

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

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

L'UNION MEDICALE

DU CANADA.

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

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

Assistants-Rédacteurs:
A DAGENAI, M. D.
L. J. P. DESROSIERS, M. D.

Vol. 1.

DECEMBRE 1872.

No. 12.

DYSTOCIE.

(Par A. DAGENAI, M. D.)

Le 26 Octobre dernier, à une heure du matin, M. Z. G..., de la rue Visitation, vint me demander à la hâte, pour sa Dame qui était malade depuis le jour précédent. Arrivé là, je trouvais le Dr. Robillard qui me dit être auprès de la malade depuis dix heures du soir, et qu'après beaucoup d'efforts pour faire la version, ses forces étant épuisées, il avait demandé l'assistance d'un confrère. Le Dr. Bondy, que le mari alla chercher, après avoir fait un examen, se sentant indisposé, fut obligé de partir, et Mr. G... vint chez moi.

Le Dr. Robillard me donna de plus les renseignements suivants : Madame G..., qui était à son second enfant, était enceinte depuis sept mois. Elle avait commencé à perdre de l'eau depuis vingt jours, à la suite d'une peur qu'elle avait eue, mais les douleurs ne s'étaient fait sentir que le vingt-cinq au matin. Elles avaient continué toute la journée, pas assez fortes cependant pour requérir l'assistance du médecin. Le soir, le mal augmentant, on était venu le demander. En arrivant, il reconnut une présentation du bras, et le col de

l'utérus étant dilatable, il s'était mis immédiatement en devoir de faire la version. Comme les contractions étaient fortes, et qu'il n'y avait plus d'eau dans la matrice, il eut beaucoup de difficulté à introduire la main; il y parvint cependant, et commença à faire des tractions pour amener les pieds à la vulve. Il fut obligé, à cause de la grande résistance qu'il rencontra, de saisir fortement les pieds et de tirer avec plus de force; mais les os étant très-fragiles, ne purent résister. Il y eut fracture des deux jambes, et même un des pieds lui resta dans la main. Il essaya encore pendant quelque temps à extraire le fœtus, et dans ces derniers efforts, il sépara un bras du tronc. Ce fut alors qu'étant rendu à bout de forces, il demanda un confrère.

Après avoir reçu ces renseignements, je fis un examen qui me convainquit de l'exactitude du rapport du Dr. Robillard; il y avait présentation du plan latéral droit; en montant un peu, on sentait les pointes aiguës des os d'une jambe, et on rencontrait l'autre jambe à laquelle le pied n'adhérait que par les parties molles. Vu la presque impossibilité de la version podalique, je tentai la version céphalique; mais après beaucoup d'efforts, je dûs y renoncer, les contractions de l'utérus ne me permettant pas de saisir la tête d'une manière suffisante pour la faire descendre. J'empoignai ensuite les genoux, dans l'espérance de les tenir assez fortement pour opérer la version podalique; ce fut encore inutile; à chaque traction, les membres du fœtus me glissaient dans les mains. Ne pouvant réussir par ce moyen, je passai une jarretière en nœud coulant, autour de la jambe qui avait encore son pied, et je fis quelques tractions; cette manœuvre n'eut pour résultat que la séparation complète du pied d'avec la jambe.

Convaincu plus que jamais de l'impossibilité d'extraire le fœtus par les membres inférieurs, je dûs recourir de nouveau à la partie supérieure. Ne pouvant, comme je l'ai déjà dit, saisir la tête dans la position où elle était, j'essayai de la faire descendre un peu. Dans ce but, je pris le crochet aigu de mon forceps et l'enfonçai dans une épaule; mais les chairs

étaient si peu résistantes, qu'elles se déchirèrent aux premières tractions.

Ayant échoué dans toutes ces tentatives, je résolus de faire un suprême effort. J'introduisis la main gauche jusqu'au cou du fœtus, en passant derrière lui ; puis, je fis glisser le crochet sur mon bras jusqu'à ce qu'il fut rendu à la hauteur du cou, que je parvins, non sans beaucoup de difficulté, à placer dans l'angle du crochet. Ce moyen me réussit, et je pus au bout de quelques instants, extraire l'enfant tout mutilé et à moitié décomposé, une heure et demie après mon arrivée. Le placenta suivit de près le fœtus ; il n'y eut pas d'hémorrhagie. Une demi-heure après l'accouchement, je laissai la malade très-souffrante, mais rien ne me faisait présager une fin prochaine ; cependant, le lendemain, on m'apprit qu'elle était morte deux heures après mon départ.

J'ai cru devoir rapporter ce cas parce qu'il m'a paru intéressant sous un double point de vue. D'abord, il semble en résulter que dans les cas d'avortement où la version est nécessaire, on doit préférer la version céphalique, quand elle est possible, surtout quand le fœtus est dans un état de décomposition avancée. Car dans la version céphalique, les tractions portent sur la colonne vertébrale, qui résiste beaucoup mieux que les membres inférieurs.

En second lieu, il me semble que dans les accouchements laborieux, on n'égale trop l'emploi du chloroforme ; pourtant on fait très-souvent usage de ce médicament dans des opérations chirurgicales beaucoup moins douloureuses. Pour moi, je suis convaincu, qu'avec le chloroforme, la femme dont je viens de parler ne serait pas morte, au moins aussi promptement. Ce qui l'a fait mourir, c'est la douleur ; douleur qui a tellement ébranlé son système nerveux, qu'elle n'a pu résister au choc. Je ne vois pas d'autre explication raisonnable d'une mort aussi prompte.

OBSERVATIONS SUR LA LITHOTRITIE ET LA LITHOTOMIE PAR WILLIAM H. HINGSTON, M. D., L. R. C. S.; CHIRURGIEN DU DÉPARTEMENT St. PATRICE, HOTEL-DIEU.

LU DEVANT L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, A SON ASSEMBLÉE A MONTRÉAL, SEPTEMBRE, 1872.

Messieurs, — Depuis quelques années, les calculs vésicaux sont devenus, je crois, quelque peu fréquents dans notre société, et souvent, pour les enlever, on a recours aux moyens chirurgicaux. L'art, maintenant, est si souvent mis en réquisition, que l'intérêt de ce sujet doit s'accroître plutôt que diminuer; vû que nous avons beaucoup plus de facilité à présent d'étudier les causes qui déterminent la fréquence de cette maladie, depuis que les lois hygiéniques sont mieux comprises, et de diriger notre attention vers les meilleurs moyens de débarrasser les victimes des calculs vésicaux de cette pénible et dangereuse maladie. La première partie seule de ce sujet prendrait plus de temps que nous n'en avons à notre disposition; qu'il suffise de dire que les calculs urinaires, sont causés par la précipitation des constituants de l'urine dûe à la perte de la propriété dissolvante des liquides urinaires; soit (1) par un accès de toute substance que les liquides doivent dissoudre; ou (2) par la présence des liquides nécessaires à la dissolution de cette substance; ou (3) par la présence ou l'absence d'une troisième substance quelconque; enfin, le dépôt peut se former d'un centre de sa propre substance; ou peut s'amasser autour d'un corps étranger qui alors formerait un noyau distinct. Ces conditions se rencontrent-elles plus fréquemment ici, que dans les autres parties de la Puissance? Je ne saurais le dire; mais il est certain que des cas de calculs vésicaux sont beaucoup plus fréquents dans cette partie de la Puissance qu'à la Nouvelle-Ecosse et au Nouveau-Brunswick d'un côté, (où la maladie est presque inconnue;) ou d'un autre côté, autant que je puis le savoir, dans la partie occidentale de ce pays; et que cette maladie est beaucoup plus commune dans cette

ville que dans les autres de cette province ; et encore dans certains quartiers de cette cité que dans d'autres.

Tandisque la partie ouest de Montréal est comparativement hors des atteintes de cette maladie, les quartiers Ste. Marie, St. Jacques et la partie est du quartier St. Laurent et ses aboutissants, le village St. Jean-Baptiste et la Petite-Côte, ont fourni un contingent plus considérable. De plus, cette maladie ne se manifeste pas en proportion égale chez les Anglais et les Français. Je n'ai pas de statistiques publiées pour me guider, mais ma propre expérience, et le témoignage verbal d'autres, me portent à croire que tandis que les Franco-Canadiens sont plus sujets à certaines maladies et les Anglo-Canadiens à d'autres, parmi les premiers on rencontre un nombre beaucoup plus considérable de cas de calculs urinaires. Le Dr. Robert Nelson, pendant son séjour à Montréal, a fait l'opération environ soixante-cinq fois, la plupart des cas étant ceux de Franco-Canadiens. Le Dr. Beaubien a vu quinze cas, tous parmi des Franco-Canadiens. Le Dr. Campbell a opéré sur vingt-cas, dont quinze pour cent étaient aux Franco-Canadiens. Le Dr. Munro a opéré quarante-cinq ou cinquante fois, et il me dit qu'il ne se souvient pas si parmi ce nombre il y en avait un qui ne fut pas Franco-Canadien. Le Dr. Fenwick qui a fait l'opération de la taille pendant ces dernières années dans seize cas, et avec un succès très-satisfaisant, en a eu sept parmi les Anglais, et neuf parmi les Français, et tous, à l'exception d'un seul, était natif du Canada. Parmi ceux sur lesquels j'ai pratiqué la Lithotritie et la Lithotomie, vingt-cinq par cent étaient des Franco-Canadiens. Je n'ai pas eu le temps de faire une statistique des opérations de ceux de mes confrères qui ont fait une ou deux opérations. Ainsi la statistique du Dr. Campbell, montrant un plus grand nombre de cas chez les Anglais, peut être facilement contrebalancé par l'ensemble des statistiques données par le Dr. Fenwick et par moi-même, accordant la majorité des cas aux Franco-Canadiens ; tandis que les statistiques des Drs. Nelson, Beaubien et Munro n'ont pas d'équivalents parmi les Anglais.

Quelque soient les influences qui s'allient pour rendre les calculs urinaires plus fréquents chez les résidents de cette Province, que chez ceux des autres nations ; et particulièrement parmi nos concitoyens d'origine française, il m'est guère possible de faire des conjectures. Des différences dans le sol, l'eau, etc., et d'autres influences climatériques, pourraient donner une explication de la plus grande fréquence de cette maladie chez nous ; mais il faut avoir recours à des hypothèses pour expliquer sa fréquence relative chez les individus d'une nationalité. Autant, Messieurs, ai-je à vous dire sur la formation de la pierre, et sur la fréquence relative de ces cas ; et maintenant parlons des moyens de l'enlever. Et je dois avouer que j'hésite à donner une opinion quand il me serait mieux d'en demander une. Cependant on doit se former une opinion, et on doit recourir à des opérations, et il est souvent difficile pour un chirurgien, qui n'a pas de parti-pris d'avance, de savoir quelle opération,—la Lithotritie ou la Lithotomie— est plus convenable au cas. J'avais fait l'opération de la Lithotomie cinq fois, et chaque fois avec succès avant d'avoir fait ma première opération de Lithotritie, mais depuis, je n'ai fait l'opération de la Lithotomie que trois fois, (*) préférant plutôt la Lithotritie dans chaque cas où son emploi n'était pas clairement contre-indiqué. L'expérience que j'ai ainsi acquise, limitée, il est vrai, est celle-ci : que dans le cas d'un adulte, la dureté, la dureté seule, offre un obstacle à l'emploi de la Lithotritie ; et que ni la grosseur, ni le nombre des pierres, ni même la condition des voies urinaires, ne devraient être un empêchement à l'opération de la Lithotritie, quand bien même cette opération serait préférée à sa rivale, plus brillante, plus rapide et même plus dangereuse,—la Lithotomie.

