sur la marche des rayons lumineux à travers les lentilles, et sur la formation des images par ces lentilles ; et en le faisant, j'exposerai par là même, toutes les lois de la dioptrique physiologique.

On entend par *réfraction*, la déviation qu'éprouvent les rayons lumineux en traversant *obliquement* divers milieux transparents de densité différente.

Si les rayons lumineux passent d'un milieu moins dense dans un milieu plus dense, ils se rapprochent de la normale au point d'incidence, au contraire ils s'en éloignent lorsqu'ils passent d'un milieu plus dense dans un milieu moins dense.

Tout le monde connaît l'expérience du bâton plongé dans l'eau ; ce bâton, comme l'on sait, paraît brisé à la surface de l'eau, or cette illusion optique n'est autre chose qu'un effet de la réfraction de la lumière.

Lorsque la lumière tombe perpendiculairement sur la surface d'un milieu transparent, de quelque densité qu'il soit, elle n'est pas déviée par ce milieu.

Les rayons lumineux parallèles, (1) passant à travers une lentille biconvexe, sont réfractés de telle sorte qu'ils vont se réunir en un point qui coïncide avec le centre de courbure de cette lentille. On nomme ce point : *foyer principal* de la lentille. Ainsi des rayons lumineux partant de 20 pieds, et traversant une lentille qui a 5 pouces de rayon de courbure, iront se réunir à environ 5 pouces de cette lentille.

Lorsque la source lumineuse est placée entre le foyer principal de la lentille et l'infini, les rayons lumineux qui en émanent, après avoir été réfractés par la lentille, se réunissent en un point qui a une telle relation avec le point d'où part la source lumineuse, que les deux deviennent réciproquement le foyer l'un de l'autre. Ces deux points sont appelés pour cette raison : *foyers conjugués* ; et plus la source lumineuse se rapproche de la lentille, plus le foyer s'en éloigne.

Si le point lumineux est situé au foyer principal de la lentille, les rayons sortent parallèles de la lentille.

Lorsqu'enfin, la source lumineuse est placée entre le foyer principal et la lentille, les rayons réfractés par cette lentille, en sortiront divergents, mais leurs prolongements en avant de la lentille se réuniront en un point qu'on appelle : *foyer virtuel*.

Si maintenant, au lieu d'un seul point lumineux, nous en avons plusieurs dont l'ensemble forme un objet éclairé, chacun de ces points enverra des rayons lumineux qui seront réfractés par la lentille, de manière à former une succession de foyers, lesquels réunis, constitueront l'image de cet objet. Donc pour construire cette image, nous n'avons qu'à appliquer pour chaque point de l'objet, ce que je viens de dire sur la manière dont sont réfractés par la lentille, les rayons lumineux partant d'un seul point.

Pour bien comprendre la construction des images, il est bon de se rappeler ce qu'on entend par *centre optique*, *axe optique* et *axes secondaires* d'une lentille.

Dans toute lentille, comme vous le savez, il existe un point par lequel les rayons lumineux traversant cette lentille, ne subissent aucune déviation, de quelque direction qu'ils viennent ; ce point est le *centre optique* de la lentille. La ligne qui traverse perpendiculairement la lentille en passant par le centre optique, se nomme l'*axe optique* ou l'*axe principal* de cette lentille, et les *axes secon-*

(1) On nomme *parallèles*, les rayons lumineux venant de l'infini, d'une étoile par exemple. On considère aussi comme sensiblement parallèles, les rayons lumineux partant d'un objet éclairé, situé à la distance d'une vingtaine de pieds.

daïres, sont les lignes qui traversent obliquement la lentille en passant aussi par le centre optique. (1)

Les lois de la formation des images sont les suivantes : 1o. Si l'objet éclairé est à une distance très éloignée de la lentille, l'image est la plus petite possible, et se trouve sensiblement au foyer principal ; 2o. Si l'objet se rapproche, l'image s'agrandit et s'éloigne du foyer de plus en plus ; 3o. si l'objet se trouve au foyer principal, il ne se forme plus d'image, parce que les rayons lumineux sont parallèles, mais l'objet est vu à travers la lentille comme situé à l'infini ; 4o. Si l'objet est situé entre le foyer principal et la lentille, il n'y aura pas non plus d'image réelle, puisque les rayons sortent divergents de la lentille, mais une *image virtuelle* sera vue du côté même de l'objet, et cette image sera droite et agrandie ; la lentille servira ici de loupe.

Appliquons maintenant ces quelques données théoriques à l'œil, que l'on peut, comme je l'ai déjà dit plus haut, assimiler à une seule lentille convergente d'un foyer déterminé, et dans lequel existe aussi un centre optique dont le siège serait situé dans le cristallin à une très petite distance de sa face postérieure.

Avec ces données, il sera facile de comprendre les rapports d'un objet éclairé avec l'image qu'il produit sur la rétine.

Ainsi je veux construire sur la rétine, l'image d'un objet quelconque : d'un point de cet objet, du point, par exemple, qui correspond à son extrémité supérieure, je mènerai d'abord une ligne qui passant par le centre optique de l'œil, devra se rendre à un certain endroit de la rétine sans éprouver aucune déviation, et toutes les autres lignes partant du même point, iront se réunir au même endroit, si la rétine se trouve au foyer de l'appareil réfringent oculaire. Si je procède de la même manière pour le point qui correspond à l'extrémité inférieure, et pour chacun des autres points de l'objet, je construirai par là même sur la rétine, l'image de cet objet.

D'après la construction d'une image rétinienne, on comprend que cette image doit être renversée, comme dans la chambre noire, et que chaque objet sera vu sous un certain angle, auquel on a donné le nom d'*angle visuel*. Je reviendrai plus tard sur cet angle visuel, en parlant des échelles typographiques. Que l'image rétinienne soit renversée, il n'y a aucun doute là-dessus ; on peut du reste s'en convaincre aisément, en prenant un œil fraîchement extrait, auquel on enlève la partie centrale postérieure de la sclérotique et de la choroïde, en ayant soin de laisser la rétine intacte, on tourne ensuite la cornée de cet œil vers la flamme d'une

(1) Je dois dire toutefois que ces définitions ne sont pas tout-à-fait celles que donnerait un physicien, mais à notre point de vue, elles sont suffisamment exactes.

bougie, et l'on voit alors cette flamme se peindre renversée sur la rétine.

Tous les physiologistes admettent aujourd'hui que l'œil normal (quant à la réfraction) est construit de façon à ce que les rayons lumineux parallèles vont faire foyer sur la rétine, ou plutôt sur cette couche de la rétine formée par les cônes et les bâtonnets ; car il est bien reconnu maintenant que l'impression lumineuse n'a lieu que par les cônes et les bâtonnets, et que dans la rétine, ce sont les seuls éléments sensibles à la lumière. On peut se rendre compte de la vérité de ce fait, par des expériences, très-faciles à faire, mais ce serait nous écarter du sujet. Je vous disais donc que l'œil normal est construit de façon à ce que les rayons lumineux parallèles vont faire foyer sur la rétine. Je considère ici, bien entendu, l'œil comme appareil réfringent immuable, sans m'occuper des diverses modifications qui surviennent dans l'exercice de la vision à des distances différentes, ce dont il sera question lorsque je parlerai de l'accommodation.

Maintenant comme l'œil n'est pas toujours construit exactement de la même manière chez tous les individus, qu'il se rencontre souvent, par exemple, des différences assez notables dans les dimensions de l'organe, comme cela a été prouvé par un grand nombre de mensurations faites sur des milliers d'yeux, (car on a trouvé des yeux qui mesureraient de 32 à 33 millimètres, dans leur diamètre antéro-postérieur, tandis que d'autres n'en mesureraient que 18 à 19,) il est facile de concevoir que la vision des objets éloignés n'est pas possible pour tout le monde, c'est-à-dire que la rétine chez certains individus doit être placée *en avant*, et chez d'autres, *en arrière* du foyer des rayons lumineux parallèles, puisque d'après le calcul de certains auteurs, l'œil normal devrait mesurer à peu près 23 à 24 millimètres dans ce même diamètre antéro-postérieur.

C'est d'après ces différences dans la vision des objets éloignés que Donders a fait sa classification des yeux, par rapport à la réfraction. Cette classification est acceptée par tous les physiologistes, et en effet, elle est bien plus rationnelle que l'ancienne, dont le point de départ était un peu arbitraire. Ainsi on supposait que l'œil normal devait lire à 10 pouces, et suivant qu'il fallait rapprocher ou éloigner le livre, l'œil était déclaré *myope* ou *presbyte*.

Pour Donders, l'œil normal, est, comme je viens de le dire, celui dans lequel les rayons lumineux parallèles vont se réunir sur la rétine, et il désigne cet œil sous le nom d'*emmetrope* (du mot grec *emmetros*, qui veut dire : *gardant la mesure*).

Il donne le nom de *brachymétrope* (de *brachus*, *court* et *metron*, *mesure*) à l'œil dans lequel les rayons parallèles se réunissent avant d'arriver à la rétine, soit à cause de l'excès du pouvoir réfringent de l'œil, ou de sa trop grande longueur. Mais comme l'œil brachy-

métrope est exactement le même, que celui qui avait toujours été connu auparavant sous le nom de *myope*, on est convenu de conserver ce dernier nom, malgré que cette expression soit bien moins correcte que la première. Le mot *myope* vient d'un verbe grec qui signifie : *cligner*, et on l'a employé à cause de l'habitude qu'ont les myopes de cligner les yeux, lorsqu'ils veulent voir à une certaine distance.

Enfin, lorsque les rayons parallèles vont faire foyer en arrière de la rétine, parce que l'œil est trop court dans son diamètre antéro-postérieur, ou que son pouvoir de réfraction est trop faible, Donders appelle cet œil : *hypermétrope* (de *uper*, au-delà et *metron*, mesure.)

Il résulte de là que l'*hypermétropie* est le véritable antagoniste de la *myopie* et non pas la *presbytie* comme on le croyait autrefois. J'aurai l'occasion de revenir sur ce sujet. Outre ces deux anomalies de réfraction dont je viens de parler, la *myopie* et l'*hypermétropie*, il en existe une troisième que je mentionnerai de suite, et qui consiste en ce que la puissance réfringente n'est pas la même dans tous les méridiens de l'œil, ce qui fait que les objets ne peuvent jamais être vus nettement, à cause de l'aberration de la lumière qui est la conséquence nécessaire de cette inégalité de réfraction dans les différents méridiens. Cette troisième anomalie de réfraction porte le nom d'*astigmatisme* (de *a* privatif et *stigma* point.) L'œil *astigmatique* est celui qui ne peut jamais mettre au point.

En parlant de l'œil normal, je l'ai considéré comme adapté à la vision des objets éloignés seulement ; mais l'on sait que cet organe a aussi la faculté de voir nettement à quelques pouces, il faut donc qu'il ait le pouvoir de se modifier ou de *s'accommoder* suivant les différentes distances où sont placés les objets. Ce pouvoir d'accommodation de l'œil, a pourtant été nié par Magendie et plusieurs autres physiologistes éminents, qui prétendaient que l'œil avait la propriété de former au même endroit, les images d'objets différemment éloignés, mais il est très facile de prouver le contraire par des expériences bien simples que nous pouvons faire nous-mêmes.

Ainsi, par exemple : voici une épingle que je tiens dans ma main, j'ai soin de me placer vis-à-vis une fenêtre à distance, et je regarde alternativement l'épingle et l'un des barreaux de la fenêtre ; si je fixe l'épingle, je ne puis plus voir distinctement le barreau, et lorsque je regarde le barreau, l'épingle à son tour devient confuse.

Cette expérience que l'on peut varier de diverses manières, suffit pour prouver que notre œil ne peut voir distinctement, à la fois, plusieurs objets placés à des distances différentes, mais qu'il s'accommoder tour-à-tour pour chacun de ces objets. Cette même expérience nous fait voir aussi que notre œil en s'accommodant pour la distance où se trouve l'épingle, fait une espèce d'effort dont nous avons pleinement conscience, et cette sensation d'effort est encore plus marquée si nous approchons d'avantage l'épingle, ce qui prouve

que, dans la vision des objets rapprochés il y a véritablement une action musculaire qui s'exerce, et que l'œil regardant au loin doit être considéré comme étant à l'état de repos, c'est-à-dire comme n'ayant pas besoin de mettre en jeu son accommodation. Au reste il paraît être admis en physiologie, *que l'œil est en repos lorsqu'il s'adapte pour la vision des objets éloignés.*

L'accommodation est donc cette force qui fait réunir sur la rétine les rayons lumineux venant d'objets rapprochés, quelle que soit la distance où ils se trouvent. Sans l'intervention de cette force, l'œil ne pourrait voir distinctement qu'à une seule distance, l'œil normal, par exemple, ne verrait que des objets placés au delà de 20 pieds, puisqu'en deçà, les rayons lumineux ne peuvent plus être considérés comme parallèles, et qu'alors ils sont à l'œil, ce que sont à la lentille les rayons venant d'un point situé entre l'infini et le foyer principal de cette lentille, c'est-à-dire qu'ils se réuniront en arrière de la rétine et s'en éloigneront d'autant plus que l'objet se rapprochera d'avantage de l'œil, en vertu de la relation des foyers conjugués. Et cet objet ne formant sur la rétine que des cercles de diffusion, sera vu d'une manière confuse, à moins que l'accommodation intervienne pour ramener sur la rétine, le foyer des rayons lumineux qui se trouve en arrière de l'œil.

Voyons maintenant comment s'opère cette importante fonction de l'accommodation. Cette question est une de celles qui a le plus occupé les physiologistes, aussi dans le but de l'expliquer, on a bâti des hypothèses en grand nombre. Je ne ferai que citer les principales opinions qui ont été émises sur ce sujet. Pour Haller et quelques autres, l'accommodation était produite par la contraction seule de la pupille ; d'autres l'attribuaient à un changement de courbure de la cornée ; Képler, Sheiner et Jacobson prétendaient que le cristallin se déplaçait en avant ; et Buffon, Boerhave et Heule admettaient que le globe de l'œil s'allongeait sous l'influence de la pression des muscles extérieurs de l'œil. Or il est facile de démontrer que toutes ces opinions ne reposent que sur des hypothèses et ne sont nullement fondées. Il est bien vrai que la contraction de la pupille accompagne l'accommodation, mais loin de la produire, elle ne lui est même pas nécessaire, puisque l'expérience nous enseigne que l'on peut voir nettement à des distances différentes, *avec un même degré d'ouverture pupillaire*, à condition que l'éclairage diminue ou augmente suivant qu'on rapproche ou qu'on éloigne l'objet visé. L'observation suivante est encore une preuve que l'accommodation est tout-à-fait indépendante de l'iris et par conséquent de la contraction de la pupille : M. de Græfe cite un cas, où, à la suite de blessure de l'œil, l'iris ayant été enlevé complètement, il put constater que le pouvoir d'accommodation persistait quand même. Ruec et Follin ont aussi observé la même chose dans deux autres

cas d'*aniridie*. (1) L'iris et la pupille n'ont donc rien à faire avec l'accommodation. Il en est de même de la cornée qui ne subit aucune modification pendant l'exercice de la vision à des distances rapprochées, comme le prouvent les expériences de Cramer et de Helmholtz sur l'image catoptrique de la cornée, expériences qui déjà, avaient été faites auparavant par Thos. Young, Haldat et Max. Langenbeck. On ne peut admettre non plus que le cristallin change de place pour se rapprocher de la cornée, puisque l'humeur aqueuse n'est pas compressible, et qu'elle n'a aucune issue pour s'échapper en arrière; les prétendus orifices du canal de Petit, par où l'on faisait passer l'humeur aqueuse, lors de la propulsion du cristallin en avant, n'ont jamais existé que dans l'imagination des partisans de cette théorie, car les recherches les plus minutieuses n'ont pu trouver aucune trace d'ouvertures dans ce canal. Reste encore l'allongement du globe oculaire sous l'action des muscles extérieurs, mais la pathologie et l'expérience nous font voir que ces muscles n'ont aucun contrôle sur l'accommodation; en effet, dans les paralysies musculaires de l'œil, nous avons pu remarquer nous-mêmes, que cet organe continue de s'adapter à toutes les distances. Et quand, par l'emploi de l'atropine, le pouvoir d'accommodation se trouve aboli, les muscles extérieurs ne sont nullement dérangés dans leur fonction.

