

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

L'UNION

paraît au commence-
ment de chaque mois.

ABONNEMENT :

\$3.00 par Année
payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTIMS.



Adresse de la Rédaction et de
l'Administration :

Boite 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

*Tout ouvrage dont il
sera adressé deux exem-
plaires à la rédaction
sera annoncé et analysé
s'il y a lieu.*

SOMMAIRE :

| | |
|--|--|
| TRAVAUX ORIGINAUX. — De l'utilité du chloroforme dans la réduction des luxations, par A. T. Brosseau, M.D., Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.— Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux, par A. A. Foucher, professeur d'Ophthalmologie à l'Université Laval, Montréal.— Considérations générales sur la physiologie du médicament, lu devant la Société Médicale de Montréal par le Dr L. J. V. Cléroux <i>(suite et fin)</i> .— Chimie médicale, l'urine, par le Dr N. Fafard <i>(suite)</i> 319 | Brûlures..... 346 |
| HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal..... 337 | Hygiène.— Hygiène des cancéreux : leur meilleur régime.—Epreuve du lait... 353 |
| REVUE DES JOURNAUX. PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Traitement de la scarlatine.—Rhumatisme articulaire aigu.—Des propriétés tonifuges de la pepsine..... 341 | Toxicologie.—Empoisonnement par l'acide phénique..... 355 |
| PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Manuel opératoire de l'opération du phimosis.—Greffe à l'éponge suivie de succès. — Chirurgie antiseptique.— | FORMULES ET PRESCRIPTIONS.—Incontinence nocturne chez les enfants.—Limonade de fer.— Administration du tannin.— Traitement des métrorrhagies de l'âge critique.— Traitement des gercures du sein.— Traitement des cors aux pieds 356 |
| | BULLETIN. — Bureau central d'examens pour la licence.— Une réforme nécessaire.— Petite correspondance..... 358 |
| | NOUVELLES MÉDICALES. — Le contingent médical à la Chambre des Communes.— Université Laval, Montréal : Faculté de Médecine.—Etat mental de Guiteau.— Exposition d'hygiène de Berlin.— Le Dixième Congrès-médical d'Allemagne.—Crémation des cadavres des hôpitaux.—Preuve légale appuyée sur les livres de médecine..... 363 |
| | VARIÉTÉS. —L'arracheuse de dents.—Naisance.—Décès..... 366 |

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

A LA PROFESSION MEDICALE

LACTOPEPTINE

Nous avons réussi, après une longue série de soigneuses recherches à en produire les différents éléments à l'état de pureté absolue et exempts du goût et d'odeur désagréables (la couleur en a aussi été légèrement changée.) Nous nous flattons d'avoir par ce moyen grandement augmenté ses propriétés digestives et nous pouvons affirmer sans hésitation que la Lactopeptine telle que nous la produisons est un digestif aussi parfait qu'il est possible d'en produire.

FORMULE DE LA LACTOPEPTINE.

| | | | |
|--------------------|-----------|-------------------------------|-----------------|
| Sucré de lait..... | 40 onces. | Diastase ou Ptyaline vég. . . | 1 drachmes. |
| Pepsine..... | 8 onces. | Acide lactique. | 5 fl. drachmes. |
| Pancréatine..... | 6 onces. | Acide hydrochlorique | 5 fl. drachmes |

La LACTOPEPTINE doit son grand succès entièrement à la profession médicale et se vend presque exclusivement par prescription. Son emploi presque universel par les membres de la profession est la meilleure preuve que nous puissions donner de ses qualités hérapentiques.

Les soussignés ayant fait usage de la LACTOPEPTINE, recommandent son emploi.

ALFRED L. LOOMIS, M. D., *Professeur de Pathologie et de Pratique de la Médecine, Université de la Cité de New-York.*

SAMUEL R. PERCY, M. D., *Professeur de Matière Médicale, Collège Médical, New-York.*

F. LE ROY SATTERLEE, M. D., Ph. D., *Professeur de Chimie, Mat. Méd. et Therap. au Collège de Dent de New-York; Prof. de Chim. et d'Hygiène au Collège Vet. A. m., etc., etc.*

JAS. AITKEN MEIGS, M. D., *Philadelphie, Pa., Professeur des Institutes de médecine et de Jurispr. méd. au Coll. méd. de Jefferson, médecin à l'hôpital de Penn.*

W. W. DAWSON, M. D., *Cincinnati, Ohio, Prof. de princ. et de prat. de Chirurgie au Coll. méd. d'Ohio, chirurgien à l'hôpital du Bon Samaritain.*

ALBERT. F. A. KING, M.D., *Washington, D. C., Prof. d'Obstétrique à l'Université de Vermont.*

D. W. YANDELL, M. D., *Professeur de la science et de l'art de la Chirurgie et de Clinique chirurgicale à l'Université de Louisville, Ky.*

L. P. YANDELL, M. D., *Professeur de Clinique médicale, de maladies des enfants et de Dermatologie, Université de Louisville, Ky.*

ROBERT BATTEY, M. D., *Rome, Ga., Professeur Emérite d'Obstétric, Collège de Médecine d'Atlanta, Ex-Président de l'Association Médicale de Georgie.*

CLAUDE H. MASTIN, M. D., LL. D., *Mobile, Ala.*

PROF. H. C. BARTLETT, Ph. D., F. C. S. *London, England.*

LISTE DES PRIX.

| | | |
|---|----------|---------|
| LACTOPEPTINE (par bouteilles d'une once)..... | à Ponce | \$ 1.00 |
| “ (par bouteilles 1/2 lb.)..... | par doz. | 10.00 |
| “ (par bouteilles 1/4 lb.)..... | par lb. | 12.00 |

Nous préparons aussi la Lactopeptine combinée avec différents Elixirs ou Sirops.

ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE de NEW YORK,

10 et 12, PLACE DU COLLEGE, NEW YORK.

Agents en Gros : LOWDEN & CO., Toronto, Ont.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'utilité du chloroforme dans la réduction des luxations,

Par A. T. BROSSEAU, M. D., Chirurgien de l'Hôpital
Notre-Dame.

Il s'est présenté depuis deux ans à l'Hôpital Notre-Dame, un grand nombre de luxations ; nous n'avons jamais éprouvé de difficultés à les réduire.

En est-il de même partout dans ce pays ? Certainement non, puisque nous rencontrons très souvent de vieilles luxations qui n'ont pu être réduites, ou qui ont été prises pour des contusions et traitées par des liniments.

Nous croyons donc remplir une lacune en indiquant à nos confrères un moyen facile de faire le diagnostic et de réduire les luxations. Voici le procédé généralement adopté à l'hôpital. En rapportant quelques-uns des cas que nous avons eus, cela facilitera l'intelligence du sujet.

Au mois de novembre 1881 se présente une luxation de l'humérus, datant de quelques jours.

Comme c'est l'usage dans les amphithéâtres des hôpitaux, avant de faire une opération quelconque, le professeur de clinique donne une leçon sur le sujet, afin que les élèves comprennent mieux comment on arrive à faire un diagnostic, un pronostic et un traitement.

Notre patient présente la variété de luxation humérale la plus fréquente, la *sous-coracoidienne*. Les plus anciens élèves se guidant sur les proéminences osseuses (points de repère de la région) constatent la variété de luxation. Nous avertissons alors les élèves que nous commencerons par la méthode de *douceur*, (*pression, impulsion, dégagement*) et si nous ne réussissons pas nous aurons recours aux méthodes de *force*, c'est-à-dire au talon dans l'aisselle, à l'*extension* et à la *contre extension*, coaptation, à l'élévation du bras, etc.

Je mentionne en passant et pour en montrer les dangers, la méthode ordinaire des rebouteurs si nombreux dans notre pays, qui consiste à suspendre le blessé sur une échelle, une porte, le corps étant d'un côté pendant que de vigoureux gaillards tirent sur le bras qui est de l'autre. Que les vaisseaux soient déchirés par ce corps dur, que la traction soit dix fois plus forte que nécessaire, peu importe, on ne connaît pas mieux.

Le blessé étant mis *complètement* sous l'influence du chloroforme, je commence la réduction.

Mais à peine ai-je mis mon pouce de la main gauche dans l'aisselle et mes doigts sur l'acromion, ma main droite saisissant en même temps le coude afin de faire exécuter à l'humérus les mouvements voulus, que je ressens un *tressailement* et le *bruit* caractéristique de la réduction.

J'échappe malgré moi une expression de mécontentement, car j'avais annoncé aux élèves que je ne réussirais pas par ce procédé vu que la luxation n'était pas tout à fait récente, et qu'ils auraient l'avantage d'en voir employer d'autres, et MM. les étudiants de rire de ma mauvaise humeur à l'occasion de ce succès par trop facile.

Nous avons eu à l'hôpital Notre-Dame au moins une quinzaine de luxations de l'épaule durant les deux années écoulées et dans chaque cas, le malade étant profondément endormi avec le chloroforme, nous avons pu réduire ces luxations *sans* aucune difficulté et simplement par les méthodes de douceur.

Plusieurs même de ces réductions ont été opérées par des élèves qui en étaient à leur coup d'essai.

Nous nous croyons donc autorisés à dire qu'avec l'anesthésie complète, la réduction des luxations récentes de l'épaule n'est plus qu'une formalité à remplir.

Comment se fait-il qu'aujourd'hui encore un grand nombre de nos confrères ne se prévalent pas de cet auxiliaire si efficace et si puissant ?

Avec le chloroforme ils anéantiraient tous ces rebouteurs qui torturent les pauvres innocents qui se confient à eux et auxquels ils remettent un os qui n'est pas luxé, *nerf déplacé*, etc., etc.

Je pourrais citer le cas d'un alcoolique qui dans ses ébats a l'*habitude* de se luxer l'humérus (il est à sa vingtième luxation). A présent je ne lui enlève seulement plus ses habits, je le chloroformise et *mets tout bonnement son bras en écharpe* et tout rentre dans l'ordre. J'ai déjà essayé sur lui sans chloroforme et n'ai réussi qu'avec difficulté et douleur. Il est à remarquer qu'il n'est pas nécessaire d'administrer une forte quantité de chloroforme, l'opération ne durant que quelques instants.

Nous avons aussi observé deux luxations de la hanche.

Observation No. 1.—Durant le mois d'octobre dernier, un garçon de 15 ans est apporté à l'hôpital, il était tombé en jouant sur un trapèze, quelques heures avant.

L'examen fait constater une luxation de la hanche *variété iliaque*.

Observation No. 2.—Dans le cours de mai dernier un jeune garçon de 10 ans tomba du haut d'une pile de planches et se fit une luxation de la tête du fémur dans l'échanerure ischiatique, il fut immédiatement transporté à l'hôpital.

Sous l'effet de l'anesthésie la réduction fut opérée dans ces deux cas avec la plus grande facilité.

Les élèves étant présents lors de la dernière de ces réductions, je leur expliquai les divers temps de la méthode de douceur adaptée aux luxations du fémur, c'est-à-dire les temps de *flexion, circumduction, rotation, etc.* Mais à peine avais-je saisi le membre avec une main au genou et l'autre au cou-de-pied, me préparant à me servir du fémur comme levier, que j'entendis le bruit caractéristique de la réduction, tout était rentré dans l'ordre sans que j'eusse eu le temps d'exécuter les divers mouvements.

Voyant cela, certains élèves se mirent à discuter la nécessité d'étudier attentivement les procédés de réduction des luxations; je saisis immédiatement cette occasion de leur faire observer que si dans un grand nombre de luxations récentes, les choses se passaient ainsi, souvent cependant, et surtout dans les luxations quelque peu anciennes il fallait employer plusieurs procédés avant de réussir, et quelques fois échouer.

Lorsque nous rencontrons de vieilles luxations non réduites nous avons l'habitude de demander à ces infortunés comment il se fait qu'ils soient restés infirmes, et la réponse invariable est qu'ils se sont confiés à des rebouteurs ou à des médecins qui n'ont pas employé d'anesthésique.

Pourquoi donc les hommes de l'art se priveraient-ils d'un aussi grand avantage, d'un aussi sûr moyen de succès?

Chacun sait en effet que le *principal*, sinon l'unique obstacle à la réduction d'une luxation c'est la contraction musculaire, chacun sait aussi que les divers agents anesthésiques font cesser cette contraction musculaire, la conclusion vient donc logiquement en faveur de l'emploi des anesthésiques.

Il faut aussi apprécier l'avantage de ne pas faire souffrir son patient.

Je tiens à faire observer que l'anesthésie doit être *complète*, que les muscles soient dans un relâchement complet et n'offrent plus aucune résistance.

Il m'est arrivé plusieurs fois, croyant le malade *bien endormi*, de tenter la réduction et de ne pouvoir réussir, parce que les muscles se contractaient encore. Quelques inhalations de plus et tout s'opérait avec une extrême facilité.

S'il en était besoin je pourrais citer un grand nombre de faits à l'appui, mais je crois la chose inutile.

Concluons ces quelques remarques pratiques en recommandant à nos confrères de ne pas craindre d'employer le chloroforme dans les luxations, mais au contraire de ne jamais tenter une réduction sans appeler à leur secours ce précieux moyen.

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

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

Depuis vingt-cinq ans, il s'est opéré une véritable révolution en ophthalmologie. Cette partie des sciences médicales qui existait à peine comme spécialité avant David Sichel et Desmarres est aujourd'hui une des plus complètes, des plus vastes et des mieux étudiées, celle dont les pronostics sont les plus précis et les traitements les plus effectifs. Les travaux de Helmholtz, de Graefe, de Donders, etc., lui ont acquis une place honorable dans le cadre des études, place qui ne pourra qu'augmenter de prestige avec le temps et les progrès qu'il reste à réaliser. Dans toutes les parties de l'Europe et de l'Amérique les facultés de médecine de quelque importance ont consacré une chaire spéciale à l'enseignement des maladies des yeux. On a compris, partout, que l'étude d'un organe aussi important que l'est celui de la vision, méritait au moins de faire l'objet de quelques leçons. Mais les cours d'ophthalmologie tels que donnés généralement dans les Facultés ne sont pas suffisants pour mettre un médecin en état de répondre à toutes les exigences de la pratique. Il faudrait, pour remédier à cet inconvénient, pouvoir y consacrer beaucoup plus de temps que ne le comportent nos programmes universitaires, vu le grand nombre de matières à apprendre dans un espace de temps relativement trop court. Ceci est vrai pour les pays où l'on consacre 5 et 10 années de cours de 9 mois à l'étude de la médecine; à plus forte raison pour les Etats-Unis et le Canada où la loi

limite à 2 et 3 ans de cours de six mois. l'étude d'une science aussi exacte, aussi compliquée que l'est la science médicale.