Il est à regretter que la statistique ne nous présente pas tous les côtés de la question en autant qu'on y trouve une comparaison générale entre les deux opérations ; et pour les

(*) 13 Novembre.—Une opération aujourd'hui même (lithotomie) sur un cas congénital d'un enfant de cinq ans, change ce nombre à quatre.

raisons suivantes : pour le succès de la Lithotomie, on doit supposer que nécessairement la pierre doit être d'une grosseur moyenne, isolée, et pas trop dure, et que les voies urinaires soient saines. J'ai dit *supposer* comme nécessaire, car dans quelques cas que j'ai rencontrés, les pierres étaient grosses; dans quelques autres cas il y avait plusieurs pierres; et, dans plus d'un cas, les organes étaient loin d'être sains. Si, cependant, nous admettons la statistique telle qu'elle nous est donnée par ceux qui pratiquent les deux opérations, la lithotritie est une des plus satisfaisantes. Civiale, que j'ai vu opérer plusieurs fois, et dont j'ai admiré la délicatesse l'habileté en se servant de son instrument, dit que sur 591 opérations il n'a constaté que quatorze mortalités, ou une en 42.2. C'était dans sa propre pratique; tandis que la Lithotomie, jusqu'à récemment, donna une dans 7.9. La statistique que nous fournit la Grande-Bretagne n'est pas étendue. Il y a vingt-cinq ans, on envoyait de là, fréquemment, des cas au grand lithotriste de Paris, Civiale, mais Brodie, Ferguson, Keith et Thompson apprirent bientôt à retenir dans la Grande-Bretagne des cas qui autrement auraient été envoyé en France. Brodie perdit neuf cas sur cent-quinze et sur ce nombre cinq seulement succombèrent à l'opération. Ferguson perdit douze cas sur 109, et Keith 7 sur 129. Sir Henry Thompson a eu 84 cas et sur ce nombre quatre de fatals, d'après sa première statistique. D'après ses statistiques plus récentes, sur 184 cas il en sauva 93 par 100. Omettant cinq morts dû à d'autres causes, la mortalité s'élevait seulement à 4 par 100. Je puis dire maintenant, dit Sir H. Thompson, " que les mortalités provenant de toutes causes pendant ou après le traitement, sur 204 cas, de patients âgés en moyenne de 61 ans étaient de 13, ce qui donnerait une proportion de guérison de 93½ par 100. Mr. Crichton sur 122 cas n'eut que huit morts, ou moins que un sur quinze. En considérant, dit un auteur, la mortalité relative des deux opérations, qui parle si fortement en faveur de la Lithotritie, la faible proportion des cas soumis à cette opération semblerait à peine croyable. Mais un écrivain plus

moderne, Sir H. Thompson lui-même :—dit : “ quoique la proportion des pierres écrasées, maintenant, par la plus part des chirurgiens soit plus grande que celles soumises au couteau, (knife) j'ose considérer la Lithotritie, règle générale, applicable à cinq cas sur six parmi les adultes, et la Lithotomie ne doit être employée que par exception.”

Messieurs, je dois vous demander pardon, si je joins ma statistique à celle que je viens de vous lire. Il m'en faut encore trois (*) pour faire une vingtaine de cas de Lithotomie et de Lithotritie combinées, huit des premiers, maintenant accru à neuf, et neuf des derniers. Mais comme dans un cas de Lithotomie, j'avais auparavant lithotrisé le patient ; et comme dans un des cas de Lithotritie le patient avait subi antérieurement l'opération de la taille, quoique ceci ne diminue pas le nombre de cas, il diminue à la vérité le nombre des patients. J'ai très-peu à dire des cas de Lithotomie. Ils n'offrent guère d'intérêt, cinq étaient des enfants. L'opération latérale fut faite dans tous les cas, à l'exception d'un, où l'on suivit la méthode d'Allarton. Les opérations furent toutes faites avec succès. Un enfant, cependant, à qui l'opération fut faite il y a quatre ans, et à qui j'enlevais une pierre pesant trois drachmes et quarante neuf grains, souffre encore, et probablement souffrira toujours d'incontinence d'urine. Le nombre des calculs dans chaque cas fut d'un seul, sauf un cas. J'enlevai, à un malade à qui je fis l'opération de la taille, vingt-cinq calculs ; cependant, en moins de six mois, je l'ai lithotrisé, de nouveaux calculs s'étant formés dans l'intervalle. Des neuf cas de Lithotritie, six recouvrirent parfaitement, et sans rechute de la maladie ; l'un fut opéré pour la seconde et dernière fois il y a plus d'un an ; et des cas inachevés, l'un, entreprit à une époque critique, fut abandonné ; et un fut partiellement broyé par la Lithotrite, mais un replis de la vessie rendit la Lithotomie nécessaire.

La vessie ne fut lésée dans aucun cas où la *Lithotrite* fut

(*) 13 Nov. Deux—Voir page 538.

employée, et même (cela a été observé par d'autres) lorsque l'irritabilité était considérable avant l'opération, cette irritabilité fut diminuée avant l'enlèvement des débris. Je ne puis me rappeler au juste la moyenne du nombre de séances; autant que je m'en rappelle, seize fut le maximum, et trois le minimum.

Les auteurs chirurgicaux sont habitués à donner certaines règles pour guider les lithotritistes, qui me paraissent quelque peu défectueuses. Je ferai allusion à quelques-unes d'elles :

1o. Quant à l'usage de chloroforme. Le chloroforme devrait être administré. Il fut donné dans tous les cas, à l'exception d'un seul, et fut rendu nécessaire par l'état nerveux du malade, et l'irritabilité de la vessie.

2o. On recommande de vider la vessie et de l'injecter d'eau tiède jusqu'à ce qu'elle contienne cinq ou six onces du liquide. Je regarde ce procédé comme pernicieux au plus haut degré, car l'injection d'eau chaude est plus douloureuse, et peut-être plus dangeureuse, en occasionnant des spasmes de la vessie, que l'introduction du *Lithotrite*; et tous les chirurgiens connaissent bien la difficulté de retenir un liquide ainsi introduit.

3o. On recommande de ne pas lithotriser à moins que le patient ne puisse retenir son urine au moins quatre heures. Quoiqu'il soit très-désirable, comme preuve de l'absence de l'irritabilité de la vessie, que le patient soit capable de retenir son urine pendant un temps aussi considérable, dans un de mes cas les mieux réussis, (un Monsieur de Québec) l'urine ne pouvait être retenue autant de minutes, et filtrait dans un sac de caoutchouc placé pour la recevoir.

4o. Tous les Lithotomistes sont d'accord sur la difficulté pour trouver quelquefois la pierre. Souvent la même difficulté se présente pour la saisir. L'instrument, dont je me servais dans mes cas, était français, introduit du côté gauche du patient (qui était sur le dos) l'instrument étant tenu perpendiculairement pendant qu'il passait à travers la partie membraneuse de l'urèthre, et s'introduisait par son propre poids. Les lames n'étaient ouvertes que lorsqu'ils avaient atteint le centre-

de la vessie, et tel que recommandé par Civiale ; aucune dépression ne fut faite, et on ne s'efforça pas de faire tomber la pierre dans l'instrument (tel que recommandé par Brodie, Hurloup, Crampton et autres), mais je la saisisais là où je la trouvais, souvent sans toucher, encore moins sans lacérer, les parois de la vessie avec les lames de l'instrument.

Dans un seul cas, le patient se plaignit de douleurs, après que l'influence du chloroforme fut passée.

Un de mes patients, un cordonnier, éprouva si peu de douleur par l'opération, qu'il perdit à peine quelques heures de travail s'en allant gaiement se coucher quelques minutes après-midi en chantant la « Marseillaise, » et se réveillant à temps pour retourner en ville et reprendre son travail à une heure. Ce patient fut lithotrisé quinze fois en tout, onze fois la première séance et quatre fois à la seconde, lorsque les calculs furent reformés après un intervalle de plusieurs mois ; et souvent il déclara devant les étudiants qu'il ne sentait rien. Il avait plusieurs gros calculs dont les plus gros débris seuls pouvaient remplir une boîte de deux onces.

Voyant la facilité avec laquelle les calculs furent broyés dans les quelques cas que j'employai la lithotritie, et le peu de malaise qui suivit et accompagna cette opération, je suis d'avis que chez l'adulte :

- 1o. Quand la pierre est petite, on doit la broyer.
- 2o. Quelque grosse qu'elle soit, si elle est friable, broyez-la.
- 3o. S'il y en a qu'une, broyez-la.
- 4o. S'il y en a plusieurs, broyez-les.
- 5o. Quand la pierre est grosse et dure, soit qu'il y en ait une, ou plusieurs, il faut avoir recours au couteau.
- 6o. Et dans tous les cas, chez les enfants, qu'elle qu'en soit la grosseur, le nombre, ou la consistance du calcul, il faut préférer la Lithotomie.

N. B.—Tandis que cette esquisse, courte et imparfaite,—écrite principalement pour ajouter un peu à l'intérêt de l'assemblée de l'Association Médicale Canadienne, en cette ville,—est sous presse, je parcours pour la première fois l'admira

ble ouvrage de Sir H. Thompson " Practical Lithotomy and Lithotrity." Quoique plusieurs des observations de Sir Henry sont comprises dans Holmes, Gant, Erichsen et d'autres auteurs de chirurgie systématique, l'excellence de son ouvrage ne peut-être apprécié qu'après une lecture attentive. Beaucoup de ce que j'ai écrit est amplement et habilement traité par Sir Henry, et je suis flatté de voir que plusieurs des conclusions auxquelles je suis arrivé, par l'étude de ces peu de cas de ce côté de l'Atlantique, sont l'écho des conclusions plus péremptories du plus savant lithotriste du jour, par l'observation de cas douze fois plus nombreux.

Note 2.—Le Dr. Godfrey a eu l'obligeance de me faire parvenir au moment actuel (novembre 14,) les détails de neuf cas de pierre où il a pratiqué la lithotomie. Sept étaient chez les Anglais et deux chez les Canadiens. Et je profite de cette note pour ajouter un cas de plus de lithotomie que j'ai pratiquée dernièrement avec succès chez un enfant de cinq ans qui souffrait presque de naissance. L'enfant (canadien) des Tanneries des Rolland (ouest,) est le premier qui m'est arrivé de ce quartier-là. WM. H. HINGSTON.

IMPORTANCE DU LAIT DANS L'ALIMENTATION DE L'ENFANCE.

Messieurs les Rédacteurs,

L'étude particulière que je fais de cette question si négligée parmi nous, et mes quelques années d'expériences, m'ont montré l'influence déplorable de l'alimentation prématurée, et j'ai constaté que ce vice de l'hygiène a causé la mort à un grand nombre d'enfants, et j'ai remarqué, ce qui est plus triste encore, que ce sont des médecins, qui, par suite d'idées fausses et erronées, ont répandu ces doctrines semblables aux paysans de LaFontaine, ils ont voulu faire mieux que Dieu, et ils ont doté nos générations d'une maladie nouvelle : le rachitisme.

Afin d'être plus précis dans mes observations, je me donnerai deux questions à résoudre.

La nutrition de l'enfant peut-elle s'opérer par l'ingestion du lait seul pendant les premiers mois de la vie ?

Tout autre substance seule ou ajoutée au lait dans cette période peut-elle remplacer l'allaitement ?

La réponse à la première question est affirmative : le lait seul fournit à l'enfant récemment né l'élément de sa nutrition.

En effet à défaut de l'expérience, l'anatomie est là qui nous montre que chez le petit enfant le tube digestif ne peut pas agir sur les substances alimentaires comme celui de l'adulte, pour leur faire subir les transformations qui les rendent propres à sa nutrition. Il y a absence de dents, état rudimentaire des glandes salivaires et de la plupart des glandes annexées à la muqueuse intestinale qui est blanche, molle et inerte, les villosités à peine apparentes, les valvules conniventes non formées.

De cette imperfection anatomique découle l'imperfection des sécrétions et surtout du suc gastrique, aussi la nature prévoyante a-t-elle donné à l'enfant une nourriture toute digérée, pouvant être absorbée sans travail digestif préalable : le lait. Il se rapproche du chyle par son aspect et son état physique. L'enfant le préfère à tout. L'analyse chimique nous montre que cette préférence lui est due. En effet, il renferme du caséum, principe nutritif par excellence puisque c'est la seule substance qui peut nourrir les animaux à l'exclusion de toute autre, des principes, gras et sucrés nécessaires à la respiration, des acides, des sels, surtout du phosphate de chaux nécessaire au squelette.

