

## 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. DESROSNIERS, M. D.

Vol 1.

JUIN 1872.

No. 6.

### L'ACTE MEDICAL PROJETÉ.

Lorsque nous avons vu l'Association Médicale préparer une nouvelle loi de médecine, nous avons tous raison de croire que son Bill ferait disparaître les déféciosités de l'ancienne loi, fermerait la porte aux abus, mettrait la profession sur un pied plus élevé, et, tout en sauvegardant plus efficacement qu'à présent les intérêts de ses membres, donnerait en même temps plus de satisfaction et plus de garantie au public. Je crains bien que ce projet de loi qui nous est maintenant soumis ne puisse réaliser ces espérances; et j'avouerai pour ma part que sa lecture m'a laissé dans l'esprit une impression défavorable.

D'abord, ce Bill pourvoit à l'établissement d'un système uniforme d'études classiques et médicales. Voilà certainement une idée à laquelle j'applaudis de tout cœur: c'est pour ainsi dire la pierre angulaire sur laquelle ce Bill doit être élevé; sans elle il nous est impossible d'atteindre notre but; sans elle, par conséquent, point de succès. Mais en même temps il faut avouer, que dans un pays composé de différentes nationalités, et toutes jalouses de conserver intacts, leurs droits, leurs langues et leurs croyances religieuses, il est extrême-

ment difficile de confectionner une loi qui puisse donner satisfaction à tous.

C'est certainement l'obstacle le plus sérieux que l'on avait à rencontrer, mais on a pas su le vaincre.

Pour s'en convaincre, examinons d'abord la IV<sup>ème</sup> clause de ce Bill : on y voit que le Conseil Général sera composé de 30 membres,

dont 10	représenteront	la	Province	d'Ontario
" 10	"	"	"	de Québec
" 5	"	"	"	de la N. Ecosse
" 5	"	"	"	du N. Brunswick.

Combien de membres pourrions-nous envoyer à ce conseil ? Cinq ou six, tout au plus.

Nous nous trouverons dans une très grande minorité, entièrement sous la dépendance de nos confrères d'Ontario et des Provinces d'en Bas. Je veux bien croire qu'ils n'abuseront pas de leur puissance. Mais enfin ce n'est pas une position satisfaisante, ni même convenable.

Si encore le conseil n'avait que des pouvoirs limités : mais il est indépendant, sans contrôle, tout-puissant. Ainsi, la 2<sup>ème</sup> clause lui donne le pouvoir de nommer un Bureau d'examineurs, dont le devoir sera d'examiner et de s'assurer des connaissances professionnelles de tous les candidats pour l'enregistrement en conformité aux règlements du conseil général.

La XXV<sup>ème</sup> clause lui donne le pouvoir de nommer des examinateurs pour instituer et conduire l'examen des étudiants en médecine sur leur éducation préliminaire ou générale. De plus il est pourvu par cette même clause qu'aucun gradué dans les arts d'aucune Université dans les possessions de Sa Majesté ne sera requis de passer un examen relatif à l'éducation générale. De sorte qu'un gradué quelconque, fut-il d'Afrique ou de la Chine sera admis à l'étude de la médecine, simplement sur présentation de son diplôme, tandis que nos jeunes compatriotes, après avoir reçu dans nos collèges une éducation, pour dire le moins, aussi bonne que celle donnée dans les Universités anglaises seront obligés de se soumettre à un examen avant d'être admis à l'étude de la médecine. Ces Messieurs paraissent vraiment avoir une petite opinion de nos maisons d'éducation.

La 27<sup>ème</sup>. clause donne au conseil le pouvoir de fixer et de déterminer un cours d'étude à être suivi par les étudiants en médecine.

Par la 28<sup>ème</sup>. clause on voit que le conseil ne sera pas tenu de reconnaître aucune école de médecine qui ne sera pas en opération lors de la passation de cet acte. Ce qui veut dire, si je comprends bien, que si, plus tard, dans la Province de Québec on croyait nécessaire d'établir une nouvelle école de médecine canadienne, il nous faudrait avoir recours au bon plaisir du conseil général.

La 29<sup>ème</sup>. clause donne de plus au conseil l'autorité de faire de temps en temps des règlements pour guider le Bureau des Examineurs et pourra prescrire les sujets et le mode d'examen, etc., etc.

Voilà les pouvoirs que possède le conseil général. pouvoirs d'autant plus à craindre pour nous, que vu notre petit nombre il nous sera impossible de le contrôler.

De plus, on reprochait, et avec raison, à loi actuelle de donner des pouvoirs trop considérables aux Universités ; on disait que les abus qu'on avait à déplorer, étaient dûs aux privilèges possédés par ces institutions. Et voilà que l'on commet exactement la même faute ; On investie le nouveau corps, qui doit nous régir, d'une autorité encore plus grande que celle dont jouissent les Universités. Il n'y a certainement pas ici d'amélioration ; c'est tout simplement un déplacement de pouvoir, avec peut-être moins de garantie pour l'avenir : c'est Pierre qui dit à Paul, tu as abusé de tes privilèges, c'est pourquoi je te les ôte, mais je les garde pour moi.

Pourquoi ne commettrait-on pas des abus plus tard : ils ne seront pas il est vrai, de même nature que les autres ; mais ils pourraient fort bien être plus grands. Ces raisons là seraient seules suffisantes je crois pour nous déterminer à ne pas accepter ce Bill. Mais il y en a d'autres.

On dit que le niveau de la profession médicale va continuellement s'abaissant par l'admission d'un nombre considérable de personnes ne possédant pas une éducation classique et médicale suffisante. Puis on nous don-

ne ce projet de loi comme devant remédier à ce mal, et mettre notre profession sur un pied plus élevé.

Il me semble que pour obtenir ce résultat, il fallait d'abord nécessairement commencer par exiger des aspirants à l'étude de la médecine une éducation classique plus complète que celle requise par la loi actuelle. Comparons donc les clauses de l'un et de l'autre Bill concernant ce sujet, afin de s'assurer si on l'a fait ou non.

La loi actuelle exige le cours suivant :

—A l'examen préliminaire le candidat devra fournir la preuve qu'il jouit d'une bonne réputation morale, et qu'il possède une connaissance suffisante du latin, d'histoire, de géographie, de mathématiques et de physique, et il devra aussi avoir une connaissance générale des langues anglaise et française.

Le projet de loi statue ce qui suit XXV<sup>me</sup> clause :

Voici quels seront les sujets pour tel examen préliminaire jusqu'à ce que le conseil juge à propos de les modifier.

Compulsoire : Langue française ou anglaise, selon la nationalité de l'étudiant, y compris la grammaire et la composition ; histoire, géographie, arithmétique, y compris les fractions vulgaires et décimales, y compris l'algèbre, les équations simples, géométrie, les deux premiers livres d'Euclide ; latin, traduction en grammaire ; et un des sujets suivants, au choix, le grec, le français ou l'anglais suivant la nationalité de l'étudiant, l'allemand, la philosophie naturelle y compris la mécanique l'hydrostatique et la pneumatique.

Ce tableau nous prouve qu'au lieu d'entrer dans la voie du progrès, on fait plutôt un pas en arrière ; car la loi actuelle rend compulsoire l'étude des langues anglaise et française ainsi que de la physique ; tandis que par le nouveau Bill, l'étudiant ne sera obligé d'étudier qu'une seule de ces trois branches, qu'il pourra lui-même choisir.

Il y avait cependant une lacune à combler ; le cours d'étude exigé par la loi actuelle n'est pas même suffisant. S'il y a une classe d'hommes pour qui de bonnes études classiques sont nécessaires c'est certainement la nôtre. La science médicale est si vaste, les questions qu'elle traite sont si nombreuses et si variées, qu'elle se trouve, pour ainsi dire, en contact avec presque toutes les autres sciences. De sorte qu'on peut dire que s'il était possible de parcourir le cercle immense des

connaissances humaines, c'est surtout le médecin qui devrait le faire. Nous devons néanmoins nous borner tout simplement à ce qui nous est le plus nécessaire. Mais voilà justement où réside la difficulté.

Quel est le cours d'étude qui convient le plus aux médecins ?

J. P. ROTTOT.

*A continuer.*

### CAS RARE.

#### KYSTE OVARIQUE ET GROSSESSE AVEC PLACENTA PRÆVIA.

*MM. les Rédacteurs.*—Veuillez insérer, dans votre journal, la présente communication qui pourra offrir quelque intérêt à vos nombreux lecteurs, et spécialement à ceux qui en sont à leurs premiers pas dans la carrière médicale.

Le 30 Septembre dernier, je fus consulté par une femme de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, mariée depuis dix-sept ans, et n'ayant eu, dans ce long intervalle, qu'un enfant qui compte aujourd'hui quinze ans révolus.