Ainsi, par voie d'exclusion, et à la suite des expériences si concluantes de Cramer et de Helmholtz sur les images de Purkinje, on est arrivé à cette théorie, qui fait dépendre l'accommodation, d'un *changement de courbure du cristallin*.

Déjà, depuis plus de deux cents ans, Descartes avait émis la même opinion. Ainsi dans son "*Traité de l'homme*": après avoir donné la description du globe oculaire, et de la position du cristallin (qu'il nomme *humeur cristalline*), il parle de *petits filets noirs* "qui embrassent tout autour cette humeur cristalline, qui sont "comme autant de petits tendons par le moyen desquels sa figure se "peut changer et se rendre un peu plus plate ou plus voûtée selon "qu'il est de besoin." Plus loin, il ajoute: "Le changement de figure qui se fait en l'humeur cristalline sert à ce que les objets qui "sont à diverses distances, puissent peindre distinctement leurs "images au fond de l'œil."

Cette théorie de Descartes a été admise en partie par Thos. Young, mais ce dernier attribuait au cristallin lui-même, la faculté de changer de forme, prétendant que cet organe était doué de propriétés contractiles.

Plus tard Purkinje, Max. Langenbeck et de Græfe pensèrent aussi que l'accommodation était produite par un changement de forme du cristallin, mais ils ne purent en donner des preuves satis-

(1) Absence d'iris.

faisantes. C'est à Cramer et à Helmholtz que revient l'honneur d'avoir démontré d'une façon péremptoire, par leurs expériences sur les images de Purkinje, que le principe de l'accommodation réside tout entier dans les changements suivants que subit le cristallin : *la surface antérieure de cet organe devient plus convexe et se rapproche de la cornée, et sa surface postérieure augmente aussi quelque peu de courbure, mais d'une façon très-peu sensible.* Ce changement de courbure de la face postérieure du cristallin n'avait pas même été remarqué par Cramer, mais Helmholtz parvint à l'apprécier d'une manière très-précise au moyen d'un instrument qu'il inventa et auquel il donna le nom d'*ophthalmomètre*.

Ces images dites de *Purkinje* (qui les fit remarquer le premier,) ou encore de *Sanson* (qui les proposa comme moyen de diagnostic de la cataracte,) peuvent être formées, en plaçant une lumière devant un œil, suivant la direction d'une ligne qui formerait avec l'axe optique un angle d'à-peu près 40° à 50° ; et cette lumière, comme l'on sait, est réfléchiée par la cornée, la surface antérieure et la surface postérieure du cristallin. Il en résulte trois images, dont la première, *l'image cornéenne*, est petite, brillante et droite ; la seconde, *l'image cristalliniennne antérieure*, est plus grande, droite aussi, mais très-peu lumineuse et mal délimitée dans ses contours ; et la troisième, *l'image cristalliniennne postérieure*, est très-petite, assez brillante et renversée. Les deux premières images sont droites comme étant fournies par deux surfaces réfléchissantes convexes, et la troisième est renversée, parce qu'elle est réfléchiée par une surface concave.

D'après les observations de Cramer et de Helmholtz, (confirmées depuis par un grand nombre de savants), voici ce qui se passe, lorsque l'œil s'accommode pour viser un objet rapproché : *Les deux images cristalliniennes deviennent plus petites*, ce qui indique une augmentation de courbure dans les deux surfaces du cristallin, puisque la grandeur des images réfléchies par les miroirs concaves ou convexes, est en raison directe du rayon de courbure de ces miroirs, puis *l'image cristalliniennne antérieure change de place pour se rapprocher de l'image cornéenne*, ce qui fait voir que la surface antérieure du cristallin se rapproche de la cornée. L'image fournie par cette dernière ne varie ni de grandeur ni de position, preuve que la cornée ne subit aucun changement ni dans sa forme, ni dans la place qu'elle occupe, et que conséquemment elle n'exerce aucune influence sur l'accommodation.

Il reste donc démontré que le principe de l'accommodation réside dans un changement de courbure des surfaces du cristallin, et nous pouvons ajouter qu'il y réside tout entier, puisque dans *l'aphakie*, (1) chez les opérés de cataracte, par exemple, le pouvoir d'accommo-

(1) Absence de cristallin.

dation n'existe plus. Ainsi un individu auquel on aura enlevé la cataracte ne pourra voir distinctement même de loin, qu'avec un verre biconvexe, et s'il veut voir de plus près, il lui faudra un autre verre d'un numéro plus fort.

Cherchons maintenant où se trouve cet agent qui produit ces modifications subies par le cristallin, pendant que l'œil s'adapte pour la vision des objets rapprochés. J'ai déjà dit plus haut que l'effort d'accommodation avait tous les caractères d'une action musculaire, et comment pourrait-on expliquer, autrement que par l'intervention d'un muscle, la rapidité avec laquelle se produit le phénomène de l'accommodation. Il n'y a donc aucun doute là-dessus, l'accommodation se fait sous l'influence d'une action musculaire. Or nous venons de voir que cette action ne provient ni de l'iris ni des muscles extérieurs de l'œil ; elle ne provient pas non plus du cristallin, puisque les histologistes n'ont encore pu trouver aucune trace de fibres contractiles dans cet organe, et cette opinion est confirmée par l'expérience suivante de Cramer, qui soumit à un fort courant d'électricité, un cristallin fraîchement extrait, sans pouvoir obtenir la moindre apparence de contraction. Cependant, en répétant la même expérience sur l'œil d'un jeune phoque récemment tué, cet œil étant complètement isolé de tous ses muscles extérieurs, il put constater dans les images catoptriques des deux surfaces du cristallin, des changements semblables à ceux qui se produisent dans un œil vivant, lorsqu'il s'accommode pour une distance rapprochée.

Ces expériences étaient suffisantes pour prouver que l'organe actif de l'accommodation, ou le muscle qui préside à cette fonction, n'était pas dans le cristallin, mais qu'il existait toutefois dans l'intérieur de l'œil.

La question comme vous le voyez, se trouvait renfermée dans des limites bien étroites ; c'est ce qui fit entreprendre de nouvelles études sur le corps ciliaire surtout, à cause de ses relations anatomiques avec le cristallin. Et, à peu près dans le même temps, Brucke et Bowman démontrèrent d'une manière évidente, que le prétendu ligament ciliaire n'était autre chose qu'un véritable muscle à *fibres lisses* et *radiées*, plus tard, H. Muller découvrit à la partie antérieure et profonde de ce muscle, une autre couche de fibres *circulaires* de même nature que les précédentes, et formant une espèce d'anneau parallèle au bord de la cornée. La portion radiée de ce muscle prend son origine, d'après Kolliker, sur un ruban tendineux formant la paroi interne du canal de Schlemm ; de là une partie de ses fibres (les plus longues et les plus externes) vont s'insérer sur la choroïde, au niveau de l'*ora serrata*, une autre partie à la surface externe des procès ciliaires, enfin les dernières fibres se rendent à la périphérie de l'iris. Ce sont ces deux couches de fibres radiées et circulaires qui constituent le *muscle ciliaire* auquel les physiologistes attribuent aujourd'hui le rôle d'*organe actif* de l'accommodation.

Mais comment s'exerce cette action du muscle ciliaire sur le cristallin ? C'est une question encore à résoudre et qui a donné naissance à plusieurs théories, qu'il serait trop long d'énumérer ici. Je n'en citerai qu'une, celle de Rouget de Montpellier, qui semble un peu plus satisfaisante que les autres, et que Longet, Sappey et Gavaret paraissent accepter en partie.

D'après cette théorie, les fibres radiées auraient pour effet de tendre la choroïde afin d'empêcher le déplacement de la lentille en arrière ; les fibres circulaires, en se contractant, comprimeraient la partie périphérique de la face antérieure du cristallin par l'intermédiaire des procès ciliaires, et le cristallin ne pouvant être déplacé, cette compression des procès ciliaires déprimerait sa face antérieure à la périphérie, tandis que la portion centrale serait projetée en avant.

Quoiqu'il en soit, ce que la physiologie admet comme certain maintenant, c'est que l'accommodation se produit sous l'influence de la contraction du muscle ciliaire, d'où dépendent ces changements de courbure du cristallin, dont j'ai parlé plus haut, ou en d'autres termes : le muscle ciliaire et le cristallin sont les deux organes de l'accommodation, le premier en est l'organe actif, et le second, l'organe passif.

Je m'arrête ici pour ce soir, mais si vous le permettez, je continuerai cette étude dans une de nos prochaines séances libres. Cette fois, je m'occuperai des troubles de la réfraction et de l'accommodation, et j'indiquerai les moyens de les reconnaître et d'y remédier.

—:0:—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

—
Séance du 28 Janvier 1874.

Le Dr. J. P. Rottot, président, au fauteuil.

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

Le Dr. Ed. Desjardins donne lecture d'un travail sur la réfraction et l'accommodation de l'œil. (V. p. 97.)

Le Dr. A. B. Laroque lit le rapport du comité d'hygiène et de la santé publique.

Il est décidé de remettre à une prochaine séance la discussion de ce rapport.

Et la séance est levée.

—
Séance du 11 Février 1874.

Le Dr. A. Ricard, président *pro-tempore*.

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

Le Dr. A. T. Brosseau fait une communication sur la méthode du professeur Esmerich pour assurer l'*hémostase* dans les opérations.

Une discussion s'élève à ce sujet à laquelle prennent part les Drs. Ricard, Grenier, Lussier et Thibeault.

Et la séance est levée.

DR. G. GRENIER.

Sec.-Trés. S. M.

—:0:—

CORRESPONDANCE PARISIENNE.

TUMEUR ÉRECTILE, TRAITÉE AU MOYEN DE LA CAUTÉRISATION ET DES SÉTONS MULTIPLES, PAR LE PROFESSEUR GOSSELIN, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ.

J'ai observé dans le service de M. Gosselin, un enfant, âgé de deux ans environ, atteint d'une de ces tumeurs, qu'on désigne souvent, sous le nom de *navi materni*, ou tumeur érectile veineuse de la grosseur d'une fève.

M. Gosselin pratiqua, il y a un mois, à deux reprises différentes, la cautérisation sous-cutanée de la tumeur avec le fil de platine rougi, la première fois à l'aide d'un appareil électrique et la deuxième fois à l'aide d'une lampe œliqua. A la suite de cette double cautérisation, une suppuration s'établit à la surface de la tumeur et entraîna la destruction de toute la portion cutanée.

Aujourd'hui la tache cutanée est complètement disparue, le tissu érectile veineux n'existe plus dans la peau, qui est entièrement formée d'un tissu cicatriciel extrêmement mince. Mais on constate encore sous la peau une tumeur à teinte bleuâtre, difforme, molle, s'affaissant et disparaissant sous la pression des doigts, augmentant au contraire, et faisant une saillie de la grosseur d'une noisette, lorsque l'enfant crie ou fait des efforts quelconques.

Cette tumeur est bien constituée par une trame érectile veineuse anormale.

Comment la faire disparaître ? fallait-il continuer la cautérisation ? M. Gosselin y a d'abord songé, mais il y a bien vite renoncé, parce que, dit-il, il ne pourrait pas faire la cautérisation sans détruire la peau, en même temps que la trame veineuse sous-cutanée ; ce qui entraînerait fatalement une difformité de la peau, une cicatrice indélébile, qui pourrait avoir une grande tendance à s'ulcérer ultérieurement. De plus, une seule cautérisation ne suffirait pas, il faudrait revenir plusieurs fois à la charge, peut-être cinq, six, ou même sept fois ; ce qui prolongerait trop le traitement.

M. Gosselin a préféré traverser la tumeur avec des sétons multiples. Mais il ne s'est pas servi des sétons multiples de Lallemand. On sait que l'illustre professeur de Montpellier se servait d'épingles longues et déliées, qu'il enfonçait dans la tumeur de manière à la tra-

verser de part en part, et qu'il laissait en place sept à huit jours, pour les enlever lorsque la suppuration était établie. M. Gosselin a employé de préférence des sétous ordinaires, formés de fil quadruple, qu'il a passés au nombre de trois dans la tumeur, ainsi qu'il l'a vu souvent faire à Auguste Bérard. Ce procédé, comme celui de Lallemand, a pour but de provoquer une inflammation suppurative de la trame veineuse sous-cutanée, déterminant une élimination des parois, une phlébite adhésive, à la suite desquelles les veines se trouveront transformées en un élément cellulo-fibreux. Seulement d'après Bérard et d'après les observations personnelles de M. Gosselin, on obtient ce résultat d'une manière plus sûre et plus rapide avec les sétous ordinaires qu'avec les sétous métalliques.

DR. S. A. LONGTIN.

Paris, 10 Janvier 1874.

ATROPHIE DU TESTICULE DROIT CONSÉCUTIVE A DEUX ORCHITES
SUPPURÉES ; VARICOÈLE DU TESTICULE GAUCHE ; NÉVRAL-
GIE ILÉO-SCROTALE.

Un homme d'une trentaine d'années, couché dans le service de M. Gosselin, est atteint d'un varicoèle du testicule gauche, et se plaint de douleurs très vives dans les parties. En examinant ces dernières, on trouve le testicule droit atrophié, excessivement petit et présentant un noyau très dur au bas de l'épididyme. Deux orchites antérieures dont l'une suppurée, explique cet état. On peut remuer le testicule dans tous les sens et le presser entre les doigts sans déterminer ni douleur, ni souffrance. Quant au testicule gauche, il est affecté d'un varicoèle, peu marqué lorsque le malade est au lit ; celui-ci grossit lorsque le malade est debout et devient très prononcé lorsqu'il a marché un instant. C'est un varicoèle ordinaire type.

Le malade éprouve enfin une douleur très vive à forme névralgique, s'étendant de la crête iliaque vers le scrotum qui persiste même lorsqu'il est au lit. C'est cette douleur, beaucoup plus que son varicoèle, qui l'a décidé à venir à l'Hopital réclamer du soulagement. Aussi est-ce sur cette douleur que M. Gosselin a appelé l'attention des élèves.

A quoi est due cette douleur ? s'est demandé le savant professeur. Question un peu difficile à résoudre, a-t-il ajouté. Est-elle occasionnée par un varicoèle et faut-il traiter celui-ci pour le faire disparaître ? Si le varicoèle était gros, si, lorsque le malade est debout, ses veines étaient excessivement dilatées, nous comprendrions que le varicoèle pût déterminer cette douleur, et alors nous attaquerions le varicoèle pour anéantir la douleur ; mais ici le varicoèle est ordinaire-

re ; de plus, la douleur persiste lorsque le malade est couché et que ses veines ne sont pas dilatées.

D'un autre côté, le malade n'a pas l'*irritable testis* des Anglais, puisque nous avons vu que la pression et les mouvements imprimés au testiculé ne déterminent pas de douleur, et que, dans les cas d'*irritable testis*, le malade au contraire ne peut supporter la moindre pression sur la partie, pas même dans beaucoup de cas le simple contact des vêtements.

Enfin le malade n'a pas de gravelle, et nous ne pouvons donc pas admettre que sa douleur du testicule soit de celles qui accompagnent souvent la colique néphrétique.