Voici de plus ce que nous dit l'expérience scientifique. M. Guérin prend des nouveaux nés des mammifères, les alimente avec du lait : ils vivent et se développent.

Il donne à d'autres des bouillons, jus de viande, des amylacées et supprime le lait : tous meurent en peu de temps avec les symptômes de la mort par inanition.

Une troisième catégorie est soumise à une alimentation mixte composée des substances précédentes, avec plus ou

moins de lait. Si ce dernier est en petite quantité, l'animal meurt ; si elle est plus forte, il vit, mais présente les signes du rachitisme.

L'alimentation mixte ou prématurée, si l'enfant est près du moment de sa naissance, amène des accidents cholériformes qui l'emportent. S'il est plus âgé, il continue à vivre mais un état maladif se déclare. Il est caractérisé par de la diarrhée, de l'amaigrissement. Vers le septième ou le huitième mois, on constate l'engorgement du foie, de la rate, des ganglions mésentériques, qui amène la proéminence du ventre avec une forme particulière, les fontanelles restent ouvertes, les dents ne se montrent pas ; l'enfant ne peut rester assis, il est affaîsé, sans gaiété, l'empreinte de la souffrance sur la figure.

A cette dernière période succède l'altération des os qui constitue le rachitisme propre à l'enfance, celui qui a été décrit par Glisson. Cette seconde période se manifeste entre le neuvième et le vingt cinquième mois dans la période qui fait suite à l'allaitement. Les cellules osseuses s'agrandissent leurs porois perdent leur solidité ; un liquide spécial les baigne ; un tissu nouveau spongieux se produit ; l'os perd de sa solidité ce qui amène sa déformation.

A part quelques cas rares qui forment la consommation rachitique, lorsque la maladie est arrivée à ce point, elle s'arrête. Au travail de ramollissement et d'imbébiton du tissu osseux, succède celui de consolidation qui, dépassant le but, donne aux os la solidité et la dureté de l'ivoire.

L'explication de ces faits est très-simple. Au début de la vie, la nutrition s'était altérée sous l'influence de l'alimentation vicieuse, l'ossification, a été atteinte, l'enfant grandit, ses organes digestifs se développent, se complètent, la nutrition se régularise, l'altération des os s'arrête, il se forme un tissu de nouvelle formation qui peut être comparé à celui des cicatrices, le tissu éburné.

Cette guérison peut avoir lieu spontanément. On comprend facilement que la maladie sera plus fréquente dans les

climats où l'individu se forme tard, que dans ceux où la formation est plus rapide, chez les enfants issus de parents faibles que chez ceux qui proviennent d'une race énergique et bien constituée, mais toujours la cause première se trouvera dans l'alimentation prématurée.

Laprairie, 7 Novembre 1872.

DR. S. A. LONGTIN.

— THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE. —

NOUVEAU PROCÉDÉ DE DILATATION DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE, par M. Coze, ancien professeur à la faculté de médecine de Strasbourg, médecin principal de deuxième classe auxiliaire à l'hôpital militaire de Perpignan.

Les rétrécissements organiques du canal de l'urèthre peuvent être traités par trois moyens chirurgicaux : 1o. la dilatation ; 2o. la cautérisation ; 3o. l'uréthrotomie.

Incontestablement, lorsque le rétrécissement est très-difficile à franchir, le chirurgien commence par essayer la dilatation du canal, qui, dans bien des cas, sera l'unique traitement et, dans des circonstances différentes, permettra de mettre en usage les autres procédés curatifs.

Les moyens de dilatation actuellement consacrés par la pratique sont les bougies, les sondes et quelques instruments spéciaux.

Les Chirurgiens savent combien grandes sont les peines que leur donnent les rétrécissements très-étroits lorsqu'il s'agit de les franchir avec des bougies filiformes.

Le procédé de thérapeutique chirurgicale que je vais faire connaître pourra rendre service même aux spécialistes dont l'habileté reconnue a été plus d'une fois mise en défaut.

Il m'a été démontré dans plusieurs circonstances que l'emploi d'une pression liquide suffisante favorise d'une manière remarquable l'introduction de bougies que quelques instants auparavant on n'avait pu faire pénétrer, et que l'on peut arriver ainsi à une dilatation relativement très-grande sans dé-

terminer ni douleur ni érosions, et par conséquent en évitant le cortège assez habituel des complications qui accompagnent les procédés ordinaires.

La nouveauté du moyen de dilatation que je propose ne consiste pas seulement dans l'emploi de l'eau, mais dans l'application d'une pression réglée. Amussat avait essayé dans le temps les injections forcées et, si ma mémoire me sert bien, les accidents qui se développèrent en firent abandonner l'usage, et je constate qu'il n'en est fait aucune mention dans le *TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE* de mon savant collègue le professeur Sédillot. Dans un ordre d'idées à peu près analogue, Ducamp (*Traité de médecine opératoire*, par Sédillot et Legouest, p. 628 ; Paris, 1870) a proposé un instrument auquel était adapté une poche de baudruche que l'on insuffle d'air ou que l'on remplit d'eau. Sans discuter la valeur de l'instrument de Ducamp, on comprend que pour en faire l'application il faut avoir préalablement dilaté le canal dans une certaine mesure.

A l'aide de l'appareil dont je recommande l'emploi aux chirurgiens, je prends le rétrécissement dans son étroitesse presque extrême, et je rends assez rapidement possible le passage d'une bougie de très-mince calibre, que l'application répétée de l'appareil permettra bientôt de choisir de plus en plus grosse.

L'observation suivante va nous montrer la mise en pratique du procédé :

OBSERVATION.—M. X..., lieutenant de cavalerie, entre à l'hôpital militaire de Perpignan le 13 septembre 1871, atteint d'une grande difficulté dans l'émission de l'urine, causée par des rétrécissements anciens du canal de l'urèthre.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, l'urine, au dire du malade, sortait péniblement et presque goutte à goutte. Cette grande gêne mettait M. X... dans un état d'angoisse qu'augmentaient encore de vives douleurs du bas-ventre dues à la distension de la vessie. Le cathétérisme était devenu impossible avec une sonde de très-petit calibre. Le

médecin du corps, qui avait eu recours à une bougie filiforme, engagea le malade à se faire transporter à l'hôpital.

Antécédents.—A la suite de plusieurs blennorrhagies, M. X. fut atteint de deux rétrécissements, qui, en 1867, amenèrent des accidents semblables à ceux qui se présentent aujourd'hui. Traités alors par la dilation forcée et successive, les rétrécissements cédèrent, et après un traitement long et excessivement douloureux, M. X. se vit en situation de pouvoir uriner assez facilement. Pendant et après la guerre, l'introduction des bougies fut négligée, et petit à petit, sous l'influence de nouvelles blennorrhagies, les rétrécissements se resserrèrent et déterminèrent enfin les accidents relatés plus haut.

Examen local.— Avec une bougie filiforme en queue-de-rat, je parvins avec beaucoup de peine à franchir les deux rétrécissements et à pénétrer dans la vessie ; il s'écoula un peu d'urine le long de la bougie. Le premier rétrécissement est situé environ à 4 centimètres du méat urinaire. Le second placé beaucoup plus bas, en est distant de 13 centimètres ; il se trouve donc à peu près à l'entrée de la partie prostatique du canal. Ces mensurations prises plusieurs fois, la verge étendue et à l'état de flaccidité, ont donné à peu de chose près les mêmes résultats. Je crus reconnaître que ces rétrécissements étaient de simples coarctations fibreuses, que je ne pus franchir qu'en imprimant à l'instrument un mouvement de vrille. L'urine s'écoulant d'une manière continue le long de la bougie, cet instrument fut laissé en place jusqu'à la nuit. Le malade prit un bain prolongé et des boissons émoullientes en petite quantité.

Le lendemain, 14 septembre, j'essayai de passer une bougie n° 1 de la filière métallique (1/3 de millimètre de diamètre) Je pus à grande peine franchir le premier rétrécissement ; la bougie était tellement serrée par les tissus indurés que je pouvais soulever la verge avec l'instrument engagé ; il me fut impossible de traverser le deuxième obstacle, et je fus obligé de recourir à la bougie filiforme qui m'avait servi la veille.

Un bain fut de nouveau prescrit. Nourriture légère ; peu de boisson.

Je fis, le troisième jour, la même tentative que la veille sans obtenir de meilleur résultat. La sensibilité de la muqueuse uréthrale était très-vive et le malade redoutait extrêmement le traitement par dilatation, fait en 1867.

J'eus alors la pensée de mettre en pratique une idée que j'avais eue depuis longtemps ; je songeai à créer avec une colonne d'eau un moyen nouveau de dilatation.

L'appareil dont je donne la description plus loin fut établi au-dessus du lit du malade et, le 17 septembre, j'en fis la première application. La pression aqueuse, maintenue pendant quatre à cinq minutes, je pus à mon grand étonnement, franchir avec la bougie n^o 1 de la filière les deux rétrécissements : le premier fut traversé avec facilité ; le deuxième, avec plus de peine et avec cette circonstance que la bougie était retenue par le canal, comme elle l'avait été précédemment dans l'essai du passage du premier obstacle. Enfin l'instrument arriva très-bien dans la vessie et quelques gouttes d'urine apparurent.

Cependant, pour ne point fatiguer le canal, je remplaçai la bougie n^o 1 par la bougie filiforme, qui ayant passé avec la plus grande facilité, permit à l'urine, additionnée de l'eau de l'appareil, de s'écouler peu à peu. (Bain de siège ; émulsion d'amandes ; régime léger.)

Le 18 septembre, application de la pression ; passage facile des deux rétrécissements avec la bougie n^o 1, qui est laissée à demeure pendant deux heures. Le soir, à la contre-visite, nouvelle application de pression ; la bougie n^o 1 est gardée encore pendant deux heures. Le malade urine sans bougie avec un peu plus de facilité. (Même prescription.)

Le 19 septembre, après l'application de la pression, la bougie n^o 3 (1 millimètre de diamètre) passe les rétrécissements. Le malade applique lui-même la pression en dehors de la visite et se sonde lui-même.

Le 20 septembre, n^o 5 (1 millimètre 2/3).

Le 21, n° 7 (2 millimètres 1/3).

Les 22, 23, 24 et 25 septembre, le malade avait été pris de diarrhée (épidémique alors dans la garnison, l'hôpital et la ville) ; un traitement approprié modifia rapidement cet accident qui ne fut que passager.

Le 26, reprise de la dilatation par l'eau ; passage de la bougie n° 7.

Le 27, dilatation par l'eau ; bougie n° 9 (3 millimètres de diamètre).

Le 28 et 29, même numéro.

Le 30, après application de la pression, bougie n° 12 (4 millimètres de diamètre). Il est inutile de dire que depuis quelques jours le malade urine avec facilité et qu'il n'a jamais eu ni écoulement sanguin, ni déchirure, ni fausse route ; la douleur a été à peu près nulle.

Les 1er, 2 et 3 octobre, continuation de la dilatation et de l'usage de la sonde n° 12, qui deux fois par jour est maintenue dans le canal pendant un certain temps. Le malade, satisfait du résultat, désire vivement quitter l'hôpital.

Le 4 octobre, je décidai M. X. : à rester encore quelques jours. Je passai, après pression, une bougie n° 14 (4 millimètres 2/3 de diamètre). Pour diminuer la rapidité d'écoulement de l'eau de l'appareil dans la vessie, on comprimait le canal aussi bas que possible ; mais il est bien entendu que l'on ne put comprimer au delà du deuxième rétrécissement.

Pendant quelques jours, M. X... passe lui-même, après dilatation et même sans dilatation, la bougie n° 14, et, pressé de reprendre son service, il quitte l'hôpital. Le jet d'urine avait repris une ampleur qu'il n'avait plus depuis longtemps.