La malade me dit que, depuis deux mois, elle urinait difficilement et peu à la fois, mais que depuis dix-huit heures, l'excrétion urinaire était complètement impossible. Elle accusait beaucoup de ténesme vésical, des douleurs vives et un sentiment de pesanteur dans la région abdominale qui présentait un développement considérable. Le pouls était un peu plus rapide qu'à l'état normal, et la peau, couverte de sueurs, exhalait une odeur urineuse. La malade était en proie à une grande anxiété et me pressait de lui porter soulagement au plus tôt. D'abord, je vous avouerai que je crus avoir à lutter contre une simple rétention d'urine, due à une paralysie essentielle de la vessie, quoique cet accident soit rare chez une personne aussi peu avancée en âge ; et sans pousser mon investigation plus loin, je rassurai ma malade. L'introduction du cathéter favorisa l'écoulement d'une quantité abondante d'urine fortement ammoniacale. Ce procédé causa un soulagement notable ; mais, à mon grand étonnement, la distension

abdominale resta très prononcée. J'appris alors que cette protubérance datait de plusieurs années : de six à huit ans

La tuméfaction avait commencé par occuper l'hypochondre droit, puis allant en augmentant jusqu'à la ligne blanche ; elle avait fini par envahir toute la région abdominale. La progression, cependant était plus sensible depuis quelques mois. Sur cette information, je soupçonnai l'existence d'une tumeur ovarienne, et je procédai immédiatement à la palpation et à la percussion, ce qui me procura le moyen de circonscrire la tumeur et de bien constater le ballonnement ainsi que la fluctuation ; en appuyant la paume de la main sur une paroi du ventre et en exerçant la percussion sur la paroi du côté opposé, je sentais distinctement l'impression particulière fournie par la fluctuation, et de plus, la tumeur me paraissait être déplacée *in globo*. Ce dernier caractère, joint aux signes déjà mentionnés, me fit conclure un kyste ayant eu son point de départ dans l'ovaire droit. Le volume du ventre avait un peu l'aspect de celui qu'on observe dans une grossesse de huit mois.

En poussant plus loin mes questions, j'appris aussi qu'il y avait longtemps que les fonctions de la vie végétative étaient troublées, par suite sans doute, de la compression mécanique sur les viscères abdominaux et thoraciques ; les vomissements alternaient avec la constipation, et les coliques avec la dysenterie. Les poumons, refoulés en haut par la tumeur, fonctionnaient difficilement ; la malade éprouvait des étouffements, surtout après les repas. Depuis trois mois, les menstrues, jusque là plus ou moins régulières, étaient supprimées entièrement. Je dois vous dire aussi qu'à venir aux deux mois précédents, les fonctions urinaires n'avaient jamais été interrompues.

Après l'examen que je venais de pratiquer, je laissai entrevoir à ma patiente qu'il faudrait en venir à une opération. Je songeais à la ponction, dont je lui donnai une courte explication ; et pour la rassurer davantage, je lui dis que je ne voulais rien faire avant d'avoir le conseil d'un confrère.

Alors, elle m'avoua qu'elle avait déjà consulté M. le Dr. Grenier qui lui avait proposé la même chose ; mais, comme elle ne voulait pas consentir à l'opération, elle avait décidé de recourir à d'autres avis, dans l'espoir qu'il n'en serait nullement question. Je cherchai à lui faire comprendre qu'elle serait obligée d'en venir là ; mais, elle m'objecta, pour toute réponse, qu'elle préférerait mourir. Durant les trois semaines qui suivirent, il fallut recourir au cathéter régulièrement, matin et soir, puis à la fin de ce terme, je fus consulté pour un accident d'un autre genre qui venait de se déclarer. Il était survenu un prolapsus utérin qui faisait une saillie considérable hors de la vulve. Ce prolapsus se réduisait presque complètement lorsque la malade gardait le repos, ou prenait la position horizontale, mais reparaisait dès qu'elle voulait se livrer au moindre exercice.

Après avoir ordonné le repos le plus absolu, je quittai ma malade, en lui enjoignant de me donner de ses nouvelles le lendemain.

Je restai plusieurs semaines sans néanmoins en entendre parler, et je crus qu'elle s'était adressée ailleurs. Mais au commencement de Février, elle vint elle-même m'annoncer qu'elle était enceinte, qu'elle en était d'autant plus certaine qu'elle sentait les mouvements de l'enfant. J'appris aussi, en même temps, que toutes les difficultés de la vessie étaient disparues et que le prolapsus avait cessé un peu après elles.

Les mouvements du fœtus se faisaient sentir sous l'hypochondre gauche, et à l'auscultation, j'entendis distinctement les bruits du cœur. En percutant cet espace, je trouvai une matité complète et le doigt donnait la sensation d'un corps dur et bosselé. Je supposai que l'enfant était placé de telle sorte que son dos regardait la paroi abdominale de la mère, ce qui rendait les mouvements plus sensibles et les bruits cardiaques plus distincts.

Je vous avouerai que ces divers signes joints à l'augmentation continuelle de l'abdomen, étaient de nature à me faire craindre une grossesse extra-utérine avancée et je me sentais

d'autant plus enhardi à adopter cette opinion, que les auteurs nous disent, que dans la grossesse abdominale, les mouvements de l'enfant sont superficiels, toujours du même côté, plus facilement perçus par la mère, et, de plus, que les formes sont quelquefois distinguées. Cependant, l'évènement prouva que la grossesse était bien utérine.

Le 16 du même mois, je me rencontrais avec M. le Dr. Grenier auprès de la patiente pour une hémorrhagie utérine, qui s'était déclaré *ex abrupto* et qui avait plongé la malade dans une grande faiblesse. Je dois vous dire que cet écoulement n'était accompagné d'aucune douleur. A l'examen vaginal, nous crûmes toucher quelque chose qui ressemblait à une portion placentaire, mais, je vous avoue que nous étions loin d'en être sûrs. Du reste, le toucher était difficile et le doigt ne faisait qu'effleurer le museau de tanche ; dans la crainte de réveiller l'hémorrhagie nous n'osâmes répéter l'examen.

Après avoir administré des hémostatiques et recommandé la tranquillité, nous quittâmes la pauvre femme, nous promettant bien de recourir aux lumières de nos devanciers. Le hasard nous favorisa, car nous venions à peine de sortir que nous eûmes l'avantage de rencontrer M. le Dr. Rottot, à qui nous fîmes part du cas que nous venions d'observer. Mr. le Dr. R. nous dit qu'en effet il y avait des symptômes annonçant une grossesse abdominale ; cependant, M. le Dr. R. voulut bien se rendre chez la malade, et après quelque difficulté, réussit à introduire le doigt bien avant dans le col de la matrice et nous dit qu'il croyait avoir atteint la tête du fœtus *in utero*. Il diagnostiqua aussi kyste ovarique. Le surlendemain le mari vint me guérir, me disant que sa femme commençait à sentir les douleurs de l'enfantement et qu'elle perdait en abondance. Je me dirigeai en hâte chez la malade ; mais, en passant, j'eus la bonne pensée de recourir au conseil de M. le Dr. D'Orsonnens, qui voulut bien me prêter le secours de son expérience. A notre arrivée, la perte était arrêtée ainsi que les tranchées. M. le Dr. d'Ors., après

avoir surmonté les difficultés du toucher, diagnostiqua grossesse utérine avec insertion placentaire sur le col et fut d'avis aussi qu'en laissant la nature achever son œuvre on se risquait à déplorer une double mort, vu que la malade était extrêmement affaiblie par cette dernière hémorrhagie, et que, au moins pour sauver le vie de l'enfant, il était d'opinion qu'il fallait pratiquer l'accouchement forcé. Aussi, sans balancer, nous adoptâmes ce dernier parti. L'ergot fluide ayant été administré, M. le Dr. D'Ors., après des efforts soutenus, réussit à extraire, avec les forceps, du détroit supérieur, un enfant de huit mois donnant à peine quelques signes de vie ; cependant, après deux heures de soins nécessaires, cet enfant commença à revenir et, à l'heure où je vous écris, il jouit d'une bonne santé, mais la pauvre mère expira trois heures après lui avoir donné le jour.

A l'autopsie, qui fut pratiquée le lendemain par M. Grenier, on trouva attaché, par un fort pédicule à l'ovaire droit, un kyste dont le poids total, contenant et contenu, était de 25 livres. Le volume était celui d'une masse arrondie et sillonnée de lignes bleuâtres ressemblant à des veines. La grande circonférence mesurait 43 pouces et la hauteur 6 à 7 pouces. A la ponction, le kyste laissa échapper un liquide d'une couleur citrine et assez abondant pour remplir un vaisseau de trois gallons. On trouva aussi, dans la tumeur, trois autres petits kystes remplis d'un liquide semblable.

L'utérus était naturellement dans un grand relâchement et présentait encore une forte portion de placenta fixée dans la partie supérieure du col.

Tel est ce cas, que j'ai cru rare et intéressant ; voilà pourquoi j'ai pensé qu'il serait utile de le faire connaître à *l'Union Médicale*.