M. Gosselin conclut donc que la douleur du malade est due à une névralgie qui occupe les branches inguinales du plexus lombaire, car la douleur va de la crête iliaque vers le scrotum. Le malade a la névralgie du cordon des Anglais, la névralgie iléo-scrotale de Chaussier. Cette névralgie, dit le savant professeur, est consécutive à des épидidymites et à des orchites répétées et dure assez longtemps. Or le malade dont il s'agit a eu deux orchites : la première, il y a trois ans ; et la seconde, il y a deux ans, et cette dernière a suppuré.

Sans négliger le varicocèle, le savant professeur va donc traiter concurremment la névralgie.

Contre le varicocèle, il emploiera des applications froides, la contention des bourses ; il recommandera au malade de relever son testicule et de le comprimer légèrement, d'éviter les grandes fatigues et de se reposer quelques minutes lorsque le varicocèle grossira trop ; bref, il ordonnera tout ce qui constitue le traitement palliatif.

Quant à la névralgie, il l'attaquera par des frictions calmantes ; les pilules antinévralgiques de Mèglin, l'ammoniac.

Si cela ne réussit pas, il aura recours aux vésicatoires saupoudrés de chlorhydrate de morphine, qui lui ont plusieurs fois réussi, ou aux injections hypodermiques.

Si, ce qu'il ne croit pas, la douleur persistait et si un lien mystérieux qu'il ignore rattachait celle-ci au varicocèle, il aurait recours à la ligature du cordon comme traitement du varicocèle et comprendrait dans la ligature les veines et les nerfs, ce qui amènerait la cure de la névralgie. L'illustre chirurgien compte déjà plusieurs cas heureux opérés par ce moyen.

DR. S. A. LONGTIN.

Paris, 15 Janvier 1874.

BIBLIOGRAPHIE.

BIBLIOTHEQUE MATERNELLE : DE L'ALLAITEMENT MATERNEL étudié au point de vue de la mère, de l'enfant et de la société par le Dr. BROCHARD, Chevalier de la Légion d'honneur, Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou et de la Direction des nourrices de la ville de Paris, inspecteur des Crèches et des Bureaux de nourrices de Lyon. Deuxième édition revue et augmentée. Lyon : P. N. Jossierand, libraire-éditeur, 1 vol. in 18, p. 190.

GUIDE PRATIQUE DE LA JEUNE MÈRE ou l'Education du Nouveau-né—par le même —1 vol. in 18, avec gravures, p. 206.

L'OUVRIÈRE MÈRE DE FAMILLE, par le même, 1 vol. in 18.

M. le Dr. Brochard a publié un grand nombre de travaux sur l'importante question de la mortalité des enfants. Un des premiers en France, il a signalé le mal, et en a dévoilé toute l'étendue. Il a constaté qu'aujourd'hui, grâce à la diminution des naissances et à l'excessive mortalité des nourrissons, la France est, sous le rapport de l'accroissement de la population, au-dessous de toutes les nations d'Europe. La désuétude de l'allaitement maternel et les désastreuses conséquences qui résultent de l'allaitement mercenaire, la négligence des mères d'étudier les préceptes d'hygiène qui se rattachent à l'enfance, telles sont les principales causes de cette mortalité effrayante. Sous le titre de Bibliothèque maternelle, M. le Dr. Brochard a réuni ceux de ses ouvrages dont la lecture serait profitable aux mères de famille. Après avoir signalé le mal, il en offre le remède.

Le livre de l'allaitement maternel s'adresse plutôt aux gens du monde qu'aux médecins, cependant ces derniers y trouveront sur le phénomène physiologique de la lactation, sur les avantages de l'allaitement maternel des considérations très utiles. Dans la préface, l'auteur indique à l'avance les divisions de son ouvrage. Dans le premier chapitre il démontre que l'allaitement maternel est une loi naturelle qui résulte de l'organisation même de la femme ; qu'il constitue un devoir auquel nulle mère ne peut se soustraire sans blesser la morale et la religion. Dans le second, il prouve que la lactation est le complément physiologique de la parturition ; que la mère, par conséquent, doit nourrir dans l'intérêt de sa propre santé.

Dans le troisième chapitre, il fait voir que le lait de la mère est l'aliment le mieux approprié aux besoins de son enfant, et il démontre que l'allaitement mercenaire est la principale cause de l'extrême mortalité qui frappe les nouveau-nés des grandes villes. Dans le quatrième enfin, il prouve que l'allaitement mercenaire tend à détruire les liens de la famille, qu'il démoralise les campagnes et qu'il est pour la France une cause puissante de dépopulation.

Le Guide Pratique de la jeune mère et l'Ouvrière, mère de famille, qui en est un résumé ont pour but d'éclairer les mères de toutes les classes de la société sur les lois de l'éducation physique et morale du nouveau-né et de leur faciliter l'accomplissement de cet important devoir.

L'auteur débute par les précautions que doit prendre une femme enceinte ; puis, après avoir parlé des soins à donner à la mère et à l'enfant, il aborde l'importante question du régime chez le nouveau-né.

Ce point d'hygiène est aussi mal compris en France qu'en Canada. Écoutons l'auteur :

L'alimentation prématurée, qui est la cause de mort la plus commune chez les nouveau-nés confiés aux nourrices mercenaires est également une cause de mort très fréquente chez les enfants élevés par leurs propres mères..... Il n'y a pour soumettre un enfant à un régime convenable, qu'à suivre la voie tracée par la nature. Au lieu d'agir ainsi, la plupart des nourrices et des mères mettent à faire manger leurs nourrissons un empressement qui dépasse toute croyance.¹⁷ Nous pouvons en ce pays constater les tristes résultats de cette alimentation mal comprise et le nombre de victimes que cette pratique fait parmi les nouveaux-nés.

L'auteur donne ensuite les conseils les plus utiles sur l'allaitement et la manière de le conduire, sur le choix des nourrices lorsque malheureusement la mère ne peut nourrir elle-même, sur le régime qu'elles doivent suivre et les précautions à prendre à leur égard. Les préceptes de l'allaitement artificiel, de l'alimentation de l'enfant après le sevrage constituent encore autant de chapitres différents de même que ceux relatifs aux vêtements, aux bains et lotions, au sommeil, à l'exercice, à la vaccine.

Dans une seconde partie, l'auteur traite brièvement de l'éducation morale ou intellectuelle de l'enfant. Chez le nouveau-né, cette éducation se borne au développement des sens, à l'habitude, à l'imitation, à un petit nombre de passions.

Dans une éloquente conclusion, l'auteur signale l'ignorance des mères et des nourrices comme une cause puissante de dépopulation et fait un appel chaleureux en faveur de leur instruction afin d'arrêter cette hécatombe de nouveaux-nés.

Tel est le plan que M. le Dr. Broehard s'est tracé dans cette série d'ouvrages et il l'a rempli de manière à mériter les succès obtenus. Ces travaux écrits dans un style clair, concis, élégant devraient se trouver entre les mains de toutes les mères qui ont des enfants à élever et préserveraient ainsi de la mort, sans aucun doute, un grand nombre de nouveaux-nés.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du lait dans le traitement de la dysenterie chronique.— On prescrit beaucoup le lait aujourd'hui dans des circonstances très-variées. C'est une ressource si précieuse, à la portée de tous, qu'il est nécessaire d'en montrer toutes les applications d'autant plus qu'on peut être appelé chaque jour à l'employer dans des circonstances analogues ou moins graves. Dans les *Archives de médecine navale*, le docteur Barret étudie son action dans le traitement de la dysenterie chronique qu'il a observée si souvent sur les marins et les soldats au retour des colonies, et surtout de la Cochinchine. Il établit la supériorité de la diète lactée sur tous les autres traitements, donne d'intéressants détails, puis indique complètement, d'une façon nette et précise, le mode d'administration.

Le lait doit être pur, sans mélange d'eau, le plus frais possible, sans ébullition antérieure. Aussitôt leur entrée à l'hôpital, les malades, après avoir accepté ce mode de traitement, recevront une quantité de lait suffisante pour pourvoir à leur alimentation. Ils n'auront pas d'autre nourriture, pas d'autres médicaments. Le premier effet qui se manifeste en général est une plus grande abondance et une plus grande liquidité de selles; le médecin ne doit pas s'en laisser effrayer, car cette période est de courte durée, quelques jours à peine. Lorsque les matières tardent trop à se solidifier, on pourra plus rapidement obtenir ce résultat par l'administration du bismuth seul ou additionné de diascordium, le tout scrupuleusement trituré.

On se tiendra en garde contre le phénomène qui a été signalé par M. le médecin en chef Gestin dans le cours du traitement par le bismuth, et qui se produit surtout chez les individus affaiblis. Je veux parler de l'apparition sur le corps, et surtout sur les jambes, des taches hémorrhagiques tout à fait analogues à celles du scorbut et qui, de même que cette maladie, seront avantagement combattues par le jus de citron, le cresson, etc. On devra en même temps suspendre le bismuth, sans interrompre pour cela la médication lactée.

Lorsque des flux bilieux se manifesteront dans les selles, on emploiera avec succès les purgatifs doux, tels que la manne, le sulfate de soude, à la dose de 15 à 20 grammes.

Il arrive quelquefois que le lait se présente dans les selles sous forme de grumeaux; la coagulation dans l'estomac s'est bien produite mais il n'a pas été absorbé parce que les sécrétions du tube digestif, et en particulier de l'estomac, modifiées par la maladie, étaient

incapables d'opérer la transformation nécessaire à son assimilation. Ces qualités qu'elles ont perdues, il est facile de les leur rendre, et c'est ici que la pepsine joue un rôle véritablement actif. Un gramme de cette substance administré par moitié au moment de chaque repas, rendra le lait parfaitement assimilable. On combattra par le même moyen les vomissements consécutifs à l'ingestion du lait.

Aussitôt que les selles solides et moulées ont reparu, les malades qui, depuis bien longtemps, étaient minés par la diarrhée, reprennent espoir, ils sont même portés à considérer leur guérison comme assurée et définitive, et à se laisser aller à des écarts de régime, à des désirs d'aliments solides, qu'explique le traitement un peu monotone auquel ils viennent d'être soumis. C'est à ce moment que le médecin doit redoubler de vigilance et s'efforcer de ne pas perdre par une rechute tout le terrain qu'il avait gagné. Le malade réclame-t-il autre chose que du lait ? on lui donnera du fromage à la crème vulgairement appelé *lait desséché* ; de la soupe au lait, qui, eu égard à la faible quantité de pain qu'on y mettra, n'aura presque de la soupe que le nom ; enfin on pourra prescrire du blanc d'œufs, de la crème de riz, des œufs à la neige, tous aliments fort légers. Ce n'est qu'à la dernière extrémité et lorsque le malade déjà convalescent réclame impérieusement une nourriture plus substantielle, qu'on lui accordera du poisson bouilli, des œufs crus, des viandes blanches, sans toutefois cesser le lait qui sera pris en guise de tisane. Par-dessus tout, il faut éviter les infractions au régime. Une note de M. Leroy de Méricourt nous apprend en outre que chez certains malades il est fort avantageux, surtout en été, d'additionner le lait d'une certaine quantité d'eau de chaux ou de la couper avec de l'eau de Pougues.—*Jour. de Méd. et de Chir. prat.*

Insomnie. Influence des troubles digestifs ; Ecart de régime ; De la fatigue. Conseils hygiéniques et traitement.—Dans un article intéressant du *British medical Journal*, le docteur Dyce Duckworth insiste sur quelques causes mal étudiées de l'insomnie. Il rappelle d'abord que la physiologie moderne a démontré, contrairement à d'anciennes opinions, que pendant le sommeil la circulation cérébrale était affaiblie et diminuée et que le sang, qui n'affluait plus au cerveau, affluait vers les extrémités ou vers les autres parties du corps, ce qui contribue à causer la transpiration pendant le sommeil. Le cerveau a donc besoin d'un état d'anémie relatif. Les causes d'insomnie agissent d'ordinaire en amenant une congestion exagérée du cerveau.

Au premier rang des causes d'insomnie, il faut placer la dyspepsie. Souvent même, les troubles dyspeptiques étant peu marqués, l'in-

somnie persiste. Cela se produit d'ordinaire quelques heures après le repas et surtout lorsqu'un écart de régime a été commis.

Parmi les causes de ces insomnies, il faut placer au premier rang les dîners de cérémonie et surtout la déplorable habitude de mélanger les vins. On aggrave encore la chose par l'absorption de café ou de thé fort. La dyspepsie des liquides est encore une cause.

Les excès de thé ou de café pris à une heure avancée de la soirée, la fumée de tabac fort sont des sources d'insomnie.

L'épuisement corporel est encore une cause importante. Les hommes de lettres s'y exposent sans cesse et la vie du monde vous y mène rapidement. Les voyageurs l'éprouvent aussi d'autant mieux qu'il leur arrive souvent de ne trouver qu'une nourriture insuffisante.

Tout ce qui peut s'opposer au développement des troubles digestifs est favorable au sommeil. L'usage des stimulants dans l'ordinaire est une des premières choses à combattre. M. Dyce Duckworth blâme les repas de nuit et, lorsqu'ils sont nécessaires, recommande les viandes légères et surtout le bouillon de bœuf ou l'extrait de viande. Le vin chaud est favorable au sommeil; il pense que, dans ce vin, l'emploi de la noix muscade, qui passe pour hypnotique, est favorable à son action.

Contre la dyspepsie acide, il prescrit les moyens ordinaires.

Quand l'insomnie provient du froid aux pieds, il recommande le soir un bain de pieds sinapisé ou même additionné de teinture d'iode.

Le sommeil prolongé après le repas est mauvais.

Quelquefois l'insomnie résulte de mauvaises dispositions de l'esprit, de préoccupations. C'est affaire à la médecine de l'esprit. Le changement de pays est une excellente chose. Dans ces cas, en fait de drogues à conseiller, les meilleures sont le bromure de potassium et l'hydrate de chloral. On peut aussi donner avec avantage de fortes doses de jusquiame.

Certaines odeurs empêchent le sommeil, mais surtout le manque d'humidité de l'air. C'est une chose commune dans les chambres des malades, dans les pays chauds, ou dans les pays froids dans les appartements chauffés avec des poêles. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à arroser largement le plancher de façon à donner de la vapeur d'eau.

L'élévation de la tête et l'emploi d'un oreiller dur sont indiqués toutes les fois que les conditions particulières du sujet n'exigent pas une situation spéciale.

En définitive, il ne faut pas oublier que toutes les fois qu'un moyen ou un médicament favorise le sommeil, c'est en diminuant l'afflux sanguin vers le cerveau, circonstance dont la thérapeutique tirera le plus grand profit.

C'est avec juste raison que M. Dyce Duckworth attire l'attention sur l'insomnie par troubles digestifs, connue du reste depuis long-

temps. Tous ceux qui ont suivi l'enseignement de Beau se rappellent qu'il indiquait souvent cette cause d'insomnie; et si dans son livre il ne lui a pas consacré de chapitre spécial, au moins n'a il pas manqué de la signaler dans ces lignes :

« La somnolence est encore un symptôme qui souvent dénote une digestion laborieuse et difficile. Par contre, on observe souvent que les dyspeptiques qui dorment immédiatement après les repas ont de l'insomnie pendant la plus grande partie de la nuit. Nous avons connu un homme bien portant, du reste, qui ne pouvait pas éprouver pendant la nuit un sentiment de gêne, même le plus léger, à l'estomac, sans se voir condamné par cela même à une insomnie complète. » *Journ. de méd. et de chir. prat.*

SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DU SEIGLE ERGOTÉ.—M. le docteur Duboué, de Pau, dans une brochure qu'il a publiée dernièrement, a fait l'étude comparative de divers médicaments, et en particulier de la quinine, de l'arsenic, de l'eau froide, de la propylamine et du seigle ergoté.