Quiconque a un peu étudié l'ophtalmologie, sans savoir même ce qu'est le traité d'optique physiologique de Helmholtz, a pu se convaincre que l'œil ne peut pas être étudié suffisamment pendant trois années d'étude dont les 19/20 sont employés aux études générales. L'ophtalmologie seule pour être acquise dans ce qu'elle a d'essentiellement pratique exige au moins quelques années d'études spéciales. Le domaine de cette spécialité est tellement vaste, les travaux dont elle est le sujet, sont si nombreux que le Prof. Bowman a pu dire avec raison que ce n'est pas chose facile pour un cerveau humain de posséder à fond toutes les connaissances qui se rattachent à la région oculaire. La difficulté est grande pour ceux qui se livrent exclusivement à cette étude, à plus forte raison pour ceux qui demeurant à la campagne sont obligés d'être à la fois médecins et chirurgiens, accouchés, oculistes, etc, etc. Il leur est impossible de tout savoir, ils embrassent trop à la fois, ils sont nécessairement obligés de négliger quelques branches de la médecine, et parmi celles qui sont l'objet de cet abandon se trouve l'ophtalmologie. Il n'y aurait pas lieu de trop s'en plaindre si l'on voyait tous ceux qui ne connaissent pas les maladies des yeux s'abstenir complètement de traiter les cas qui leur arrivent et diriger ces patients vers des confrères compétents. Mais ce n'est pas ce qui a lieu ordinairement, et l'on voit tous les jours les résultats fatals de cette manière d'agir qui se cache sous de faux motifs d'intérêt personnel au détriment de l'humanité.

De l'absence de notions suffisantes en ophtalmologie découle un fait pénible; des erreurs fréquentes de diagnostic, des traitements peu ou pas du tout appropriés. On confond des maladies parfaitement distinctes, exigeant chacune un traitement différent. On emploie le sulfate de zinc en solution pour toutes les conjonctivites qu'elles soient purulentes, catarrhales, pustuleuses ou granuleuses, on l'emploie même pour les kératites et les iritis. Ces erreurs sont journalières, j'en parle avec connaissance de cause, et j'ai pu en constater de plus graves encore. Le glaucôme est souvent confondu avec la cataracte; j'ai même eu un patient qui a été opéré de cataracte (*par abaissement*), pour une affection glaucomateuse. Des milliers d'aveugles peuplent les institutions de charité parce par l'ophtalmie purulente des nouveaux nés est méconnue et mal traitée. Je passe ici sous silence beaucoup d'autres affections oculaires qui conduisent fatalement à la cécité si elles ne sont pas traitées à temps et convenablement. J'aurai occasion d'en parler plus tard en continuant ce travail.

Pour pouvoir faire de l'ophtalmologie rationnelle il faut dans cette branche comme dans la pathologie interne ou externe reconnaître les types inflammatoires les uns des autres. Dans l'œil il n'y a pas qu'une seule membrane, il y en a plusieurs qui ont chacune leur fonction propre et leur pathologie distincte. Au reste tous les tissus du corps humain se trouvent représentés dans l'appareil visuel.

Avec la transformation qu'a subi la pathologie oculaire pendant le quart de siècle dernier a marché la thérapeutique oculaire, et ce n'est pas exagérer que de dire qu'aucune autre branche de la médecine n'a des succès aussi brillants à proclamer.

Mais l'art de guérir est trop monopolisé en ophtalmologie au détriment du plus grand nombre. S'il est impossible à la généralité des médecins de tout connaître en oculistique, il faut au moins connaître l'essentiel, le strict nécessaire, et pouvoir au besoin reconnaître un état grave de l'œil de celui qui ne l'est pas, en un mot il faut savoir diagnostiquer. Ce sera rendre un service signalé à un patient que de reconnaître qu'une intervention chirurgicale est opportune ou urgente et de faire en sorte qu'une main agisse si ce n'est pas la nôtre. Tout médecin n'est pas prêt à faire l'opération de l'iridectomie dans les cas de glaucôme, l'opération de la cataracte par le procédé de Graefe modifié; plusieurs n'oseraient même pas pratiquer une simple paracentèse de la chambre antérieure. Mais reconnaître que ces opérations sont nécessaires pour conserver ou rendre la vue à un patient est déjà beaucoup. Toutes les maladies d'yeux ne requièrent pas des opérations aussi délicates, la plupart même n'en exigent pas du tout et ce sont les plus fréquentes. Pour ces dernières le diagnostic est facile et le traitement à la portée de tous les médecins. C'est dans le but de vulgariser le diagnostic et le traitement de ces maladies que j'écrirai dans ce journal, persuadé que j'entreprends là une œuvre utile.

CONJONCTIVITES.

Un symptôme d'une grande valeur, pour le diagnostic des conjonctivites c'est l'injection conjonctivale. Cette injection n'est pas la même pour toutes les formes de conjonctivites, elle varie même avec les différentes phases de chacune d'elles. Cette injection peut être partielle, limitée au bulbe (1) comme

(1) La conjonctive bulbaire est celle qui recouvre le globe oculaire. La conjonctive, quittant le globe oculaire, se replie sur elle-même pour former un cul-de-sac et aller ensuite tapisser la face interne des paupières.

c'est le cas dans la conjonctivite pustuleuse. Elle peut être généralisée à toute la conjonctive, comme dans la conjonctivite catarrhale aiguë, ou encore, limitée à la région du cul-de-sac comme dans le catarrhe chronique.

L'injection conjonctivale est caractérisée par un gonflement des vaisseaux sanguins qui deviennent visibles sur le globe oculaire lui-même. Ils sont plus saillants, plus gros, plus flexueux qu'à l'état normal. Il semble que le nombre des vaisseaux ait augmenté. La conjonctive devient d'un rouge variant d'intensité selon le degré d'inflammation. Un point important à noter est celui-ci : les vaisseaux sont tortueux, l'injection est de plus en plus prononcée à mesure qu'on s'éloigne du bord de la cornée pour se diriger vers les culs-de-sac.

Dans les kératites et les iritis on remarque une autre injection à laquelle on a donné le nom d'injection périkeratique. Celle-ci est caractérisée par une réunion de fins vaisseaux serrés et radiés qui se dirigent vers le bord de la cornée. L'injection forme à cet endroit un anneau d'un rouge sombre qui entoure la cornée et qui diminue d'intensité à mesure qu'on s'éloigne de la cornée pour se rapprocher du bulbe. Avec un peu d'attention, on arrivera toujours à reconnaître l'existence de ces deux injections, même si les deux existent conjointement, ce qui est le cas assez souvent. L'injection conjonctivale est formée par des vaisseaux gros et tortueux; l'injection périkeratique par des vaisseaux fins et radiés. La première augmentant d'intensité du bulbe aux culs-de-sac, la seconde se localisant au pourtour de la cornée sous l'aspect d'un anneau d'un rouge sombre, quelquefois violacé, l'injection conjonctivale appartenant à la classe des conjonctivites et s'accompagnant des autres symptômes propres à ces affections, l'injection périkeratique appartenant à la classe des kératites et des iritis et s'accompagnant de douleurs périorbitaires.

Une affection très commune chez les enfants et contre laquelle un traitement intelligent est tout puissant, c'est la *conjonctivite pustuleuse en phlycténulaire*. Elle est caractérisée par l'apparition sur la conjonctive bulbaire de phlyctènes, de nombre et de grandeur variables. Ces phlyctènes siègent souvent à l'union de la cornée et de la sclérotique sur le limbe antéro-cornéal. Il importe de le noter, car les phlyctènes qui apparaissent à cet endroit se comportent différemment de celles qui sont situées exclusivement sur la conjonctive bulbaire. Occupe-t-elle franchement la conjonctive bulbaire, la phlyctène se guérit assez rapidement. Si elle siège sur le bord de la cornée elle se transforme en ulcère, qui peut se vascu-

lariser. On a alors une maladie nouvelle dont nous parlerons à l'article des kératites. Les phlyctènes peuvent siéger franchement sur la cornée, on a alors une maladie qui n'offre aucune ressemblance avec la conjonctivite pustuleuse, au moins en ce qui regarde les symptômes, la marche, le pronostic et le traitement. Il y a production d'une pustule dans les deux cas, chez des enfants scrofuleux, lymphatiques, mais cette même pustule qui ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel considérable lorsqu'elle siège exclusivement sur le bulbe oculaire, devient la cause d'une foule d'autres désordres lorsqu'elle siège sur la cornée. Il arrive qu'ayant à traiter une simple conjonctivite pustuleuse, l'enfant ne présente aucun symptôme d'irritation tel que photophobie et douleur, mais que tout à coup une phlyctène vienne à se développer sur la cornée, la scène change immédiatement, l'enfant ne supporte plus la lumière, se plaint de douleurs, se cache la tête dans les oreillers et cherche l'obscurité. Nous sommes alors en face d'une affection qui peut durer des mois et des années et se terminer par la production de taies cornéennes, terminaison bien différente de la conjonctivite pustuleuse, qui disparaît sans laisser de trace dans l'espace de huit jours.

La conjonctivite pustuleuse existe-t-elle seule, isolée, on aperçoit sur un point limité de la conjonctive bulbaire une, deux ou trois pustules, de grosseur variable, mais dépassant rarement la dimension d'une tête d'épingle. Ces phlyctènes sont entourées d'une auréole d'injection conjonctivale peu intense.

Il n'y a pas lieu de confondre cette forme de conjonctivite avec la forme catarrhale. Dans la conjonctivite phlycténulaire il y a d'abord des phlyctènes, les yeux sont moins sensibles le soir que le jour, l'injection est partielle, la sécrétion de la conjonctive est peu ou pas du tout augmentée. Dans la conjonctivite catarrhale, les malades accusent plus de douleurs le soir, l'injection est généralisée et la sécrétion conjonctivale est augmentée. Les malades ont la sensation de sable dans les yeux.

Le traitement de la conjonctivite pustuleuse est bien simple il consiste à projeter du calomel à la vapeur, à l'aide d'un pinceau, sur les phlyctènes, à renouveler ce traitement tous les jours et à faire usage de compresses chaudes de camomille, fréquemment appliquées. Il faut aussi protéger l'œil contre l'action de la lumière et traiter l'état constitutionnel. La maladie dépasse rarement huit jours. Lorsque les phlyctènes sont sur le bord de la cornée, le traitement diffère un peu. Nous y reviendrons en parlant de la kératite phlycténulaire.

Considérations générales sur la physiologie du médicament. (1)

PAR L. J. V. CLÉROUX, M.D.

(Suite et fin.)

L'action du médicament peut s'induire de ses propriétés physiologiques. Or en parcourant le cercle que je viens d'indiquer depuis les premières et les secondes voies jusqu'à l'élément organique, et de cet élément aux issues d'élimination, le médicament agit physiologiquement sur les fonctions et les organes élémentaires ou complexes.

Cl. Bernard pense que chaque élément anatomique et fonctionnel doit reconnaître des agents excitants et des agents dépressifs spéciaux. — Il y aurait ainsi des médicaments nerveux, des médicaments vasculaires, des agents enfin capables de modifier la nutrition intime. Ce qui ressort de cette observation, c'est la démonstration nette de l'électivité médicamenteuse, c'est-à-dire l'aptitude qu'a le médicament à modifier plus spécialement tel ou tel organe au défaut des autres. L'organe ne l'appelle pas plus qu'il ne se rend vers lui par un voyage déterminé. Un médicament est une substance inerte introduite par l'absorption, emportée passivement, et qui va successivement, suivant les lois de la circulation, toucher impressionner tous les éléments organiques auxquels le plasma porte des matériaux de vie et de réparation. Les uns répondent à ce contact par des manifestations phénoménales qui sont en rapport avec leur impressionnabilité et leur vie propre — les autres y restent apathiques et muets. Un seul organe parle, mais tous sont interrogés. Du silence de certains organes, du langage varié des autres à l'occasion d'une même impression médicamenteuse se forme la phrase phénoménale, c'est-à-dire la formule de son action physiologique.

L'électivité ou spécificité locale s'exerce suivant la nature du médicament à toutes les phases de l'acte circulatoire. Elle peut être provoquée dans le réseau capillaire qui l'absorbe; — Ainsi l'effet de la morphine appliquée localement. Elle peut encore se montrer dans le siège que choisit celui-ci pour s'assimiler à notre économie ou pour s'y accumuler passagèrement.

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Montréal.

Enfin l'agent médicamenteux peut encore agir à sa sortie et modifier les voies par lesquelles il est spécialement éliminé.

Ici se présente tout naturellement l'élimination. On peut considérer les organes de sécrétion en y comprenant le foie et le poumon comme des soupapes de sûreté qui se lèvent pour laisser passer les substances étrangères ou inutiles à la vie ; si elles fonctionnent activement, l'économio peut supporter sans accident des doses considérables d'un médicament ; si elles jouent mal, la saturation se produit même avec des doses médiocres.

Chaque médicament a sa soupape qui s'ouvre de préférence pour lui. C'est ainsi que les chlorates, les hypophosphites, les azotates, les bromures, les iodures, le mercure, l'or, l'ipéca, etc., sont éliminés par les glandes salivaires, si on peut employer ce mot d'élimination, puisque le médicament rejeté par cette voie, est ingéré dans l'estomac et rentre dans la circulation.

Les voies respiratoires éliminent les substances gazeuses et volatiles en général ; l'oxygène et l'acide carbonique, l'alcool, le chloroforme, l'éther, les sulfureux, les huiles essentielles et les essences de baumes, le camphre, l'ipéca, etc.

La peau élimine aussi un plus grand nombre de substances qu'on ne se l'imagine. On considère comme très probablement éliminés par cette voie les médicaments qui exercent sur les fonctions diverses de la peau une action évidente, soit qu'ils vascularisent le tégument :—belladone, jusquiame,—soit qu'ils augmentent son activité sécrétoire, comme les sudorifiques, l'alcool, l'ammoniaque, l'ipéca, le thé, le café, — soit qu'ils modifient sa sensibilité et produisent du prurit : (la morphine) Au reste les substances minérales sortent aussi par cette voie : l'arsenic et l'antimoine, le mercure et le plomb ; les résines, peut-être, le curare, l'aconit et la cigüe.