Votre très humble,

ALFRED LARAMÉE, M. D.

---

DISTRIBUTION DES DIPLOMES A LA FACULTÉ DE  
MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ VICTORIA. (Ecole de  
médecine et de chirurgie de Montréal.)

Lundi 13 Mai eut lieu, dans la Salle de lecture de la faculté médicale de l'Université Victoria, l'examen des thèses et la réception des degrés, conférés par l'Université de Cobourg. Cette séance était la première du genre pour cette institution, car on sait que jusqu'aujourd'hui les élèves ayant subi leur examen devant la Faculté, étaient tenus d'aller à Cobourg recevoir leur Diplôme universitaire. Par une nouvelle faveur accordée à la faculté de médecine, celle-ci peut désormais sans déplacement, donner à ses élèves ce diplôme, après avoir rempli les formalités nécessaires. Ce fut donc lundi le 13 Mai que ces diplômes furent conférés. M. le Dr. Beaubien présidait, entouré de tous ses collègues.

Après quelques remarques préliminaires de M. le Président, on procéda à l'examen et à la discussion des thèses qui furent celles-ci :

Noms.	Thèses.
Dr. A. Dagenais.....	Traitement de la variole.
Dr. L. J. P. Desrosiers.....	Syphillis et Scrofule.
N. Desmarteau.....	Chlorose.
L. M. A. Roy.....	Mérite.
J. Bte. Laporte.....	Hémorrhagie puerpérale.
O. Larue.....	Cataracte.
J. Paquet.....	Le Croup.
N. Gosselin.....	Erysipèle phlegmoneux.
C. M. Filiatrault.....	Rhumatisme articulaire.
P. Carrière.....	Maladies des nerfs.
H. Larocque.....	Scarlatine.
U. Gaboury.....	Fièvre intermittente.
Ch. Faffard.....	Fièvre Typhoïde.
R. D. McDonell.....	Pneumonie.
V. Laurin.....	Soins à la première enfance.
A. Simard.....	Les abcès.

C. J. Coulombe.....	Pneumonie.
H. Héroux.....	Hépatite.
P. Meunier.....	Asthme.
F. Dufort.....	Hémorrhagie utérine.
P. Cartier.....	“
F. Demerse.....	Blenorrhagie.
P. Trudel.....	Hystérie.
F. Patoël.....	Onanisme.
Z. Roulean.....	Fièvre typhoïde.
Z. Dupuis.....	Chlorose.
Z. Mignault.....	L'Inflammation.
L. Beaupré.....	Le Chloroforme.

Ces thèses ont été soutenues avec succès par tous les aspirants dont plusieurs se sont particulièrement distingués. On s'accorde à dire que la classe des élèves en médecine qui viennent de terminer leurs cours cette année est relativement très forte de talents et d'études, et peut servir à prouver que la diligence et l'amour du travail sont loin de se ralentir dans cette institution.

Après ces procédés, M. le Président fit la distributions des diplômes au nombre de 39 en accompagnant chaque présentation de quelques mots bien appropriés, puis termina par une petite allocution pleine de bons conseils et de franche sympathie pour ceux qui laissaient la vie joyeuse et insouciant de l'étudiant pour entrer dans la vie réelle et positive.

Mr. le Dr. Peltier voulut bien dire aussi un dernier mot à ses élèves et le fit avec cet entrain charmant que chacun lui connaît et que ses disciples n'oublent jamais.

La séance allait finir lorsqu'un des gradués se leva pour remercier au nom de ses jeunes collègues les professeurs qu'ils quittaient à regret, dit-il, et avec lesquels il voulait continuer de communiquer par les rapports d'affection et de protection, qui ne devront jamais cesser d'exister.

Il est probable que l'obtention des diplômes universitaires à Montréal va engager plusieurs confrères de l'Ancienne Ecole de Médecine et de Chirurgie à imiter l'exemple de

MM. les Drs. Dagenais et Desrosiers et à profiter d'un privilège qui met à la portée de chacun d'eux le titre de Docteur en Médecine.

---

## DU BUREAU DE SANTÉ.

---

La variole qui a fait de si grands ravages dans notre ville, pendant l'hiver, commence à diminuer ; et nous avons lieu de croire, qu'avant longtemps, le terrible fléau aura entièrement disparu. Nous espérons que la terreur et les angoisses que cette épidémie a causées parmi notre population, ne seront pas inutiles, et qu'elles serviront à ouvrir les yeux de nos autorités municipales sur l'organisation défectueuse du département de santé. Car il faut bien l'avouer, ce département n'est pas ce qu'il devrait être ; il pêche sous plus d'un rapport, et la preuve de ce que nous avançons, se voit dans le complet désarroi où il se trouve à l'invasion de quelque maladie contagieuse. On attend pour faire des règlements que l'ennemi soit dans nos murs ; dans le trouble du moment, voulant aller trop vite, on ne fait rien, et l'on commence par où on aurait dû finir. C'est ce qui est arrivé dans la présente épidémie, et c'est ce qui arrivera toujours, tant que nous n'aurons pas un département de santé organisé sur des bases stables et permanentes.

Nous avons bien, il est vrai, un comité et un bureau de santé ; mais les honorables Messieurs qui font partie de ce comité et de ce bureau ne peuvent pas s'occuper d'une manière efficace de tout ce qui touche à l'hygiène publique, et cela pour plusieurs raisons. D'abord ils n'en ont pas le temps : tous ces messieurs sont des gens d'affaires, dont les occupations particulières remplissent la plus grande partie du jour, et il ne leur reste que peu d'heures à consacrer au service du public, qui ne peut exiger d'eux qu'ils sacrifient entièrement leurs affaires personnelles, dans son intérêt. De plus, malgré la bonne opinion que nous avons de l'intelligence et du mérite des membres du bureau de santé, nous ne pensons pas qu'ils soient compétents pour diriger entièrement

un département comme celui qui nous occupe. Pour faire des lois et des règlements sur l'hygiène publique, et les faire exécuter, il faut des connaissances spéciales, qui ne s'acquièrent que par de fortes études. On peut être un bon notaire, un avocat habile, un marchand consommé dans les affaires, et cependant, ignorer une foule de choses qui se rattachent à l'état sanitaire d'une ville.

En troisième lieu, les changements qui se font presque tous les ans dans la composition du bureau ajoutent encore à son inefficacité. Les membres n'ont pas le temps d'acquérir les connaissances nécessaires au bon fonctionnement des lois de l'hygiène, et le peu de durée de leur service ne leur permet pas de suppléer aux études spéciales par l'expérience.

Nous avons aussi deux officiers de santé : il serait peut-être aussi bon de ne pas en avoir du tout. Car, depuis bientôt trois ans que cette charge existe, on est encore à se demander, quel bien il en est résulté. Loin de nous, de vouloir jeter le blâme sur les deux Messieurs qui occupent cette position ; nous voulons simplement constater un fait et en découvrir la cause. Or la cause, suivant nous, du peu d'efficacité de la charge d'officiers de santé, ne se trouve pas dans ces derniers, mais bien plutôt dans les conditions dans lesquelles ils ont été nommés.

Le conseil de ville en appointant des officiers de santé sans leur donner les moyens et le pouvoir de faire exécuter les mesures sanitaires, qu'ils jugeraient à propos de faire, devait s'attendre à ce résultat. Il aurait été surprenant qu'il en eût été autrement. De plus, le salaire étant tout-à-fait insuffisant, on ne pouvait pas convenablement exiger de ces Messieurs, une somme de travail qui aurait absorbé tout leur temps. A propos du salaire, nous avons vu dernièrement dans un journal quotidien une curieuse note d'un ex-conseiller, se plaignant de ce que les officiers de santé ne remplissaient pas mieux leurs devoirs, quoiqu'ils fussent grassement payés. Si ce Mr. trouve que cinq cents piastres suffisent amplement à payer les services d'un médecin pendant une année, nous aimerions à savoir, si lui-même se

contenterait d'un pareil, salaire, quoique ses occupations ne demandent pas autant d'étude et de travail.

Le bureau et les officiers de santé ne pouvant pas comme nous venons de le voir, remplir toutes les exigences que réclame la salubrité publique, la population en souffre nécessairement et il faut trouver un remède à ce mal. Le meilleur remède, d'après nous, serait la création d'un département de santé distinct de tous les autres, avec un chef, un assistant et des employés subalternes en nombre suffisant. Nous avons déjà les départements de l'eau, du feu et de la police qui fonctionnent admirablement bien; nous ne voyons pas pourquoi nous n'en aurions pas un de santé. Ce ne serait pas le moins important; s'il est bon de protéger la propriété, il doit l'être encore plus de protéger la vie.