Dans un ouvrage sur l'impaludisme, M. Duboué s'était élevé contre la spécificité thérapeutique des médicaments, et notamment contre celle du sulfate de quinine. Chacun des agents réputés spécifiques, tels que la quinine, le mercure, l'iode, possède, il est vrai, une dominante thérapeutique, de telle sorte qu'il est plus particulièrement antipériodique, antisypilitique ou antiscrofuleux; mais il a, en réalité, d'autres applications thérapeutiques qui résultent de son mode d'action physiologique.

Ainsi, d'après M. Duboué, la quinine agirait comme sédatif du système nerveux sensitif, et comme excitant du système nerveux moteur.

Cette dernière action, portée sur les vaisseaux par l'intermédiaire du système nerveux, active ou rétablit la circulation des vaisseaux capillaires.

C'est pour cela que la quinine réussit si bien à arrêter les hémoptysies dues à la tuberculose. Dans sa clientèle de phthisiques, M. Duboué a réussi à arrêter rapidement les hémoptysies chez vingt et un malades, en se servant du sulfate de quinine à la dose de 75 centigrammes (12 grs.) à 1 gr. 50 (24 grs.) par jour.

Le sulfate de quinine agissant comme l'ergot de seigle pour exciter la contraction de l'utérus gravide (Dr. Monteverdi), M. Duboué a essayé l'action de l'ergot dans les cas où le sulfate de quinine donne de bons résultats dans les fièvres palustres, dans les névralgies et certaines névroses tributaires de la quinine; dans les congestions pulmonaires et dans les hémoptysies, et enfin dans la maladie de Graves ou de Basedow. Dans toutes ces affections, il a constamment

observé les bons effets du seigle ergoté. Les effets de ce médicament sur les fièvres intermittentes, et sur les formes rebelles, analysées avec les précautions les plus minutieuses, ont donné quatorze guérisons sur quinze cas. Dans la fièvre intermittente, la dose thérapeutique du seigle ergoté est de 3 grammes (45 grs.) par jour, en poudre aussi fraîche que possible, prise en quatre paquets. Il n'y a pas eu d'accidents.

M. Duboué est conduit par analogie à penser que l'ergoté réussirait aussi bien que le sulfate de quinine dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu ; mais il n'a pas eu l'occasion de l'expérimenter. (*Journ. des connais. méd.*) *Recue de Thérapeutique.*

ECLAMPSIE ALBUMINURIQUE ET URÉMIE ; GUÉRISON PAR L'HYDRATE DE CHLORAL.—D'après M. le Docteur Bouchut, qui trouve la doctrine de l'urémie trop exclusive, l'éclampsie albuminurique doit être rapportée : 1o. à la suffusion séreuse des méninges et du cerveau : 2o. à l'intoxication urémique ou amoniémique par insuffisance sécrétoire des reins. Il cite l'observation d'une encéphalopathie qu'il rattache à la suffusion séreuse de la pie-mère et du cerveau et non à l'intoxication urémique, parce que, dans ce cas, la petite malade offrait de l'anasarque, de l'hydropéricarde, de l'œdème des poumons, de l'œdème des papilles oculaires. Donc, s'il y a œdème des nerfs optiques, il y a œdème de la pie-mère. D'autre part, il n'y a eu ni vomissements ni diarrhée, la bouche est restée humide, la température à 57 degrés et 57^o,5.

Puisqu'il est établi que chez cette malade l'éclampsie dépend de l'anasarque qui s'est étendue aux méninges et au cerveau, il faut proposer comme médication thérapeutique la déplétion séreuse des méninges et du cerveau. Cette indication est remplie par les *drastiques*, les *émissions sanguines*, la *sudation*.

La sudation a été seule employée chez la malade, qui a été mise pendant trois mois dans un maillot de laine chauffé et imprégné de vapeurs de benjoin. L'hydrate de chloral, à la dose de 4 grammes (3i.) par jour, guérit complètement les accidents encéphalopathiques.—(*Gaz. des hôp. et Bull. Gen. de Thérap.*)

TRAITEMENT DE LA PHARYNGITE GRANULEUSE. par A. COUSIN.
—La pharyngite granuleuse, qui peut devenir une source d'hypochondrie grave, doit être traitée par des moyens généraux qui varient suivant la diathèse à laquelle on peut la rattacher, et par des moyens locaux. L'auteur préfère d'abord aux gargarismes divers, même aux pulvérisateurs, qui ne sont véritablement indiqués que dans le cas de complication laryngique, la douche pharyngienne au moyen de l'irrigateur. L'on emploiera soit l'eau de goudron, soit une eau

sulfureuse, mais M. Cousin préfère l'eau salée additionnée ou non d'un peu de glycérine anglaise. Les solutions alumineuses altèrent l'émail des dents.

Si l'angine granuleuse, qui atteint d'abord l'arrière cavité buccale, s'est étendue en haut, c'est-à-dire à l'arrière-cavité des fosses nasales, il faut recourir aussi aux douches nasopharyngiennes.

L'auteur passe ensuite en revue la série bien connue des agents topiques, signale en passant la glycérine iodo-iodurée au centième de Mandl, dit avoir obtenu des succès par de simples badigeonnages avec la glycérine anglaise, mais appelle tout particulièrement l'attention sur l'acide chromique, dont Magitot avait signalé les bons effets dans la périostite alvéolo-dentaire, et que Isambert a employé contre les ulcérations scrofuleuses de la gorge et l'œdème de la glotte chez les phthisiques.

M. Cousin compose le plus souvent sa solution de parties égales d'acide chromique cristallisé et d'eau distillée. Il se sert du porte caustique droit du Dr. Trouvé, muni d'une petite boulette de ouate ou d'amianté. La langue préalablement abaissée. M. Cousin va toucher rapidement toutes les parties malades du pharynx. Le patient se gargarise aussitôt après, ou se fait une irrigation pharyngienne. L'opération est répétée une ou deux fois par semaine.

—(*Bulletin thérapeutique et Lyon médical.*)

—:0:—

PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

—

Sur la méthode du professeur Esmarch pour arrêter l'hémorragie dans les opérations; par le docteur P. MARDUEL.

—

Au mois d'avril 1873, le professeur Esmarch (de Kiel) a fait connaître à ses confrères allemands, réunis en congrès, une méthode imaginée par lui pour arriver à pratiquer un certain nombre d'opérations en évitant au malade toute, ou du moins à peu près, toute perte de sang. M. le docteur P. Marduel a publié sur cette méthode (*Lyon Médical*, 4 et 18 Janvier 1874) une étude critique très-complète, dont nous donnons une courte analyse et quelques extraits sur les points les plus pratiques.

De tous temps les chirurgiens se sont préoccupés de l'hémorragie à obtenir pendant les opérations. Il suffit de rappeler le lien constrictif employé au moyen âge, les amputations faites avec des couteaux chauffés à blanc, bientôt remplacées, grâce à Ambroise Paré par la compression de l'artère principale du membre, d'indiquer les divers garrots et tourniquets compresseurs, de mentionner les méthodes modernes de l'écrasement linéaire, de la galvano-caustique et des amputations par les caustiques. Dans le même but M. Verneuil a pro-

posé la ligature préalable des vaisseaux dans les amputations et M. Guyon fait maintenir le membre fortement élevé avant de commencer la compression artérielle, et place ensuite un lien constricteur *immédiatement au-dessous* du point où doit être pratiquée la section.

C'est en 1855 qu'a germé chez Esmarch, l'idée qu'il a si heureusement développée depuis. Dans le but de conserver le sang à l'opéré, il entourait les membres à amputer d'un bandage roulé fortement serré. Ce moyen ne donnait qu'un résultat incomplet, aussi opérerait-il aussi vite que possible dans les cas où il était de la dernière importance de perdre peu de sang.

« C'est encore pour éviter au patient une perte de sang et débarrasser le chirurgien de l'obscurcissement incessant du champ opératoire par écoulement sanguin, que Dieffenbach, dans l'extirpation de tumeurs érectiles comprenant presque toute l'épaisseur de la joue, se servait d'une pince terminée par deux anneaux ovales entre lesquels il comprimait solidement le pourtour de la tumeur; de la même manière agit la pince de Desmarres et de Snellen pour l'extirpation des tumeurs des paupières, pince qu'on pourrait aussi bien utiliser dans les opérations pratiquées sur les lèvres. Enfin, Esmarch, quand il a à enlever une tumeur érectile reposant sur une base dure, comme au crâne, fait presser par les doigts d'un aide, autour de la tumeur, un anneau de corne ou d'étain. Mais, ce qu'il cherchait, c'était un procédé semblable applicable aux grandes opérations; il y a longtemps songé, et il est enfin arrivé, grâce à l'emploi du caoutchouc faisant la compression élastique, au procédé qu'il met en usage depuis le commencement de cette année (1873), et qu'il a fait connaître, au mois d'Avril, au congrès des chirurgiens allemands.

« Voici comment se comporte le professeur de Kiel, d'après sa communication au congrès et une leçon clinique (1) :

« S'agit-il d'une amputation de cuisse ou de jambe, il enroule fortement autour du membre, depuis les orteils jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, une bande de caoutchouc; on obtient ainsi le reflux dans la circulation générale du sang contenu dans les vaisseaux du membre; puis, pour empêcher l'accès par les artères d'une nouvelle quantité de sang, il passe par dessus ce bandage, à la partie supérieure de la cuisse, un tube de caoutchouc de la grosseur du pouce, et le serre fortement autour du membre, de manière à supprimer complètement la circulation; si l'on a affaire à un sujet très-musclé, on peut, pour plus de sûreté, placer en outre un tampon sur

(1) *Ueber Blutersparung bei Operationen an den Extremitäten*. lu au second congrès des chirurgiens allemands et rapporté par la *Berliner klinische Wochenschrift*, no 32, 1873.

Ueber Blutersparen bei Operationen, in *Folmann's Sammlung Klinischer Vorträge*, 1873.

le trajet de la fémorale. On enlève alors la bande roulée et l'on commence l'amputation ; on a sous les yeux un membre complètement anémié, pâle, et l'on opère tout à fait à sec. L'opération terminée, on lie les artères principales, que l'on trouve facilement avec l'œil, aidé des données anatomiques ; puis, après avoir enlevé le tube constricteur, on procède à la ligature des artères plus petites, qui donnent alors du sang. On procède identiquement de la même manière pour le membre supérieur.

“ S'agit-il, comme dans le cas qui a servi d'occasion à la leçon d'Esmarch (trad. dans le *London medical Record*, 22 et 29 octobre 1873), d'une nécrose du tibia, on procède de la même manière, et l'on fait ensuite toute son opération, incision des parties molles, section de l'os nouveau, extraction du ou des séquestres, ruginage des cloaques, sans qu'il s'écoule une goutte de sang, comme si l'on opérât sur le cadavre. Le malade dont il est question dans cette leçon clinique, affecté de nécrose des deux tibias, a pu subir dans la même séance une double opération, Esmarch opérant sur une jambe et son assistant sur l'autre, sans perdre plus d'une cuiller à thé de sang. Esmarch dit combien il a regretté, le jour où il a usé de cette méthode pour la première fois, de n'avoir pas eu recours plus tôt à un procédé si simple et si efficace. Si le membre sur lequel on opère est le siège de plaies, on l'enveloppe avant de rouler la bande élastique, avec du papier verni ou du taffetas ciré.

“ Cette méthode est applicable, avec un succès plus ou moins complet, à presque toutes les opérations qui se pratiquent sur les membres : amputations, résections, ligatures, ablation de tumeurs, extraction de séquestres, évidement des os. Il y a une distinction à faire, au point de vue de l'application du procédé, suivant qu'il s'agit d'une amputation ou d'un autre genre d'opération. Dans les amputations, il faut, comme nous venons de le dire, enlever le lien circulaire, dès qu'on a lié toutes les artères reconnaissables à l'œil ; on a d'abord une exsudation sanguine en nappe, puis on distingue les petites artères et on les lie : il ne se perd jamais ainsi qu'une très-faible quantité de sang. Dans les autres opérations, au contraire, on enlève le tube de caoutchouc serré autour du membre qu'après avoir achevé le pansement, ou même plusieurs heures après.

“ On peut encore appliquer la méthode aux opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme. A-t-on à faire l'ablation du testicule ou l'amputation de la verge, par exemple, on passe un petit tube de caoutchouc derrière la racine des bourses, on croise les deux chefs sur le pubis et on les noue en serrant fortement derrière le sacrum. Esmarch a exécuté plusieurs fois par ce procédé la castration et l'amputation de la verge, en ne faisant perdre au malade que la petite quantité de sang contenue dans l'organe au début de l'opération. Si l'on veut conserver même ce sang-là, par exemple dans

les cas d'ablation de tumeurs volumineuses du testicule, on entourera préalablement le scrotum d'un bandage élastique serré, comme on le fait pour les membres.

Le procédé nouveau a été mis en pratique avec succès par plusieurs chirurgiens de différents pays. Tous s'accordent à dire que les résultats obtenus, ont été très satisfaisants. L'opération se fait exactement comme si on la pratiquait sur le cadavre.

M. Harrison Cripps, de Saint-Bartholomew's Hospital, a proposé à l'appareil d'Esmarch une modification qui économise plusieurs mètres de bande élastique, et rend l'application aussi simple que facile. Il emploie un tube de caoutchouc destiné non-seulement à supprimer la circulation centrifuge, mais aussi à refouler d'abord le sang contenu dans le membre. Les deux extrémités du tube, qui a 21 pouces de long et $\frac{3}{8}$ de pouce de diamètre, sont liées ensemble par un fil, de manière à former un anneau élastique de sept pouces de diamètre; il se sert, en outre, d'un dévidoir à rainure et à double manche autour duquel roulera le tube. Pour appliquer cet appareil au bras, on fait faire à l'anneau élastique trois ou quatre tours serrés qui enferment les doigts et le pouce, en ayant soin que les tours ne se croissent pas. On place alors le dévidoir entre le pouce et le tube, en passant sous la partie qui réunit le premier et le dernier tours; on fait alors glisser progressivement l'anneau élastique de bas en haut, en ayant toujours bien soin que les tours gardent leur place et ne se croissent pas. On remonte ainsi jusqu'au dessus du point où doit se pratiquer l'opération, pendant laquelle on maintient la compression. Le degré de constriction peut être parfaitement réglé par la distance laissée entre le dévidoir et le membre par celui qui applique l'appareil. Cette méthode répond très bien à son but pour le membre supérieur et la partie inférieure de la jambe; mais au creux poplité les tendons fléchisseurs empêchent la compression efficace de l'artère; il faudrait y placer un tampon solide. Pour enlever le bandage, on le déroule en sens inverse, ou on coupe le fil qui réunit ses extrémités.—(*The Lancet* 11 Oct. 1873).

Il semble à l'auteur que ce procédé ne vaut pas celui d'Esmarch, parce qu'il donne une compression moins régulière et moins exacte.

La méthode d'Esmarch présente de très grands avantages qu'il suffira d'énumérer rapidement. Et d'abord, en ne faisant perdre à l'opéré qu'une quantité de sang insignifiante, on diminue, dans des proportions notables, l'anémie consécutive; on facilite par conséquent, la guérison. Chez des sujets profondément anémiés par l'hémorrhagie traumatique, une longue suppuration ou une dyscrasie, on n'a pas à faire entrer en ligne de compte dans la décision à prendre la quantité de sang forcément perdue pendant une opération. On agrandit ainsi, au bénéfice des malades, le champ de l'intervention opératoire.

En second lieu, la méthode d'Esmarch permet la suppression de l'aide le plus important celui préposé à faire la compression digitale de l'artère principale du membre ; elle permettra donc souvent de faire à la campagne des opérations qu'on n'oserait ou ne pourrait y entreprendre sans ce précieux secours. On en peut dire autant de la chirurgie en temps de guerre.