Le lait est aussi un moyen d'élimination des médicaments et ce fait est devenu la base d'une méthode de traitement qui consiste à médicamenter une femelle laitière pour communiquer à son lait telle ou telle propriété thérapeutique. Il n'est pas d'organe qui joue sous ce rapport un rôle plus actif et plus général que le rein. C'est par lui que s'éliminent l'eau d'abord les sels ensuite, chlorures, bromures, iodures, sulfites et hyposulfites, phosphates, azotates, les carbonates alcalins, les métaux, mercure, argent et plomb, les antimoniaux, les glycoses et les saccharoses, le camphre, les résines et essences diverses, la rhubarbe, l'hydrocotyle, la valériane, probablement la digitale, l'aconit et la cigüe, enfin l'atropine et la quinine puis l'alcool et le thé, le café et généralement les diurétiques. Il est remarquable que les produits arsénicaux iodés et bromés

se trouvent à peu près dans presque tous les liquides de l'économie.

Le foie et la bile verraient passer de préférence les métaux, fer, mercure, argent, plomb, antimoine. L'huile de foie de morue et l'aloès passeraient surtout par le foie ou par l'intestin. La muqueuse gastro intestinale elle-même est une voie ouverte aux éliminations toxiques et médicamenteuses.

Enfin il est des agents qui en raison de la multiplicité des portes que leur ouvre l'élimination et de la facilité qu'ils trouvent à les traverser sont considérés comme des éliminateurs susceptibles de déplacer et d'entraîner avec eux des substances qui sans cela seraient retenues dans l'économie : ce sont l'eau d'abord, les iodures, les alcalins, les carbonates alcalins et aussi les chlorates alcalins, de la grande utilité des alcalins quand il y a à favoriser dans l'économie quelque travail d'élimination.

Remarquons qu'il n'est peut-être pas une substance qui ne s'élimine que par une seule voie ; la plupart sortent par plusieurs émonctoires à la fois, mais chacune a suivant sa nature une soupape à laquelle elle se présente plus volontiers et en plus grande quantité.

Il n'y a pas plus de force déterminante dans un médicament quand il s'élimine que quand il accuse une électivité. Il est passif dans les deux cas, entraîné qu'il est par la circulation ; il se présente ici à une cellule impressionnable, là à une soupape également impressionnable.

Il y a non seulement une ressemblance entre l'électivité et l'élimination, mais encore une simultanéité remarquable de production. L'électivité d'un médicament pour le rein ne tient qu'au rôle éliminateur attribué à cet organe par rapport au médicament.

Les balsamiques sont éliminés surtout par les muqueuses génito-urinaire et respiratoire et c'est pour cela qu'ils en sont les médicaments dans des maladies déterminées. Je ne doute pas que l'électivité médicamenteuse des sulfureux qui en fait surtout un moyen curatif des affections chroniques de la muqueuse respiratoire et de la peau ne tienne en partie à la direction qu'ils suivent pour s'éliminer. De même aussi les diurétiques ne sont vraisemblablement tels que parce qu'ils sortent électivement par les reins et les cholagogues que parce que la bile les entraîne.

La durée de l'élimination des médicaments varie suivant une foule de causes ; la nature du médicament, sa dose, les conditions organiques du sujet sur lequel on a expérimenté. Suivant Orfila, l'arsenic demande douze jours pour être éliminé,

le sublimé corrosif un mois, l'émétique quatre mois, plus de cinq pour le plomb et le cuivre, etc., et l'élimination ayant cessé, les organes peuvent encore contenir des quantités appréciables de poison.

Enfin, Messieurs, je termine avec les mutations chimiques du médicament.

Introduit par voie gastrique le médicament trouve dans l'estomac un milieu essentiellement favorable à des modifications chimiques. L'acide du suc gastrique sature des bases libres, décompose certains sels et fournit à la pepsine les moyens de fluidifier les substances albuminoïdes et de les transformer en peptone. Il fait aussi tenir compte des gaz de l'estomac, constitués par l'oxygène, l'acide carbonique, l'hydrogène, de l'azote, du protocarbure d'hydrogène et quelquefois de l'hydrogène sulfuré. L'acide carbonique réagit à la manière des acides. L'azote reste inerte. L'hydrogène sulfure transforme en sulfures insolubles le plomb le mercure et le bismuth.

Quant à l'oxygène la théorie indique qu'il doit faire subir aux éléments attaquables par ce gaz, un commencement d'oxydation.

Peut-être faudrait il tenir compte également des organismes que les médicaments comme les aliments rencontrent dans l'estomac (monades, conferves, microzoonites) auxquels certains auteurs ont attribué un rôle physiologique dans la transformation des substances introduites dans la cavité de cet organe.

Du reste la digestion des médicaments est la même que celle des aliments : les substances simples telles que les alcaloïdes, les gommes, le sucre, etc., sont absorbées directement après avoir subi une simple dissolution, les médicaments salins réactionnés ou non entrent également d'une manière directe dans l'absorption.

Arrivés dans l'intestin les médicaments rencontrent trois nouveaux réactifs, le suc pancréatique, la bile et le suc entérique. Le suc pancréatique et le suc intestinal achèvent de convertir en peptone ou albumine les matières albuminoïdes qui n'ont pas été transformées dans l'estomac, ces deux mêmes sucs changent la fécule en dextrine et en glycose ; enfin la bile et le suc pancréatique émulsionnent les corps gras qui sont absorbés directement.

Appliqué sur la peau, le médicament y trouve le produit d'une sécrétion acide, la sueur, des sels résultant de l'évaporation de celle-ci, des matières grasses, et enfin, si le malade est médicamenté par d'autres voies, des produits éliminés, et de là des occasions de mutations chimiques par la substance employée à l'extérieur.

Les substances introduites dans le tissu cellulaire au moyen des injections hypodermiques y trouvent un liquide séreux de réaction alcaline dont l'albumine les préserve des changements qu'elles éprouveraient sans elle au contact de divers principes chimiques, en particulier du chlorure de sodium que contient cette sérosité.

Une fois qu'ils ont franchi les surfaces de rapport, les médicaments circulent dans les vaisseaux lactés, lymphatiques ou veineux. Dans les premiers vaisseaux les médicaments se trouvent au contact de matières grasses émulsionnées, de fibrine, d'albumine, de matières extractives, de glycose, d'acide lactique, de divers sels. Ceux qui entrent dans les lymphatiques généraux y trouvent, sauf les différences de proportions, les mêmes éléments et de plus des produits de décomposition interstitielle, de l'urée, de l'acide lactique, de l'acide ferrique, etc. La composition du sang veineux est aussi très complexe. Si le sang artériel renferme 33 substances, le sang veineux qui contient bien plus près de leur origine les produits de l'absorption alimentaire et ceux de la résorption interstitielle a sans doute une bien autre complexité. Les médicaments chimiquement modifiables ne sauraient résister à tant de réactifs s'ils n'étaient préservés dans une mesure réelle par la présence de l'albumine avec laquelle ils doivent constituer pour la plupart des composés insolubles et devenus inattaquables. L'albumine joue un rôle des plus considérables dans le mécanisme des actions médicamenteuses. A dose relativement massive, elle devient un dissolvant pour les substances réputées insolubles et même pour celles qui en d'autres proportions la coagulent énergiquement.

Ce n'est pas tout, les substances ainsi dissoutes ont en même temps perdu quelques-unes de leurs propriétés chimiques, et les réactions auxquelles elles donnent habituellement lieu se trouvent dès lors empêchées.

Ce pouvoir que possède l'albumine d'invisquer, d'incarcérer les substances médicamenteuses aussi longtemps qu'elles parcourent le cercle vasculaire, fait comprendre pourquoi ces mêmes agents, innocents pour la membrane interne des vaisseaux, recouvrent leurs qualités irritantes dans les émonctoires qu'ils traversent. Comme conséquence de ces remarques nous voyons que les médicaments n'agissent pas sur l'organisme tant qu'ils sont charriés avec le sang dans le système circulatoire, et que leur activité ne se déploie qu'au moment où délivrés de l'albumine ils s'unissent aux éléments anatomiques du système nerveux ou des viscères ou bien se dissolvent dans une sécrétion presque exempte de principes protéiques, telles que l'urine, la sueur et le liquide rachidien.

Le médicament est arrivé dans le système artériel. Il trouve là un élément nouveau : l'oxygène, transporté par les globules rouges est doué peut-être dans le sang artériel d'une suractivité analogue à celle de l'oxygène naissant.

On commence à soupçonner quelques-unes des réactions que les médicaments subissent dans le milieu artériel. Les sels alcalins à acides végétaux se transforment en carbonates des mêmes bases. L'oxygène des globules est l'agent de cette oxydation.

Le fait très curieux que les fruits acides alcalinisent les urines est passible de la même explication : les acides végétaux subissent l'action comburante de l'oxygène des globules, sont finalement transformés en acide carbonique qui sature une partie de l'alcali du sérum et il s'élimine par les urines du carbonate de soude qui leur donne une réaction alcaline. On a expliqué par cette oxydation des acides végétaux et par la soustraction de l'oxygène des globules les effets tempérants des acidules. Les acides de certains sels s'oxygènent davantage lorsqu'ils en sont susceptibles. Les azotites alcalines se transforment en azotates si la dose de l'azotite n'est pas très considérable. Ces sels désoxygénant les globules sont des poisons de ces organismes. Le fer entré dans la circulation s'y oxyde, le bromure de potassium ne s'y décompose pas. L'iode, le brome, le phosphore, l'arsenic, etc., sont rendus inertes par l'albumine. Les acides minéraux, acide sulfurique, chlorhydrique, etc., ne peuvent circuler dans le sang artériel que neutralisés par des bases et c'est sous cette forme qu'on les retrouve dans les urines.

Un mot seulement sur l'accumulation médicamenteuse. Il y a accumulation d'un médicament dans l'économie, d'abord lorsque la combustion vasculaire ou interstitielle n'est pas suffisamment active ou que l'élimination sécrétoire reste au-dessous de sa tâche. C'est pourquoi il est absolument important de toujours s'enquérir du fonctionnement des reins dans l'administration de certaines substances, telles que les sels de potasse à hautes doses, d'en réduire la quantité si les urines restent rares et de diluer ces sels dans une grande quantité d'eau. Autrement le sérum du sang normalement alcalinisé par la soude, serait chargé d'une quantité surabondante de cette substance, et on comprend qu'un changement aussi radical dans l'état chimique du sang puisse amener une perturbation mortelle.

Dans un deuxième cas les médicaments se cantonnent dans un point de la circulation, en sortent pour y rentrer de nouveau et finissent par réaliser des effets toxiques généraux ou locaux.

Quelquefois enfin les conditions physiologiques de l'absorption locale ayant manqué, ce qui arrive dans certaines grandes perturbations de l'économie, choléra, algidité herniaire, les doses apparaissent insuffisantes alors qu'elles étaient momentanément inertes; on les élève et l'organisme rentrant dans ses conditions normales on voit des effets d'accumulation se produire.

Un dernier effet d'ordre tout vital consiste en ceci que les premières doses ont monté les organes sur lesquels se concentre l'action médicamenteuse à un rythme tel qu'une dose usuelle développe des effets en disproportion avec elle.

Chimie Médicale.

(Suite.)

SEDIMENTS DE L'URINE.

Nous désignons sous le nom de sédiments urinaires les dépôts qui se forment dans l'urine, au bout d'un temps plus ou moins long après son émission. Un sédiment formé de grains sableux, assez gros pour être visibles à l'œil nu, s'appelle gravelle, et lorsque ces grains sont plus volumineux ils portent le nom de graviers. Le microscope seul peut nous donner une certitude absolue sur la nature des premiers, tels sont : le mucus et les épithéliums, le pus, les matières cancéreuses et tuberculeuses, les cylindres, et tubes urinaires, les infusoires, les spermatozoïdes.

Les dépôts non organisés ou cristallins sont : l'acide urique et les urates, les phosphates terreux (phosphate de chaux et phosphate ammoniaco-magnésien,) oxalate de chaux, cystine, xanthine, hypoxanthine, tyrosine.

Les sédiments ont une double signification pour le médecin praticien.

1^o. Ils indiquent certains désordres dans l'assimilation et la désassimilation, tels sont les oxalates, les urates etc.

2^o. Ils apprennent au médecin qu'il existe quelque lésion locale dans le système uropoïétique, comme l'indique par exemple la présence du pus et d'un excès de mucus.

Quelques sédiments n'apparaissent qu'après que l'urine a été émise; d'autres prennent naissance dans l'intérieur des voies urinaires. Dans ce dernier cas nous avons tout lieu de

craindre la formation de calculs urinaires. Il est donc indispensable pour le médecin de distinguer ces deux circonstances.

Essayons de rendre compte de leur signification respective.

SEDIMENTS CRISTALLINS OU NON ORGANISÉS

§ 1 Acide urique et urates.

I.

Ce sont les plus communs et les plus importants de tous les sédiments urinaires. Ils ne se forment généralement que lorsque l'urine est refroidie, pour la bonne raison qu'ils sont presque insolubles dans l'urine froide et passablement solubles dans l'urine chaude.

Leur aspect est très variable : ils peuvent être de couleur rouge brique, de couleur canelle, de couleur rose.

La détermination de leur base, soude, potasse, ammoniacque, chaux, est sans importance pour la clinique.

II.

L'urine est ordinairement très colorée, très acide, et d'une forte densité (1027.)

En faisant chauffer l'urine, le sédiment se redissout, il se dépose de nouveau par le refroidissement, ce qui le fait distinguer aisément des autres dépôts urinaires.

III.

Murexide.

Séparez le sédiment par filtration, versez dessus de l'acide nitrique concentré. Il se dissout avec effervescence et forme une masse cristalline. Chauffez cette masse et évaporez jusqu'à siccité. Ajoutez ensuite quelques gouttes d'ammoniacque; elle devient pourpre ou rouge violet (murexide ou purpurate d'ammoniacque). Cette réaction ne vous laisse plus aucun doute sur la présence de l'acide urique.

SIGNIFICATION.—Les maladies fébriles sont les conditions les plus fréquentes qui donnent lieu à la formation des sédiments d'acide urique et d'urates. Ces sédiments indiquent un défaut d'oxidation des produits de la désassimilation. Leur présence dans l'urine est considérée comme critique et souvent favorable au rétablissement du malade.

Il est important de s'assurer si, par suite de la concentration de l'urine, l'acide urique et les urates ne se déposent pas dans la vessie, parcequ'alors nous aurions lieu de craindre la formation de calculs d'acide urique rénaux ou vésicaux.

§ 2 Phosphates terreux.

(PHOSPHATE DE CHAUX ET PHOSPHATE AMMONIACO-MAGNÉSIEN).

I.