Jusqu'ici, on s'est trop peu préoccupé de la santé publique: lorsqu'on avait fait des canaux dans les rues, et nettoyer les cours au printemps, on croyait avoir tout fait, et on se croisait les bras. Cependant ceci ne comprend que la plus petite partie de l'hygiène. A part les canaux des rues, il faudrait exiger strictement que chaque maison eut un égout pour rejoindre celui de la rue; et il est à notre connaissance qu'un grand nombre de propriétés n'en ont pas. L'inspection des viandes, du pain, des boissons devrait attirer aussi la plus grande attention. La construction des édifices publics qui a été si négligée sous le rapport de la salubrité, devrait être sous la surveillance du département de santé. Nous sommes convaincus que, si lors de l'érection du palais de justice, on avait consulté un officier de santé capable, Messieurs les juges et les avocats s'en trouveraient bien mieux aujourd'hui. Il en est de même de plusieurs autres bâties publiques.

Si on avait eu un service de santé bien organisé, on aurait pas eu à déplorer, ces années dernières, les tristes accidents causés par la vente de substances vénéneuses dans les pharmacies; car l'officier de santé aurait obligé les propriétaires de ces établissements à tenir à l'écart toutes les matières dangereuses.

La vente du lait devrait aussi exiger une surveillance spéciale, parcequ'il est certain qu'une grande partie des

maladies des enfants provient de la mauvaise qualité de cet aliment. Il y a encore une foule d'autres raisons qui militent en faveur de l'établissement d'un bureau de santé permanent et effectif ; et nous croyons en avoir suffisamment démontré la nécessité. Que l'on choisisse un homme compétent pour mettre à la tête de ce département, qu'on lui donne un salaire convenable, qu'on lui fournisse tous les assistants nécessaires, et la ville s'en trouvera bien. Avec une bonne organisation sanitaire, si une épidémie vient encore nous visiter, nous ne serons pas pris au dépourvu, et nous aurons les moyens de la combattre, au moins dans les limites du possible

A. DAGENAI, M. D.

#### ASSEMBLÉE DU BUREAU.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada eut lieu le 14 Mai dernier, dans les Salles de la Faculté de Médecine de l'Université Victoria.

Furent présents : Messieurs les Drs. Scott, Wilbrenner, Russell, H. Blanchet, Rottot, Tessier, Peltier, Howard, Smallwood, G. E. Fenwick, Robillard, E. Landry, Jackson, J. Bte. Blanchet, Michaud, Boudreau, Marmette, Dubé, Brigham, Duchesneau, Gibson, A. G. Fenwick, Worthington, Hamilton. Gilbert.

La licence du Collège fut donnée aux Messieurs suivants, sur présentation de leurs diplômes.

B. Desrochers, M. D. L.	F. Demers, M. D. V.
G. A. Turcot, M. D. L.	T. Trudel " V.
T. A. Dufort, M. D. V.	L. M. A. Roy " V.
N. Desmarteau " V.	J. G. Sheppard " V.
C. Fafard " V.	P. Meunier " V.
C. J. Coulombe " V.	George A. Stark, M. D., McGill
N. Gaboury " V.	L. Marceau " McGill
P. Cartier " V.	J. Morisson " McGill
J. Gagnon " V.	P. McLaren " McGill

J. Paquet	“ V.	A. A. Brown	“ McGill
H. Larocque	“ V.	F. Patoël, C. M., M. D.	
J. Dupuys	“ V.	P. A. Désilets, C. M., M. D.	
A. Mathieu	“ V.	P. E. A. Lanouette, C. M., M. D.	
A. Simard	“ V.	W. Nelson C. M., M. D.	
Z. Mignault	“ V.	H. S. Cunningham, C. M., M. D.	

Les Messieurs suivants furent admis à l'étude de la Médecine après un examen satisfaisant.

A. Brodeur,	X. Auger,	A. Champagne,
P. Allard,	O. Gervais,	F. Trudel,
C. J. J. Valentine.	J. Roy,	P. M. Annet,
E. Brun,	H. Desrosiers,	J. A. S. Brunelle.
L. Poirier,	E. Michon,	E. Larocque,
L. Burroughs,	O. Martineau,	A. Tessier,
G. Lachaud,	E. Latraverse,	A. Létourneau.
B. Pinsonnault,	E. Proulx,	L. A. Goulet.
B. Descaries,	P. Brossard,	
S. Larose,	V. Bilodeau,	

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL.

Séance extraordinaire du 24 Avril 1872.

Présidence du Dr. J. E. Coderre.

Officiers présents :—Drs. J. W. Mount, A. B. Larocque, L. J. P. Desrosiers et G. Grenier.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté. Proposé par le Dr. L. J. P. Desrosiers, secondé par le Dr. J. C. Poitevin, que le Dr. J. O. Mousseau, de Montréal, et J. Beaudin, de Hull, soient admis membres actifs.—Adopté.

D'après une résolution passée par le Comité de Régie, la question du vaccin étant de nouveau mise à l'ordre du jour, il est proposé par le Dr. S. Gauthier, secondé par le Docteur F. Hamelin :

Que la Société Médicale de Montréal à sa séance du 28 février dernier, en adoptant les résolutions suivantes :

“ 1<sup>o</sup> Que d'après l'histoire et l'expérience depuis Jenner jusqu'à nos jours on reconnaît que la vaccine est le préservatif de la variole ;

“ 2<sup>o</sup> Que la Société Médicale est d'opinion qu'il incombe à la Corporation de fournir aux médecins vaccineurs les moyens de se procurer du bon vaccin ;

“ 3<sup>o</sup> Que la Société Médicale est d'opinion que le meilleur moyen d'avoir du bon vaccin est de se procurer du cow-pox, de l'humaniser, et de continuer ensuite les vaccinations de bras à bras et avec la lymphe,” n'a pas affirmé par ces résolutions que le vaccin que nous avons soit bon ; il a été dit, au contraire, que le vaccin tel qu'employé aujourd'hui par la plupart des vaccineurs est mauvais et n'offre aucune protection contre la variole.

Le Dr. H. Peltier propose en amendement, secondé par le Dr. L. J. P. Desrosiers. que la Société Médicale, tout en reconnaissant que l'on doit s'efforcer d'avoir du vaccin plus efficace. reste cependant d'avis que l'on doit continuer de vacciner avec le vaccin actuel tel qu'employé par nos confrères d'après leur jugement.

Après discussion, l'amendement est mis aux voix et adopté sur la division suivante :

Pour : Drs. H. Peltier, L. J. P. Desrosiers, J. C. Poitevin, J. W. Mount, J. P. Lachapelle, A. B. Larocque, P. E. Plante. G. Grenier.

Contre : Drs. S. Gauthier, F. Hamelin, A. Vilbon.

Proposé par le Dr. J. W. Mount, secondé par le Dr. A. B. Larocque, que dans le but de donner une plus grande satisfaction au public, la Société Médicale est d'opinion qu'il serait expédient que le Bureau de Santé nommât une commission composée de quatre médecins expérimentés qui seraient chargés de visiter de temps en temps les enfants vaccinés par les médecins vaccineurs afin de s'assurer si le vaccin employé par eux possède les qualités requises. Adopté sur division.

Le Dr. S. Gauthier donne avis qu'il proposera à la prochai-

ne séance le Dr. A. Archambault (de St. Antoine) comme membre actif.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,  
Sec.-Trés. S. M.

—  
Séance du 13 Mars 1872.

Présidence du Dr. J. W. Mount. Membres présents : Drs. C. O. Bruneau, A. Dagenais, A. T. Brosseau, P. E. Plante, J. M. A. Perrin, F. X. Perrault, Ag. D. Bondy, J. C. Poitevin, A. A. Meunier, L. Quintal, A. Ricard. G. Grenier. Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Proposé par le Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. F. X. Perrault que le rapport des délibérations de la Société soit publié dans les journaux quotidiens d'une manière succincte aussitôt que possible après chaque séance. Adopté.

Proposé par le Dr. F. X. Perrault, secondé par le Dr. J. M. A. Perrin, que le Dr. F. L. Genand (de St. Jacques de l'Achigan) soit admis membre correspondant. Adopté.

La discussion sur le tarif et l'étiquette médicale est à l'ordre du jour.

Un projet de tarif soumis par le Dr. C. O. Bruneau est discuté article par article et il est décidé de le prendre de nouveau en considération à la prochaine séance.

Le Dr. J. M. Perrin donne avis qu'il proposera le Dr. P. E. V. Mignault (d'Acton Vale) comme membre actif.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,  
Sec.-Trés. S. M.

—  
Séance du 27 Mars 1872.

Présidence du Dr. A. B. Larocque. Membres présents : Drs. O. Bruneau, A. T. Brosseau, A. Dagenais, J. Perrin, P. E. Plante, Ed. Desjardins, S. Gauthier, J. W. Mount, F. Hamelin, L. J. P. DesRosiers, G. Grenier.

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

Proposé par le Dr. J. M. A. Perrin, secondé par le Dr. A. T

Brousseau, que le Dr. P. E. V. Mignault (d'Acton Vale) soit admis membre actif.