“ Enfin, on trouvera dans l'emploi de ce procédé de grandes facilités pour la pratique de certaines opérations : séquestrotomies, évidemment des os, résections, extirpations de tumeurs ; on aura l'avantage incontestable de ne pas voir le champ opératoire constamment masqué par l'écoulement sanguin ; on ne sera plus obligé de recourir sans cesse aux éponges ; d'où commodité plus grande et économie de temps.

“ En résumé : extension de l'intervention chirurgicale, économie du sang de l'opéré, facilités opératoires et économie de temps, tels sont les avantages de la compression élastique.

“ Les contre-indications ne sont pas encore suffisamment connues, et partant suffisamment établies. Parmi elles, il en est une qu'Esmarch a lui même signalée, et que voici : Quand on a une opération à pratiquer sur un membre qui est le siège d'infiltrations purulentes, on ne doit pas chercher à en chasser complètement le sang ; si on comprime fortement avec la bande élastique des parties présentant cette condition, on risque de faire pénétrer le pus dans les mailles du tissu cellulaire, de là dans les lymphatiques, et l'on peut s'exposer ainsi à de fâcheux accidents. “ Dans ces cas, dit Esmarch, je me contente, avant de placer le lien circulaire autour du membre, d'en faire refluer le plus de sang possible en faisant tenir ce membre élevé pendant quelques instants.” Cette manière de faire est analogue, sauf la position du lien circulaire, à celle de GUYON. La même contre-indication existe dans les cas de gangrène, car on pourrait chasser des principes septiques dans la circulation.

“ On pourrait craindre que le refoulement de tout le sang d'un membre dans le torrent circulatoire, qui a une capacité limitée, n'entraînant des suites fâcheuses ; on est bien vite rassuré à cet égard par les nombreux cas où la méthode a été employée par Esmarch et ses imitateurs sans qu'on ait observé de ce chef un seul accident.

“ Quand à la douleur produite par cet appareil, elle est très-modérée. ”

Cette méthode cependant, ne peut être employée que dans les opérations pratiquées sur les membres et sur les organes génitaux de l'homme, mais les services qu'elle peut rendre dans ces limites d'application sont assez nombreux et assez considérables pour lui mériter une place sérieuse dans la thérapeutique chirurgicale.

La compression forte et prolongée, supprimant d'une manière absolue la circulation dans un membre, ne peut-elle pas être suivie de

troubles dangereux de la circulation et de l'énerivation, tels que des thromboses, des inflammations, des paralysies? Si l'on tient compte des milliers de cas où des chirurgiens de tout temps et de tout pays ont employé le tourniquet et la compression digitale on regardera comme peu probable que la compression, même totale, puisse entraîner des accidents si elle ne dure pas trop longtemps.

D'autre part, les expériences classiques de Conheim ont démontré que chez les animaux à sang chaud, l'interruption complète de la circulation n'est généralement suivie d'aucun trouble durable, si elle n'est pas continuée plus de six ou huit heures.

Enfin les chirurgiens qui ont appliqué la méthode d'Esmarch affirment n'avoir jamais vu survenir de troubles de la circulation pendant la durée de la cicatrisation. L'auteur examine en dernier lieu la question de priorité.

“ En somme ” dit-il “ maint chirurgien a entouré d'un bandage roulé un membre à amputer, on a pratiqué au moyen âge la ligature circulaire à la racine du membre comme moyen d'hémostase ; Chassaignac a préconisé dès 1856, dans le même but, la ligature élastique avec des tubes ou des anneaux de caoutchouc ; Gandesso Silvestri, de Vicence, a étendu et appliqué cette manière de faire de 1862 à 1871. On n'est donc pas autorisé à dire que la méthode d'Esmarch est absolument nouvelle de toutes pièces, ce qu'il ne prétend pas lui-même du reste. Mais ce qu'il y a d'original dans la méthode du professeur de Kiel, c'est d'avoir combiné ces deux choses : refoulement complet dans la circulation générale du sang renfermé dans le membre sur lequel on opère et arrêt consécutif complet de la circulation artérielle ; c'est d'avoir systématisé cette méthode par l'emploi de la compression élastique, c'est d'en avoir généralisé et prôné l'exemple avec faits à l'appui. Aussi, sauf production de nouvelles preuves, la méthode mérite bien réellement de porter le nom du professeur Esmarch. ”



LIGATURE ÉLASTIQUE.—Le professeur Dittel, a fait à la Société de médecine de Vienne, le 14 février 1873, une communication sur la ligature élastique. Dans tous les cas où les médecins employaient et où nous employons encore la ligature avec des fils ordinaires, M. Dittel se sert de fils en caoutchouc. L'idée de cette méthode lui fut suggérée par le curieux fait que voici. Le 5 mars 1872, entra dans son service une fille de onze ans, victime d'une méchanceté raffinée ou tout au moins d'une extrême négligence de la part de sa belle-mère ; sa chevelure était retenue dans une résille, et l'enfant se plaignait de céphalalgie et disait que la résille n'avait pas été enlevée depuis quinze jours. Au niveau du cordon élastique de la résille, on voyait un sillon suppurant et pénétrant à travers les os du crâne ; le cordon était enfoui au fond de ce sillon.

Bientôt survinrent des signes de méningite, et l'enfant mourut le 21 mars. A l'autopsie, on trouva un sillon faisant le tour du crâne, ayant traversé la plus grande partie de l'épaisseur des os, de sorte que le sommet de la tête ne tenait au reste du crâne que par quelques ponts osseux.

La chute des tumeurs provoquée par ces ligatures, est assez rapide, et l'inflammation et la douleur sont médiocres. La substitution du caoutchouc aux fils ordinaires paraît donc parfaitement justifiée, et ses avantages ne sont pas douteux. Reste à savoir si ce procédé l'emporte sur les caustiques, l'écrasement linéaire, etc., et à quels cas son application convient plus spécialement.

Ici, plus que pour la compression élastique la priorité revient à M. Gadnesso-Silvestri, de Vicence. M. Dittel a, du reste, parfaitement reconnu la justesse de la réclamation. Chez nous, A. Richard avait aussi, en 1863, usé de cette ligature.

C'est principalement en Angleterre que ce procédé a pris depuis longtemps déjà une grande extension.—*Bordeaux Médical.*

HOPITAL DE LA CHARITE DE NEW-YORK.

NOTES SUR LES MÉTHODES DE TRAITEMENT EMPLOYÉES ET OBSERVATIONS.

(EXTRAIT du *Medical Record*, No. 179.)

Brûlures.—Lotion recommandée pour les brûlures :

Sulfate de zinc.....	1 gr. (gr. xv)
Essence composée de lavande.....	31 (ʒi)
Eau.....	570 (lbi ʒvi)

Erysipèle.—Le seul moyen effectif employé pour limiter le mal consiste dans l'application de vésicatoires, formant barrière. On se sert, en général, pour cet usage, de collodion vésicant. Si l'érysipèle attaque un membre, on encercle celui-ci avec une bande vésicante de un centimètre et demi de largeur environ, posée au-dessus de la partie affectée et en un endroit sain.

Un onguent fréquemment employé avec succès, dans le cas d'érysipèle, est le suivant :

Sulfate de fer.....	3 gr. 90 (ʒi)
Savon ou onguent à la cire.....	31 " (ʒi)

Cérat simple—On peut modifier cette préparation, de manière à la rendre plus agréable et plus maniable dans l'eau froide, en ajoutant de l'huile d'amande dans la proportion de 4 grammes (ʒi) sur 32 grammes (ʒi.) Cette facile modification est agréable au malade et utile pour le chirurgien.

Entorses.—La partie lésée est immédiatement placée dans une celisse en gypse. Le repos absolu et le soutien du membre malade sont les indications principales à remplir dans le traitement de ce genre de lésions.

Ulcères.—Lorsqu'on a affaire à une surface ulcérée qui demande des applications douces et légèrement excitantes, le cérat à la résine et baume du Pérou donne d'excellents résultats. La proportion usuelle est d'une partie de baume pour quatre de cérat.

Moyen d'enlever le diachylon.—Après qu'on a enlevé les bandes de diachylon, il reste des débris qui nuisent à la propreté et au bon pansement des parties sur lesquelles elles étaient placées. On peut nettoyer parfaitement ces parties au moyen d'huile de térébenthine et d'huile douce, la première en proportion d'un peu plus de moitié. On frotte soigneusement les endroits contaminés, avec un linge ou une éponge imbibée de ce composé, puis on lave avec de l'eau de savon tiède, et la propreté est parfaite.

Cancroïdes.—Un grand nombre de cancroïdes ont guéri rapidement sous l'influence d'un pansement à l'iodoforme pur. Dans quelques cas rebelles on a dû faire précéder le traitement à l'iodoforme d'une cautérisation complète.

Syphilis.—Le mercure est usuellement employé, sous la forme de perchlorure ou de bichlorure, dans la seconde période ; mais, contre les accidents tertiaires, on se sert exclusivement de l'iodure de potassium. On l'administre à larges doses, en commençant par 1 gramme (15 grs.) trois fois par jour, pendant deux ou trois jours ; on continue par doses de 1 gr. 30 (20 grs.), trois fois par jour en augmentant ainsi jusqu'à 2 grammes (30 grs.) trois fois par jour, quantité considérée comme normale. Le malade est maintenu au régime de l'iodure, à moins qu'il n'engraisse trop, dans lequel cas on interrompt le traitement pendant quelque temps.

Hernie étranglée.—Un homme, âgé de plus de soixante-dix ans est amené à l'hôpital, portant une hernie étranglée, sur laquelle des tentatives de réduction par taxis avaient été essayées. Le malade est épuisé et présente les signes d'une péritonite. Une ponction par l'aspirateur est pratiquée et une once environ de sérosité s'écoule au dehors ; mais l'effet obtenu n'est pas suffisant pour permettre la réduction. L'opération ordinaire est alors pratiquée. Le malade meurt. L'autopsie révèle une péritonite étendue. Il est toujours dangereux de différer la réduction d'une hernie étranglée.—*Berdeaux Médical.*

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM ; BONS EFFETS DE L'ÉLECTROLYSE.
—M. Léon Le Fort a communiqué à la Société de chirurgie une observation des plus importantes, relative à l'emploi de l'électrolyse dans les rétrécissements du rectum.

Le sujet de cette observation est une femme de trente ans, entrée à l'hôpital Lariboisière au mois d'octobre 1872. Elle rapporte qu'elle a été opérée, cinq ans auparavant, d'un rétrécissement, sans préciser le genre d'action chirurgicale employé. Elle est restée, depuis cette époque, fortement constipée, n'expulsant par l'anus que des matières aplaties ou très amincies, tachetées de sang. Par le toucher rectal avec l'index, on constate qu'il existe dans le rectum un rétrécissement constitué par un anneau dur, mamelonné, situé assez haut pour qu'on ne le sente qu'à l'extrémité du doigt, qui ne peut même pas y pénétrer en raison de l'étroitesse de la coarctation.

On forme, au moyen de la gutta-percha, un long cône plein, dans le centre duquel cheminent deux fils de cuivre qui font saillie de quatre centimètres au-dessus du sommet du cône, au niveau du rétrécissement. Les bouts opposés des fils réunis ensemble, sont mis en rapport avec un des pôles d'une pile de quatre petits éléments au sulfate de cuivre, l'autre réophore, constitué par une plaque étant appliqué sur l'abdomen.

L'appareil resta en place quatre heures le premier jour ; la patiente apprend à l'introduire elle-même chaque soir, afin de le laisser à demeure toute la nuit. Au bout de huit jours amélioration. Après vingt séances, le doigt s'engage facilement dans le rétrécissement ; la constipation a cessé ; la défécation se fait sans douleur, sans perte de sang. La malade sort de l'hôpital au bout d'un mois, se jugeant complètement guérie. (*Bull. gén. de thérapeutique.*)
Bordeaux Médical.

DE LA CIRCONCISION PAR LE GALVANOCAUTÈRE, par H. DAWSON.—Pendant qu'on s'occupe à la Société de Chirurgie de la méthode galvano-caustique et de ses applications, il est intéressant de rapporter la pratique de M. Dawson, qui pratique ainsi la circoncision par le galvanocautère. Le prépuce est passé dans l'anse de platine que l'on amène jusqu'au niveau du gland, on fait passer le courant et le prépuce est enlevé ; on donne ensuite en quatre points un coup de ciseaux à la muqueuse, le prépuce est repoussé en arrière et le gland est mis à découvert. D'après Dawson, cette manière de procéder aurait les avantages suivants : elle met complètement à l'abri de l'hémorrhagie primitive ou secondaire ; elle est plus rapide que toutes les autres méthodes, car, si le fil est chauffé à blanc, la section du prépuce est instantanée ; elle n'oblige pas à faire garder le repos aux opérés, etc.

Dawson se propose d'ailleurs, à la première occasion, de se servir du couteau galvano-caustique au lieu de l'anse. (*Lond. med. R. et Lyon M.*)

GYNECOLOGIE

De l'hématocèle rétro-utérine et antéutérine.—(étiologie, pathogénie et traitement), par MAROTTE SCHROEDER, F. WEDER—M. le Dr. Marotte (*Considérations nouvelles sur la pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine*, IN *Archives gén. de méd.*, juillet 1873), laissant de côté les causes pathologiques de l'affection (reflux de sang de l'utérus dans la trompe et le péritoine, apoplexie ovarienne, pointe extra-utérine, varices du ligament large,) ne s'occupe que des deux causes plus directement liées aux fonctions physiologiques de l'appareil utéro-ovarien : l'ovulation spontanée et les hémorrhagies de la trompe. Ce sont, du reste, les causes qui donnent lieu aux hématocèles les plus nombreuses, à celles qui se font avec assez peu d'abondance ou assez de lenteur pour s'écyster. La congestion physiologique ne suffit pas à expliquer l'épanchement sanguin, elle n'est que cause prédisposante ; d'où la nécessité de cause occasionnelle. Les causes mécaniques manquent le plus souvent ; chez la plupart des malades, au contraire, il y a des troubles menstruels avant, pendant ou après la production de l'hématocèle ; il y a des métrorrhagies, et de plus des douleurs plus ou moins vives, plus ou moins durables, précèdent, accompagnent ou suivent l'apparition de l'hématocèle et de la menstruation dans le cours de laquelle elle s'est développée.

M. Marotte a publié, en 1860, un travail sur quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes ; il a montré que les plus fréquents de ces épiphénomènes sont la congestion et la métrorrhagie, se manifestant soit à l'époque de la menstruation, soit plus souvent en dehors d'elle ; la douleur précède en général l'hémorrhagie et lui survit ; quelquefois la métrorrhagie prime la douleur par son intensité, tout en restant sous sa dépendance. Trois observations personnelles, l'étude de trois autres appartenant à Voisin, à Nélaton et à Tardieu, ont amené M. Marotte à voir l'influence des névralgies lombo-sacrées sur la production d'un certain nombre d'hématocèles rétro-utérines. Pour lui les douleurs vives dans l'abdomen et le bassin qui accompagnent l'hématocèle ne peuvent être rapportées à la péritonite dont les autres signes font défaut, mais bien à une névralgie dont elles ont tous les caractères.

Le nouvel élément signalé par M. Marotte, la névralgie hémorrhagivare, lui semble laisser le médecin moins impuissant pour la prophylaxie de l'hématocèle. Les névralgies pouvant contribuer à produire l'hémorrhagie intra-péritonéale, on combattra les névralgies et les états constitutionnels qui les engendrent.