Parmi les phosphates contenus dans l'urine les phosphates terreux sont les seuls insolubles; aussi les sédiments ne peuvent-ils être formés que de ceux-ci. Contrairement à ce qui a lieu pour les sédiments d'acide urique on les trouve surtout dans les maladies chroniques et les urines alcalines. Ils se déposent lorsque l'urine prend la fermentation alcaline. Ils ne se rencontrent jamais dans une urine normale.

Ils sont insolubles dans l'eau chaude, se dissolvent très bien lorsqu'on ajoute de l'acide acétique, ce qui les distingue des cristaux d'oxalate de chaux. Une urine contenant de l'acide carbonique peut tenir en dissolution du phosphate de chaux qui se précipite par la chaleur.

II

Comment distinguer les phosphates terreux des autres sédiments.

A. Les urates se dissolvent facilement lorsqu'on chauffe l'urine, les phosphates restent insolubles. Réaction de la murexide.

B. L'oxalate de chaux est insoluble dans l'acide acétique, qui dissout facilement les phosphates.

SIGNIFICATION.—1o. Ils font connaître au médecin l'existence d'un état alcalin de l'urine et les conséquences qui en résultent; ils lui montrent la nécessité d'en rechercher la cause (voir considérations générales sur l'urine au paragraphe *Réaction*.)

2o. Si un sédiment de phosphate terreux existe au moment de l'émission de l'urine, il est évident qu'il s'est formé dans l'intérieur de la vessie, et si ce phénomène dure longtemps, on a à craindre la formation de calculs phosphatiques.

§ 3. Oxalate de chaux.

1

Apparence générale du dépôt.

L'acide oxalique ne se rencontre dans l'urine qu'en combinaison avec la chaux.

L'urine qui dépose de l'oxalate de chaux est généralement fortement colorée (ambre foncé) et acide, rarement neutre.

Le dépôt est très-léger, sans couleur et ressemble à un petit nuage de mucus. Il est souvent mêlé à un dépôt d'acide urique et d'urates amorphes. Une urine fraîchement émise qui doit déposer de l'oxalate de chaux est traversée par un

grand nombre de lignes fines transversales et obliques, donnant au verre l'apparence d'être finement rayé. Le sédiment est divisé en deux parties, l'une qui occupe le centre du vase, ayant l'apparence d'une légère couche de mercure d'un gris pâle, l'autre, recouvrant la première est ondulée et ressemble à une couche de neige. Les cristaux ont la forme d'enveloppes de lettre, ils sont trop petits pour être distingués à l'œil nu.

Après les urates, l'oxalate de chaux est le sédiment inorganique le plus commun.

11.

Solubilité.

Facilement soluble dans les acides minéraux, sans effervescence, ainsi que dans le phosphate acide de soude.

Insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, les alcalis, les acides végétaux.

Se distingue des phosphates par son insolubilité dans l'acide acétique.

CAUSES ET SIGNIFICATIONS.—1. Plusieurs aliments contiennent de l'acide oxalique et de l'oxalate de chaux (l'oseille, les tomates, les racines de rhubarbe, etc.,) et peuvent occasionner temporairement un sédiment dans l'urine.

2. L'acide oxalique se trouve parmi les produits de la métamorphose des substances animales, végétales ou minérales. Il se forme par l'oxydation de l'acide urique, de la créatinine, de la leucine, etc. Il peut aussi provenir de l'oxydation incomplète du sucre, de l'amidon et des sels à acides végétaux, lorsqu'il survient des troubles dans la respiration et que l'absorption de l'oxygène est entravée.

Signification 1. La présence de l'acide oxalique dans l'urine est temporaire. Dans ce cas le pronostic est favorable.

2. De grandes quantités d'acide oxalique apparaissent dans l'urine pendant des semaines et même des mois; il y a ce qu'on appelle une oxalurie ou diathèse oxalique.

a. Nous avons à craindre qu'il se forme dans les reins ou dans la vessie des calculs d'oxalate de chaux, désignés sous le nom de calculs muraux.

b. L'acide oxalique, par son action vénéneuse sur l'économie générale, principalement sur le cœur et le système nerveux, peut amener les accidents les plus graves.

Traitement:—

| | |
|----------------------------------|---------------|
| Acide chlorhydrique dilué | } 15 grammes. |
| Acide nitrique..... . | |
| Eau..... . | 45 grammes. |
| Sirop..... . | 15 grammes. |

Dose.—1 cuillerée à thé de ce mélange dans un grand verre d'eau, avant chaque repas.

Faire pendant longtemps usage de viande, de lait, de végétaux farineux; proscrire complètement les substances sucrées; se vêtir chaudement et prendre des bains tièdes.

! 4. Cystine; leucine; tyrosine; xanthine.

Sédiments cristallins très rares, provenant de la métamorphose incomplète des substances azotées protéïques. Ces sédiments n'ont pas une grande importance pour la clinique.

DR N. FAFARD.

à continuer.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Rhumatisme cérébral.—Eclampsie des vieillards, diabète.

Charles F... 30 ans, est admis à l'Hôpital Notre-Dame (salle St. Jean de Dieu, No. 15,) le 13 mars 1882 souffrant de rhumatisme articulaire aigu. La maladie date déjà de huit jours et affecte les articulations du genou, du cou-de-pied et du poignet des deux côtés. Le malade est un alcoolique confirmé; tempérament lymphatique. On le met immédiatement au salicylate de soude, 13 gr. toutes les trois heures. Le soir, le pouls est à 118, temp. 102½.

Le lendemain matin, le pouls tombe à 90 et la température à 101°. Le malade se dit mieux, on continue le même traitement. Diète liquide.

Le 15, la température est à 102°, on suspend l'usage du salicylate. Des vésicatoires sont appliqués sur les articulations malades.

Du 16 au 22 l'état du malade reste à peu près le même. Les douleurs sont un peu moindres. La température éprouve de notables fluctuations, étant à 103½ et 104° le soir, à 99½ et 100° le matin.

Les vésicatoires ont beaucoup rendu. On les a remplacés par des cataplasmes fréquemment renouvelés. Le malade est

assez calme. Appétit nul. Quelques selles diarrhétiques de temps à autre; on prescrit quelques doses de craie composée.

Du 22 au 27, le patient a du délire. Ce délire est presque toujours calme, cependant il est bruyant parfois et d'une violence variable. Le malade dort peu; l'appétit est nul; il n'y a pas de vomissements. Le patient accuse une céphalalgie frontale et occipitale assez intense. Il n'y a pas d'intolérance des sons ni de photophobie. La face est pâle; on ne remarque ni paralysie ni contracture; pas de convulsions, pas de strabisme. La respiration est naturelle. Le pouls, variant entre 110 et 130 est petit, faible mais régulier. La température varie entre $102\frac{1}{2}^{\circ}$ le matin et 103 et $103\frac{1}{2}^{\circ}$ le soir.

On prescrit: Esprit de nitro ζi , toutes les quatre heures.

Le 27 ces divers symptômes s'amendent quelque peu. Le délire cesse et la température tombe à $100\frac{1}{2}$ le matin du 28.

Du 28 mars au 15 avril la température se maintient régulièrement assez élevée, $100\frac{1}{2}$ le matin et $101\frac{1}{2}$ le soir. Les douleurs articulaires persistent encore quoique moins intenses qu'au début; de fait elles vont diminuant d'intensité tous les jours. L'appétit revient graduellement. Le malade qui a souffert de plaies de lit malgré toutes les précautions prises pour prévenir de semblables accidents, commence à se mouvoir un peu. Le 15 il essaie quelques pas autour de son lit. La convalescence est établie et le patient laisse l'hôpital le 10 mai. L'auscultation du cœur révèle un bruit de souffle au premier temps, à la pointe du cœur, indice d'une insuffisance de la mitrale. Depuis le 15 avril le malade prend l'iodure de potassium à dose de 10 gr 3 fois par jour.

Observations de M. le Prof. Laramée :

Les accidents cérébraux se rencontrent rarement dans le cours du rhumatisme articulaire et se rattachent à des dispositions spéciales acquises ou héréditaires, c'est-à-dire qu'ils affectent plus spécialement les alcooliques, les sujets nerveux ou aliénés.

Le méningite, l'embolie cérébrale, les hémorrhagies méningées, l'hydrocéphalie peuvent quelquefois rendre compte de accidents cérébraux mais, dans la majorité des cas, les accidents du rhumatisme cérébral sont ceux d'une névrose, c'est-à-dire que la modification qui se passe dans la substance nerveuse est insaisissable. En effet, l'autopsie dans un grand nombre de cas ne révèle aucune lésion appréciable de l'encéphale ou de ses enveloppes, cependant dans quelques cas, on trouve des modifications analogues à celles que l'on constate dans les articulations enflammées.

Dans la méningite ordinaire, on observe ordinairement les vomissements, beaucoup d'agitation, une céphalalgie plus ou moins violente, des troubles oculaires, des convulsions, surtout chez les enfants, de la constipation, etc., mais, dans le rhumatisme cérébral, le tableau clinique est différent, le malade est pris d'agitation, de délire calme ou quelquefois bruyant, puis il tombe dans le coma et meurt souvent au bout de quelques heures, ou un jour ou deux après.

Comme le rhumatisme persiste encore dans les articulations lorsqu'il se manifeste au cerveau, l'on ne peut pas dire que cet accident survienne par méta-stase, mais le rhumatisme continue sa marche envahissante comme lorsqu'il s'étend au péricarde, à l'endocarde ou à la plèvre.

Le rhumatisme cérébral se termine très souvent par la mort.

Eclampsie des vieillards, diabète.—Dame A. N**, 57 ans, est admise à l'hôpital le 13 octobre 1881. Elle est prise de convulsions éclamptiques se montrant surtout au côté droit, et faisant exécuter à la malade des mouvements giratoires qui la jettent à bas de son lit.

Les mouvements convulsifs se répètent à peu près trois ou quatre fois par jour pendant les premiers jours que la malade passe à l'hôpital. Ils la laissent dans un état voisin du coma; le côté droit est alors demi-paralysé. la malade peut à peine exécuter quelques mouvements volontaires de ce côté: la paralysie est moins évidente à la face. Au reste l'hémiplégie n'est pas toujours constante. En même temps, il y a contracture de la main droite. La céphalalgie est intense du côté gauche. L'examen du fond de l'œil ne révèle rien d'anormal. La mémoire est beaucoup diminuée; la patiente ne répond qu'avec grande peine et lenteur aux questions qu'on lui pose.

Les artères radiales sont affectées d'athérome, surtout celle du côté droit.

Au bout de quelques jours les convulsions se répètent moins souvent. L'intelligence semble plus lucide, la mémoire revient graduellement. La malade a été mise à l'iodure de potassium combiné au bromure. Elle peut se lever et faire quelques pas dans la chambre. Les symptômes de paralysie disparaissent. Aucune autre convulsion ne survient et la patiente laisse l'hôpital le 6 novembre. Elle y entre de nouveau le 20 juin 1882. Cette fois il n'y a pas de convulsions à proprement parler, mais des tremblements dans la jambe droite, avec paralysie de ce membre. Il y a céphalalgie persistante. L'intelligence et la mémoire sont améliorées. La malade boit de grandes quan-

tités d'eau, et urine abondamment. L'examen de l'urine y révèle la présence du sucre en grande quantité.

D'après les renseignements que l'on peut recueillir, la malade a, vers le mois de juin 1880, commencé à souffrir de polyurie accompagnée de soif intense, sécheresse de la langue, dépérissement etc. Elle était alors à la campagne et ne s'adressa à aucun médecin. Lors de sa première visite à l'hôpital elle n'accusa aucun symptôme diabétique.

Le Dr Laramée fait, à ce sujet, les observations suivantes:

D'après l'histoire de ce cas, il y a lieu de croire que, chez cette femme, il y a ramollissement cérébral par thrombose; il est vrai qu'elle n'est pas encore très âgée, mais elle présente néanmoins des signes qui annoncent qu'elle est plus ancienne que son âge. En effet, les artères radiales sont rigides, on entend un bruit de souffle, léger il est vrai, à la base du cœur, au 2e temps, preuve d'une insuffisance aortique, la cornée présente l'arc sénile. Or comme l'athérôme exerce son action sur tout le système artériel, il n'est pas étonnant que les vaisseaux cérébraux aient aussi leur part dans *cette rouille de la vie*. Les artères centrales et corticales du cerveau étant dépourvues de vaisseaux anastomotiques on s'explique pourquoi leur oblitération entraîne si facilement la nécrobiose ou le ramollissement du territoire desservi par elles. Mais le ramollissement cérébral peut être produit aussi par l'embolie des vaisseaux cérébraux, par l'encéphalite et spécialement l'encéphalite traumatique, et cependant les deux causes les mieux connues et les plus ordinaires sont l'athérôme (ou la thrombose) et l'embolie.

Bien que cette femme souffre d'une lésion du cœur et qu'elle ait eu une hémiplegie du côté droit, il n'y a pas eu embolie parce que d'ordinaire les symptômes de l'embolie sont soudains et l'aphasie accompagne cet état morbide.

Chez cette femme, longtemps avant les convulsions et l'hémiplegie du côté droit, les symptômes ordinaires du ramollissement cérébral ont été graduels, et l'état de son système vasculaire indique l'athérôme. Quant à l'aphasie, il est bien clair que tant que la malade était dans le coma, elle était aphasique, mais ce n'est plus là l'aphasie spéciale telle qu'elle s'observe dans l'embolie.

L'hémiplegie n'a pas présenté ici la marche régulière qu'elle suit dans l'hémorragie cérébrale, c'est-à-dire qu'elle diminuait ou même disparaissait complètement d'un jour à l'autre et coïncidait avec une contracture de la main droite. En effet, dans le ramollissement par thrombose il y a ordinairement hémiplegie répétée à de courts intervalles et ces paralysies coïncident fréquemment avec des contractures.

Il est donc rationnel de croire qu'il n'y a pas eu dans ce cas d'hémorrhagie cérébrale. Cette femme ayant déjà été affectée d'une forte attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a plusieurs années et souffrant encore de temps à autre, d'attaques sub-aigues, de plus, comme elle est aux prises avec le diabète sucré depuis quelque temps, il est évident que ces conditions morbides sont propres à favoriser l'athérome, mais le côté le plus intéressant de ce cas c'est celui qui a trait aux phénomènes éclamptiques qui accompagnaient l'affection lors de l'entrée de cette malade dans notre hôpital.