Le projet de tarif, soumis à la dernière séance, est alors de nouveau discuté article par article et finalement adopté sur motion du Dr. O. Bruneau secondé par le Dr. S. Gauthier

Il est ensuite proposé par le Dr. A. Dagenais secondé, par le Dr. Ed. Desjardins et résolu ; qu'un comité composé des Drs. O. Bruneau, S. Gauthier, P. E. Plante, du moteur et secondé soit chargé de prendre les moyens de faire adopter ce tarif par la législature.

Le Dr. L. J. P. DesRosiers donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr. J. N. Chopin (du Sault-au-Récollet) comme membre correspondant.

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER.  
Sec.-Trés S. M.

—  
Séance du 17 Avril 1872.

Présidence du Dr. J. E. Coderre.

Membres présents : Drs. H. Peltier, A. Dagenais, O. Bruneau, L. Quintal, A. Meunier, J. Perria, P. E. Plante, J. W. Mount, G. Grenier.

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

Proposé par le Dr. H. Peltier, secondé par le Dr. O. Bruneau, que le Dr. J. N. Chopin (du Sault-au-Récollet) soit admis membre correspondant. Adopté.

Le sujet de l'étiquette médicale étant à l'ordre du jour est discuté par plusieurs membres.

Proposé par le Dr. P. E. Plante, secondé par le Dr. A. Meunier, que le règlement de la Société n'autorisant qu'une séance mensuelle depuis le mois d'Avril jusqu'au mois d'Octobre, une séance spéciale soit convoquée mercredi 24 courant pour l'adoption d'un code d'étiquette médicale. Adopté.

Le Dr. A. Dagenais donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr. J. Beaudin (de Hull) comme membre actif.

Le Dr. J. Perrin donne avis qu'il proposera le Dr. J. O. Mousseau (de Montréal).

Et la séance est levée.

DR. GEORGES GRENIER,  
Sec.-Trés. S. M.

---

### BIBLIOGRAPHIE.

*Traité des maladies de l'Enfance.*—*Seconde édition, agrandie et complètement révisée.* Par J. LEWIS SMITH, M. D., curateur à l'hôpital des enfants en nourrice, New-York; médecin à l'hôpital des enfants à Wards, Island; médecin consultant dans la classe des maladies des enfants, au département externe de l'hôpital de Bellevue; lecteur clinique sur les maladies des enfants et professeur au collège médical de l'hôpital de Bellevue, New-York, HENRY C., Editeur, Philadelphie.

Ce traité est appelé à rendre de grands services à la profession. car les travaux spéciaux sur les maladies des enfants tirent leur prix de leur rareté relative autant que de l'importance même du sujet qu'ils traitent. On peut dire que cette partie si pratique des sciences médicales est trop souvent négligée ou mal interprétée, parce que le praticien se trouve obligé de recourir à des auteurs qui n'ont pas en cette matière, toute la compétence désirable. L'ouvrage du Dr. Smith comble largement ce vide en fournissant à la science un traité complet des maladies de la première et de la seconde enfance. L'expérience consommée et le talent bien connu de l'auteur donnent à cette œuvre une autorité de premier ordre. Placé à la tête d'un des plus grands hopitaux d'enfants de N.-York, ayant en outre à répondre à une des plus nombreuses clientèles consultante de cette ville, professeur habile et estimé, il unit à une science éclairée la pratique la plus étendue et la plus variée : son livre se recommande par là même sous le double rapport du style et des idées.

Je viens de lire les trente pages qui traitent de la Scarlatine : rien n'y manque, clarté, sobriété et concision du style,

richesse des détails, nouveauté de vues, discussion impartiale et judicieuse des opinions étrangères, traitement formulé avec soin et précision ; tout y révèle un talent d'élite traitant un sujet dont il est un des meilleurs maîtres. Ce livre a sa place marquée dans la bibliothèque du praticien comme dans celle de l'étudiant. L'encouragement et l'appui qu'a reçu la première édition doubleront sans doute pour la seconde et récompensera le zélé professeur pour les services qu'il rend avec tant de distinction à la profession médicale.—*L'Union médicale* accuse avec gratitude réception d'un exemplaire de cette édition et souhaite au bienveillant auteur la continuation de ses succès.

L. J. P. DESROSNIERS. M. D.

---

### NOUVELLES MÉDICALES.

RECHUTES DANS LES FIEVRES TYPHOIDES.—Les rechutes dans ces fièvres ont presque toujours lieu parcequ'on donne au malade des vivres solides trop vite, c'est-à-dire avant que les ulcères de l'ileum soient guéris.

Nous avons cependant le thermomètre pour nous guider infaiblement dans ces cas là.

Si la température du malade demeure deux jours de suite à son état normal, ou entre 98° et 99° Fahr ; à 8, a m. et à 6, p. m., on peut donner ensuite des vivres solides aux malades, sans danger, mais pas avant cela. La langue peut être claire et humide, l'appétit extrême, si la température n'est pas constamment à 98° les ulcères ne sont pas encore guéris.

(DR. P. W. LATHAM).

---

COLLAPSE DANS LE CHOLERA.—Nitrite d'Amyl.—Il est à présent à peu près prouvé que le collapse du choléra est dû à un obstacle à la circulation dans les poumons par la contraction des fibres musculaires des petites artères pulmonaires. Le nitrite d'amyl est justement propre à combattre cet état là. Il donne un soulagement instantané dans le collapse asthmatique, son administration augmente invariablement les pulsa-

tions cardiaques, dilate les petites artères, ramène la chaleur du corps, le sang à la figure et produit la transpiration. Il n'a pas encore été employé dans le choléra, mais d'après ce que l'on connaît de ses effets dans d'autres maladies, il est probable qu'il nous sera d'un grand secours pour celle-là.

(DR. T. JONES, BRIT. MD. J.)

**MAL DE DENT.**—Quelques grains d'hydrate de chloral solide, mis dans la cavité d'une dent cariée, font presque toujours disparaître la douleur très promptement. On peut recourir à une deuxième ou une troisième application, s'il est nécessaire. (DR. D. PAGE.)

**EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE.**—Fève de à Calabar et chloroforme.—Le Dr. John White, de Glasgow, rapporte un cas d'empoisonnement par la Strychnine où on avait pris  $3\frac{1}{2}$  grains avec l'intention de causer la mort. Le traitement qu'on adopta, fut l'inhalation du chloroforme afin de réprimer la sévérité des spasmes, et l'administration de la fève de Calabar. Le chloroforme fut administré largement, et produisit un très bon effet, mais on ne donna que deux doses de l'extrait de la fève de Calabar, d'un demi-grain chacune. Il n'y a pas de traitement qui paraît être plus convenable que celui-ci : la fève de Calabar diminue directement et puissamment l'excitabilité réflexe de la moëlle épinière, tellement qu'il est extrêmement difficile d'exciter aucun mouvement reflex sur une grenouille empoisonnée par cette substance. Elle est sous ce point de vue très supérieure, au Curare, à la Belladonne, et au Tabac. (DR. WHITE Glasgow, *Journal Médical.*)

### HYDROPHOBIE SPONTANÉE.

L'automne dernier, M. Guillery relata un cas très intéressant d'hydrophobie spontanée, à l'Académie de médecine belge, lequel est reproduit dans le huitième numéro de son bulletin pour cette année.

Un vieillard vigoureux de 71 ans, tailleur de son métier et qui avait toujours joui de la meilleure santé, fut attaqué, le 5

Février 1871, à la tête, au cou et à la région temporale, d'une douleur qu'il attribua au froid. Il y fit d'abord peu d'attention, jusqu'à ce que, le soir, en plongeant dans l'eau ses mains pour les laver, il fut saisi d'un spasme violent et douloureux du gosier et une grande répugnance à répéter l'immersion. Se sentant altéré, il essaya de boire de l'eau, du thé et du café, mais à chaque tentative le spasme revint et l'en empêcha. Cet état de chose se continuant, M. Guillery fut appelé le 7 et le trouva parfaitement calme, parlant de sa maladie plutôt comme d'une curiosité que comme d'une souffrance. Il avala de la viande sans difficulté, mais n'osa pas appaiser sa soif ardente. L'introduction d'un liquide dans la bouche, sans le voir, au moyen d'un tube, avait aussi amené des spasmes. Persuadé d'essayer, il réussit, par un immense effort, à avaler deux cuillerées à thé de café, mais il déclara qu'il préférerait endurer la soif plutôt que de répéter ce douloureux essai. La simple vue d'un liquide amena des spasmes accompagnés d'un paroxysme de frayeur intense et prolongée.

Le liquide éloigné, il discourait avec calme sur son étrange maladie. Sa douleur à la tête était disparue, il n'y avait ni fièvre ni accélération du pouls, et sa langue était seulement blanche. Le 8, les symptômes décrits s'aggravèrent, de cruelles souffrances se produisirent à la tentative de laver ses mains. La seule substance que le patient put ingérer était quelques morceaux de pain trempés dans le vin, et présentés de derrière, de manière à en éviter la vue.