À côté de ce mécanisme de la production de l'hématocèle pelvienne, on peut résumer les recherches et les observations suivantes, dans lesquelles on trouve une tout autre pathogénie :

Kart Schröder (*Ueber die Bildung der Hematocele*, in *Archiv für Gynækologie*, Bd, v, Heft, II, 1873) s'est occupé du mécanisme de production de l'hématocèle rétro-utérine et de l'hématocèle anté-utérine. A propos de la première, il fait remarquer que, dans l'état de vacuité de la vessie et du rectum, les anses intestinales remplissent le cul-de sac de Douglas; qu'elles l'abandonnent dans l'état de plénitude de ces organes, et qu'alors l'utérus et le rectum sont en contact; qu'un épanchement de liquide se fasse dans la cavité abdominale, il ira occuper cette cavité la plus déclive en chassant l'intestin qui est plus léger. Mais la présence d'un liquide, pas plus que celle de l'intestin, ne peut donner lieu à une tumeur rétro-utérine, rénitente qui repousse l'utérus en avant; il lui manque la résistance nécessaire. Pour produire les caractères qui appartiennent à l'hématocèle rétro-utérine, pour produire entre le rectum et l'utérus une tumeur rénitente qui sépare ces deux organes, il faut qu'un épanchement sanguin se produise dans le cul-de-sac de Douglas, préalablement séparé par des adhérences du reste de la cavité abdominale. Pour que l'hématocèle se produise, il faut donc que le sang provienne d'organes situés au-dessous de la barrière formée par les fausses membranes: trompes, ovaires, revêtement péritonéal du cul-de-sac, vaisseaux des fausses membranes. Il va sans dire que la péritonite peut être la suite d'une première hémorrhagie libre, non enkystée.

L'hématocèle anté-utérine, c'est-à-dire une tumeur sanguine intrapéritonéale située entre la vessie et l'utérus, a été jusqu'à ces derniers temps regardée comme partie intégrante de l'hématocèle rétro-utérine. L'auteur rappelle à ce sujet l'observation de Martin Magron et Soulié, et celle d'Aitken (*Trans of the Edimb obst. soc.*, 1870); l'hématocèle était enkystée dans la première, non enkystée dans la seconde. L'hématocèle anté-utérine est beaucoup plus rare, les adhérences péritonéales étant bien moins fréquentes en avant de l'utérus qu'en arrière, et, d'autre part, les ovaires et les extrémités des trompes, sources ordinaires de l'hémorrhagie, ne participant pas à la formation de la nouvelle cavité. G. Braun a rapporté (*Wien. med. Wochens.*, 1872, numéros 22 et 23) un fait qui démontre la réalité de l'hématocèle anté-utérine; dans ce cas, où l'autopsie fut pratiquée, l'hémorrhagie s'était très probablement produite par la trompe gauche allongée, dont l'extrémité s'engageait dans la cavité du sac anté-utérin.

Enfin, Schröder rapporte en détail un fait personnel et inédit d'hématocèle anté-utérine non enkystée. Voici les points principaux de l'observation: grossesse tubaire, rupture du kyste au deuxième mois, hématocèle rétro-utérine, péritonite, production d'adhérences entre le rectum et l'utérus, nouvelle rupture et épanchement sanguin au devant de l'utérus. On trouva à l'autopsie: dans le cul-de-sac recto-utérin, une série de caillots fibrineux en étages séparés par de faus-

ses membranes ; entre le pubis et l'utérus fortement porté en arrière, une masse de sang coagulé, et au-dessus du sang encore liquide. L'hématocèle rétro-utérine s'est ici produite la première ; puis, le rectum et l'utérus une fois adhérents, le cul-de-sac vésico-utérin, resté seul à supporter la pression intra-abdominale, est devenu plus profond, et c'est dans sa cavité que s'est recueilli le sang épanché lors de la seconde rupture du kyste fœtal.

F. Weber, de Saint-Petersbourg a publié sur l'hématocèle rétro-utérine un intéressant travail (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1873, 1) dans lequel, s'appuyant sur vingt-trois observations, il se rattache aux idées de Küchenmeister, avec cette différence qu'il ne rejette pas de son cadre les hémorragies extra-péritonéales dans le tissu cellulaire péri-utérin ; on peut, selon lui, rapporter à des hémorragies extra-péritonéales la plupart des faits dans lesquels l'évacuation spontanée de la tumeur se fait par le rectum.

Pour ce qui est de la fréquence, l'auteur a observé que l'hématocèle est une des plus rares affections gynécologiques, et qu'elle constitue à peine 2 pour 100 des maladies des femmes traitées à l'hôpital. Elle est plus fréquente dans la jeunesse, ce qu'il attribue non pas à l'âge lui-même, mais à l'activité sexuelle et procréatrice. Des chocs ou des commotions imprimés au corps sont pour lui les causes prochaines les plus fréquentes. Il fait remarquer que les hématocèles intrapéritonéales, même les plus volumineuses, se résorbent très-vite, tandis que celles qui se font dans le tissu cellulaire pelvien suppurent plus facilement.

D'après les observations de l'auteur, le pronostic est favorable au point de vue de la mortalité. Dans les hématocèles intrapéritonéales récentes, la guérison est la règle ; la guérison complète est très-rare, au contraire, dans les hématocèles extrapéritonéales, les intrapéritonéales anciennes, et dans celles qui sont précédées d'une maladie de l'utérus ou de ses annexes.

Les indications à remplir sont : 1^o de s'opposer à une nouvelle hémorrhagie ; 2^o d'obtenir la résorption du sang épanché ; 3^o de combattre les complications. Pour remplir la première, on se trouvera bien d'appliquer sur le ventre des vessies pleines de glace ; l'anémie commande l'emploi du fer, du vin et des toniques ; la pelvipéritonite consécutive, qui n'est pas rare, sera traitée suivant les règles ordinaires. Pour obtenir la résorption de l'épanchement, on aura recours plus tard aux vésicatoires, aux badigeonnages avec la teinture d'iode, et à celle-ci prise à l'intérieur. L'auteur abandonne à la nature l'évacuation de l'hématocèle suppurée, et rejette la ponction vaginale de la tumeur devenue fluctuante ; si ce moyen abrège la durée de la maladie, il expose à une mortalité assez élevée ; l'évacuation spontanée se fait par le rectum et à une hauteur peu commode pour l'intervention chirurgicale. Weber n'a jamais observé l'évacuation par le vagin (*Schmidt's Jahrbücher*, no 3, 1873.)—*Lyon Médical.*

Eclampsie des femmes en couches. Potion bromurée ; lavement de chloral.—Dans sa thèse de concours pour l'agrégation, M. Charpentier, parlant des diverses médications proposées contre l'éclampsie puerpérale, cite à peine trois ou quatre observations (sur 351) où il soit question du bromure de potassium. Encore cet antispasmodique est-il toujours associé à d'autres éléments de médication, ce qui empêche d'en apprécier la valeur. La *Gazette des hôpitaux* a rapporté cette année trois faits, où le mérite du bromure se dégage un peu plus nettement, et d'où l'on semble autorisé à conclure en faveur de son intervention. Or, voici quelles ont été les doses employées par MM. Bouyer (de Saintes), Jalabert et Camuset (de Bonneval):

La femme délivrée et les attaques persistent, M. Bouyer prescrivit une potion composée de :

Bromure de potassium,	15 grammes	(\bar{v} ss)
Eau,	110 —	(\bar{v} iiiiiss)
Sirup,	35 —	(\bar{v} i)

A prendre les quatre premières cuillerées tous les quarts d'heure; puis quatre cuillerées de demi-heure en demi-heure, et le reste d'heure en heure.

Le lendemain, l'amélioration survenue fait réduire la dose de bromure à 10 grammes. Même dose les jours qui suivent. Le douzième jour, réapparition des premières crises coïncidant avec la cessation du bromure. Reprise de la potion à la dose de 10 grammes pour 100 grammes de véhicule (une cuillerée toutes les heures.) Cessation immédiate des crises, auxquelles succéda seulement une douleur de tête très-intense. Bientôt la convalescence s'établit.

Chez la malade de M. Jalabert, à laquelle on avait pratiqué sans résultat une saignée et administré les inhalations d'éther d'une manière soutenue, les accidents disparurent après l'administration de la potion suivante :

Bromure de potassium,	15 grammes.	(\bar{v} ss)
Julep,	200 —	(\bar{v} vi \bar{v} iiii)

une cuillerée à bouche de quart d'heure en quart d'heure.

Enfin, nous découpons dans la communication de M. Camuset la partie relative au traitement institué par ce confrère :

"...Le placenta fut extrait facilement. Un quart d'heure après, la femme reprit un peu de connaissance. Je lui prescrivis :

Bromure de potassium,	12 grammes	(\bar{v} iii)
Eau,	150 —	(\bar{v} v)

une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure.

" 27 mai (soir). Il y a eu une crise nouvelle vers 5 heures. Elle n'a pas duré longtemps. La malade est dans un état semi-comateux.

Bromure de potassium,	12 grammes,	(\bar{v} iii)
Eau,	150 —	(\bar{v} v)

à donner *ut supra*.

“ 28 mai, pas de crise. Bromure de potassium : 10 grammes dans la journée, 29 mai, crises légères. Bromure de potassium : 10 grammes dans la journée, 30 mai et jours suivants, pas de crise. La convalescence s'établit. Les lochies sont toujours très-normales. Le 15 juin, la malade est complètement guérie.

“ Ce cas d'éclampsie n'est pas le seul dans lequel j'ai eu à me louer de l'emploi du bromure de potassium. ”

M. Charpentier, que nous citons plus haut, manifestait plus de confiance dans le chloral. Bourdon l'a employé depuis également avec avantage à la Charité. Ce médecin a donné 4 grammes de chloral en lavement pendant la période de résolution. Le même moyen répété est excellent contre les contractions très-douloureuses et irrégulières qui éuervent la femme et retardent l'accouchement. Dans ce cas, on peut choisir entre les formules de Martin (de Berlin) et de Liebreich :

Hydrate de chloral,	2 grammes,	(3ss)
Décoction de guimauve,	30 —	(3i)
Amidon,	1 —	(gr. xv)

Liebreich prescrit des lavements contenant 3 ou 4 grammes de chloral selon la véhémence des accès, en augmentant chaque fois la dose de 1 gramme si l'agitation devient plus forte.

—:o:—

VARIETES.

CURIEUX CAS D'HÉRÉDITÉ, par le docteur SIBLEY.—On connaît un certain nombre de faits dans lesquels l'enfant ressemble par une moitié de son être à son père, et par l'autre à sa mère ; ce sont des cas de ce genre que l'auteur rapporte.

Il cite l'exemple d'une jeune fille de Somersetshire, dont la chevelure présentait une différence de nuance très remarquable ; le cuir chevelu était divisé en deux parties égales : la moitié droite avait des cheveux presque noirs, et, sur la moitié gauche, les cheveux d'un jaune rougâtre. Avec l'âge, les cheveux noirs devinrent d'un noir de jais, exactement comme ceux du père, tandis que, de l'autre côté, ils prirent une forte couleur rouge carotte, précisément comme ceux de la mère. Sur tout le reste de la surface cutanée, les poils offraient de chaque côté du corps la même différence de coloration.

Le docteur Sibley relate aussi le fait de l'enfant d'un père blanc et d'une mère négresse, lequel avait toute la moitié droite du corps blanche comme son père, et toute la moitié gauche noire comme sa mère. Sur la moitié droite de la tête, les cheveux étaient bruns et longs comme les cheveux du père, et sur la moitié gauche, ils étaient noirs et laineux comme ceux de la mère.

Dans un troisième cas, un nègre épousa une blanche ; il résulta de ce mariage deux fils et trois filles : tous étaient mulâtres, excepté

le fils aîné, qui était aussi le premier né. Celui-ci ressemblait à sa mère par toute la moitié supérieure du corps jusqu'à l'ombilic ; les cheveux étaient bruns, brillants, la peau fine, les traits beaux et arrondis, la complexion sanguine ; la moitié inférieure, au contraire, était exactement comme chez le père, complètement noire, et les poils y présentaient le caractère laineux particulier au nègre. (*The Clinic.*) *Lyon Médical.*

HIPPOPHAGIE ; — MÉDAILLE D'HONNEUR. — Pendant le troisième trimestre de 1867, on a livré à la consommation, à Paris, 418 chevaux, 7 ânes et 10 mulets. Pendant le troisième trimestre des années suivantes, voici les chiffres : en 1869, chevaux 599, ânes 27, mulets 0 ; en 1871, chevaux 624, ânes 82, mulets 10 ; en 1873, chevaux 1548, ânes 140, mulets 15, qui ont fourni 303,970 kilogrammes de viande nette, c'est-à-dire non compris le cœur, le foie, la cervelle, la langue, etc., dont on fait usage comme de ceux du bœuf.

Il y a dans la capitale une quarantaine de boucheries chevalines qui sont inspectées par les médecins vétérinaires de l'administration. Le prix de la viande est à peu près moitié de celui du bœuf par morceaux correspondants. Les chevaux propres à l'alimentation, qui valaient autrefois 30 à 50 francs, sont vendus maintenant de 130 à 150 francs en moyenne. Ces chevaux, qui étaient achetés par les équarrisseurs, intéressés à ne leur donner aucun soin, sont aujourd'hui vendus aux bouchers, qui trouvent leur avantage à les loger et à les nourrir convenablement pour avoir de la bonne et belle viande.

Afin d'encourager les bouchers à suivre cette voie, le Comité de la viande de cheval décerne de temps en temps des médailles d'honneur à ceux qui se sont le plus distingués. Dans sa séance du 21 novembre 1873, il a accordé une de ces médailles à M. Victor Tétard, qui a établi pour son industrie six boucheries, un abattoir spécial et deux bonnes écuries. — *Revue de Thérapeutique.*

POMMES DE TERRE. — *Produit. Accroissement.* Un agriculteur du département de la Seine Inférieure prétend avoir trouvé le moyen d'accroître le rendement de la pomme de terre dans des conditions très considérables. La chose n'est pas difficile. Il suffit de fumer le champ semé de pommes de terre avec de la cendre de bois : on obtient d'abord une récolte cinq fois plus forte qu'avec le fumier ordinaire ; et si on répand sur la terre les cendres avec excès, on arrive à un rendement cent fois plus grand. C'est une expérience qu'il est bon de tenter, et en tout cas elle est facile à faire. (*Revue agricole.*) — *Revue de thérapeutique Médico-Chirurgicale.*

MEMORIAL THERAPEUTIQUE.

LOTION POUR PRÉVENIR LES ENGELURES.

Nous empruntons la formule suivante à M. le docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker :

Iodhydrate d'ammoniaque.....	15 grammes	($\bar{5}$ ss.)
Eau distillée de roses.....	150	— ($\bar{5}$ IVss.)
Eau de Cologne.....	14	— ($\bar{5}$ ss.)

S'en frotter les mains chaque soir, et laisser sécher. La facile décomposition de l'iodhydrate d'ammoniaque à l'air donne de l'iode libre, qui est en partie absorbé ; l'autre partie agit comme irritant, pour activer la circulation dans les parties humectées.

On peut ajouter 20 centigrammes (3 grs.) d'iodoforme.

Annuaire pharmaceutique, Bull. de thérap.

BROMURE DE POTASSIUM ET ATROPINÉDANS LE CHOLÉRA.—Le docteur William Pepper donne le bromure de potassium dans la période de collapsus du choléra dans l'intention de calmer l'irritation du grand sympathique, qu'il regarde comme la cause prochaine du collapsus dans cette maladie. Il conseille d'administrer le médicament à la dose de 2 gr. 25 (34 grs) toutes les vingt minutes dans 100 gr. ($\bar{5}$ iii) d'eau par la bouche ou en lavement. (*Philadelphia medical Times*, 12 juillet 1873.)