Notons, en passant, qu'il est important de ne pas confondre ces attaques épileptiformes avec l'épilepsie car cette méprise pourrait avoir les plus graves conséquences pratiques vu qu'elle laisserait supposer que les descendants pourraient devenir épileptiques.

Ces attaques épileptiques se rencontrent assez souvent dans le ramollissement cérébral et s'expliquent d'après Peter par l'anémie ou *famine* du bulbe. Il est bien vrai que la malade n'a plus de convulsions et qu'elle semble guérie, mais il ne faut pas perdre de vue que le travail nécrobiotique est commencé et que s'il a pu se produire une amélioration qu'il se soit formé une cicatrice ou un petit kyste, qui retarde les progrès du ramollissement, il n'y a pas moins perte de substance nerveuse et cette lacune se traduit par la persistance de quelques symptômes, tels que céphalalgie, quelques troubles intellectuels et en particulier une vive impressionnabilité, perte de mémoire, *tremblement* dans la jambe droite etc, tôt ou tard cette malade est exposée à finir par les progrès du ramollissement, ou par les désordres du cœur, des poumons, ou encore par l'hémorrhagie cérébrale.

Pour ce qui concerne les désordres de l'appareil respiratoire, l'affaiblissement de l'action nerveuse produit souvent l'engorgement bronchique et l'asphyxie, et tout récemment j'ai eu connaissance d'un cas de ramollissement cérébral qui s'est terminé de cette façon.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Traitement de la scarlatine, par le Dr Archambault
médecin de l'Hôpital des enfants malades, à Paris. *du Scalpel*,
21 mai 1882.)

S'évertuer à vouloir administrer des drogues dans une fièvre éruptive, normale, c'est faire une des fautes les plus lourdes et les plus fâcheuses que l'on puisse commettre, la maladie marchant d'elle-même à la guérison. Aussi, à ce propos, Bretonneau disait-il avec raison : pour l'amour de Dieu, ne troubles pas l'eau. Il n'y a que les médecins brouillons, voulant faire les empressés pour gagner la confiance de leurs clients, qui se permettent de traiter quand même, en pareils cas, les malades par des potions inutiles.

Le traitement de la scarlatine est purement hygiénique, ce qui ne diminue nullement l'importance du médecin, croyez-le bien. Si la variole aime le frais et l'obscurité, le grand air ; si la rougeole demande plus de précautions contre l'air extérieur et la température, la scarlatine, au contraire, a horreur du froid : elle exige, à tous prix, que l'on en préserve ceux qui sont atteints par elle, quoique l'on fasse le contraire en Suisse et en Allemagne où l'on ouvre les fenêtres des malades scarlatineux.

Il faut donc maintenir dans la chambre des scarlatinés une température toujours égale de 18° centigrades environ, en ayant soin de tenir compte de l'état chétif, de la pâleur de certains enfants qui exigent un peu plus de chaleur. Si l'enfant est vigoureux et la fièvre très intense, on pourra abaisser la température de la chambre à 16° ou 17°. De plus, on aura soin de ne jamais aérer directement par les fenêtres de la chambre de l'enfant, mais bien par une pièce voisine et par un feu de cheminée si l'on est dans la saison d'hiver.

Ne laissez pas couvrir à l'excès les enfants, comme tant de familles en ont la mauvaise habitude, mais seulement un peu plus que lorsque l'enfant est bien portant. Du reste, c'est encore là une affaire d'appréciation d'après l'état fébrile de l'enfant.

Du deuxième septenaire au quatrième, c'est à-dire à l'époque caractérisée par la fréquence des complications du côté des reins, la température du milieu où se trouve l'enfant doit être surtout surveillée, maintenue parfaitement égale et quelquefois même élevée à 20°. C'est en raison de la possibilité même de ces complications que je ne permets à aucun enfant de se lever avant 25 jours révolus et de quitter sa chambre avant 40 jours, les accidents de néphrite albumineuse ne surviennent que très rarement après six semaines, à peine un sur trois cents cas.

Ces soins absolument indispensables doivent être les mêmes, aussi rigoureux pour une scarlatine bénigne que pour une scarlatine grave.

Quant au traitement réellement médical, il est à peu près

nul Si l'enfant a beaucoup de fièvre, on lui donne des boissons rafraichissantes à la température de sa chambre, limonade, orangeade, sirop de cerises. Dans les familles, on veut toujours donner des boissons bien chaudes, c'est un tort. Ce n'est que si l'éruption est difficile, qu'il y a peu de réaction, que l'on peut alors prescrire de la bourrache, du sirop de capillaire, des tisanes stimulantes pour pousser à la peau.

Du côté du tube digestif, la diarrhée étant à préférable la constipation, on combattra celle ci par de simple laxatifs et non par des dérivatifs puissants ; ce seront de petits lavements avec 15 ou 20 grammes d'huile de ricin et un jaune d'œuf, ou bien 15 ou 20 centigrammes de rhubarbe, ou bien encore 10 à 15 grammes de manne dans du lait administrés par les voies supérieures, ou bien encore un paquet de 5 grammes de feuilles de séné que l'on fait bouillir avec des pruneaux et dont le jus est alors un bon laxatif.

Lorsque l'éruption est lente à se faire, on donnera quelque potion stimulante à l'acétate d'ammoniaque d'une formule :

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Eau de fleurs de sureau | 120 grammes. |
| Liqueur d'acétate d'ammoniaque..... | 3 — |
| Vin d'antimoine..... | 2 — |
| Sirop de framboise | 15 — |

dont on fera prendre à l'enfant une cuillerée toutes les deux heures.

Contre le mal de gorge, on prescrira de l'eau d'orge avec 20 ou 30 centigrammes de chlorate de potasse par tasse à thé de tisane. Si l'enfant, trop petit, ne peut se gargariser, on lui donnera des pastilles de chlorate de potasse à la dose de 6 à 12 par jour. Lorsque l'exsudat des amygdales est considérable, beaucoup de médecins veulent cautériser celles-ci avec une solution de nitrate d'argent au trentième; d'autres avec l'acide chlorhydrique dilué. Je ne suis pas de cet avis, car cela n'a qu'un avantage, celui d'être désagréable au malade, tandis que cet exsudat épithélial tombe de lui-même au troisième ou au quatrième jour. Ce n'est que lorsque je suis talonné par les parents que je consens alors à toucher la gorge avec :

| | |
|------------|-----------------|
| Borax..... | 5 à 10 grammes. |
| Miel..... | 30 grammes. |

tout remède dans ce cas est absolument inutile.

A l'étranger, on est très porté à conseiller des moyens extérieurs, tels que les bains contre la fièvre ; en France, au con-

traire, on a horreur des bains dans les fièvres éruptives. Cependant si la fièvre est très intense, si les démangeaisons de la peau sont pénibles, je prescrirai volontiers quelques bains tièdes (34° à 35° centigrades) auprès du lit, moyen, selon moi, supérieur à toutes les potions imaginables.

En Allemagne, on fait des onctions avec des corps gras contre les démangeaisons. Schlieman prescrit une couonne de lard, cela calme assez bien, il est vrai, mais au prix d'odeur infecte, et d'une saleté d'autant plus repoussante que l'on ordonne de ne pas changer les draps du malade. En Angleterre et en Amérique, on est plus propre; on fait usage de cold cream ou de glycerine. En France, enfin, on préfère avec raison saupoudrer les malades de poudre de riz ou faire prendre un bain quand celui-ci n'effraie pas trop les parents.

Le bain, pris non plus comme un médicament, mais comme moyen de propreté pour faire tomber le vieil épithélium, sera donné dès le quinzième jour si l'enfant s'est habitué, dans l'état de santé, à se baigner fréquemment; si, au contraire, chez lui le bain est non habitude, on attendra le trentième jour.

Quant à l'alimentation, et c'est par là que je termine, pendant toute la période fébrile, on se bornera à des bouillons et du lait coupé de moitié d'eau. Si l'enfant est faible, on lui donnera un peu d'eau rougie. Lorsque la fièvre tombe, on autorisera des potages et dès le huitième ou le dixième jour un œuf à la coque, augmentant sagement et progressivement les aliments tout en ayant grand soin de surveiller les urines. Enfin, dès que dans celles-ci vous apercevrez de l'albumine, vous mettrez le malade à l'alimentation lactée.

—

Rhumatisme articulaire aigu, traitement par le salicylate de soude.—M. le professeur HARDY expose de la manière suivante, dans la *Gazette des hôpitaux*, son opinion et sa manière de voir au sujet de ce traitement :

J'emploie, depuis deux ans, le salicylate de soude et je n'ai jamais eu aucun accident, si ce n'est quelques nausées et de petits vomissements dans les cas d'un estomac réfractaire; mais aussi je n'ai jamais dépassé 6 grammes. J'ai toujours obtenu, par son emploi, une sédation prompte, une diminution rapide de la douleur, du gonflement, de la fièvre et de tous les accidents inflammatoires. L'effet est survenu quelquefois vingt quatre heures après l'administration de la première dose, le plus souvent au bout de quarante-huit heures ou de trois jours au plus. Grâce au salicylate de soude, on abrège considérablement la

maladie, qui ne peut durer ainsi que trois, quatre ou huit jours seulement, au lieu de six semaines comme autrefois.

J'en commence l'administration par 4 grammes, et, si les résultats désirés sont obtenus, je reste à cette dose; si, au contraire, l'effet est nul ou insuffisant, je vais jusqu'à 5 ou 6 grammes. Ce médicament doit être continué pendant dix ou quinze jours, en diminuant progressivement la dose, malgré la guérison, si l'on veut que celle-ci se maintienne. On arrive ainsi à 2 grammes, que l'on continue encore pendant dix ou douze jours, car le salicylate de soude ne coupe pas le rhumatisme comme la quinine coupe les fièvres intermittentes, et si l'on en cesse trop tôt l'emploi, les symptômes rhumatismaux réapparaissent.

Enfin, je dois rappeler, en terminant, que le salicylate de soude peut donner lieu à des accidents graves chez les rhumatisants atteints d'une affection rénale, de néphrite albumineuse etc, car dans ce cas il n'est pas éliminé par les urines."—
(*Le Scalpel*).

Des propriétés tœnifuges de la pepsine.—M. Bouchut mit un jour un tœnia dans une solution de pepsine et après une digestion de quelques heures à une température de 35° C. (95° F.) l'entozoaire était dissout. On fit ensuite une expérience chez un enfant affecté de tœnia. Trois grains de pepsine par jour furent donnés et cela avec de très bons résultats. De tous les tœnifuges, la pepsine, pouvant être considéré comme le moins dangereux et le moins désagréable, sera toujours très probablement le premier médicament auquel on aura recours contre le tœnia.

Il faut se rappeler que la pepsine sans addition d'acide muriatique n'est pas aussi efficace que la pepsine combinée avec cet acide et que la pepsine du commerce a toujours besoin de l'acide muriatique pour mettre en liberté le principe digestif. Il est aussi nécessaire d'avoir une pepsine active. La dose de trois grains employée chez l'enfant était d'une pepsine pure (100%). La dose de la pepsine sucrée doit être augmentée proportionnellement à la quantité de sucre de lait ou d'autres substances qu'elle peut contenir.

Comme complément de ces remarques nous nous permettrons de rappeler un article du Dr A. F. W. Neynaber, publié dans le *Druggist Circular* du mois d'octobre 1880. Dans cet article le Dr préconisait une nouvelle méthode pour la dissolution de la pepsine. Il proposait d'employer l'acide nitrique, le neutralisant avec de l'eau d'ammoniaque et ajoutant à volonté de

l'acide muriatique avant ou après la neutralisation, bien qu'il semble que le principe digestif doive être mis en liberté par l'acide nitrique seul à mesure que la pepsine se dissout.

La pepsine dissoute dans l'acide nitrique est certainement la forme la plus douce sous laquelle elle puisse être prescrite et si elle est aussi efficace que la pepsine dissoute dans l'acide muriatique ce serait une préparation bien plus agréable. La pepsine combinée avec le citrate d'ammoniaque donne une préparation stable et forme avec certaines substances aromatiques, de l'eau de vie ou du sirop, un excellent elixir.

Le Dr Hager rapporte que le Dr Weiler se servait, il y a deux ans, d'une préparation de pepsine sous forme de tablettes, dans le cas d'une jeune fille de 13 ans qui suivant le Dr Weiler souffrait de dyspepsie, tandis que les parents croyaient que l'enfant souffrait du tenia. L'enfant fut guéri quelques jours après l'administration de ces tablettes préparées d'après la formule suivante :

| | |
|---------------------------------|---------|
| Pepsine pure..... | ʒiv |
| Acide muriatique..... | grs xlv |
| Eau distillée..... | grs xv |
| Glycérine..... | ʒjss |
| Poudre de gomme adraganthe..... | grs jx |

Mêlez et divisez en 50 tablettes.

Dose.—5 tablettes par jour, avec de l'eau.

Dans ce cas-ci le Dr Weiler avait apparemment administré la pepsine contre la dyspepsie.—*Druggist Circular*.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Manuel opératoire de l'opération du phimosis.— Dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, le docteur Auguste Reverdin propose quelques précautions particulières pour l'opération du phimosis. Une injection détersive ayant, autant que possible, balayé les impuretés retenues dans la cavité préputiale, et le pénis étant soigneusement lavé, il le fait passer à travers une ouverture pratiquée dans un morceau de toile imperméable (*mackintosh*) d'environ 40 centimètres sur 30 centimètres; cette ouverture, située à quelques centimètres du bord supérieur de la toile, se ra être un peu inférieure comme

dimension à la circonférence du pénis, afin de l'embrasser exactement. La toile imperméable remplit plusieurs indications, elle isole le champ opératoire, refoule les poils de la région, et prévient l'irritation souvent fort douloureuse que causent les lavages phéniqués et surtout la pulvérisation d'éther sur le scrotum : par excès de précaution, on l'enduit encore d'onguent borique. Enfin cette toile qui restera, non seulement durant l'opération, mais encore pendant toute la durée du traitement, permet au malade d'uriner sans salir son lit, sans avoir même à toucher l'organe opéré, puisqu'il suffira, ayant rassemblé la partie inférieure de la toile, de la placer dans un récipient pour la transformer en une sorte de gouttière qui conduira sûrement l'urine et évitera toute souillure ; l'application de compresses phéniquées qui constitue tout le pansement sera aussi très simple et se fera sans risque de mouiller les cuisses ni le scrotum.