A cette époque, la seule vue d'un verre d'eau produisit un spasme effroyable. Il mourut une heure après, déclarant que cette dernière tentative l'avait tué.

L'examen post-mortem ne fut pas fait. Il est parfaitement sûr qu'il n'a été mordu par aucun chien.

—*Med. T. & Gaz.*

---

## PERFORATION DE LA VESSIE ET DU RECTUM PAR UNE BALLE, SUIVIE DE GUÉRISON.

Le trajet qu'a suivi la balle dans le cas que nous venons de rapporter est celui que suivent très-souvent ces projectiles lorsqu'ils viennent à pénétrer à travers les organes pelviens jusque dans la vessie. Ce rapprochement et la coïncidence d'un fait de plaie pénétrante de la vessie, suivi de guérison, que M. Redard a eu l'occasion d'observer dans la même ambulance, lui ont fourni le texte de quelques considérations sur ce sujet, qui trouvent ici leur place naturelle.

Dans un mémoire très-intéressant communiqué dans le temps à l'Académie de médecine, M. Demarquay a montré que les blessures de la vessie, très fréquentes par les armes à feu en temps de guerre, sont loin d'être toujours aussi graves qu'on se le figure, et il a fait voir comme Roux l'avait avancé d'ailleurs avant lui, que le pronostic était en raison de la région lésée, que la partie antérieure de la vessie et son bas-fond, par exemple, peuvent être blessés sans que le péritoine le soit aucunement et sans entraîner la mort.

M. H. Larrey, dans le rapport qu'il fit à cette époque sur le mémoire de M. Demarquay, rapportait à l'appui plusieurs observations de plaies de la vessie par armes à feu, suivies de guérison.

Voici l'observation nouvelle du même genre, recueillie dans les services de l'ambulance de Longchamp, où M. Redard a pu suivre le blessé.

Nous laissons la parole à notre confrère :

« E.... âgé de 27 ans, soldat au 90e de ligne, fut blessé le 30 septembre au soir, au combat de la redoute du fort Bicêtre, par une balle entrée par la fesse droite et qui perfora le rectum et la vessie, en sortant par la partie postérieure et moyenne de la cuisse gauche, formant un premier séton de la fesse droite à la cloison recto-vésicale, par où l'urine sort en abondance, et un second séton du rectum à la partie moyenne et postérieure de la cuisse gauche par où les matières fécales sortent aussi.

Le blessé avait eu une hémorragie assez grave sur le champ de bataille, et il avait perdu connaissance lorsqu'on le ramporta dans le service de M. Demarquay.

Le malade éprouve des douleurs intolérables ; il est pris d'une soif très-ardente, et la fièvre ne tarde pas à devenir vive. Ses urines et ses matières fécales mêlées sortent par les deux plaies ; il y a du ténésme et des douleurs de plus en plus violentes, s'étendant jusqu'aux reins en même temps qu'aux deux cuisses et jusqu'à la jambe gauche. L'exploration, pratiquée par l'anus, indique la communication de la vessie et du rectum. D'ailleurs, le malade rend ses urines mêlées aux matières fécales par l'anus.

Le malade va très-peu à la selle et urine très-peu par le méat urinaire.

Le 28 octobre, le malade ne va guère mieux ; il souffre toujours beaucoup. Une purgation est administrée, et bientôt on passe une sonde ; la vessie est en proie à des contractions très-vives.

Pendant les huit jours derniers, les contractions puissantes et fréquentes de la vessie ont été continues. Des gaz sont mélangés aux excréments, et l'urine est rendue avec ce bruit particulier que M. Ricord a appelé *bruit perlé*.

La suppuration devient bientôt meilleure, et les trajets fistuleux semblent vouloir s'oblitérer. On laisse une sonde à demeure.

Le 30 octobre, on ouvre quelques abcès qui se sont formés au bras droit et au creux poplité de la jambe gauche.

Malgré ces accidents, dès la première semaine de novembre, le malade se lève et marche avec des béquilles. Il dort mieux, souffre moins dans la journée et dans la nuit ; les trajets fistuleux se cicatrisent et ne laissent passer que peu de liquide.

Le 15 novembre, le malade reste levé une grande partie de la journée, descend les escaliers et a un excellent appétit.

A partir du 1<sup>er</sup> décembre, il entre en pleine convalescence. Les fonctions de la vessie et du rectum s'accomplissent

encore avec quelques difficultés, mais nous assistons à une amélioration progressive jusqu'au jour où le malade sort entièrement guéri de l'hôpital.

Les faits de ce genre ne paraissent pas très-rares ; le chirurgien McCormac, dans un ouvrage récent intitulé : *Notes et recollections of an ambulance Surgeon*, 1871, cite quelques cas où, malgré une perforation de la vessie ou du rectum, le malade a parfaitement guéri (cas XXVI, XXVII : cas de double fistule fécale, XXVII). Il a vu aussi, à l'ambulance belge, deux cas de fistule urinaire sans aucun symptôme alarmant. M. Larrey pense, du reste, que si les plaies de la vessie par armes à feu sont moins graves que celles par armes blanches, cela tient à l'attrition immédiate : le gonflement et l'escharrification de ces tissus, causée par les projectiles empêchant l'issue de l'urine hors de la vessie. On le voit, le pronostic est loin d'être toujours fatal, et nous sommes loin, dans tous les cas, de prononcer, avec Hippocrate, cette sentence de mort : *Cui persecta vesica lethale.*—(*Gaz. des hôpitaux.*)

---

## OVARIOTOMIE.

A la séance du 7 Février 1872, de la Société de Chirurgie de Paris, M. Panas a rapporté les deux observations d'ovariotomie suivantes. Ce chirurgien attribue le succès obtenu au mode de suture qu'il a employé, c'est-à-dire à la suture profonde comprenant largement le péritoine ; et de plus à ce que les malades ont été opérées dans des chalets établis d'après la méthode prussienne. Chaque chalet contient deux lits, mais un seul est occupé. M. Panas n'a jamais vu de cas heureux d'ovariotomie dans les salles ordinaires des hôpitaux.

Obs. I.—Adèle D..., vingt ans, piqueuse de bottines, réglée à quatorze ans, mariée à vingt et un ans, elle a eu deux enfants ; n'a jamais été malade. Il y a dix-huit mois, douleurs dans l'hypochondre droit où l'on découvre une tumeur. La malade entre dans mon service le 2 octobre 1871. L'abdomen

mesure alors 1m, 30 de circonférence ; tumeur déjetée à gauche. Bruit de cuir neuf en pressant sur les parois. Col de l'utérus remonté et déjeté à gauche. Le 6 octobre, douleurs vives dues à la distension de la tumeur ; une ponction soulage la malade. Cette ponction, faite avec un trocart capillaire, donne 300 grammes d'un liquide colloïde filant, composé surtout de matières albuminoïdes d'après l'examen microscopique.

L'opération fut pratiquée le 17 octobre comme il suit : Chloroformisation ; incision sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'à trois travers de doigts de l'ombilic. On arrive sur la surface du kyste qui est immédiatement ponctionné. Trois grands kystes sont ouverts successivement laissant écouler plusieurs litres d'un liquide jaunâtre. Quoique réduite des deux tiers de son volume, la tumeur ne montre aucune tendance à se porter au dehors, ce qui s'explique par la consistance charnue du reste de la tumeur, et surtout par son adhérence. Il s'agit d'un kyste proliférant développé dans l'ovaire droit, et qui, en refoulant les deux feuillettes du ligament large, a rempli de sa masse toute l'excavation pelvienne. L'utérus et la vessie, refoulés à gauche, sont directement appliqués sur la tumeur, de sorte qu'il n'y a point de pédicule entre celle-ci et l'utérus, et que pour l'en détacher il nous a fallu raser le bord latéral de cet organe. Du côté externe ou iliaque, la tumeur, intimement adhérente à la fosse iliaque, recevait l'artère et la veine ovarique contenues dans un repli du péritoine. Enfin, la tumeur offrait une adhérence avec le pavillon de la trompe opposée avec l'épiploon.

Voici ce que nous fîmes pour la mobiliser ; un double fil très-fort est passé au ras du bord latéral de l'utérus entre ce lui-ci et le kyste ; puis, en serrant isolément les deux anses de fil en haut et en bas, on pédiculise la tumeur de ce côté. On détache ensuite les adhérences épiploïques et la trompe gauche dont le pavillon adhérent à la masse a dû être retranché. Pour détacher la tumeur du bassin, il nous a fallu l'arracher du tissu cellulaire sous-péritonéal et à inciser le

péritoine à l'endroit des vaisseaux ovariens après y avoir appliqué une forte ligature. L'opération avait duré plus d'une heure et demie. Le 24 novembre, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. 2<sup>de</sup>.—D...(Sophie), placière, quarante-deux ans ; mal réglée jusqu'à dix-huit ans ; mariée à vingt ans. Deux enfants accouchements faciles. Il y a six ans, la malade s'aperçoit d'une tumeur siégeant à gauche et dont le volume croit de jour en jour. Prolapsus de l'utérus à travers la vulve, datant de la première couche. Le 5 octobre 1871, la malade entre à l'hôpital Saint-Louis. Tumeur déjetée à gauche, abdomen mesurant 86 centimètres. Fluctuation. Opération le 25 octobre ; cette opération n'a duré en tout que vingt minutes. Le 8 décembre, la malade sort parfaitement guérie. Il s'agissait d'un kyste muqueux contenant à son centre un kyste dermoïde. Depuis l'opération, la chute utérine n'a point reparu.