J'ai revu plusieurs fois M. X... depuis sa sortie. La dilatation du canal se maintient bien, et aujourd'hui, 5 Décembre, M. X... urine avec la plus grande facilité, et avait tout récemment encore passé la bougie n° 14, se promettant bien, en cas de besoin, d'organiser lui-même un appareil à pression.

L'observation que l'on vient de lire démontre la facilité avec laquelle à l'aide du procédé nouveau, on parvient à franchir et à dilater des rétrécissements très-étroits.

La dilatation par l'eau étant très-peu douloureuse enlève aux procédés de dilatation ordinaires des éléments de complication quelquefois très-graves. C'est un moyen thérapeutique mixte en ce sens que la pression aqueuse dilate, puisqu'elle facilite le passage de la bougie maintenue temporairement dans le canal prolonge et assure peut-être la dilatation.

Description de l'appareil.—L'appareil, très-aisé à organiser et à monter, donne une pression d'eau représentée par une colonne de liquide de diamètres variés et d'une hauteur de 2^m,40.

Il se compose : d'un entonnoir de fer blanc adapté à un tuyau de caoutchouc ayant environ 1 centimètre 1/2 de diamètre ; à ce tuyau est fixé un robinet de cuivre ; au robinet fait suite un petit tuyau de caoutchouc dans lequel est inséré à frottement un tube de verre effilé et à bords mousses.

Les dimensions de ces diverses parties, adaptées l'une à la suite de l'autre, sont les suivantes :

Entonnoir ; longueur.....	0 ^m ,22
Grand tuyau de caoutchouc ; longueur:...	1 ^m ,63
Robinet (partie visible).....	0 ^m ,06
Petit tuyau de caoutchouc.....	0 ^m ,15
Tube de verre (partie visible).....	0 ^m ,34
	2 ^m ,40

L'appareil ainsi établi et d'une construction, comme on le voit, très-simple, est hissé au plafond à l'aide d'une corde légère roulant sur une poulie ; suspendu au-dessus du lit du malade, on le descend facilement pour le remplir d'eau ; il contient environ 750 grammes de liquide.

Précautions à prendre dans l'application.—L'eau que l'on emploie doit avoir une température de 25 à 27 degrés C. ; j'ai toujours eu la précaution de demander de l'eau ayant bouilli, afin d'éviter autant que possible l'introduction dans la vessie de germes ou de ferments dont la présence pourrait, jusqu'à un certain point, être nuisible.

Avant d'introduire dans le méat urinaire la partie effilée du tube de verre, un aide ouvre le robinet de manière à faire arriver l'eau à l'extrémité du tube et constituer ainsi en entier la colonne de pression.

Cela fait, le chirurgien, tenant le gland de la main gauche introduit et maintient de la main droite le tube de verre de manière qu'il ne s'écoule aucune portion de liquide au dehors. La pression s'opère. Le liquide passe, et lorsque l'on s'aperçoit que l'air remplace l'eau au haut du tube de verre le robinet est fermé et l'on enlève l'appareil. Dans certains cas, comme je l'ai dit plus haut, on peut prolonger le contact en interceptant, par la compression du canal, le cours du liquide. Ce robinet sera ouvert au début avec précaution et en partie, la pression pouvant être quelquefois difficilement supportée par le malade.

L'appareil enlevé, le chirurgien fait les essais d'application des bougies.

Un malade intelligent peut lui-même appliquer la pression trois ou quatre fois par jour.

Conclusions.—1°. Une pression d'eau convenablement appliquée dilate les rétrécissements très-étroits et permet de les franchir avec facilité.

2°. Ce procédé de dilatation a l'avantage de ne déterminer ni douleur ni aucun des accidents qui accompagnent habituellement l'emploi des autres moyens de dilatation.

3°. La dilatation obtenue par l'eau est continuée et maintenue par l'usage de bougies à demeure temporaire.

(*Gazette Hebdomadaire.*)

NOTES SUR L'ERYSIPELE.

(SUITE ET FIN)

Angioleucite réticulaire généralisée.

M... (Prosper), 26 ans, domestique, rue Saint-Lazare, 54, entré à Lariboisière, salle Saint-Augustin, No. 5, le 19 août 1858.

C'est un ancien malade du mois de janvier ; il était venu pour se faire soigner d'une chute faite dans un escalier.

La partie moyenne de la cuisse droite avait porté sur une marche. Une inflammation assez considérable s'était déclarée, et avait été combattue par les antiphlogistiques. Il était sorti parfaitement rétabli. Ultérieurement, la fatigue avait amené une recrudescence d'inflammation ; car aujourd'hui la partie inférieure du fémur a pris un accroissement de volume qui remonte jusqu'à la partie moyenne de l'os. Le malade peut à peine marcher ; il accuse une douleur très-vive à la partie postérieure de l'os, un peu au-dessus des condyles.

On croit sentir de la fluctuation, on redoute une inflammation de l'os, on fait une ponction ; issue d'un peu de sang.

Dans la crainte que l'inflammation ne se propage à l'articulation du genou, on fait une forte application de sangsues. Le lendemain 15, on la renouvelle.

Les jours suivants, un peu de mieux. L'incision paraît avoir dégorgé les tissus.

Mais, le 28, le malade ressent un frisson prolongé. Sulfate de quinine.

Le 24, pas de fièvre.

Le 25, une angioloécite réticulaire, limitée, bien caractérisée par sa couleur, ses bords déchiquetés, l'absence de tout bourrelet et de phlyctènes, se déclare autour de la plaie et sur la partie antérieure du membre, au-dessus des condyles, et s'étend dans une dimension de la largeur de la main.

A partir de ce moment, on assiste à une série de phénomènes des plus curieux.

L'angioloécite devient ascendante et envahit toute la cuisse, arrive à la hauteur de la hanche, d'où l'on voit les trajets rouges des lymphatiques ; on en peut compter de cinq à six, montant verticalement pour se rendre à l'aisselle. Amidon en poudre sur les parties malades.

Le 31 août, l'angioloécite trajective s'est transformée en angioloécite réticulaire ; elle s'étend vers la partie médiane du tronc en avant, passe sur le côté droit, couvre le dos et

vient apparaître à gauche en trajets rouges se rendant à l'aîne gauche.

3 septembre.—Toute la poitrine, le dos et le cou par la partie postérieure sont pris.

La coloration a pâli sur la cuisse droite.

4 septembre.—L'angioleucite continue ses progrès sur le cou ; passe en avant, envahit les deux bras à la fois, après avoir passé sur les épaules en manière de bretelles.

9 septembre.—Le malade maigrit. La coloration rosée diminue là où elle existe encore. Les douleurs diminuent également. La joue gauche est envahie la première.

10 septembre.—Sur les bras, l'angioleucite arrive aux poignets et s'y arrête.

11 septembre.—L'angioleucite est arrivée au front. Peu de rougeur, mais douleur à la pression.

La première plaie faite au genou est cicatrisée.

13 septembre.—L'angioleucite a envahi toute la tête.

15 septembre.—La rougeur disparaît sur tous les points.
Appétit.

21 octobre 1858.—Guérison complète.

Chez ce malade, dans un espace de deux mois et un jour, l'angioleucite réticulaire, sans jamais rien perdre de ses caractères propres et sans emprunter un seul instant les caractères de l'érysipèle, *la bordure festonnée, le bourelet, les phlyctènes*, a successivement parcouru de proche en proche toutes les parties du corps, précédée, d'une région à l'autre, par des traînées rouges et accompagnée d'un léger engorgement ganglionnaire.

Voici maintenant le résumé des caractères distinctifs :

1o. Le bord de l'érysipèle est toujours *festonné* ; le bord de l'angioleucite toujours *dentelé, déchiqueté*, semblable aux contours géographiques des îles représentées sur nos cartes.

2o. L'érysipèle a une teinte rouge foncée ; l'angioleucite offre une teinte beaucoup plus claire.

3o. L'érysipèle se présente avec une rougeur qui est habituellement tout d'une pièce, l'angioleucite offre le phénomène

ne de la *diaprure* ou de la *marbrure*, c'est à-dire que sur un ou plusieurs points de la surface rouge, on trouve des espaces dans lesquels la peau conserve sa coloration normale. On ne rencontre jamais dans l'érysipèle ces petits îlots ou espaces insulformes, d'aspect blanchâtre.

1o. L'érysipèle offre toujours sur ses bords un bourrelet, une petite élevation parfaitement appréciable au toucher; l'angioleucite réticulaire présente un nivellement parfait avec la peau qui l'environne.

En d'autres termes, l'érysipèle fait gonfler la surface de la peau; l'angioleucite ne donne lieu à aucune tuméfaction, à aucun relief.

5o. L'érysipèle a presque toujours, ou du moins très-souvent, des *phlyctènes*; l'angioleucite n'en présente jamais.

6o. L'angioleucite réticulaire est, primitivement, une maladie toute locale. Elle n'est pas l'indice d'un trouble général de l'économie; elle n'est *jamais mortelle*.

J'ai vu des angioleucites réticulaires parcourant d'une manière successive toute la surface du corps et présentant une grande intensité, sans avoir jamais causé la mort.

L'érysipèle implique toujours l'existence d'un trouble général de l'économie; les cas où l'érysipèle cause la mort ne sont pas rares.

8o. L'angioleucite n'est jamais contagieuse; l'érysipèle, pour beaucoup de médecins et de chirurgiens, est réputé contagieux ou du moins transmissible de l'homme à l'homme.

9o. L'angioleucite n'est jamais épidémique; un grand nombre de médecins admettent l'épidémicité de l'érysipèle.

10o. L'élévation de la température dans l'érysipèle est sensiblement supérieure à celle que présente l'angioleucite.

11o. L'érysipèle est une capillarite, ou inflammation du réseau sanguin sous-épidermique, et l'angioleucite est une capillarite, ou inflammation du réseau lymphatique sous-épidermique.

12o. La déambulation comparée de l'érysipèle et de l'angioleucite réticulaire, présente un caractère différentiel impor-

tant. L'angioleucite réticulaire est généralement convergente vers les régions ganglionnaires ; la direction de son progrès peut être tracée à l'avance, par les notions anatomiques. Il y a même ceci de particulier que, dans les cas très-exceptionnels où la plaque angioleucitique est récurrente et semble rétrograder, elle reste toujours fidèle au tracé des lymphatiques.

L'érysipèle offre une déambulation tout à fait irrégulière et marche dans des directions qu'on ne saurait prévoir. En outre, il offre le phénomène du *saltus érysipélateux*, qui consiste dans l'apparition inattendue, sans communication aucune avec une plaque érysipélateuse existante, et même à une grande distance de celle-ci, d'un érysipèle qu'on appelle tantôt *ambulant* et tantôt *métastatique*.

L'angioleucite a toujours une propagation continue sur le tracé des cordons et ne donne jamais que l'idée d'une migration de proche en proche. Jamais d'apparition soudaine sur un point éloigné rien qui puisse se rapporter à l'idée d'une sorte de transportation. L'angioleucite marche toujours en ligne continue et jamais entrecoupée.

130. La marche de la suppuration, le siège des abcès, leur nombre (l'homme aux 21 abcès), leur époque d'apparition au cours de la maladie et non à sa fin, tout cela offre des différences marquées. Impossible d'y insister en ce moment.

Il n'y a peut-être pas dans l'économie un autre exemple dans lequel, avec un siège aussi rapproché, puisque ce ne sont pas autre chose que des réseaux vasculaires superposés et juxtaposés l'un à l'autre, il y ait un aussi grand nombre de différences et d'oppositions caractéristiques et signalétiques qu'on ne peut compter entre l'érysipèle et l'angioleucite réticulaire.

Nous arrivons maintenant à des caractères différentiels discutables, qui, à nos yeux, ont une valeur réelle et significative, mais qu'il nous sera peut-être plus difficile de faire admettre par les partisans de l'unicité des deux maladies.

Nous voulons parler des caractères différentiels provenant de l'étude étiologique.