La pince destinée à saisir le prépuce est une pince en T dont les mors sont fenestrés ; les branches de la pince s'écartent brusquement au-dessous des mors afin de laisser entre ceux-ci et l'articulation un espace dans lequel l'extrémité du prépuce trouvera facilement place. Vers les anneaux se trouvent deux crans d'arrêt qui permettent de maintenir la pince plus ou moins fortement serrée. L'instrument a 10 centimètres de longueur, les branches transversales fenestrées 8 centimètres, et, vu leur disposition en T, elles se ferment absolument parallèlement, par conséquent étreignent également toutes les parties à diviser. Il faut saisir le prépuce à partir du filet obliquement et plus ou moins haut sur la face dorsale du gland. Lorsqu'on est sûr que la prise est bonne, on ferme la pince, et, quoiqu'elle porte deux crans d'arrêt, il est ordinairement suffisant de s'en tenir au premier. Ceci fait, on procède à l'anesthésie locale ; elle est en général rapide, ce qui tient au peu d'épaisseur des tissus, à un certain degré de refroidissement dû aux lavages, mais surtout à la gêne circulatoire créée par la constriction de la pince. La peau ayant fortement blanchi sous l'influence de l'évaporation de l'éther, on passe vivement un bistouri à lame longue et étroite dans la fenêtre de la pince et la partie cutanée du prépuce est retranchée en un tour de main. Avec une paire de ciseaux droits, M. Reverdin fend la muqueuse suivant la ligne médiane jusqu'à 6 ou 7 millimètres de la couronne du gland et de là, de chaque côté, jusqu'au filet, de telle sorte qu'il reste tout autour du gland une collerette de muqueuse haute de quelques millimètres.

L'hémostase est chose simple, 4 ou 5 petits vaisseaux tout au plus sont justiciables de la ligature (catgut très mince) ; on laisse saigner quelques minutes en lavant la plaie avec de la

solution phéniquée à 3 p. 100. On enlève avec l'éponge le sang infiltré, puis on réunit avec des serres-fines, ni trop larges, ni trop fortes. Il faut s'assurer qu'elles fonctionnent bien, et ne pas craindre d'en placer un grand nombre (16 à 20). Pour chercher la première intention absolue, une condition capitale c'est la propreté parfaite de ces petits instruments; aussi M. Reverdin les renferme dans un flacon rempli de solution phéniquée à 5 p. 100. Douze heures après l'opération il enlève la moitié des serres-fines, et douze heures après les dernières.

Pour combattre les érections, il conseille de renouveler souvent les compresses phéniquées froides.

Pour placer les serres-fines sur la muqueuse et la peau tenues par un aide adroit avec deux pinces, il a fait construire une pince *porte-serre-fine*; c'est une pince à dissection, un peu large, à laquelle on a ajouté vers l'extrémité de chaque branche un petit plateau horizontal sur lequel repose la serro-fine; de la sorte on a un instrument bien en main, avec lequel on ouvre facilement la serre-fine et on la place, sans risque de gêner, avec ses doigts crispés sur une petite serre-fine, l'aide pendant qu'il s'efforce de ramener et de maintenir en contact les parties à réunir. Il s'en sert également pour enlever les serres-fines.

L'opéré garde le lit trois ou quatre jours et, lorsqu'il se lève, si son gland est trop sensible, il le protège dans un large condom.

—

Greffe à l'éponge suivie de succès.—Voilà certes un procédé peu connu parmi nous et que personne n'a encore expérimenté ici. Nous empruntons au *Medical and Surgical Reporter* et traduisons textuellement le cas suivant du Dr N. Porritt tel que publié dans le *Medical Journal*, d'Edimbourg.

Le patient, âgé de quatorze ans et employé comme *chauffeur* dans une mine, voulant descendre trois ou quatre marches au bas desquelles se trouvait un tambour de meule animé d'un mouvement de rotation rapide, perdit l'équilibre et se frappa la joue droite contre le bord du tambour. L'accident eut lieu le 7 novembre 1881. A son entrée à l'hôpital le même jour, je vis un adolescent pâle, quelque peu anémique et portant sur la joue droite une plaie excavée, contuse, de forme ovale et située obliquement sur la joue. La blessure avait quatre pouces dans son grand diamètre et deux pouces de largeur, se terminant en pointe aux deux extrémités et avait tout l'apparence d'une brûlure à cause sans doute de la friction qui l'avait produite. J'ordonnais des cataplasmes que je remplaçai par l'huile carbolique quand l'eschare commença à se détacher.

21 Novembre. Il y a aujourd'hui une cavité d'un tiers de pouce de profondeur au centre, de forme et de la dimension ci-dessus mentionnées et recouverte de granulations pâles. Une tranche d'éponge préparée d'après les directions du Dr Hamilton et modelée sur la forme de la plaie est placée dans la cavité de façon à ce quelle ne dépasse pas le niveau de la peau environnante. Un morceau de dextrine ou de protective recouvre l'éponge et le tout est maintenu en position, par des bandelettes de diachylon. Deux épaisseurs de lint boraté, de la ouate et un bandage complètent le pansement.

22 novembre. Le pansement est renouvelé à 11 hrs. p. m., vu qu'il est souillé de pus. L'éponge est fortement adhérente et recouverte d'un liquide purulent inodore, les bords en sont blanc jaunâtres.

28 novembre. Le pansement est changé et la plaie lotionnée tous les jours. La surface de l'éponge est noire et en exerçant de légères tractions sur sa partie inférieure le bord de la plaie est étiré dans le même sens. L'extrémité inférieure paraît être incorporée avec les granulations visibles à la marge. L'éponge est imbibée d'un liquide purulent sans consistance.

11 Décembre. On ne voit pas encore les granulations se frayer une voie à travers l'éponge qui est très fortement adhérente. En enlevant avec les ciseaux une mince couche de la surface, le sang s'échappe de l'éponge sous jacente et la partie dénudée présente une couleur rose pâle uniforme mais pas de granulations.

21 Décembre. L'éponge a été entraînée plus profondément dans la cavité de la plaie et la teinte rose est beaucoup plus prononcée. Une petite granulation s'échappe à travers la partie supérieure de l'éponge, le pus est beaucoup plus abondant et plus lié.

26 Décembre. Plusieurs îlots de granulations se montrent maintenant à la surface sur laquelle on ne distingue plus le tissu de l'éponge. Cependant en exerçant avec une pince des tractions sur cette surface on en arrache encore des fragments d'éponge. Le tout a revêtu une couleur rouge plus accentuée.

9 Janvier. Tout le tissu de l'éponge, sauf quelques parcelles, a disparu et est remplacé par une masse de granulation de bonne apparence à l'angle inférieur de laquelle le travail de cicatrisation est commencé. Cette masse a les mêmes dimensions que l'éponge et dépasse le niveau des tissus environnants.

13 Janvier. Le patient est congédié. La plaie qui a maintenant trois quarts de pouce de longueur et un quart de pouce de largeur présente la meilleure apparence et est recouverte de granulations. La cicatrisation marche très-rapidement.

Chirurgie antiseptique; ce qu'on pensent les chirurgiens des États-Unis.—Bien qu'en Canada comme dans tous les autres pays la plupart des médecins admettent en principe la méthode antiseptique, comme ailleurs, les opinions se divisent quand on en vient à l'application. Le relevé suivant, fait par le Dr Andrews et que nous traduisons du *Chicago Medical Journal and Examiner* nous montre d'un coup d'œil la diversité d'opinions de nos voisins.

Les principes fondamentaux de la chirurgie antiseptique sont admis par la majorité des chirurgiens américains. Cependant, le listérisme pur, par lequel j'entends l'adhésion à tous les procédés particuliers de Lister, n'est pas généralement accepté.

A Chicago on croit en général aux principes de l'antisepsie, mais on introduit de nombreuses variantes dans les procédés d'application et on ne suit pas servilement les détails de Lister. Les Drs Isham, Owens, Gunn, Lee, Fenger et moi partageons en somme la même opinion à ce sujet.

Le Mercy Hospital a commencé, il y a dix-sept ans, sous ma direction à employer les antiseptiques modernes, simultanément à Guy's Hospital, de Londres. J'essayai d'abord les anciens matériaux de Lister; mastic carbolique, huile et tain carboliques que je ne tardai pas à trouver incommodes et aux quels je substituai des agents qui me donnèrent des résultats plus pratiques et que je continue à employer sous une forme modifiée. Je ne me sers du spray que pour l'ouverture des cavités et ne le crois pas plus utile que la douche ordinaire dans les cas de blessure simple externe.

Pendant longtemps au "County Hospital" chaque chef de service employa sa méthode particulière, mais il y a trois ou quatre ans on y inaugura un Listérisme rigoureux, toutes les opérations, tous les pansements se pratiquant sous le Spray. Depuis, les choses ont changé, en sorte qu'à présent, les procédés en usage ne diffèrent pas sensiblement de ceux des autres hôpitaux. Les hôpitaux "St Luke" et "Michael Reese" ont adopté la méthode antiseptique modifiée de leurs chirurgiens les Drs Owens, Schmidt et Park.

A Philadelphie les opinions se partagent comme suit: le Dr Gross, aîné, se moque de la méthode antiseptique. Le Dr J. Ashurst, jr, n'a pas d'inclination pour Lister, cependant il emploie quelquefois une lotion de permanganate de potasse.

La lotion ordinaire pour les plaies se compose d'alcool et d'eau à parties égales et ses onguents ont pour base l'oxide de zinc ou la colophane.

Le Dr Nancrede imite Lister à la lettre mais substitue le papier à la parafine au Mackintosh.

Le Dr Hunter ne croit pas au listérisme et fait ses pansements au laudanum chaud et au cérat simple recouverts de papier à la parafine.

Le Dr McLellan fait un pansement particulier avec des éponges.

Les hôpitaux de Philadelphie, cela va sans dire, adoptent les opinions de leurs chirurgiens. Voici un aperçu général de ce qui s'y pratique :

Le Philadelphia Hospital se préoccupe très peu de Lister, cependant, on y emploie le lint à l'huile carbolique 1 dans 20 ou 40. On lotionne les plaies avec un mélange d'eau blanche et de laudanum.

Le University Hospital lotionne à l'alcool et à l'eau parties égales, ou à l'eau blanche additionnée de laudanum. De même pour le Presbyterian Hospital.

Au Episcopal Hospital on fait tantôt du listérisme rigoureux et tantôt on n'en fait pas du tout sauf l'emploi du laudanum chaud.

A l'exception du Dr Nancrede et de quelques autres, très peu de chirurgiens font usage du Spray à Philadelphie.

À New-York les opinions varient comme suit :

Les Drs Mason, de " Bellevue Hospital," Little et Marks ont adopté un listérisme modifié, sans Spray.

Le Dr Sands emploie le chloroforme comme antiseptique.

Le Dr Weir est un prosélyte acharné de Lister.

Le Dr Willard Parker n'emploie que bien modérément les antiseptiques.

An " New York Hospital " il n'y a qu'un chef de service qui applique le listérisme dans tous ses détails.

À Bellevue on fait peu de listérisme, cependant on y fait plus ou moins usage des antiseptiques.

À Roosevelt, St Vincent et autres hôpitaux l'état des choses est à peu près le même; en somme, il y a très peu de chirurgiens à New-York qui soient partisans de Lister dans toute l'acception du mot, mais d'un autre côté il y en a très peu qui ne fassent pas plus ou moins usage des pansements antiseptiques.

Pour conclure, voici le verdict de la profession aux États-Unis :

1^o Les antiseptiques ont une importance pratique considérable en chirurgie.

2^o Il est important d'observer les principes généraux de l'antiseptie, mais il n'est pas nécessaire de s'astreindre aux procédés d'application compliqués de Lister.

3^o Le spray n'est nécessaire que dans la chirurgie des grandes articulations et des cavités sereuses.

Brûlures.—Le Dr Farnham donne à ce sujet, dans le *Medical and Surgical Reporter* quelques conseils pratiques que nous croyons utile de reproduire.

Les pires brûlures sont celles produites par l'huile, cependant la vapeur n'est guère moins à craindre. Pour distinguer une brûlure produite par une flamme de celle produite par un liquide examinez attentivement les cheveux ou les poils, dans le premier cas le poil est détruit en tout ou en partie. Une brûlure légère mais recouvrant une grande surface est plus dangereuse qu'une brûlure grave de petite dimension. La brûlure est plus dangereuse à l'abdomen qu'au thorax. Lorsqu'une brûlure recouvre plus des deux tiers du corps, le pronostic est mortel, surtout si l'abdomen est en cause. La brûlure a trois périodes: 1^o dépression, 2^o congestion, 3^o réaction. La dépression et la congestion peuvent affecter l'encéphale et causer la mort par épanchement. Les brûlures à l'abdomen sont suivies de la néphrite qui produit la rétention d'urine. Dans les cas de ce genre surveillez les fonctions de la vessie. Prescrivez comme breuvage la solution de biurate de potasse. Contre la démangeaison intense des brûlures il n'y a rien de préférable à la liqueur arsénicale de Fowler. Lorsque vous traitez une brûlure tâchez de provoquer la réaction, au moyen de l'ammoniaque et du brandy administrés par la bouche ou le rectum. Mettez la brûlure à l'abri du contact de l'air et vous diminuerez la douleur. S'il le faut placez le patient dans une cuve d'eau tiède de façon à éviter le contact de l'air en attendant que vous soyez prêt à faire le pansement. Une couche épaisse de bicarbonate de soude recouverte d'un bandage constitue un très bon pansement. Quelques-uns préfèrent la solution saturée à la poudre. La glycérine, l'huile d'olive et la vaseline sont très utiles. Mais il est d'une telle importance d'empêcher le contact de l'air qu'on doit s'y appliquer sans retard, pour cela, faute de mieux, recouvrez la brûlure d'une épaisse couche de farine sèche. Sauf le cas d'écoulement abondant, les pansements doivent être rarement renouvelés. Si la température s'élève considérablement, administrez la teinture d'aconit. Si la suppuration survient, prescrivez une diète généreuse, la quinine et le fer.

HYGIENE.

Hygiène des cancéreux ; leur meilleur régime.— D'après BENEKE on peut, sinon guérir, du moins améliorer notablement leur état général en prêtant une attention suffisante au régime.

Il croit que chez le plus grand nombre, on trouve au début de l'affection un grand développement du corps, des gros vaisseaux artériels du foie, tandis qu'au contraire les poumons sont petits. Dans les sécrétions, il y a des phosphates alcalins et terreux en grande quantité, beaucoup de cholestérine et de licithine, peut être un excès pathologique d'albumine. Dans ces conditions, il veut qu'on donne aux cancéreux une nourriture contenant un minimum d'azote, de sels et d'acide phosphorique. Il note en passant la survenance fréquente de calculs biliaires dans le cancer associé avec l'activité du foie.