---

EMPLOI DES GREFFES ÉPIDERMiques PRATIQUÉES AVEC DES LAMBEAUX DE PEAU DE LAPIN, POUR LA GUÉRISON DES PLAIES REBELLES. —A la séance du 26 Février 1872 de l'académie des sciences, M. Larrey a présenté au nom de M. Coze un mémoire sur ce sujet " L'auteur, dit M. Larrey, rappelle d'abord le travail lu à l'Académie des sciences, en novembre 1871, par M. le docteur L. Reverdin, sur les greffes animales étudiées expérimentalement au collège de France.

" M. Coze rapporte ensuite trois observations de sa pratique à l'hôpital militaire de Perpignan, à l'appui des expériences de M. Reverdin.

" La première de ces observations est relative à une plaie ancienne et fistuleuse de la cuisse, par un éclat de bois ; la deuxième à une plaie ulcérée du genou, compliquant une fracture de rotule, par coup de pied de cheval ; et la troisième à une plaie par éclat d'obus, de l'extrémité inférieure de la jambe.

" Ces trois observations, recueillies avec soin, dans tous leurs détails, sont suivies de remarques pratiques sur les

opérations d'anaplastie, et de conclusions précises en faveur de la transplantation d'un lambeau cutané du lapin, sur une plaie ulcérée ou difficile à guérir chez l'homme.

“ Le mémoire de M. Coze mérite d'être transmis à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

---

### OBSTÉTRIQUE.

---

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.—Le professeur F. MARTIN, de Berlin, a lu devant la Société de médecine de cette ville un mémoire sur la fièvre puerpérale, dont nous reproduisons les points saillants.

Depuis l'épidémie qu'il a eu occasion d'observer en 1860, l'auteur enseigne que la fièvre puerpérale consiste dans un processus diphthéritique des organes génitaux de la femme, et toutes les investigations qu'il a faites depuis l'ont confirmé dans sa manière de voir.

D'après lui, on range généralement un peu trop au hasard dans les relevés statistiques toutes les affections fébriles des femmes en couche sous la rubrique: *fièvre puerpérale*. Il faut bien se représenter que chez les femmes en couches comme chez les autres peuvent éclater différents états fébriles tenant, soit à des phlegmasies de tel ou tel organe, soit à des maladies infectieuses spéciales (variole, scarlatine, etc.) maladies qui n'ont rien à voir avec la puerpéralité. Bien plus, des mouvements fébriles peuvent se développer chez les femmes en couches à la suite d'inflammation des organes génitaux, sans que cependant on ait affaire à la fièvre puerpérale dans l'acception vraie et redoutable du mot.

Chez les femmes en couches, une mastite, une métrite, une vaginite traumatique, un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire pelvien, un abcès ou une ulcération quelconque peuvent déterminer une fièvre violente, sans que ni les symptômes, ni la marche, ni la terminaison ne rappellent ce qui se passe dans les processus diphthéritiques. *C'est la diphthérite des parties génitales de la femme en couches* que Martin

regarde comme constituant essentiellement la fièvre puerpérale. Même la thrombose des sinus utérins ne doit pas être prise sans plus ample examen comme la caractéristique de la maladie puerpérale ; elle se rencontre maintes fois comme fait isolé et indépendant, quoique presque toujours elle accompagne ou suive la diphthérie

Quant à la nature de celle-ci, on l'a surtout étudiée dans d'autres régions, notamment sur le pharynx

Letzeritch a montré que la pharyngite diphthéritique est due à une espèce particulière de champignon dont les spores traversent la muqueuse, pénètrent dans les tissus et dans le sang et déterminent ainsi les accidents généraux. Martin avoue qu'il ne peut pas encore présenter des faits aussi précis et aussi concluants à l'appui de sa diphthérie des organes génitaux. Des végétations cryptogamiques se rencontrent normalement dans le vagin des femmes tant enceintes qu'à l'état de vacuité et sans que leur présence entraîne le moindre inconvénient. La fièvre puerpale est-elle due à un champignon différent ? ou bien le mycoderme est-il simplement le porteur d'un contagion particulier ? M. Martin se pose toutes ces questions sans en résoudre aucune.

Voici les faits anatomiques positifs, mais purement microscopiques, sur lesquels l'auteur base l'édifice de sa théorie.

Dans la majorité des cas de fièvre puerpérale, on trouve sur les parties génitales externes ou à l'entrée du vagin des plaques grisâtres correspondant aux déchirures ou éraillures si nombreuses de la muqueuse. Le pourtour de ces plaques est le siège d'un empâtement plus ou moins considérable. Dans quelques cas bénins tout se borne à ces accidents locaux ; la couenne diphthérique est éliminée sans fièvre et avec fort peu de réaction. Mais le plus souvent le processus diphthérique envahit tout le vagin, l'échancrure du museau de tanche, la cavité cervicale et même celle du corps de l'utérus, surtout au niveau de l'insertion placentaire. Souvent même l'utérus seul est malade, les parties accessibles à la vue restant indemnes. La diphthérie

utérine se reconnaît par l'expulsion spontanée ou au moyen d'injections, de flocons caractéristiques et de lambeaux de muqueuse.

Des parties génitales, le mal irradie et s'étend rapidement plus loin. Il gagne rarement la peau des fesses ou des cuisses, où il détermine des érythèmes, qu'on a quelquefois faussement interprétés comme scarlatine puerpérale, ou même des ulcérations. Plus souvent il envahit la muqueuse uréthrale où anale, où il peut même naître tout d'abord.

Mais le mode de propagation le plus fréquent est le suivant : le processus gagne le péritoine soit par l'intermédiaire du tissu connectif qui enveloppe l'utérus et le vagin, soit directement par la muqueuse des trompes ; ou bien encore il se généralise par les veines ou les lymphatiques ; ces trois modes peuvent, du reste, coexister et se combiner.

Dans le premier cas, le tissu cellulaire du petit bassin présente une infiltration séreuse, trouble, caractéristique (*truserose infiltration*.) Le péritoine de la région est généralement recouvert d'une exsudat plus ou moins abondant. Cette infiltration du tissu connectif peut envahir toute l'atmosphère celluleuse rétropéritonéale jusqu'aux reins, au foie, et même jusqu'à la plèvre et au poumon ; si elle en a le temps, elle se termine par suppuration. Beaucoup d'auteurs ont considéré l'infiltration du tissu connectif pelvien comme le fait essentiel de la fièvre puerpérale, qui pour eux, n'était en dernière analyse qu'un *phlegmon péri-utérin et péri-vaginal* : ils ont négligé le point de départ, la diphthérie de la muqueuse génitale.

Le poison se propage plus rarement par la muqueuse des trompes ; alors on trouve la face interne de la matrice tapissée par un enduit sanguinolant et puriforme ; les trompes (quelquefois une d'elles seulement) sont hyperémies élargies et remplies de pus, les franges notablement gonflées et recouvertes d'un exsudat fibrino-purulent. Ordinairement, dans ces cas, la douleur péritonéale, localisée souvent dans

une fosse iliaque, éclate brusquement vers le troisième jour de l'accouchement.

Le troisième mode de propagation se fait par les lymphatiques utérins qu'on rencontre distendus par une masse blanche à demi coagulée. Généralement, les deux ovaires ou un seul sont infiltrés et parcourus par des lymphatiques charriant des coagulums fibrineux. La cavité péritonéale est généralement recouverte d'exsudats. Le plus rarement, l'infection diphthéritique se fait par les sinus veineux, qui sont alors remplis de caillots thrombosiques.

Bientôt les viscères abdominaux, les reins, le foie, la rate se prennent et présentent une inflammation parenchymateuse ; il n'est pas rare de trouver une infiltration séro-purulente des lobes inférieurs du poumon et de l'épanchement dans la plèvre. Enfin, il arrive que le poison diphthérique se localise du côté du tissu connectif sous-cutané ou donne lieu à des abcès articulaires, périarticulaires ou musculaires, à l'inflammation de glandes mammaires ou parotides. C'est précisément la grande variété de ces localisations et leurs combinaisons multiples qui constituent le caractère de la fièvre puerpérale ; et telle ou telle de ses localisations venant à s'accroître davantage, il en résulte que, pour les uns, ça été la péritonite, pour les autres, la phlébite ou la lymphangite, qui a été prise pour le point de départ de la maladie générale.