Le docteur Hadgen s'adresse à l'atropine qui, comme on le sait, a la propriété de paralyser les extrémités périphériques des nerfs spinaux, de stimuler les contractions des artérioles et d'augmenter les battements du cœur. Il injecte sous la peau d'un soixantième à un trentième de grain de sulfate d'atropine pendant la période de collapsus de la maladie, et il a obtenu de cette manière de faire des résultats si encourageants pendant l'épidémie de 1866 qu'il croit devoir vulgariser cette méthode. (*S.-Louis med. journal.*)—*Lyon médical.*

BROMURE DE POTASSIUM ET D'AMMONIUM CONTRE LA COQUELUCHE.—Le docteur John Cadwell emploie le médicament en inhalations au moyen d'un appareil pulvérisateur et suivant cette formule :

Extrait de belladone.....	5 à 10 centigr.	(gr̄i à gr̄ij)
Bromure d'ammonium.....	4 à 8 grammes	($\bar{5}$ i à $\bar{5}$ ii)
Bromure de potassium.....	30	— ($\bar{5}$ i)
Eau distillée.....	60	— ($\bar{5}$ ii)

A employer une cuillerée à café à chaque séance.

L'auteur a obtenu de cette pratique les meilleurs effets, notamment sur ses deux propres filles, âgées l'une de deux ans, l'autre de quatre ans. Dans ces deux cas les quintes ont disparu en six jours, ne laissant qu'une toux très légère, qui s'éteignit quelques jours après. (*The med. Record.*)

Le professeur Carl. Gerhardt, admettant aussi que la coqueluche

reconnait pour cause prochaine un catarrhe des voies aériennes avec hyperesthésie de la partie inférieure des cordes vocales ou zone à actions réflexes de Bidder, conseille les bromure pour atténuer cette sensibilité exagérée.

Il donne le bromure d'ammonium à l'intérieur plusieurs fois par jour, à la dose de 10 à 30 centigrammes et prescrit des inhalations avec une solution de bromure de potassium à quatre pour cent. (*Lehrbuch der Kinderkrankh.*)—*Lyon médical.*

USAGE EXTERNE DU BROME DANS LA DIPHTHÉRIE.—Le docteur Gottwald a essayé les inhalations de brome, déjà recommandées par Schutz contre les affections diphthéritiques et croupales de la bouche. Voici sa formule :

Brome pur.....	30 centigr. gr. v.
Bromate de potasse.....	30 — gr. v.
Eau distillée.....	150 grammes ʒivss.

Dix-huit cas de diphthérie et deux cas de croup furent soumis à ces inhalations au moyen d'un appareil pulvérisateur. Les diphthéries étaient toutes graves et consécutives à des rougeoles, des typhus, etc. ; quatorze guérirent : quatre moururent, dont deux succombèrent le jour même de leur admission.—*Lyon Médica.*

DES VAPEURS D'EAU CHAUDE DANS LE TRAITEMENT DE L'ATELECTASIE CONGÉNITALE.—Le docteur Adolphe Kjellberg, de Stockholm, place ses petits malades dans une sorte de bain de vapeurs qu'il établit autour de leur couchette au moyen de couvertures de laine qu'il dispose de manière à former à l'enfant une petite cellule, dans laquelle on entretient un vase d'eau bouillante. Il faut que la température de cette petite cellule soit de 26 à 27° c., qu'elle ne descende pas au-dessous de 25° et qu'elle ne dépasse pas 30° c. ; enfin il convient de veiller à ce que l'air puisse facilement se renouveler.

Dans ce milieu chaud et humide la respiration devient bientôt plus libre, les sécrétions bronchiques ne s'accumulent plus dans les voies aériennes, la température du corps se relève et l'appétit se réveille.

La durée de ces bains de vapeur ainsi que le degré de l'humidité varient suivant la gravité des cas et peuvent du reste facilement être gradués. Quelquefois le traitement a besoin d'être continué pendant huit ou quatorze jours.

M. Kjellberg a guéri de cette manière non-seulement des atelectasies pulmonaires, mais encore des catarrhes laryngiens et bronchiques chez des enfants à la mamelle. (*Riv. clin. di Bologna*, 1873.)—*Lyon médical.*

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA CAPITIS.—À l'hôpital de Bellevue,

de New-York, on emploie habituellement contre cette maladie le traitement suivant: appliquer toutes les nuits des cataplasmes sur la partie malade jusqu'à ce que les croûtes soient tombées; faire ensuite sur les surfaces dénudées des lotions avec une solution aqueuse de nitrate d'argent, 25 centigr. (griv) sur 30 grammes (̄i) d'eau; puis employer en application la solution suivante:

Eau de Cologne.....	120 grammes.	(̄iv).
Glycérine.....	60	— ̄ii
Acide phénique en cristaux....	4	— ̄i
Borax	4	— ̄i

Continuer ce pansement jusqu'à la guérison de l'eczéma. (*The medical Record*).—*Lyon médical*

PANSEMENT DES CHÂNCRES SIMPLES.—A l'hôpital de Roosevelt on cautérise d'abord le chancre avec le nitrate d'argent ou avec l'acide nitrique, et quand la plaie est nettoyée, on panse avec de l'iodoforme. (*New-York Medical Record*)—*Lyon Médical*.

TOPIQUE CONTRE LA TOUX ET LA DYSPHAGIE DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE ET ULCÉREUSE.—DR. KRISHABER.

Chlorhydrate de morphine.....	0,40 cent.	(gr. vi)
Eau distillée.....	10,00 grammes.	(̄iiss)

Imbibier un pinceau à manche recourbé, et toucher soit le larynx (plus avantageux), en se servant du laryngoscope, soit l'épiglotte, en tirant la langue du malade hors de la bouche. (En portant le pinceau directement dans le sens du larynx, on peut toucher l'épiglotte sans miroir d'inspection.)—*Revue de Thérapeutique*.

SIROP DE CAFÉ IODURÉ.—CALVO (ainé).

Sirop de café.....	500 grammes.	(lbi ̄iv)
Iodure de potassium.....	16	— (̄ss)

Mélez.—A prendre à la dose de 2 à 3-cuillerées par jour.

Le sirop de café est un excellent moyen pour déguiser la saveur de l'iodure de potassium et pour rendre l'emploi de ce précieux médicament, introduit dans la thérapeutique française par mon oncle, le docteur Ricord, agréable aux malades.—*Ibidem*.

INJECTION CONTRE LA CYSTITÉ.—MALLEZ.

Teinture d'iode.....	3 grammes.	(̄ii)
Iodure de potassium.....	1	— (gr. xv)
Eau distillée.....	300	— (̄x)

F. s. a. une solution avec le tiers de laquelle on pratiquera une injection vésicale, trois jours de suite, dans le cas de cystite chronique, avec catarrhe muqueux léger. Quand il y a de la douleur, on réduit la dose de la teinture d'iode à 1 gramme, et on ajoute 1 gramme d'extrait de belladone.—*Ibidem*.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

MONTREAL, MARS 1874.

Du placement des Aliénés

Le rapport des directeurs de l'Asile d'Aliénés de Québec constate un fait très grave sur lequel, en raison de son importance, nous croyons utile d'attirer l'attention. Il appert, en effet, par les statistiques de cet asile que sur les 3149 malades admis depuis sa fondation, 1228 venaient des prisons. Ce fait révèle un état de choses tout-à-fait anormal dans une société qui se vante d'être civilisée. N'est-on pas en droit de se demander, ce nous semble, si les prisons ont été bâties pour les malades ou pour les criminels? L'expérience générale prouve et toutes les autorités médicales admettent sans contestation que le succès du traitement, en matière d'aliénation mentale, dépend de la promptitude avec laquelle on éloigne le malade de son entourage ordinaire pour le soumettre dans un asile à un traitement approprié. Comme pour la plupart des autres maladies, le traitement pour être efficace doit être entrepris de bonne heure. Si on laisse faire, la maladie se confirme et devient incurable.

Les statistiques fournies par les différents auteurs cités dans le rapport ci-haut mentionné ne laissent aucun doute à cet égard. La proportion des guérisons s'élève de 70 à 80 par cent pour les cas récents de folie, mais, pour ceux qui sont négligés la perspective d'amélioration est bien faible. Or, le mode suivi jusqu'ici pour le placement des aliénés est-il propre à rendre leur traitement prompt et efficace. N'a-t-il pas au contraire pour effet d'amener un retard irréparable et d'enlever ainsi toute chance de guérison?

On traîne le pauvre être qui a eu le malheur de perdre la raison comme un criminel devant une cour de justice, on donne son nom en pâture dans tous les journaux aux lecteurs friands des nouvelles de la cour de police, on le jette ensuite en prison où on le force d'attendre un temps quelquefois considérable avant de lui donner une place dans un asile.

L'expérience prouve que le traitement est bien plus efficace si par un changement de lieu, d'habitudes, etc, on arrache l'être privé de sa raison à ses idées ordinaires.

Le succès du traitement dans les asiles d'aliénés dépend en grande partie de cette cause jointe à l'expérience acquise par ceux qui sont continuellement en contact avec les aliénés. Quel est cependant

l'effet de la loi actuelle ? La folie est une maladie comme les autres. Cependant dans le monde on jette un certain mépris sur l'aliéné qui peut rejallir aussi sur la famille ; celle-ci pour éviter les cancanes et surtout par une répulsion bien naturelle à l'idée d'envoyer un de ses membres en prison, prend soin du malheureux aussi longtemps que possible. Le temps le plus précieux pour amener la guérison se passe, et l'aliéné dans ces conditions ne reçoit pas et ne peut recevoir les soins nécessaires à son état. Enfin lorsque la maladie est incurable et qu'on ne peut venir à bout du pauvre aliéné, on se décide à l'envoyer à la prison, où il languit encore quelque temps sans recevoir de traitement convenable. Est-ce là de l'humanité ? Il faut plus d'expédition que ne le permet les embarras de la loi actuelle dans une maladie qui réclame un traitement actif dès le début.

Depuis longtemps les Inspecteurs des asiles et prisons ont signalé les désastreuses conséquences du mode actuel de placement des aliénés. Dans leur rapport de 1867-68 on trouve les excellentes suggestions suivantes :

“ Dans tous les pays, cette coutume presque barbare d'enfermer les fous dans les prisons, comme s'ils étaient des criminels, est aujourd'hui condamnée. En Angleterre, non seulement elle est condamnée, mais elle est prohibée par une loi devenue en force cette année même.

“ C'est surtout dans les prisons que les aliénés deviennent promptement incurables. Là, ils sont presque toujours enfermés, sinon enchaînés. Ils ne reçoivent point ou presque point les soins particuliers qu'exige leur maladie, le lieu comme les circonstances ne le permettant pas. Heureux encore s'ils ne s'y suicident pas, soit en se pendant, soit en se fracassant le crâne sur les portes de fer de leurs cellules, comme cela est dernièrement arrivé dans la prison de Joliette.

“ Les formalités exigées par la loi pour l'admission des patients sont aussi trop compliquées, et nécessitent un trop long délai. Pendant que les autorités délibèrent, ou que les individus correspondent, le pauvre malheureux attend, il est vrai, mais sa maladie n'attend pas ; elle fait des progrès ; si bien que, quand l'admission est obtenue, toute chance de guérison est perdue.

“ L'application devrait être faite directement au Préfet de l'Asile et sur sa réponse immédiate que le cas est admissible, on pourrait de suite y transférer le patient. Resterait au Préfet, l'obligation d'informer le Gouvernement qu'un nouveau patient a été admis.”

Le remède, on le voit, est signalé depuis longtemps, mais on apporte à l'appliquer une négligence qui fait peu d'honneur à notre pays. Chez la plupart des autres peuples la loi exige une séparation absolue des criminels et des aliénés, d'accord en cela avec les égards et les soins tout spéciaux qu'on doit à l'homme malheureux privé de sa raison. On a vu qu'en Angleterre cette pratique est prohibée.

Depuis 1838, en France, la loi sur les aliénés est formelle sur ce point. L'article 24 se lit comme suit : " Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison. Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé. "

Tels sont les exemples que nous devons suivre en Canada. Il y a d'importantes réformes à accomplir pour faire disparaître les abus que la loi actuelle entraîne à sa suite et pour rendre le mode de placement des aliénés dans nos asiles conforme aux principes de la justice et de l'humanité.

—:0:—

Le Naturaliste Canadien — Le Lyon Médical.

Plusieurs de nos échanges commencent avec l'an 1874 une nouvelle année de publication. C'est le temps de leur souhaiter succès et prospérité. De ce nombre sont le *Naturaliste Canadien* et le *Lyon Médical*. Le premier de ces journaux doit être connu de plusieurs de nos lecteurs. L'étude des sciences naturelles est en effet si intimement liée à celle de la médecine qu'elle doit intéresser à un haut degré tout médecin soucieux de s'instruire. Géologie, Minéralogie, Botanique, Zoologie, enfin toutes les différentes branches de l'Histoire Naturelle viennent, dans une certaine mesure, prêter leur concours à la science médicale pour lui faire atteindre son but.

Le médecin s'empare de toutes les découvertes accomplies dans le domaine de la science pure et cherche à les appliquer au traitement des maladies, à les faire entrer dans le domaine de l'art médical. Ceux qui veulent continuer et compléter les études en histoire naturelle commencées pendant leur cours de médecine, trouveront avantage à encourager la littérature nationale en s'abonnant au *Naturaliste Canadien*. La variété des sujets traités par le savant rédacteur de ce journal, le style clair et facile avec lequel ils sont exposés font que le simple amateur aussi bien que le spécialiste trouvent dans cette revue des matières intéressantes à étudier.

Le *Lyon Médical*, qui, par ses ascendants directs, ne compte pas aujourd'hui moins de vingt-cinq ans révolus, est entré dans sa sixième année d'existence. Le Comité de rédaction s'est adjoint de nouveaux coopérateurs et il fait remarquer à ce propos qu'il a suivi les habitudes de la classe commerciale en s'agrégeant de jeunes associés. " Quelques grammes de sang transfusé rendent la vie à un organisme affaibli mais sans imprimer à ses fonctions une allure différente. " Nous voyons avec plaisir le succès de ce journal dont nos lecteurs ont déjà pu apprécier la valeur par les nombreux articles que nous lui empruntons. C'est un modèle que, de loin, nous nous efforcerons d'imiter.

Opérations sans hémorrhagie.

Le 16 Octobre dernier, le Dr. Fenwick a expérimenté la méthode d'Ésmarch à l'Hôpital Général avec un succès parfait. Il s'agissait d'une amputation de jambe. Dans ce cas le chirurgien a employé ce nouveau mode de compression, un peu modifié, il est vrai. Ainsi il commença par chasser le sang de l'extrémité du membre au moyen d'une bande de toile partant du pied et remontant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse ; puis il appliqua ensuite un tube de caoutchouc pour comprimer la racine de la cuisse. La section de la peau et des chairs profondes se fit sans la moindre hémorrhagie, absolument comme sur le cadavre.

La cicatrisation s'est faite d'une manière normale. Depuis cette époque trois cas ont été opérés au même hôpital avec un succès complet.

NOTICE NECROLOGIQUE.

DR. JAMES O'LEARY, SR.—À sa résidence, à St. Paschal de Kamouraska, le 11 Fév. dernier, est décédé le Dr. James O'Leary, à l'âge avancé de 82 ans.

Le Dr. O'Leary reçut son éducation médicale à Dublin et à Paris, et émigra au Canada en 1818 comme chirurgien attaché à l'un des régiments de sa Majesté Britannique.

Pendant plusieurs années il fut le médecin de Lord Dalhousie, alors gouverneur du Canada. Il se retira du service après son mariage avec une canadienne-française, et s'établit sur la seigneurie de St. Paschal dont il était en partie propriétaire. Jusqu'à ses derniers mois, il a toujours depuis lors exercé les pénibles devoirs de la profession. Ce qui se voit rarement, il comptait, lors de son décès, 62 années de pratique.