Si, du point de vue de la non-identité des deux maladies, nous examinons le côté étiologique de la question, nous saisissons entre les causes habituellement provocatrices soit de l'angioleucite, soit de l'érysipèle, cette différence, que dans l'angioleucite les blessures sont généralement plus superficielles et ne font pas saigner, tandis que dans l'érysipèle, il y a presque toujours une *cruentation*, qui témoigne d'une atteinte directe portée aux réseaux sanguins. La différence du frôlement à l'écorchure.

Nous croyons même que l'écrasement linéaire qui, généralement ne fait pas saigner les tissus, doit à cette circonstance de ne jamais, ou presque jamais, causer l'érysipèle.

La détermination étiologique respective est difficile à établir, parce qu'il y a des causes qui sont communes aux deux maladies. Mais si vous voulez trouver la solution étiologique, faites ceci : mettez en regard de chaque lésion déterminée, d'un côté l'angioleucite, de l'autre l'érysipèle, et comparez les deux tableaux.

Prenons, par exemple, les amputations, et voyons le nombre respectif des angioleucites et des érysipèles à la suite des amputations.

Voici ce que vous trouvez : sur vingt amputations, presque jamais d'angioleucite, et au moins un ou plusieurs érysipèles.

N'est-il pas reconnu que l'amputation est une cause notable d'érysipèle et une cause presque nulle d'angioleucite ?

Dans l'ablation des tumeurs, c'est la même chose.

Passez successivement en revue toutes les causes traumatiques, il vous sera répondu que les causes d'érysipèle intéressent constamment les réseaux sanguins, qu'elles font saigner les tissus et qu'elles agissent plus profondément que les causes d'angioleucites.

On pourra m'objecter que l'érysipèle n'a quelquefois pour origine qu'une cause, en apparence légère, qu'un simple bouton. Mais prenez bien garde que ce bouton, tout bouton

qu'il est, a été mis en sang par une de ces attractations telles qu'en provoque le prurit, et que dès lors il y a eu accès direct aux réseaux sanguins.

Une simple pustule vaccinale peut devenir l'origine d'un érysipèle. Mais la piqûre vaccinale a-t-elle fait saigner ? Est-elle restée exempte de tout saignement ? C'est là une distinction de première importance. Si l'inoculation a été faite avec la pointe d'une épingle et par simple rayure non sanglante, je doute fort que vous puissiez montrer un érysipèle provenant de pareille source. Si elle est faite avec un instrument piquant et tranchant à la fois comme l'est la lancette, alors tout s'explique. Les réseaux sanguins ont été directement intéressés.

SÉMÉIOLOGIE.

DES TEMPÉRATURES BASSES EXCESSIVES. Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, par MICHEL PETER.

SOMMAIRE. — Refroidissement extrinsèque, ou par rayonnement, et refroidissement intrinsèque, ou spontané. — L'abaissement de la température, dans le premier cas, peut être beaucoup plus considérable que dans le second, sans que mort s'ensuive nécessairement. — Importance de l'intégrité de l'organisme sur le retour à la santé. — Émaciation et refroidissement parallèles par l'inanition. — Températures basses de la convalescence, du sclérème, du choléra, des affections chroniques, de l'urinémie, de la lypémanie. — Conséquences pratiques diverses.

Maintenant il est un état de l'organisme qui se rapproche de celui qu'entraîne l'inanition, c'est la *convalescence*. Alors, en effet, les individus sont émaciés comme les animaux de Chossat, et comme eux ils présentent une basse température.

Les convalescents ont encore cela de commun avec les inanitiés que parfois leur estomac est devenu incapable, au moins momentanément, de reprendre ses fonctions. Vous savez, en effet, par l'observation des naufragés de la *Méduse*,

recueillie par de Savigny, comme par les expériences de Chossat, qu'aux bout de quelques jours de privation absolue d'aliments non-seulement l'appétit se perd complètement, mais encore l'aptitude digestive est à peu près totalement abolie. La vue même des aliments n'excite plus de désirs et leur ingestion imprudente est bientôt suivie de vomissements. L'estomac a participé à la déchéance générale ; il est revenu sur lui-même, s'est anémié et ne sécrète plus, ou ne sécrète qu'en insuffisante quantité le suc gastrique ; c'est ce qui résulte d'observations directes faites sur des chiens à fistule épigastrique.

Dans ces cas, il importe de venir au secours de l'organisme par une alimentation réparatrice ; mais parfois vous ne pouvez le faire que par des voies indirectes.

Indépendamment, en effet, de cette faiblesse radicale de l'estomac, il peut survenir chez certains convalescents de fièvre continue une telle irritabilité du viscère que l'alimentation semble impossible et contre-indiquée ; ils vomissent dès qu'on essaye de les alimenter, ont de la douleur à l'épigastre et une petite fièvre reparaît. Vous entrevoyez alors vaguement le fantôme de la gastrite. Tel était le cas d'un convalescent de fièvre typhoïde que j'avais dans mon service à la Charité, alors que je suppléais le professeur Monneret. Eh bien, malgré les vomissements, la douleur épigastrique et la petite fièvre, je résolus de l'alimenter, persuadé que j'étais qu'il n'y avait pas là d'inflammation de la membrane muqueuse, mais une simple intolérance par hyperesthésie. En vue de combattre celle-ci, je fis appliquer un vésicatoire à l'épigastre et donner, immédiatement, avant chaque petit repas, une solution morphinée (2 à 3 milligrammes chaque fois). Les aliments furent supportés, les vomissements cessèrent, la fièvre disparut et le malade guérit. Je crois qu'en pareille circonstance une injection hypodermique de morphine eût rendu les mêmes services, et que le vésicatoire n'était pas indispensable.

Mais revenons aux basses températures, et, à ce sujet, parlons du *sclérème* des nouveau-nés.

C'est un état morbide qui rappelle les expériences de Chossat. Dans ce cas, en effet, il y a également inanition, car les malades sont ou des avortons incapables de se nourrir, ou de malheureux enfants qu'ont abandonnés leurs mères. Mais, indépendamment de l'absence de nourriture ou de l'insuffisance de celle-ci, il y a, comme l'a très-bien fait remarquer M. H. Roger (*De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique*, 1844), l'intervention du froid extérieur, car on observe surtout le sclérème dans les hospices d'enfants trouvés et alors que les enfants ont été abandonnés pendant l'hiver. De sorte que le cas se rapproche tout à la fois de celui de notre femme du numéro 14, qui, elle aussi, s'était refroidie par rayonnement pendant une nuit du mois de mars, et de celui de certains animaux inaniciés par Chossat : je veux dire les très-jeunes animaux que ce physiologiste a vus résister moins longtemps à l'inanition et se refroidir beaucoup plus vite.

Dans le sclérème, ou œdème des nouveaux-nés, que M. H. Roger propose judicieusement d'appeler *œdème algide*, pour bien en préciser les deux éléments morbides, cet habile médecin a vu la température s'abaisser jusqu'à 25 degrés, 23°, 5, 22°, 5 et même 22 degrés, c'est-à-dire dans ce cas jusqu'à 15° au-dessous de la température normale. Ce qu'il y a de remarquable dans cette maladie c'est que le refroidissement continue jusqu'à la mort. Ainsi, dans la première observation de M. Roger, en quatre jours la température axillaire baisse de 32 degrés à 22 degrés, c'est-à-dire de 11 degrés (la température extérieure étant de 16 degrés le dernier jour de la vie).

Quant à l'autre élément morbide, l'œdème, M. Roger se demande s'il précède ou suit le refroidissement, et il est assez disposé à croire que le refroidissement est l'acte pathologique initial. Il y a d'ailleurs corrélation entre ces deux faits, de sorte que de l'intensité du refroidissement on peut conclure à l'intensité et à l'étendue de l'endurcissement.

Deux fois seulement sur 29 cas, M. Roger a vu les nou-

veau-nés atteints de sclérémie revenir à la santé ; chez l'un le thermomètre était descendu jusqu'à 33 degrés, chez l'autre jusqu'à 32°,5. Ainsi un nouveau-né peut, sans en mourir, avoir quelque temps une température de 4 à 5 degrés au-dessous de la normale

Dans ces conditions, pour rappeler le malade à la vie, il ne suffit pas de le réchauffer artificiellement, il faut encore essayer de l'alimenter. Dans les expériences de *ranimation* de Chossat, dès qu'on cessait de chauffer les animaux ils perdaient leur calorique avec une vitesse presque double de ce qu'ils perdaient dans les heures voisines de la mort (5 degrés par heure). Au contraire, en joignant l'alimentation au réchauffement artificiel, sur six expériences Chossat a obtenu trois rétablissements. Ainsi ce que le réchauffement ne fait pas la digestion peut le faire ; elle sollicite la spontanéité calorifique, ou, en d'autres termes, elle provoque les actes thermogènes du foie, des reins et des autres organes sécréteurs, qui, faisant de la chimie vivante, font par cela même de la chaleur animale.

Après le sclérème, le *choléra indien* est l'affection aiguë dans le cours de laquelle s'observent les températures morbides les plus basses. Cependant la divergence d'assertions commence quant à la période où le refroidissement est le plus intense. Les uns, avec Barenprung et Doyère, ont dit que c'était dans la période algide, les autres, avec presque tous les médecins des hôpitaux de Paris, que c'était dans la période typhique ou de réaction. Cela tient, dit M. Hirtz (*Chaleur dans les maladies*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1867), au lieu et au moment de l'application du thermomètre ; dans l'anus il donne la température centrale, qui peut être en excès, dans l'aisselle et surtout dans la bouche, il indique la réfrigération périphérique, qui est très-réelle.

Je vous ai dit, dans une leçon précédente, comment, dans cette affection où s'observent en réalité les températures les plus basses, on peut, au moment où la vie va finir, constater de très-hautes températures centrales : le même fait se mon-

trant également dans le cours de l'algidité, ce n'est qu'une affaire d'asphyxie terminale ou momentanée. Si la température axillaire ou rectale est plus basse dans la réaction que dans l'algidité, c'est qu'alors l'hématose recommence à se faire mieux et que la réfrigération pulmonaire est moins incomplète.

Mais, comme l'ont dit quelques auteurs, le choléra asiatique est-il la maladie où la chaleur *descende le plus bas* ? Ou bien n'y a-t-il qu'une absence de déperdition du calorique, qui n'arrive plus à la surface par suite de la cessation du cours du sang aux extrémités, comme l'a récemment soutenu M. Marey.

Déjà M. H. Roger avait fait observer « qu'il n'y a pas dans ces cas distribution inégale de la chaleur animale, mais *diminution simultanée* de la température intérieure comme de la température externe » (*Recherches expérimentales sur l'abaissement de la température dans le choléra*, in *Actes de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1850), et ce savant observateur, ayant pris simultanément la température dans la bouche, aux mains, aux pieds, dans l'aisselle, a trouvé que le thermomètre placé dans la bouche ou dans l'aisselle a accusé une diminution de la chaleur interne, de même que, enfoncé dans la main, il indiquait un refroidissement de la surface et des parties éloignées du centre circulaire. « Il y avait, dit-il, refroidissement général ; cette réfrigération étant du reste moins marquée à l'aisselle, plus prononcée dans la bouche, à son summum aux extrémités. »

M. Lorain, dont les idées théoriques ne s'éloignent pas notablement de celle de M. Marey, a fait cependant sur les températures comparées dans le choléra des recherches qui, en confirmant celles de M. Roger, ont montré que la température du rectum est toujours supérieure à celle de l'aisselle et souvent supérieure à celle de l'état physiologique. « Ainsi (sur 74 malades) le thermomètre ne s'est abaissé à 34 degrés (dans le rectum) que dans 1 cas, à 35 degrés dans 2 cas, et il n'est monté à 40 degrés que dans 5 cas. C'est entre 37 degrés

et 38 degrés qu'a lieu l'oscillation dans l'immense majorité des cas. Ainsi, dit encore M. Lorain, la température centrale tend à rester constante " (*Études de médecine clinique ; le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine.*)

M. Lorain a encore trouvé que quand la chaleur du rectum vient à baisser, aussitôt celle de la bouche baisse dans des proportions énormes. Lorsque, au contraire, la courbe des températures du rectum se relève et se hausse au-dessus de la moyenne, la courbe des températures de la bouche se hausse tout près de la première et reste haut. " Cette dépense (de calorique par la bouche) fait baisser le niveau. " (Lorain, *Op. cit.*)

De tout ceci on peut conclure qu'il n'y a pas dans le choléra concentration de la chaleur vers les organes internes, mais bien réellement abaissement de la température générale. La soif vive invoquée comme preuve par M. Marey me semble peu probante quand à cette concentration de calorique à l'intérieur, attendu qu'elle s'explique parfaitement, cette soif, par l'énorme spoliation de liquide résultant de la diarrhée, des vomissements et des sueurs cholériques. Il y a là un fait analogue à la soif ardente consécutive aux vastes hémorragies : de part et d'autre, perte de liquide par l'organisme et besoin impérieux de le recouvrer.