Il n'est pas d'accord avec Lany, qui déclare que, quand on donne un régime modéré rigoureusement suivi, les plexus nerveux sont moins excités et que les troubles trophiques arrivent moins fréquemment : mais il attribue exclusivement le bénéfice obtenu au changement apporté dans la composition de la nourriture.

Partout les cellules de protoplasme consistent en eau, albumine, cholestérine, licithine, avec de petites quantités de graisses neutres et d'acides gras, des phosphates de potasse et de chaux, des chlorures alcalins. La proportion de chacun d'eux sans doute varie notablement suivant les différentes cellules. Les cellules de cancer et surtout de cancer médullaire, sont relativement riches en cholestérine et en licithine : la même remarque s'applique aux cellules épithéliales. La cholestérine provient des albuminates. La nourriture, riche en albumine, est combinée avec des quantités relativement grandes de phosphates alcalins et terreux, et si l'on désire arrêter le développement des éléments qui renferment ces substances, il faut de toute nécessité graduer le régime de telle sorte que la quantité donnée soit au minimum. Ce but peut être atteint en remplaçant cette substance dans l'alimentation par le vin et le thé.

Beneke pose, à cause de cela, les règles suivantes pour le régime à suivre :

1^o Au premier déjeuner : une tasse de thé noir fort, avec du sucre, de la crème et du cacao ; un peu de pain avec du beurre et des pommes de terre avec du beurre ;

2^o Au déjeuner de midi ; fruits frais et cuits, quelques biscuits, un peu de pain et de beurre et un verre de vin ;

3^o A diner ; soupe avec du sagou ou du maïs, 30 grammes de viande ; pommes de terre, toute sorte de fruits végétaux ; salade, riz. Comme vin, on peut donner ceux du Rhin, de la Moselle, le Champagne, mais on n'accordera de la bière qu'en petite quantité à cause de la grande quantité de sels alcalins qu'elle contient. Une coupe de thé noir avec du sucre et de la crème ; un peu de pain et de beurre, de fruits frais et de biscuits ;

4^o Au souper : soupe avec riz ou pomme de terre, sardines en petite quantité, anchois, harengs frais et vin léger.

Dans le régime ordinaire, la proportion de la nourriture azotée à la nourriture non azotée est de 1 à 5 ; dans le régime en question, cette proportion descend de 1 à 8 ou de 1 à 9. Les matières inorganiques sont ingérées principalement en combinaison avec les matières organiques et en petite quantité seulement sous forme de phosphates. Par ces moyens, le sérum du sang, comme la chose est rendue évidente par la diminution de l'acidité de l'urine, devient, celui des herbivores, plus alcalin ; la lymphe et les liquides de l'économie sont aussi plus alcalins. Dès lors les échanges entre le sang et les sucs parenchymateux sont plus actifs et les acides formés pendant la période d'activité fonctionnelle sont plus rapidement éliminés.

A l'appui de sa théorie, Beneke invoque la rareté des affections cancéreuses chez les herbivores et surtout chez ceux qui vivent de feuilles exclusivement. Les céréales contiennent des substances alcalines et non alcalines dans les proportions de 1 à 6 ou à 6,5 ; elles sont riches en phosphates terreux ou alcalins. Dans les plantes légumineuses, la proportion est de 1 à 2,3 ; ces plantes contiennent en outre une quantité notable des sels en question.

On donnera de préférence aux cancéreux des substances qui ne contiennent presque pas de phosphate de chaux. La quantité de 50 grammes de viande proposée peut être donnée pendant longtemps sans qu'aucun affaiblissement apparent se produise. L'auteur rapporte plusieurs cas traités par cette méthode et dans lesquels on a obtenu des résultats encourageants. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*).—*Le Médecin Praticien*.

—

Epreuve du lait.—L'hygiène pratique nous enseigne deux moyens simples de reconnaître la bonne qualité du lait des nourrices :

On plonge dans le lait une aiguille à tricoter bien polie et on la retire brusquement dans la position verticale. Si quelques gouttes demeurent attachées à l'aiguille, l'échantillon soumis à l'épreuve est bon; dans le cas contraire il est mauvais.

Le deuxième procédé appartient au Dr Lamanna: On plonge une plume de grosse dimension dans le lait à examiner et on la retire avec rapidité, puis on présente la plume à une bougie allumée. Si la lumière passe facilement à travers l'ouverture ovale de la plume, le lait contient peu d'éléments solides; si la flamme au contraire apparaît confuse, le lait est d'excellente qualité: dans ce dernier cas il se forme un diaphragme sur le trou ovale de la plume qui arrête la flamme; ce voile est dû aux éléments solides du lait.

S. L.

TOXICOLOGIE.

Empoisonnement par l'acide phénique. — Le Dr Archer rapporte dans le *Nashville Journal of Medicine and Surgery* un cas d'empoisonnement par deux onces d'acide phénique impur chez une femme de 40 ans. La guérison s'effectua principalement par l'administration de fortes doses d'huile d'olive et par des injections hypodermiques d'éther.

Le Dr conclut des effets toxiques observés:

1^o Que les centres nerveux sont profondément affectés peu d'instants après l'introduction du poison dans l'estomac.

2^o Qu'une forte dose d'acide phénique concentré peut, en paralysant l'absorption de la muqueuse stomacale, atténuer les conséquences si graves de l'accident.

3^o Qu'une dose modérée d'une solution très étendue peut être fatale, parce que la muqueuse conserve alors la propriété d'absorber.

4^o Que lorsque la dose est concentrée, il est douteux que l'administration des stimulants par les premières voies soit de quelque utilité, mais que les stimulants administrés par la méthode hypodermique offrent plus de chances d'amener une réaction favorable.

5^o Que l'injection d'une dose concentrée n'est pas nécessairement suivi d'une lésion permanente quelconque.

Le Dr Cornish rapporte de son côté, le cas d'un individu qui avait pris 2 ou 4 drachmes du même acide et qui guérit par l'administration d'eau de chaux sucrée.

Il signale comme très importantes les observations suivantes fournies par ce cas :

1^o La rapidité avec laquelle l'acide phénique plongea l'économie dans un état d'insensibilité complète, et la production de spasmes musculaires toniques un quart d'heure après l'ingestion du poison.

2^o L'action prompte et efficace de l'eau de chaux sucrée comme antidote, rien autre chose n'ayant été prescrit jusqu'à ce que le patient fut assez rétabli pour suggérer lui-même un tout autre et tout différent antidote ; et enfin le fait qu'aucune quantité du poison ne fut rejetée par l'estomac ou par l'intestin.
— *The Druggist Circular and Chemical Gazette.*

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Incontinence nocturne chez les enfants.—Le Prof. S. D. Gross, de Philadelphie, conseille la formule suivante :

| | |
|----------------------------|---------|
| P.— Strychnine..... | gr. j |
| Poudre de cantharides..... | gr. xj |
| Sulf. de morphine..... | gr. jgs |
| Fer porphyrisé..... | ℥j |

Faire 40 à 50 pilules ou poudres *pro renata*.

Sig.—Une 3 fois par jour pour un enfant de dix ans.

Cette prescription fera rapidement disparaître l'irritabilité de la vessie, surtout si l'on y joint l'usage d'un bain froid tous les jours. De plus l'enfant devra éviter de souper tard ou de prendre une nourriture stimulante ; il se couchera sur un des côtés ou sur le ventre ; il ne devra pas boire durant les quelques heures qui précéderont son coucher et devra vider sa vessie avant de se mettre au lit.—*Michigan Medical News.*

Limonade de fer.—Le docteur Wm. Goodell recommande la préparation suivante dans le *Canada Lancet* :

| | |
|----------------------------|-----|
| R Tinctura Ferri Mur..... | ʒiv |
| Acid phosphor. dilut | ʒv |
| Spiritus Limonis..... | i |
| Syrup ad | ʒvi |

Une petite cuillerée à thé après les repas.

La *France Médicale* nous donne une nouvelle formule pour administrer le tannin qui, employé en poudre ou en solution simple, produit souvent de la douleur dans l'estomac ou les intestins.

| | |
|---------------------|------------|
| Acide tannique..... | 2 parties. |
| Eau..... | 100 — |
| Albumine d'œuf..... | 100 — |

En ajoutant l'albumine, il faut agiter fortement le mélange.

—
Traitement des métrorrhagies de l'âge critique. —
 (P. Ménière, d'Angers).

| | |
|---|-------|
| Extrait hydr. alc. de gni de chêne..... | 5 gr. |
| Extrait de cannabis indica..... | 4 — |
| Poudre de réglisse..... | Q. S. |

Pour 40 pilules dont on prendra une toutes les heures.
 En cas d'insuccès :

Injection intra-utérine :

| | |
|--|-------|
| Glycérine..... | 4 gr. |
| Alun..... | 2 — |
| Perchlorure de fer, liqueur à 30°..... | 2 — |
| F. S. A. | |

Solution pour deux injections pratiquées à vingt-quatre heures d'intervalle. Une sonde en gomme n° 9) et une seringue en verre de 4 c. c. suffisent parfaitement pour cette petite opération qui, d'après l'auteur, n'a jamais été suivie d'accidents.

—
Traitement des gerçures du sein

| | |
|-----------------------------|--------|
| Beurre de cacao..... | 10 gr. |
| Huile d'amandes douces..... | 3 — |
| Extrait de ratanhia..... | 1 — |

En applications trois par jour, puis recouvrir d'ouate.

—
Traitement des cors aux pieds. — (Barbier, d'Alger)

| | |
|---------------------|----------|
| Acide acétique..... | } p. ég. |
| Teint. d'iode..... | |

Quelques gouttes matin et soir pour user, couche par couche, la production épidermique.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUILLET 1882.

Comité de Rédaction :

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

Bureau central d'examens pour la licence.

Chez nous. les Universités et les Ecoles de Médecines ont un privilège qu'elles ne sauraient trop apprécier: la profession s'occupe fort peu de leurs affaires et suit docilement les fluctuations du caprice ou de l'intérêt de ces institutions.

S'agit-il de régler la durée du cours d'études médicales, des conditions à remplir pour obtenir la licence, etc., voici en somme comment les choses se passent:

LE PROFESSEUR. — Que dites-vous de l'établissement d'un bureau central d'examens. Il en est fortement question en certain quartier.

LE PRATICIEN (qui n'est pas professeur).—La chose vous touche de si près que vous devez la connaître dans tous ses détails et je serais curieux de savoir ce que vous en pensez vous-même, quant à moi je vous avoue que je n'y ai nullement songé.

LE PROF.—Il me semble douteux qu'on réussisse à passer une mesure qui s'attaque à un des privilèges universitaires et je crois même que la plupart des facultés s'y opposeront.

LE PRATICIEN.—Mais alors à quoi sert de soulever la question si vous l'avez réglée entre vous. Du moment que vous êtes d'accord sur une affaire qui vous concerne nous n'avons plus à nous en occuper. Que chacun règle ses affaires c'est le moyen le plus simple de rester en harmonie.

LE PROFESSEUR—Vous êtes très aimable (bas) brave homme!

LE PRAT.—Comptez sur moi, mais à titre de remise, quand nous nous occuperons de charlatans!

LE PROF.—Allons donc! Mais j'ai la chose à cœur tout autant que vous. (bas) Par malheur, il en restera toujours assez que nous ne pourrions pas atteindre derrière la licence du bureau.

Voilà l'épîtôme des relations amicales qui relient les *Alma Mater* à leurs anciens élèves. Mais vraiment est-il nécessaire de rappeler que l'élève d'aujourd'hui est le praticien ou le professeur du lendemain. Nos institutions médicales, tout en faisant honneur au pays n'en ont pas moins leur côté matériel où l'esthétisme pur ne règne pas plus qu'ailleurs.

La profession intervertit les rôles à son désavantage en se constituant l'humble servante des facultés qui ne doivent et ne peuvent avoir d'autre raison d'être que l'honneur et l'avancement de la profession, mais, au moins, que celle-ci sache réclamer ses droits dans l'occasion.

Le Bureau des Gouverneurs est composé de quarante membres dont dix appartiennent aux facultés et trente à la profession, mais, par malheur, les trente ne sont toujours que trop favorablement disposés à signer ce que les dix ont décidé en matière d'enseignement médical et de tout ce qui s'y rattache.

Feuilletez les onze volumes de l'*Union Médicale*, le seul organe de la profession médicale canadienne française de la province et vous n'y trouverez pas un seul article, une seule communication qui ait trait à cet ordre de questions.

Comme nous le disions dans un article précédent, on est unanime à admettre en principe la nécessité d'un bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique et c'est là, en effet, le seul acheminement efficace vers le progrès. Mais on le sait de temps immémorial, de ce qu'une mesure est évidemment bonne ce n'est pas du tout une raison pour qu'elle soit acceptée sans opposition et nos neveux auraient bien tort de s'étonner que nous y ayons mis tant de façons.

Les objections ne manquent pas. Faisons en une revue succincte pour que nul ne ne les ignore et pour en dire notre opinion. On dit :

1^o Ce serait heurter de front les privilèges de certaines chartes universitaires. Passe pour le moment, nous en avons dit un mot ailleurs, mais, comme le disait tout dernièrement un homme très distingué, ardent défenseur des prérogatives universitaires : si ce privilège est devenu inutile ou contraire aux intérêts généraux de la profession il n'y a pas lieu de s'en prévaloir. Pourquoi tant tenir à une non valeur ? Les universités n'ont-elles pas cédé ce privilège aux examinateurs du barreau ? Il y a des universités dans Ontario et il y a aussi un bureau central d'examineurs.

2^o Un bureau unique composé de représentants des différentes nationalités ne pourra jamais fonctionner harmonieusement. C'est là une présomption gratuite dont l'avenir démontrera la fausseté et qui ne corrobore pas ce qui se passe à la

législature, au barreau, au bureau des notaires, des dentistes, des pharmaciens, chez nous même à nos examens pour l'admission à l'étude et à notre bureau des gouverneurs. On voudrait la perfection d'emblée et le bonheur sans nuages.

3^o Très peu des membres du bureau, en dehors de ceux appartenant aux facultés, sont assez compétents sur certaines branches théoriques pour agir comme examinateurs. C'est là une question secondaire que nous n'avons pas mission de régler, mais en admettant le fait, personne n'ignore qu'il est plus facile de critiquer que d'écrire, de juger de la valeur d'une réponse que de la donner soi-même. Ceux qui contestent la compétence des praticiens devraient y voir une raison de plus de relever le niveau des études de la nouvelle génération.