Il était père du Dr. O'Leary, de cette ville, du Dr. O'Leary, de St. Paschal et beau-père du Dr. Rottot, professeur à l'Université Victoria et de l'Hon. W. H. Chaffers, sénateur de Rougemont.

NOUVELLES MÉDICALES.

SECOUONS NOTRE APATHIE.—Le Dr. B. Vigneau, de St. Célestin, nous écrit, à la date du 10 Février dernier :

“ *Le Constitutionnel* annonçait il y a quelque temps déjà comme devant avoir lieu aux Trois-Rivières, à une époque assez rapprochée, une convocation de tous les médecins du district, dans le but de prendre en considération certaines questions d'une importance majeure, relativement à la profession médicale.

Depuis lors, le silence complet qui s'est fait sur cette question serait de nature à faire croire que l'on a renoncé à la réalisation de cette heureuse idée à laquelle le public médical avait fait un si bienveillant accueil.

“ Pour ma part, j'en serais extrêmement peiné, car je ne vois que dans une réunion de cette sorte le moyen efficace de sortir de cette apathie dans laquelle nous vivons avec beaucoup trop de sécurité, et qui n'en fait pas moins un tort considérable à la profession en général et à chaque médecin en particulier.

“ Pourquoi donc s'arrêter en si bon chemin ?

“ C'est une question que je me permettrai de faire à mes confrères plus âgés, plus expérimentés et par conséquent plus autorisés que moi à prendre l'initiative d'un aussi louable mouvement. ”

LES EXPLOITS-D'UN CHARLATAN.—Nous voyons par les journaux des États-Unis que, dans le mois dernier, a commencé le jugement du célèbre docteur William Smith, de Pittsburg, qui traitait tous ses malades par le magnésie et les expédiait régulièrement dans l'autre monde dans un laps de temps variant de 3 à 6 heures. Il a été pleinement établi dans cette première audience que la magnésie employée par le docteur était préparée par lui-même et contenait une notable quantité d'arsenic.

La question restant à élucider est celle de savoir si le prévenu était possédé de la manie de tuer son prochain, ou bien si les résultats désastreux de sa carrière de praticien étaient dus simplement à son ignorance. Cette dernière hypothèse est la plus probable et la plus généralement admise.

On présume que M. Smith, dont le véritable métier était celui de faussaire, ayant été dégoûté de cette vocation artistique par l'emprisonnement qu'elle lui a valu, a embrassé la profession de médecin sans jamais avoir fait d'études spéciales, comme il eût pris au besoin celle de balayeur des rues.

On sait que rien n'est plus facile, puisqu'il existe des universités qui, moyennant \$100, délivrent à qui en désire des diplômes de docteur en médecine ou en théologie, au choix, et tous garantis bon teint.

Le prévenu, était, paraît-il, un de ces docteurs à \$100. Il tuait le monde pour vivre, mais du reste sans nulle méchanceté. Il faut bien que chacun vive de son métier.

EMPOISONNEMENT DES ENFANTS PAR L'OPIMUM.—On lisait dernièrement dans l'*Union des Cantons de l'Est* : “ Une femme de cultivateur nommé Gagnon, au canton de Stanfold a accidentellement empoisonné un de ses enfants encore au berceau, en lui administrant une décoction de pavot. ”

De son côté, le *Courier de St. Hyacinthe* mentionne le fait suivant :

Le 3 février dernier une enquête a été tenue par M. le coroner Blanchard à St. Théodore d'Acton, sur le corps de Stanislas Omer Landreville, âgé de deux mois et demi, enfant de M. Stanislas Eusèbe Gauthier, trouvé mort dans son berceau.

Il a été constaté que Madame Gauthier avait fait prendre à l'enfant une cuillerée et demie à thé des gouttes du sirop de Madame "Winslow" étant une dose au delà du double de ce qu'on donne aux enfants de cet âge d'après la prescription, ce qui aurait amené la paralysie du cœur. Le verdict a été rendu en conséquence. La mère de l'enfant a été exonérée de blâme, vu qu'il n'y avait pas malice de sa part.

Le Dr. Edwin M. Snow, régistrateur à Providence, R. I., mentionne aussi dans un rapport officiel, un décès causé par la même préparation :

"Le décès par empoisonnement, dans le mois de Mars, dit-il, était un enfant tué par une dose du sirop de Mme. Winslow. Les médecins savent depuis longtemps que les propriétés calmantes de ce remède populaire sont dues à l'opium ; il contient en effet une quantité assez grande de ce poison pour en faire un médicament très dangereux. Il n'y a aucun doute que, tous les ans, un nombre considérable de décès doit être enregistré : "Empoisonné par le Sirop Adoucissant de Mme. Winslow."

Combien de cas de ce genre doivent échapper à la vigilance de l'autorité !

Si l'on considère l'extrême susceptibilité à l'action de l'opium que l'on rencontre chez les enfants, ces faits ne surprendront nullement. On a vu une goutte de laudanum produire chez eux des symptômes très alarmants. Malgré cela, la pratique de donner des préparations narcotiques aux enfants est presque universelle en Canada. Il est rare de trouver une maison où il y a des enfants sans qu'on y voit quelques sirops calmants. D'après l'aveu des pharmaciens et des épiciers à qui nous en avons parlé, la consommation de ces drogues est énorme.

Ne peut-on empêcher la vente de ces substances délétères ?

La profession médicale, du moins, devrait réagir contre cette funeste habitude de narcotiser les enfants.

LES DENTISTES—Un nouvel arrêté, lisons-nous dans le *Lyon Médical*, interdit formellement aux dentistes d'inscrire devant les noms, sur les enseignes placées à leurs portes, les titres de *médecin* et de *chirurgien*, à moins qu'ils ne produisent le diplôme de docteur.

Voilà une extraction...de titres qui ne se fera pas sans douleur pour certains intéressés !

LA VACCINATION EN RUSSIE.—Nous lisons dans le même journal : *La Gazette de Saint-Petersbourg* publie un arrêté imposant la vaccination et la revaccination aux employés des hospices, collèges et établissements pénitenciers de marins et de soldats, afin de propager la pratique de la vaccine. Le même arrêté ordonne l'achat de vaccin à Paris et à Naples, ainsi que l'acquisition de trois génisses inoculées à Paris.

EXPLICATION.—Un extrait de nos articles sur les charlatans, publié par *The Doctor*, de Londres, et reproduit par *The Clinic*, de Cincinnati, pourrait faire croire que l'avortement est un crime très répandu dans notre province, tandis que c'est précisément sa rareté comparative qui nous a fait jeter le cri d'alarme pour empêcher les journaux de répandre parmi la population des notions qu'elle ignore encore.

LE MÉDECIN.—Enricus Cordus, mort A. D. 1535, enrégistre dans les vers suivants son expérience sur la reconnaissance des patients. Ses successeurs ne sont pas mieux traités.

Tres medicus facies habet : unam quando rogatur,
 Angelicam ; mox est, cum juvat, ipse Deus.
 Post ubi curato, poscit sua prœmia, morbo,
 Horridus apparet, terribilis que Satan.

RÉCOMPENSE.—L'exposition de *l'Enfance*, qui avait lieu à Paris, au palais de l'Industrie, est terminée. La distribution des récompenses aux exposants a eu lieu le 5 janvier. Une médaille d'honneur, en or, a été décernée à M. le docteur Brochard, pour le journal *la Jeune Mère* qu'il vient de fonder à Lyon.

Voici le sommaire de la livraison de Février de ce journal que nous venons de recevoir :

Exposition universelle de l'enfance, de Paris, au palais de l'Industrie.—Causerie du docteur (*de l'alimentation des enfants dans le premier âge*).—L'éducation du nouveau-né (bonheur maternel).—Sociétés de Charité maternelle.—Je ne savais pas ! ou l'ignorance des jeunes mères (*historiette*).—Mortalité des nouveau-nés à Lyon.—Correspondance.—Chronique des Sociétés Protectrices de l'enfance. Gravures—médaille d'honneur.—Société de charité maternelle.—Bonheur maternel.—Fontaine de la place des Jacobins.—Expositions universelle infantine.—Pavillon de l'Enfant.

“BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.” Ce journal si hautement prisé en France et à l'étranger vient d'être vendu pour 115,000 fr. au Dr. Dujardin—Beau Metz qui a pris pour Conseil de rédaction trois

membres de la faculté, savoir : MM. les Professeurs Belhier, Boucharlat et Dolbeau.

NOUVEAUX JOURNAUX. La création d'une nouvelle faculté médicale à Nancy a donné naissance à un nouveau journal, *La Revue médicale de l'Est*. Le Prof. Gubler entreprend aussi à Paris la publication d'un *Journal de Thérapeutique*. Aux États-Unis, nous constatons aussi l'apparition de deux nouveaux journaux.—*The Chicago Journal of Nervous and mental Disease* et *Archives of Electrology and Neurology*. Ce dernier sera publié à New-York.

LES FRÈRES SIAMOIS.—Les deux jumeaux dont nous avons annoncé la mort dans notre dernier numéro étaient âgés de 63 ans. On ne s'attendait pas à une fin si prochaine, quoique Chang fut malade depuis quelque temps, aussi le Dr. Hollingsworth qui fut appelé après le décès de ce dernier, arriva après la mort de son compagnon. Le Dr. Hollingsworth a constaté que la bande d'union était formée par une extension des deux appendices xiphoïdes de quatre pouces de longueur, et deux de largeur. La bande était convexe en avant et concave en arrière et formée par le cartilage ensiforme aussi dur que du tissu osseux et ne permettant aucun mouvement. Il n'y avait par conséquent aucune articulation. L'ombilic était commun et situé au centre de la bande.

L'autopsie se poursuit actuellement à Philadelphie avec beaucoup de soin. Des photographies sont prises à mesure que la dissection avance. Bientôt nous aurons probablement un rapport complet.

THE LITTLE FLORISTS.—On peut voir par l'annonce de MM. Chase, Brothers & Bowman que cette magnifique peinture de salon 17 x 22 pouces est envoyée gratis à tous ceux qui envoient un ordre pour des graines de fleurs et de jardin, pour le montant de cinq dollars. C'est un avantage dont on devra profiter, car cette peinture, par la variété de ses couleurs et l'excellence de son exécution, mérite d'être appréciée.

Le catalogue de graines de toutes espèces que la maison ci-dessus nous a adressé, est très complet et rempli de renseignements utiles.

PAMPHLETS REÇUS.—Nos remerciements à qui de droit pour l'envoi des pamphlets suivants :

Sixth Annual Report, with the constitution and Act of Incorporation of the Toronto Eye and Ear Infirmary. 1873.

Formulas for Elixirs adopted by the American Pharmaceutical Association at its twenty first annual meeting, Sept. 1873 and recommended to be used by physicians and pharmacists.

On the Mechanical Treatment of Synovitis of the knee-joint by C. Fayette Taylor, M. D.

Alleged death from Ether by Henry J. Bigelow, M. D.

Public Ledger Almanac. 1874. Geo. W. Childs, publisher—Philadelphia.

Ninety first Annual Catalogue of the Medical School (Boston) of Harvard University. 1873-74.

—

ABLATION DU LARYNX.—M. le professeur *Billroth*, de Vienne, a, le 31 décembre dernier, fait l'opération suivante ;

Extirpation totale du larynx et de l'épiglotte. Le malade a parfaitement supporté l'opération, il respire facilement et directement par la trachée-artère dans laquelle pénètre une canule ; fièvre de peu de durée ; plaie en bonne voie de guérison.

—

POIDS ET MESURES.— Nous avons déjà fait connaître dans ce journal les avantages du système métrique de poids et mesures qui est maintenant admis et employé par tous les savants et sera bientôt accepté par tous les peuples civilisés. Une loi sanctionnée à la dernière session du Parlement fédéral permet de l'adopter aussi en Canada. Il faut avouer cependant que lorsque l'on a toujours eu l'habitude d'employer l'ancien système, il devient difficile de se faire à première vue une idée exacte de la valeur des termes du nouveau. Aussi, à la demande de quelques uns de nos lecteurs, jusqu'à nouvel ordre, nous mettrons en regard des quantités exprimées d'après le système métrique leur valeur approximative d'après les poids et mesures en usage en ce pays. Si nous pouvons par là rendre service à quelques uns de nos lecteurs, nous serons amplement récompensés de ce surcroît de travail.

—

PERSONNEL.—Nos lecteurs apprendront sans doute avec regret que le Dr. Fenwick, de Montréal, est, depuis une couple de mois, confiné à sa demeure par suite d'une attaque de néphrite aiguë. Le 6 de Février dernier, plusieurs de ses confrères lui ont présenté une adresse pour lui exprimer leur sympathie et lui souhaiter un prompt retour à la santé. Une bourse d'au-dessus de mille dollars accompagnait cette adresse.

—:o:—

DECES.

—

—En cette ville, le 15 Février, à l'âge de 3½ ans, Alice B. Symmers, épouse du Dr. Robert Craik.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. —Réfraction et Accommodation de l'œil, par Ed. Desjardins, M. D.....	97
SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL.	107
CORRESPONDANCE PARISIENNE. —Dr. S. A. Longtin.....	108
BIBLIOGRAPHIE. —Bibliothèque Maternelle; de l'allaitement maternelle, par le Dr. Brochard.—Guide Pratique de la Jeune Mère, par le même.—L'ouvrière mère de famille, par le même.....	111
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.	
Emploi du lait dans le traitement de la dysenterie chronique.....	113
Insomnie, conseils hygiéniques et traitement.....	114
Sur les propriétés thérapeutiques du seigle ergoté.....	116
Eclampsie albuminurique et urémie; guérison par l'hydrate de chloral.	117
Traitement de la pharyngite granuleuse.....	117
PATHOLOGIE CHIRURGICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Sur la méthode du professeur Esmarch pour assurer l'hémostase dans les opérations..	118
Ligature élastique.....	123
Hôpital de la Charité de New-York.—Notes sur les méthodes de traitement employées et observations.....	124
Rétrécissement du rectum; bons effets de l'électrolyse.....	126
De la circoncision par le galvanocautère.....	126
GYNÉCOLOGIE. —De l'hématocèle rétro-utérine.....	127
Eclampsie des femmes en couches. Potion bromurée; lavement de chloral.....	130
VARIÉTÉS. —Curieux cas d'hérédité.....	131
Hippophagie.....	132
Pommes de terre.—Produit, accroissement.....	132
MÉMORIAL THÉRAPEUTIQUE —Lotion pour prévenir les engelures.—Bromure de potassium et atropine dans le choléra —Bromure de potassium contre la coqueluche.—Usage externe du brome dans la diphtérie.—Des vapeurs d'eau chaude dans le traitement de l'atelectasie congénitale.—Traitement de l'eczéma capitis.—Pansement des chancres simples.—Tonique contre la toux de la laryngite tuberculeuse.—Sirop de café ioduré.—Injection contre la cystite.	133
BULLETIN. —Du placement des aliénés.....	136
Le Naturaliste Canadien.—Le Lyon Médical.....	138
Opérations sans hémorrhagie.....	139
NOTICE NÉCROLOGIQUE.—Dr. James O'Leary.....	139
NOUVELLES MÉDICALES. —Secouons notre apathie.—Les exploits d'un charlatan —Empoisonnement des enfants par l'opium.—Les dentistes.—La vaccination en Russie.—Explication.—Le médecin.—Récompense.—Le Bulletin de Thérapeutique.—Nouveaux Journaux.—Les Frères Siamois.—The Little Florists.—Ablation du larynx.—Pamphlets reçus.—Poids et mesures.—Personnel.....	139
Décès.....	144