En résumé, le choléra asiatique est bien et dûment une maladie algide, qui entraîne un abaissement considérable de la température à la périphérie, un abaissement moindre mais réel à l'intérieur, et où le calorique ne s'accumule centralement que d'une façon accidentelle et par le fait de l'asphyxie momentanée ou ultime.

Cela dit, quels sont les chiffres les plus intéressants et les résultats les plus pratiquement utilisables obtenus par les auteurs ?

Czermak a vu la température des *extrémités* osciller entre 23 et 29 degrés ; H. Roger a trouvé une fois 21 degrés dans la *main* (3 degrés $1/2$ au-dessus de la température ambiante).

Le refroidissement des extrémités, et en particulier du nez,

de la langue, des oreilles, n'est pas dans la proportion de l'abaissement de la température générale; il va bien au delà.

Au point de vue pratique, M. H. Roger admet que dans le choléra le thermomètre peut servir au pronostic : l'abaissement étant synonyme de danger. Dans toutes ses observations, sauf une seule, la mort eut lieu lorsque le thermomètre avait marqué moins de 32 degrés dans la bouche et moins de 23 degrés dans la main. Il y eût comme exception le fait d'une jeune fille dont la bouche marqua 24 degrés un jour, 36°,5 le lendemain et qui guérit.

Dans ses recherches si bien conduite, M. Lorain est arrivé à cette conclusion que, dans le choléra, des courbes de températures *uniformément descendantes* sont signes de mort, et il rapporte deux observations dans la première desquelles on voit en cinq jours la température de la bouche baisser de 5°,1 (de 36°,6 à 31°,5) celle de l'aisselle de 3°,2 (de 37°,2 à 34 degrés), et enfin celle du rectum de 2°,8 (de 38 degrés à 35°,2). Dans la seconde observation, en huit jours, la chaleur de la bouche tomba de 3°,6 (de 34 degrés à 30°,4), celle de l'aisselle de 3°,2 (de 35°,2 à 32 degrés), et celle du rectum beaucoup plus, de 5 degrés (de 37°,8 à 32°,8). Il y eût mort dans les deux cas. L'abaissement de la température du rectum, dit à ce propos M. Lorain, est un phénomène d'une extrême gravité lorsqu'il se maintient.

Inversement, et d'après le même médecin les courbes de température *uniformément ascendante* marquent la tendance à la guérison. Ainsi, dans deux cas terminés par la guérison, on voit chez un malade, la température de la bouche s'élever graduellement de 2°,6 (de 34 degrés à 36°,6), celle de l'aisselle de 1°,6 (de 35°,6 à 37°,2), et celle du rectum de 0°,7 (de 36°,4 à 38 degrés) chez l'autre malade, la température de la bouche s'élève de 2°,6 (de 35°,8 à 38°,4), celle de l'aisselle de 2°,1 (de 36°,3 à 38°,4), et celle du rectum de 1°,7 (de 37°,6 à 39°,3).

Ainsi le choléra est, de toutes les affections aiguës, celles où la température peut s'abaisser le plus sans que mort s'en suive; ce qui tient vraisemblablement, suivant moi, à l'inté-

grité relative de l'organisme. Mais dans aucun cas nous ne voyons, sans que la mort en soit la suite, la température baisser autant que chez notre malade du numéro 14 de la salle St. Charles (26 degrés dans le vagin), laquelle a cependant guéri ; et il nous semble n'y avoir d'autre raison de ce fait que *l'intégrité absolue* de l'organisme. Cette femme n'avait rien perdu que du calorique, tandis que les cholériques subissent des spoliations excessives et ne sont pas moins épuisés dans leur innervation par l'intensité de leurs douleurs et de leurs crampes.

(A continuer.)

LA CONSTITUTION DE L'AIR ATMOSPHÉRIQUE A-T-ELLE VARIÉ ? — INFLUENCE DU SOL ET DE LA CULTURE SUR L'ETHNOLOGIE.

Nous croyons que nos lecteurs liront avec intérêt l'extrait suivant d'une conférence faite dernièrement par M. le professeur Ville, au champ d'expériences de Vincennes, et que nous empruntons à la *Revue scientifique*.

Si je vous disais—et si je faisais mieux,—si je vous prouvais que l'air qui compose notre atmosphère n'avait pas, aux premiers âges de la terre, la même composition que de nos jours, qu'il contenait, à ces époques reculées, plus d'acide carbonique et un composé azoté, l'ammoniaque, qu'il a perdu, vous trouveriez peut-être cette prétention bien téméraire, et vous auriez hâte de connaître les éléments sur lesquels on peut fonder une pareille démonstration.

Vous savez, Messieurs, que la houille a pour origine les végétaux des premiers âges, qui appartenaient tous à la grande famille des *criptogames vasculaires*.

Or, ces végétaux, nous le savons par leurs restes fossiles, offraient deux caractères dans leur organisation : des feuilles aux dimensions colossales ; une racine pivotante extrêmement réduite. Ce contraste entre deux systèmes d'organes également essentiels indique que ces plantes puisaient beau-

coup dans l'air et fort peu dans le sol. Elles acquéraient des dimensions colossales. Eh bien, les plantes de l'époque actuelle qui reproduisent l'organisation des lépidodendrons et des calamites appartiennent à la classe des plus humbles : ce sont les prêles et les lycopodes, qui atteignent à peine un mètre de hauteur.

Pour qu'un pareil changement ait pu se produire dans les dimensions de ces végétaux, il faut qu'un changement correspondant ait eu lieu dans la nature des milieux au sein desquels ils vivent, que les conditions qui ont dû présider au développement des calamites et des lépidodendrons, ne soient pas celles qui agissent aujourd'hui sur les prêles et les lycopodes.

Or, quelles pouvaient être ces conditions ?

Au premier chef, une atmosphère chargée d'acide carbonique et d'ammoniaque.

En effet, placez une plante à grand feuillage, un caladium, par exemple, que, pour rendre votre démonstration plus complète, vous aurez cultivé dans le sable calciné ; placez, dis-je, une telle plante dans une atmosphère riche en acide carbonique et en ammoniaque, et vous lui verrez acquérir soudain un développement énorme : les feuilles auront plus de deux mètres d'envergure ; l'activité du développement dépassera tout ce qui vous environne ; vous croirez assister à la résurrection d'un monde nouveau.

Or, de la similitude des effets, vous êtes bien autorisés à conclure à la similitude des causes.

Aux premières époques du monde, la terre était formée d'éléments minéraux ; il n'y avait de détritits d'aucune nature, comme dans notre expérience. Or, puisque dans un tel sol il est possible d'imprimer à la végétation une activité dévorante à l'aide de quelques traces d'ammoniaque, il fallait donc que l'atmosphère des premiers âges contînt un composé azoté qui a maintenant disparu ; mais ce n'est pas tout.

Depuis un demi-siècle, un sentiment timide, plus intuitif que raisonné, devenu maintenant une doctrine qui s'affirme

au grand jour, porte les esprits à rattacher les aptitudes des peuples, les vicissitudes de leur histoire, à l'influence des conditions matérielles au sein desquelles ils ont vécu.

Entre divers résultats obtenus, je puis vous signaler les suivants :

10. Les terrains primitifs sont décidément défavorables à l'essor de la vie et à l'épanouissement des facultés morales et intellectuelles. Les races qui se fixent sur ces terrains y dégèrent, et, pour peu que le climat ajoute par un excès de chaleur et d'humidité son influence défavorable à celle du sol, les races s'y dégradent.

20. Les terrains déposés au sein des eaux pendant la période diluvienne offrent sur les précédents une grande supériorité.

30. Mais les plus favorisés sous le rapport des conditions d'existence, ce sont les terrains d'alluvion de formation récente, les alluvions de la période actuelle (1).

A ces faits, l'observation des historiens en a ajouté certains autres,—par exemple, que les régions où l'intelligence humaine a atteint son plus complet développement sont comprises dans les zones où les céréales sont cultivées,—et, parmi les céréales, on peut encore faire une distinction entre le froment, l'orge et le seigle dont les effets se répercutent sur l'organisation des populations.

Ces aperçus, qui donnent un cadre nouveau à l'histoire, ne seront susceptibles d'applications pratiques et positives que le jour où l'on pourra les formuler en termes plus précis ;—les champs d'expérience, grâce aux indications certaines qu'ils nous fournissent sur la richesse ou la pauvreté du sol, permettent de combler cette lacune.

Je puis vous en citer un exemple qui nous touche, car il s'est passé sous nos yeux :

Dans le Département de l'Aveyron, la moitié des terres se compose de schiste, de gneiss, de micachiste. L'autre moitié

(1) Trémaux, *Origine et transformation de l'homme*, 1865.

qui lui est contiguë en beaucoup de points se compose de terrains jurassiques : de là deux contrées aux physionomies les plus diverses, appelées : la première *segala*, terres à seigle et la seconde *causse*, de *calx*, chaux.

Les habitants du ségala, les ségalins, sont chétifs, maigres, anguleux, petits plutôt laids que beaux ; les animaux y sont eux-même, de taille réduite.

Les habitants du *caussenards* sont amplement charpentés, grands, plutôt beaux que laids.

Les animaux domestiques participent de ces mêmes contrastes : on élève dans le ségala, et l'on engraisse dans le *causse*.

Livrez la terre de ces deux régions à l'analyse du chimiste, et demandez-lui comment il est possible de l'améliorer.

Réduit à ses seules lumières, il ne saurait vous répondre.

Ayez recours à quelques modestes champs d'expériences, ils vous diront que la terre, dans le ségala, manque d'azote et de phosphate ; que, dans le *causse*, c'est la potasse et la matière azotée qui font défaut. Hâtez-vous de suivre ces prescriptions : répandez l'azote, le phosphate, la potasse et la chaux, et, soudain, vous verrez la culture de seigle se restreindre, celle de l'orge s'étendre, et bientôt le froment succéder à l'orge. Lorsqu'on ne cultive qu'avec du fumier, des effets de cet ordre ne sont pas possibles ; le fumier conserve fatalement la tache indélébile de son origine : si la terre qui l'a produit manque de phosphate, lui-même en sera naturellement dépourvu.

La terre a seigle restera toujours terre à seigle, l'homme qui l'habite, toujours un ségalain, à la taille petite ; son existence et ses facultés subiront le joug d'une puissance qui l'étreint, l'enlasse et l'asservit, et à l'action de laquelle il ne saurait se soustraire.

Aux lumières de la science ce servage ne peut subsister.

Maître des conditions qui commencent à la vie des plantes, l'homme peut détourner, non sans lutte, non sans efforts, mais il peut changer le cadre qui l'opprime et changer le cours de

sa destinée en modifiant l'organisation des plantes et des animaux destinés à le nourrir. Au sol qui manque de phosphate et d'azote, il apporte le phosphate et l'azote, et, au lieu de vivre de pain de seigle, il vit de pain de froment. Par cette substitution, après deux, trois ou quatre générations, il s'élève d'un degré dans l'échelle biologique, son organisation se perfectionne, ses facultés s'étendent, et ses conquêtes sur les infériorités natives de race, cette conquête, il la doit toute entière aux inductions de la science, et à l'énergie persévérante de sa volonté.