4^o La dernière objection, et la plus sérieuse, suivant nous, est que la centralisation des examens pourrait induire les élèves à s'inscrire de préférence dans les facultés qui donnent le mieux et le plus régulièrement les cours, et les professeurs à redoubler de travail pour maintenir haut et ferme le drapeau de leur institution. A cela nous confessons jugement et abaissons pavillon.

Substituer l'émulation scientifique à la concurrence pécuniaire, ou pour mieux nous exprimer, rendre le succès pécuniaire des facultés solidaire de leurs progrès scientifiques, voilà le principe sur lequel repose la sauvegarde de la profession et l'avenir de nos universités. L'état de choses actuel paralyse l'essor des intelligences et nous dispose à plaindre plutôt qu'à blâmer ceux qui répètent après le poète : "*Video bona probaque, deteriora sequor.*"

Une réforme nécessaire.

Au cours d'un article intitulé *Physicians who do not read*, notre confrère du *College and Clinical Record*, de Philadelphie, attirait, il y a quelque temps, l'attention de ses lecteurs sur le fait assez peu consolant pour l'honneur de la profession, que sur les vingt six mille médecins pratiquant dans les Etats de l'Ouest et du Sud-Ouest, à peine la moitié, soit treize mille, sont abonnés à un journal de médecine. Ce n'est pas tout. Sur ce nombre, la moitié, paraît-il, s'abonnent de préférence au journal dont le prix est le moins élevé, préférant encore à tout autre celui qui leur est adressé quand même, que l'abonnement en soit payé ou non.

On serait peut être porté à mettre en doute l'exactitude du fait que nous venons de rapporter, ou tout au moins à le croire exagéré. Malheureusement, c'est là, nous dit-on, la vérité toute simple et toute pure.

Cependant, en y réfléchissant bien, on s'étonnera peut être moins à la vue de cette statistique. On sait que nos voisins sont inondés de faux médecins et de charlatans. On y compte par milles les porteurs de diplômes du Dr Buchanan, le fameux fabricant de parchemins. Au reste il est avéré que un certain nombre d'universités et collèges américains font de la distribution de leurs titres académiques une véritable spéculation. Le premier ignare venu s'y fait décerner, moyennant finance, le titre de M.D., et voilà un médecin de plus. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner outre mesure si sur un sol inondé de semblables *lumières*, les abonnements aux journaux de médecine soient limités à la moitié seulement des praticiens. Mais ce que nous nous expliquons moins facilement, c'est que, dans notre province de Québec où chaque médecin est porteur d'un diplôme régulièrement et noblement conquis, il se trouve près d'un tiers de nos confrères ne recevant encore aucun journal ni aucune revue de médecine. Ce sont là, dira-t-on, de malheureuses exceptions; soit, mais elles sont encore trop nombreuses pour que nous n'élevions pas ici la voix pour essayer de les faire disparaître.

Il faut bien l'avouer, ce n'est pas en général parmi les médecins des grands centres que l'on rencontre cet état de choses, mais bien chez ceux qui, pratiquant à la campagne, sont, par le fait même, plus éloignés des sources de la science et moins à portée de se tenir au courant des progrès qu'elle fait tous les jours.

L'on entre en pratique avec quelques auteurs classiques, et l'on borne à cet étroit horizon toute son ambition pathologique et thérapeutique. La bibliothèque du médecin reste trop souvent pendant des années, ce qu'elle était au premier jour. Cependant, la science marche toujours de découverte en découverte, et si le médecin n'a pas à cœur d'en suivre les progrès, si un journal quelconque de médecine ne vient pas lui apporter au moins tous les mois un résumé des découvertes qui se font dans le champ si vaste de la science, il se trouve bientôt singulièrement arriéré, la routine s'empare de lui, et quelque effort qu'il fasse il lui est toujours difficile de sortir de cette ornière. Tandis que ses voisins traitent leurs rhumatisants au salicylate de soude, ou aux vésicatoires, lui voit ne rien au-delà du traitement alcalin, et peut être, hélas! de la saignée. Pour lui l'émétique sera le remède banal à

employer contre la pneumonie, sous quelque forme qu'elle se présente; l'aconit, la quinine ou les stimulants ne seront jamais mis à contribution. Quand on lui parlera du jaborandi, de l'iodoforme etc., et de leurs merveilleux effets, il croira que vous parlez grec. Les nouvelles méthodes de thérapeutique, les résultats pratiques obtenus par la clinique et l'observation, lui demeureront inconnus, et il s'étonnera peut-être des succès qu'obtiendra, à ses côtés, un jeune praticien plus studieux et mieux au fait des progrès de l'art de guérir.

Nous nous le demandons avec inquiétude, n'y aurait-il pas quelque moyen de remédier à cet ordre de choses? Qui secourra cette apathie, qui viendra nous aider à sortir de l'ornière? Fort heureusement la jeune génération semble vouloir se piquer d'émulation, et les médecins qui depuis un certain nombre d'années sortent de nos universités ou de nos écoles de médecine ne mériteront certainement pas le reproche que nous adressons ici à l'indifférence de plusieurs.

Petites Correspondances.

Quel est le traitement de la coqueluche?

Il n'y a point de panacée contre la coqueluche. Néanmoins il arrive que les vomitifs, au moyen de l'ipéca, répétés souvent, peuvent enrayer la maladie à son début. Voici le traitement que conseille Jules Simon, dans ses cliniques sur les maladies des enfants: la teinture de belladone et l'alcoolature de racines d'aconit, composant à parties égales une mixture dont l'enfant prend de cinq à dix gouttes par jour, selon son âge, en commençant par deux gouttes matin et soir. Arrivé à la dose de dix gouttes par jour, on diminue graduellement pour revenir au chiffre du départ.

Un vomitif au moyen de l'ipéca est prescrit une ou deux fois par semaine.

Quand l'enfant a renvoyé ses aliments, sous l'influence d'une quinte de toux on lui donne à manger de nouveau, après lui avoir fait prendre une petite cuillerée de café noir.

On évitera surtout le froid: quelques semaines passées à la chambre, sans changement de température avec le traitement indiqué plus haut amèneront une guérison qui ne vient souvent qu'après plusieurs mois.

Veillez m'indiquer les noms des auteurs les plus recommandables, en même temps que les moins longs, pour faire préparer à ses examens un élève de 4e année.

Dr XX.

Physiologie.—KUSS et DUVAL : Cours de Physiologie, \$2.25.

Matière médicale et thérapeutique.—A. GUBLER : Commentaires thérapeutiques du Codex, 1 vol., de \$3.00 à \$4.00.

Anatomie.—I. A. FORT : Anatomie descriptive et dissection, 3 vol. \$7.50. Le premier volume renferme un traité complet d'histologie, ce qui est d'un grand avantage pour l'élève.

Chimie.—WÜRTZ : Cours de Chimie, de \$1 à \$2.

Pathologie interne.—FLINT'S *Practical medicine*, \$6.00.

Obstétrique.—CAZEUX : L'art des accouchements, revu par Tarnier, relié \$5.00.

Chirurgie.—LEON MONSAC : Eléments de pathologie et clinique chirurgicale, 2 vol. \$4.00.

—ASHURST : *Essentials of the practice of surgery*, 1 vol. \$6.50.

Médecine légale.—GUY et FERRIER : *Manual of Forensic Medicine*, 1 vol. \$2.00 à \$3.00.

Dr F. G... Ste M... Le malade dont vous nous parlez ayant été un alcoolique confirmé, la présence de l'ascite semblerait indiquer l'existence d'une *hépatite interstitielle* (cirrhose). L'apparition à deux reprises de l'œdème aux pieds, œdème qui envahissait ensuite les membres inférieurs serait bien de nature à faire croire à une maladie organique du cœur. Avez-vous ausculté cet organe? Quel est aussi l'état des vaisseaux? Y a-t-il athérome? Le diagnostic ne peut être porté avec quelque certitude si ces questions ne sont pas élucidées.

Quant au traitement il est entièrement subordonné au diagnostic. Dans tous les cas, il devra être tonique. S'il y a affection valvulaire au cœur et que l'hypertrophie compensatrice soit devenue insuffisante, recourez à la digitale, à laquelle vous pouvez associer un diurétique salin ou alcalin.

Le vin de Trousseau constituera aussi un bon diurétique.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le contingent médical à la Chambre des Communes.—Les dernières élections ont donné à la Chambre des Communes treize médecins répartis comme suit :

Ontario; Dr Hickey, Dundas; Dr Wilson, Elgin; Dr Lan-

derkin, Grey S.; Dr Bergin, Stormont; Dr Ferguson, Welland; Dr Orton, Wellington, C.; Dr Springer, Wentworth, S.; Québec; Dr Lesage, Dorchester; Hon. Dr Fortin, Gaspé; Dr de St. George, Eortneuf; Dr Grandbois, Témiscouata; Nouvelle-Ecosse; Dr Cameron, Inverness; Dr Forbes, Queen's;

Les Drs Lesage, Fortin et Grandbois, élus par acclamation.
Ontario: 3 libéraux, 4 conservateurs; Québec; 1 libéral, 3 conservateurs; Nouvelle-Ecosse, 1 libéral, 1 conservateur.

Université Laval, Montréal.—Faculté de Médecine.—Aux examens qui ont eu lieu à la fin de juin pour la licence en médecine, les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

PREMIER EXAMEN.

Anatomie.—Décrivez le cœur.

Physiologie.—Du sucre dans l'économie animale; d'où il provient; comment il est absorbé; où il est déposé en réserve; où va l'excès de sucre contenu dans le sang.

Pathologie générale.—Qu'est-ce qu'une embolie? Expliquez en les causes et les conséquences.

Histologie.—Décrivez le tissu épithélial. Où le trouvez-vous? Combien y a-t-il de variétés d'épithélium?

Hygiène.—Comment les sciences naturelles sont-elles nécessaires à l'étude de l'hygiène?

Chimie.—Recherche de l'arsenic et de l'antimoine au moyen de l'appareil de Marsh. Expliquer les réactions qui ont lieu. Comment distinguer la tache arsénicale de la tache antimoniale.

DEUXIÈME EXAMEN.

Pathologie interne.—Péritonite aiguë, symptômes, terminaison, traitement.

Pathologie externe.—Donnez les signes différentiels, 1^o entre un kyste sébacé et un lipôme; 2^o entre le cancer encéphaloïde et le fibrôme.

Matière médicale et thérapeutique.—Chlorure de zinc.

Tocologie.—Décrivez l'application du forceps.

Ophthalmologie.—Traitement de la conjonctivite purulente des nouveaux nés.

Médecine légale.—Quels sont les principaux caractères des blessures faites par instruments tranchants durant la vie?

Toxicologie.—Symptômes et traitement de l'empoisonnement par l'acéto-arsénite de cuivre.

MM. L. E. N. Matte et Gasp. Janson ont subi avec succès le deuxième examen et obtenu le degré de licenciés en médecine. MM. Jos. Desjardins, Thos Brennan, Horm. Boucher, Jos. Surprenant, M. Filiatrault, Edm. Bastien, R. Mignault, J. O. Goyette et Arthur David sont aussi sortis victorieux de l'épreuve du Baccalauréat (1er examen,) et ont obtenu le titre de Bacheliers en médecine.

Etat mental de Guiteau.—Le Dr W. A. F. Browne, Commissaire Royal des hospices d'aliénés d'Ecosse, après une sérieuse analyse des témoignages des experts et autres rendus dans la cause de Guiteau, en est venu à la conclusion que l'assassin était fou.

Exposition d'Hygiène de Berlin.—Un incendie a détruit de fond en comble, le 12 mai le palais et tout le matériel de l'Exposition d'Hygiène de Berlin qui devait avoir lieu le 15 du même mois. On dit que la perte s'élève à un million de piastres.

Le Dixième Congrès - médical d'Allemagne s'est ouvert à Berlin le 30 juin et s'est terminé le 2 juillet. Les questions suivantes y ont été débattues :

- 1^o Règlements civiques concernant les médecins ;
- 2^o Alimentation des enfants ;
- 3^o La nécessité de porter à cinq ans la durée des études médicales.

Crémation des cadavres des hôpitaux.—Le conseil municipal de Paris a, dans l'une de ses dernières séances, renouvelé, sur le rapport de Mr. le Dr Bourneville, le vœu formulé précédemment pour la crémation des débris des cadavres qui ont servi aux études anatomiques de l'Ecole pratique et de l'amphithéâtre de Clamart.

D'après le rapport de notre confrère, le nombre de ces cadavres s'est élevé pour :

| | Clamart, Ecole pratique. | | |
|--------------|--------------------------|------|-------|
| 1873 à 1.692 | 1.038 | soit | 2.730 |
| 1879 à 1.949 | 1.799 | — | 3.748 |
| 1880 à 2.136 | 1.530 | — | 3.666 |

En trois ans, ces deux établissements ont donc reçu 10,144 corps, dont la crémation eût été un premier pas dans la voie d'une mesure qu'il serait vivement à désirer de voir adopter tout au moins facultativement.

Preuve légale appuyée sur les livres de médecine.

—La Cour Suprême du Wisconsin vient de décider qu'un livre de médecine ne peut pas être lu comme preuve à un juré quand même un expert déclarerait que tel livre produit est un auteur classique. Le même point a été décidé de la même manière dans d'autres Etats.

VARIÉTÉS.

L'arracheuse de dents.—L'avez-vous vue ? Non. Eh bien décidément vous êtes aveugle. Elle n'était parmi nous que d'hier et déjà elle remplissait nos temples, nos palais, nos mansardes, nos rues... et sa caisse. Avez-vous des dentistes parmi vos connaissances ? Quelle tête font-ils ? Moi, j'ai deux dentistes pour amis. L'un dit d'un ton convaincu qu'elle en casse plus qu'on ne pense et l'autre ne dit rien ; il s'achemine tout rêveur vers la Place Jacques-Cartier et là il repaît son âme des sourires de satisfaction qui s'épanouissent sur la bouche édentée des clients de Madame. Hélas, il n'a pas souvent chez lui de pareilles aubaines.

Et l'omnicure donc ! les gens se disent : Quand on arrache si bien les dents on peut faire bien autre chose ; et la caisse se remplit à déborder, le tour est joué. *Infitus est stultorum numerus.*

NAISSANCE.

A Montréal, le 15 juin dernier, la dame de M. le Dr G. O. Beaudry, une fille.

DÉCÈS.

A Ste-Martine, le 15 juin, Marie Jeanne Laberge, mère de M. le Dr Philémon Laberge, shérif du district de Beauharnois.