Voyez-vous, Messieurs, lorsqu'on soulève un coin du voile qui nous cache encore les lois qui règlent l'essor de la vie, on se sent comme ébloui ; entre l'homme et la création, il y avait, autrefois, une barrière infranchissable ; nous sentions intuitivement, nous faisons plus, nous affirmons que cette barrière ne peut subsister. En pénétrant le jeu des effets de la vie, l'homme s'en rend maître, comme il a fait de la vapeur, de l'électricité, des vents, de la foudre, et, par elle, il réagit sur ses propres conditions d'existence, et, en équilibrant mieux, il rend aux nations, cette fusion des âmes qu'un mot magique exprime : LA PATRIE !

Les sociétés sont de vaste arènes où deux puissances ennemies sont éternellement aux prises : la vie et la mort.

Les forces productives du sol sont-elles accrues, les conditions de la vie s'améliorent, et la population s'accroît en proportion. La loi de restitution est-elle enfreinte, le sol mis à un régime épuisant, un effet inverse se produit : la population rétrograde, la mort l'emporte sur la vie.—Malheur aux peuples où ces vérités sont méconnues.—*Revue Scientifique.*

BULLETIN

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Voici le discours qui a été prononcé par M. Barth, aux obsèques de M. Louis :

Messieurs,

C'est une belle et noble existence qui vient de finir. La

médecine contemporaine voit disparaître en M. Louis un de ses plus glorieux représentants, et l'Académie perd en lui un de ses membres les plus illustres et les plus justement aimés.

Par un rare privilège, Louis réunissait en sa personne tout ce qui inspire l'attachement et commande le respect : il était à la fois le parfait modèle du savant et de l'homme de bien.

Ses travaux scientifiques sont universellement connus ; il serait superflu de les rappeler, et ce n'est point ici le lieu d'en faire l'éloge. Qu'il suffise de dire qu'ils sont tous non pas le produit de conceptions plus ou moins ingénieuses, mais le fruit des recherches les plus patientes et de l'observation la plus exacte. Il s'ensuit que, s'ils n'ont pas l'éclat des œuvres de l'imagination, ils ont cette solidité et ce cachet de vérité qui les feront vivre encore lorsque bien d'autres productions plus brillantes seront tombées dans l'oubli.

Ce qui sera pour Louis un titre de gloire supérieure encore à celui de ses écrits, c'est d'avoir été l'âme et l'initiateur convaincu d'une méthode scientifique qui consiste à tenir peu de compte des assertions sans preuves, à se défier de l'hypothèse, et à ne considérer comme vrai que ce qui découle rigoureusement d'un nombre suffisant de faits bien observés et soigneusement analysés, méthode ardue, mais sûre, qui peut seule donner à la médecine l'exactitude qu'elle comporte et la faire avancer incessamment dans la voie du progrès.

C'est à ce titre surtout que Louis laissera dans l'histoire de notre art une renommée impérissable ; et ce qui justifie cette appréciation, c'est que la méthode dont il a été l'ardent propagateur, a rapidement prospéré et que parmi les élèves qui sont sortis de l'école de Louis, nous retrouvons une foule d'hommes distingués qui, sur tous les points du globe, ont conquis les positions les plus élevées et jouissent de la plus légitime réputation.

Le maître vénéré n'a pas eu seulement de nombreux élèves ; mais il a eu de plus ce rare bonheur que ses élèves sont devenus ses amis.

C'est que Louis avait des qualités du cœur et de l'âme qu'on

ne devinait guère, au premier moment, sous cet abord un peu froid et cet aspect tant soit peu austère.

Ceux qui ont pénétré dans sa vie intime savent ce que cette réserve et cette apparente froideur cachaient de vives et tendres affections.

C'est dans ses affections que Louis a été frappé pour la première fois, mais d'une manière cruelle, au milieu de sa carrière jusque là si heureuse.

Il avait un fils unique qu'il aimait passionnément et sur qui se concentraient toutes ses joies dans le présent, toutes ses aspirations pour l'avenir. Ce fils, qui donnait déjà les plus grandes espérances, lui fut enlevé à l'âge de 18 ans.

Le coup fut terrible. Louis resta inconsolable ; *noctui colori*.

Sa douleur immense s'atténua peut-être en se transformant en une espèce de culte pour l'enfant qu'il avait perdu ; et, tant que ses forces le lui ont permis, il est venu tous les jours s'incliner sur la tombe de ce fils bien-aimé.

Ce malheur irréparable modifia la vie de Louis. Le chêne avait été profondément entamé par le coup qui venait de trancher le rejeton.

Peu à peu Louis s'éloigna de la clientèle et il prit sa retraite de l'Hôtel-Dieu avant que l'âge lui en eût fait une nécessité.

Pendant toute sa carrière de praticien et de médecin d'hôpital, il avait été l'homme du devoir. L'accomplissement du devoir était sa règle, sa devise et sa préoccupation dominante.

Retiré de la vie active, il resta l'homme de bien, fidèle à ses affections. Un ami était toujours assuré de le voir accourir, au premier appel à son lit de souffrance ; il était toujours sûr aussi de trouver en Louis un conseil, un appui.

Dans sa retraite, Louis ne restait pas inactif ; il occupait son intelligence en s'enquérant de toutes les publications relatives à la science, qu'il avait si fructueusement cultivée, et il récréait son esprit par la lecture des bons livres.

Il était devenu un centre où se réunissaient tour à tour ses amis les plus intimes ; et il était beau de voir ce vieillard

toujours bon, toujours bienveillant et heureux de l'affection qu'on lui témoignait.

Sa conversation avait le charme que devaient avoir les entretiens de Socrate.

Dans ces réunions, il s'occupait surtout de ce qui intéressait ceux qu'il aimait.

Sa belle âme s'élevait quelquefois aussi dans des sphères plus hautes.

En contemplant les merveilles de la nature et l'harmonie de l'univers, il lui était impossible de ne pas reconnaître Dieu dans la grandeur de ses œuvres, et il ne pouvait admettre que le Créateur de toutes choses n'eût laissé à l'homme qu'une amère déception en faisant naître en lui, dans tous les temps et chez tous les peuples, le sentiment intime de l'immortalité de l'âme.

Cette existence dura ainsi dix-huit années partagée entre les douces et nobles jouissances de la lecture et l'amitié. On eut dit que le Destin retardait pour Louis ses arrêts et voulait le laisser plus longtemps dans ce monde comme le plus parfait modèle de l'honnête homme.

Mais tout ici bas doit avoir une fin : le 9 juin fut pour Louis un jour fatal ; il venait d'être frappé irrémédiablement du mal qui l'a emporté après soixante-quinze jours de souffrances stoïquement supportées.

A la première nouvelle de sa maladie, ses amis accoururent près de lui ; et, durant ces longs jours de douleur, c'était un touchant spectacle de les voir autour de son lit, associant leurs soins à l'assistance dévouée d'un fidèle serviteur et soutenant de leurs sympathies la pieuse sollicitude de la noble compagne de sa vie.

Avec quelle effusion de cœur il exprimait à tous ses affectueux remerciements ! et, quand ses forces défaillantes ne lui permirent plus de parler, une pression de main leur témoignait encore sa reconnaissance.

Ah ! si les vœux les plus ardents avaient pu retarder le terme fatal, Louis vivrait encore.

Mais son heure était venue : il la voyait approcher sans crainte, n'ayant d'autre regret que de quitter ceux qu'il aimait. Il est mort comme le sage antique, riche d'années et comblé des preuves de la plus vive affection.

Son départ laisse un grand vide dans la corporation qu'il a servie et illustrée, et ses élèves qui ont eu le bonheur d'être admis dans son intimité restent comme des orphelins qui auraient perdu le meilleur des pères.

Mais s'il n'est plus personnellement au milieu de nous, sa noble image survivra dans le cœur de ses amis, sa mémoire restera chère à ses collègues de l'Académie, et le beau nom de Louis laissera dans l'histoire de la médecine d'impérissables souvenirs.—[*L'Union Médicale*, France.]

LES NOCES D'OR DE MGR. L'ÉV. DE MONTRÉAL.

A une assemblée des Médecins de cette ville, tenue le 16 octobre, dans les salles de l'Ecole de Médecine, sous la présidence du Dr. J. G. Bibaud, les résolutions suivantes sont adoptées :

Proposé par le Dr. J. P. Rottot, secondé par le Dr. J. G. Poitvin : qu'une adresse de félicitation soit présentée à sa Grandeur Monseigneur Ignace Bourget à l'occasion du 50ème anniversaire de son ordination comme prêtre.

Proposé par le Dr. P. E. Plante; secondé par le Dr. A. Meunier : qu'un comité composé des Drs. J. G. Bibaud, J. P. Rottot et G. Grenier soit chargé de rédiger cette adresse.

Proposé par le Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. J. W. Mount : que les Drs. A. Munier, L. Quintal, E. Boissy pour la Division Est ; E. P. Lachapelle et A. Laramée pour la Division Centre; E. J. Bourque et H. Desjardins pour la Division Ouest soient chargés de faire signer l'adresse et de recevoir l'offrande qui devra l'accompagner.

Proposé par le Dr. A. Meunier, secondé par le Dr. L. Quintal : qu'une assemblée soit convoquée mardi 22 courant, à 8 h., P.

M., dans les salles de l'École de médecine pour recevoir le rapport du comité chargé de la rédaction de l'adresse.

Et l'assemblée est ajournée.

DR. GEORGES GRENIER, Secrétaire.

A une assemblée des médecins de cette ville, tenue le 22e. jour d'Octobre dans les salles de l'École de Médecine, le Dr. J. G. Bibaud est nommé Président et le Dr. G. Grenier, Secrétaire. Les Drs. E. P. Lachapelle, E. J. Bourque, A. Meunier font rapport des noms des médecins qui ont signé l'adresse et du montant de la souscription.

Le Dr. G. Grenier lit le rapport du Comité chargé de rédiger l'adresse à Mgr. de Montréal.

Sur proposition du Dr. O. Bruneau, secondé par le Dr. P. E. Plantes, les rapports sont adoptés.

Proposé par le Dr. A. Meunier, secondé par le Dr. E. P. Lachapelle : que le Dr. J. G. Bibaud soit chargé de présenter l'adresse et que les médecins de la ville soient invités à se rendre en corps auprès de Mgr. de Montréal en cette occasion. Adopté.

DR. GEORGES GRENIER, Secrétaire.

Vendredi le 25 oct., les médecins de cette ville ont présentés à Sa Grandeur Mgr. de Montréal, par l'organe de J. G. Bibaud, Ecr., M. D., Président de la Société Médicale, l'adresse suivante :

Monseigneur,

La Société Médicale et les médecins de cette ville sont heureux de pouvoir féliciter Votre Grandeur à l'occasion de sa cinquantième année de sacerdoce.

Nous croirions manquer à notre devoir, Monseigneur, si nous n'ajoutions pas notre tribut de respect et de reconnaissance à ce concert de louanges qui s'élève en votre honneur de toute la population catholique de votre diocèse.

Comme catholiques et comme Canadiens, nous voyons avec plaisir que vous vous êtes rendu digne de ces louanges, non seulement, parceque dans tout le cours de votre longue carrière, vous avez toujours donné à tous l'exemple des plus belles

vertus chrétiennes, mais encore, parce que votre sollicitude s'étendant à tout ce qui pouvait contribuer au bien-être et au bonheur du peuple confié à votre garde, vous avez fait accomplir de grandes choses aux diverses classes de la société ainsi qu'aux communautés religieuses, en les guidant fermement dans la voie du progrès.

Qu'il nous soit permis de témoigner particulièrement à Votre Grandeur notre reconnaissance pour le concours et l'appui qu'elle a accordés à nos Institutions pour l'enseignement de la médecine et pour la libéralité dont elle a fait preuve, en dirigeant les nombreuses Institutions de charité sous son contrôle, de manière à contribuer non-seulement au soulagement des misères humaines, mais de plus au progrès de la science médicale en ce pays.

Monseigneur, la postérité en contemplant vos œuvres, en voyant les nombreuses institutions que vous avez formées ou développées pour l'honneur de la patrie et la gloire de la religion, dira comme nous avec vérité : Il a passé en faisant le bien.

Puisse Dieu, Monseigneur, vous laisser vivre assez longtemps pour parachever le temple magnifique que vous élevez à sa gloire et pour nous permettre de payer la dette de reconnaissance dont nous vous sommes redevables pour l'intérêt spécial que vous avez toujours porté à notre profession.

Dans sa réponse, Monseigneur, remercia les médecins des marques de sympathie dont il était l'objet de leur part, leur promit de nouveau son concours, tant pour relever aux yeux de tous les importantes fonctions du médecin, que pour mettre la à disposition de la science tous les moyens dont il pourra disposer pour son progrès et ajouta d'autres paroles pleines d'à propos dans la circonstance.

NOUVELLES MÉDICALES.

DU CHLORURE D'ÉTHYLE COMME ANESTHÉSIQUE, par le Dr. STEFFEN, de Settin (*Berliner, klinische Wochenschrift*, 5 février

1872.)—L'auteur a employé ce composé une vingtaine de fois sur des enfants à l'hôpital des enfants de Settin, et une fois sur l'adulte ; il a pu constater que le chlorure d'éthyle (aethylidenchloride) est aussi facile à administrer en inhalation que le chloroforme ; il est même accepté beaucoup plus facilement par les enfants, parce qu'il est d'un contact moins irritant et parce que son odeur est plus douce et plus agréable. Pour atteindre aussi rapidement que possible l'effet voulu, il faut, dès le début, inhaler le plus possible du médicament.

Les enfants tombent dans l'anesthésie la plus parfaite en deux ou trois minutes au plus, et l'on a pu alors pratiquer sur eux plusieurs opérations de la face sans la moindre douleur. Les malades présentent pendant cette anesthésie toutes les apparences d'un sommeil paisible ; le pouls est calme, la respiration est peu influencée, surtout si les sujets n'étaient pas agités avant l'opération.

Les effets du chlorure d'éthyle sont de plus courte durée que ceux du chloroforme ; il est donc nécessaire, lorsque l'opération doit se prolonger, de maintenir l'anesthésie par de nouvelles inhalations aussitôt qu'il y a des signes de retour à la conscience. Chez les enfants, pour des opérations de courte durée, 3 à 4 grammes sont bien suffisants ; chez une femme cependant, opérée d'un cancer de mamelle et chez laquelle cette ablation fut très-laborieuse, on dut employer 30 grammes de l'anesthésique.

Les effets du chlorure d'éthyle passent très-rapidement ; les malades, dès qu'ils sont revenus à eux, n'éprouvent aucun malaise ; les enfants demandent ordinairement aussitôt à manger ; ce n'est que très-rarement qu'ils présentent du vomissement, pendant ou après l'inhalation.

M. Steffen préfère le chlorure d'éthyle au chloroforme ; il trouve qu'il agit plus promptement et qu'il est moins dangereux, parce qu'il n'affecte pas le jeu du cœur et celui de la respiration, comme le chloroforme ; de plus, ses effets sont plus passagers ; les malades rentrent vite dans leur état nor-

mal après l'anesthésie, sans avoir à supporter ce cortège de phénomènes désagréables que la chloroformisation cause habituellement après elle. Le chlorure d'éthyle, il est vrai, est d'un prix élevé ; mais on peut espérer que son prix baissera quand il sera plus employé. (*The Clinic*, mars 1872.)

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES D'ERGOTINE CONTRE LES VARICES)
par le docteur Paul Vogt, de Greifswald.—Encouragé par les heureux résultats que les injections sous-cutanées d'ergotine ont données entre les mains de Langenbeck, de Schneider, de Dutoit, dans des cas d'anévrismes, l'auteur a eu l'idée d'employer ce moyen contre les varices des membres inférieurs.

Le premier malade soumis à cette méthode thérapeutique fut un homme de 60 ans qui depuis plusieurs années était atteint de varices très étendues de la jambe. M. Vogt se servit d'une solution de deux grammes d'ergotine, dans l'esprit de vin et glycérine sept grammes et demie de chaque. Une quantité de cette solution représentant 12 centigrammes d'ergotine fut injectée vers l'extrémité d'une varice qui avait l'épaisseur du petit doigt et une longueur de plus de deux pouces, et qui siégeait sur le tibia.

L'opération fut répétée tous les deux jours. Au huitième jour on n'apercevait plus la varice et au bout de six semaines toute trace de celle-ci avait disparu. Pendant le traitement, le malade se promena comme d'habitude.

On traita de la même manière une autre varice de la grosseur d'une noisette et siégeant sur le mollet. Le résultat fut également heureux. Il se manifesta, au point où l'on fit l'injection, un peu d'infiltration circonscrite qui disparut progressivement.

Plusieurs autres malades, dont quelques-uns atteints de varices volumineuses, furent soumis aux injections sous-cutanées d'ergotine à l'hôpital de Greifswald ; le succès chez tous fut surprenant.

M. Vogt pense que l'ergotisme agit en diminuant l'abord du sang dans le vaisseau malade ; suivant lui, elle provoquerait

la contraction des parois des petites artères ainsi que celles de la veine ; la légère infiltration qui suit l'injection agirait dans le même sens par compression. (*Berliner Klin. Wochenschr.* et *British med. journal*, avril 1872).

DE L'HUILE DE TÉRÉBENTHINE DANS LES AFFECTIONS AIGUES DE L'OREILLE MOYENNE, par le docteur WEBER, de Berlin.—Depuis deux ans l'auteur emploie à l'intérieur l'essence de térébenthine dans le traitement des affections aiguës et douloureuses de l'oreille moyenne ; les succès qu'il a obtenus de ce médicament sont si encourageants qu'il regarde la térébenthine comme une sorte de spécifique dans les cas que nous venons d'indiquer.

M. Weber donne l'essence de térébenthine à toutes les périodes de l'otite aiguë moyenne ; mais pour être efficace le remède doit être pris à dose assez forte. L'auteur en prescrit habituellement une petite cuillerée à thé deux fois par jour et une cuillerée plus pleine dans la soirée. Si la térébenthine produisait des nausées et des vertiges, comme cela arrive quelquefois, on diminuerait les doses de la journée, tout en administrant intégralement la dose de la soirée. Dans le plus grand nombre des cas, le malade dort dès la première nuit de l'emploi du médicament, lors même que depuis des semaines l'intensité des douleurs aurait rendu le sommeil impossible.

M. Weber trouve que les heureux effets de l'essence de térébenthine sont beaucoup plus frappants dans l'otite moyenne aiguë, de cause rhumatismale que dans celle qui survient par propagation à la suite d'un catharre aigu nasal ; dans ce dernier cas il fait faire au malade de larges inhalations de vapeurs de thé de camomille additionné de substances balsamiques.

L'essence de térébenthine peut, suivant l'auteur, faire avorter l'otite aiguë, quand la maladie est traitée dès le début ; et peut rendre des services mêmes dans les cas d'otite traumatique ; dans la ténotomie du muscle tenseur du tympan, ce

médicament peut par exemple être donné avec avantage, même avant l'opération, comme prophylactique.

Il faut noter que M. Weber pratique des insufflations dans l'oreille moyenne en même temps qu'il donne la térébenthine; il faut donc tenir compte, dans les succès qu'il a obtenus, de la part qui revient à cette pratique thérapeutique. (*The Clinic.*, 24 févr. 1872).

La Société médicale de Montréal vient d'être saisie d'un projet de loi anatomique dont le besoin se fait sentir depuis bien longtemps.

MORT DU DR. SPENCER BILLS.

Monsieur le Rédacteur,

Veillez consacrer une page de *L'Union Médicale*, à la mémoire d'un de nos confrères de Toledo, qui vient de mourir victime de son dévouement et de sa fidélité à ses devoirs professionnels.

Le Dr. Spencer Bills, né dans le comté de Warren, Indiana, Etats-Unis, fut gradué à l'Université du Michigan. Il vint se fixer à Toledo au printemps de 1874. Nommé médecin des pauvres, avec un traitement bien minime, il se dévoua de tout cœur au soulagement de ces infortunés.

Dernièrement, il eut à donner ses soins à un malade atteint d'une variole confluente. Il ne négligea rien pour assurer la guérison de son patient, qui, en effet, recouvra la santé.

Le Dr. Bills avait été vacciné lorsqu'il était enfant; on lui conseilla de se faire revacciner avant de se mettre en contact avec ce malade. Il négligea de le faire, et, le 16 du courant, il fut atteint lui-même de la petite vérole dans sa forme la plus maligne, et mourut dans un état comateux dès que l'éruption eut commencé à paraître. Pour mettre le comble à sa charité, il avait voulu lui-même être transporté à la maison des pestiférés, afin d'éviter à sa Dame et à son enfant les dangers de la contagion. La profession médicale lui fit de pompeuses obsèques le 21 courant et vota des secours à sa veuve.

Toledo, Ohio, 23 Octobre 1872. ZEP. ROULEAU, M. D. V.

MORT DU DR. JOHN DICKSON.

C'est avec regret que nous apprenons la mort du Dr. J. Dickson, fils du Dr. J. R. Dickson, de Kingston.

Ce jeune homme, après de brillantes études médicales fut nommé assistant-chirurgien dans un régiment de l'armée anglaise stationné à Allahabad, aux Indes.

Le 4 Aout dernier, le choléra attaqua les soldats de son régiment, le 11 il ressentit lui-même les premiers symptômes de la maladie, et le 13 il expirait loin de ses amis, loin de ceux qui auraient pu adoucir les derniers moments de sa vie.

BIBLIOGRAPHIE.

A practical treatise of the diseases of women.—By T. Gaillard Thomas, M. D.

Tel est le titre d'un ouvrage que nous venons de recevoir. Après l'avoir parcouru, nous sommes demeurés convaincus que son titre ne disait rien de trop ; c'est réellement un livre qui peut guider le praticien dans tous les cas difficiles que présentent les maladies des femmes. Tout y est bien coordonné, et chaque sujet est traité d'une manière claire, nette et précise.

Cet ouvrage en est rendu à sa troisième édition et renferme deux cent quarante six magnifiques gravures.

Publié par Henry C. Lea, Philadelphie.

JOURNAUX REÇUS PENDANT LE MOIS.—*Gazette des Hôpitaux, Gazette Hebdomadaire, Lyon Medical, Canada Lancet, Canada Medical and Surgical Journal, Canada Medical Record, The American Journal of the Medical Sciences, The Medical and Surgical Reporter, The Journal of the Gynaecological Society of Boston, The Boston Medical and Surgical Journal, The Medical Times and Gazette.*

—:0:—

DÉCÈS.

—A Toledo, Ohio, Etats-Unis, le 17 Octobre 1872, Louis, Gaston, Zéphirin Rouleau, enfant de Zép. Rouleau, M. D. V.

Il n'a vu qu'un printemps

Et déjà il n'est plus.

A Allahaboot, dans l'Inde le 13 du mois d'Aout dernier le lieutenant chirurgien Major Dickson fils du Dr. John R. Dickson de Kingston. Il est mort victime du choléra, qui venait de se déclarer dans le régiment auquel il était attaché.

TABLE DES MATIÈRES.

Dystocie, par A. Dagenais, M. D.....	533
Observations sur la Lithotritie et la Lithotomie, par William H. Hingston, M. D., L. R. C. S.....	536
Importance du lait dans l'alimentation de l'enfance, par le Dr. S. A. Longtin.....	543
Thérapeutique Chirurgicale.....	546
Notes sur l'Erysipèle, <i>suite et fin</i>	552
Séméiologie.....	558
La constitution de l'air atmosphérique a-t-elle varié?— Influence du sol et de la culture sur l'Ethnologie.....	565
Bulletin sur la séance de l'Académie de Médecine.....	569
Les Noces d'Or de Mgr. l'Evêque de Montréal.....	573
Nouvelles Médicales.....	575
Mort du Dr. Spencer Dills.....	579
Mort du Dr. John Dickson.....	580
Bibliographie.....	580

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

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