Quant aux causes qui favorisent la production du ferment morbide, M. Martin insiste surtout sur la décomposition des débris de l'œuf et des caillots sanguins dans l'intérieur de la matrice.—Il y a certainement des causes prédisposantes. Aussi l'auteur a observé que les accouchées atteintes de bleunorrhagie aiguë étaient particulièrement prédisposées aux affections diphthériques, et par conséquent, à la fièvre puerpérale. Mais la cause la plus importante de toutes est la transmission du virus d'un sujet malade à un sujet sain, *la contagion*. Elle a lieu le plus souvent pendant l'accouchement, plus rarement pendant les couches, plus rarement en-

core avant l'accouchement. Ce qui le prouve, c'est ce fait, si bien constaté à Vienne, où on a établi, d'après une très grande statistique, que là fièvre puerpérale est excessivement rare chez les femmes qui entrent à la Maternité, après avoir accouché inopinément dans la rue (*Gassengeburtten*), et qui, par conséquent, n'ont pas été soumises aux explorations et aux manœuvres habituelles du travail. Il est donc probable que le virus est introduit par le doigt explorateur du médecin, de la sage-femme ou de l'élève, souillé, malgré une propreté en apparence irréprochable, de substances septiques. Des éponges, des linges, des sondes contaminées sont aussi souvent le véhicule du contagé ; c'est ainsi que les épidémies se produisent dans les hôpitaux et en ville.

La durée de l'incubation de la maladie, ainsi transmise, serait, d'après Veit, de 27 et 28 heures.

La diphthérie des parties génitales ne règne pas exclusivement sur les femmes en couches, quoique celles-ci y soient particulièrement disposées. Il y a 40 ans déjà, Paul Dubois a observé qu'en temps d'épidémie de fièvre puerpérale, les jeunes sage-femmes de la Maternité étaient quelquefois, lors de la menstruation, atteintes d'une affection fébrile analogue à celle des malades auxquelles elles donnaient des soins. M. Martin a observé des faits semblables et notamment le suivant : Une femme de 52 ans entre à son service pour une métrorrhagie ; on l'examine et on voit, faisant saillie à travers les lèvres du col, un magma volumineux. On détache la tumeur au moyen de l'écraseur, et on en pratique l'extraction à l'aide du forceps. Le pédicule est cautérisé au fer rouge. Apparemment le forceps avait servi à accoucher une femme contaminée et n'avait pas été suffisamment nettoyé, car l'opérée fut atteinte de diphthérie des parties génitales et mourut au bout de 15 jours, présentant toutes les lésions anatomiques de l'infection puerpérale. Du reste, la maladie qui nous occupe n'épargne même pas toujours les nouveau-nés, comme Lorain déjà en a rapporté des exemples. Cependant, c'est chez les femmes en couches qu'elle trouve

son véritable terrain et qu'elle évolue le plus rapidement et avec le plus d'intensité.

*Symptomatologie.*—Les sytômes caractéristiques, d'après Martin, sont, une température oscillant d'une façon continue entre 39° et 40°, le pouls de 100 à 120. L'état général est peu inquiétant au début, mais bientôt arrivent, chez beaucoup de malades, les pressentiments sinistres ; l'intelligence reste nette jusqu'à la fin ; quelquefois, cependant, il y a du délire et des accès de manie aiguë. Quand au processus diphthérique en lui-même, on le constate *de visu* à la vulve et dans le vagin jusqu'au museau de tanche ; il trahit sa présence dans l'utérus par un écoulement lochial fétide et par l'expulsion de débris de fausses membranes diphthériques.

Presque toujours l'utérus est douloureux à la pression. Inutile d'insister sur les autres symptômes, l'inflammation si fréquente de la vessie, du rectum, la péritonite, la pleurite, les phlegmons, etc.

*Pronostic.*—En faisant abstraction des cas de diphthérite tout à fait locale, le pronostic est grave. La mortalité est de 1 sur 3. La mort a généralement lieu du 5e au 11e jour ; il est des cas qui durent des semaines et des mois.

*Traitement.*—Veiller surtout à la prophylaxie. Les mains, les vêtements de l'accoucheur, les éponges, les sondes exigent la plus grande propreté. Ne pas abuser des explorations internes (toucher), surtout en temps d'épidémie ; habituer les élèves à tirer un meilleur parti de l'exploration externe (palpation et auscultation).

Quant à la thérapeutique, elle est purement symptomatique et s'adresse surtout à la fièvre (digitale, quinine, bains). L'auteur insiste sur le traitement local (injections vaginales désinfectantes et injections utérines au moyen de la sonde à double courant).

Ces leçons de M. Martin ont eu un certain retentissement en Allemagne. Somme toute, l'idée d'attribuer les accidents puerpéraux à une infection zymotique ; à la pénétration dans l'organisme de ferments et de mycodermes, cette idée est loin

d'être nouvelle. Martin l'amplifie et identifie le processus puerpéral avec celui de la diphthérie, si bien étudié par Letzerich. Mais, nous le répétons, les faits anatomiques directs, la description exacte et la recherche scrupuleuse du microphyte, les essais de culture, les transplantations artificielles, bref, les épreuves et les contre-épreuves, tout cela fait défaut et tout cela cependant serait nécessaire pour donner à l'hypothèse de M. Martin une base et une portée vraiment scientifique. (*Allgemeine medizinische Zentralzeitung*, 9. und. 12. Aug. 1271.—*Medizinische Neuigkeiten*, 19 Aug. 1871, et *Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 11, 1871.)—*Lyon Médica*

#### EXTRACTION D'UNE BALLE AU NIVEAU DE LA CLOISON RECTO-PROSTATIQUE.

Le fait suivant, que nous communiquons M. le docteur Paul Redard, paraîtra intéressant non seulement en raison de sa rareté, mais surtout à cause du résultat heureux de l'opération chirurgicale qui a été mise en pratique en temps utile.

Le nommé B..., soldat du train, se présenta le 23 mars à l'ambulance de Longchamp, pour une blessure qu'il venait de recevoir au moment où il chargeait des sacs d'avoine sur une voiture ; son corps se trouvait dans la demi-flexion.

La balle qui l'a frappé a pénétré dans la région fessière, un peu en arrière du grand trochanter. Le blessé ne perçut pas d'abord une grande douleur, l'hémorrhagie était nulle et il put même marcher pendant quelque temps.

Voici ce qui fut constaté à son entrée dans l'ambulance : B... ne semblait pas très-effrayé de sa blessure, l'hémorrhagie était nulle et la température était presque normale (on verra plus loin les motifs de l'importance attachée à ce fait) ; le pouls était normal. L'ouverture d'entrée de la balle est à quelques centimètres en arrière du grand trochanter ; elle continue par un trajet fistuleux très-sinueux, remontant de haut en bas dans la direction de la vessie. Un stilet, introduit très-profondément, ne donne aucune notion utile, et il est impossible de se rendre compte de la profondeur du

trajet, et par conséquent des désordres que la balle peut avoir produits en cheminant à travers les organes aussi importants que ceux vers lesquels elle semblait s'être dirigée.

On fait uriner immédiatement le malade et on constate un signe de fâcheux augure, la présence du sang dans les urines. Il y a, en outre, un peu de rétention d'urine, une douleur recto-prostatique très vive et un sentiment de pesanteur vers le rectum. Les selles sont régulières et ne présentent rien d'anormal.

En pratiquant le toucher rectal au niveau de la prostate, on reconnaît l'existence d'une tumeur dure, très résistante, et l'on éprouve exactement la sensation perçue lorsqu'il existe une hypertrophie de la prostate, avec cette différence que la résistance rencontrée présente la sensation de dureté métallique. C'était là qu'était évidemment la balle, en partie surtout sur la ligne médiane. Il s'agissait de l'extraire. L'extraction a été faite le 28 Mai, par M. Ricord. Voici de quelle manière :

Ce chirurgien s'est servi d'un bistouri à lame cachée qu'il a pu ainsi porter à couvert jusque sur le point à inciser et diriger dans le rectum. L'incision fut faite sur la ligne médiane de la cloison recto-prostatique, afin d'éviter les gros troncs vasculaires. La balle fut dès lors mise à nu, et après quelques tentatives assez laborieuses, elle put être saisie avec les pinces.

Le malade éprouva sur-le-champ un soulagement très-marqué, l'hémorrhagie par le rectum fut nulle. On prescrivit des lavements émollients.

Le lendemain, les urines ne contenaient plus aucune trace de sang ; l'ouverture d'entrée donne issue à une quantité assez considérable de pus de bonne nature ; on prévoit que l'os iliaque a pu être fracturé, mais ce fait ne peut être constaté d'une façon directe.

Une certaine quantité de matières fécales s'écoule aussi par cette ouverture. Le malade a de la diarrhée. De grandes irrigations sont pratiquées matin et soir dans le trajet fistuleux, et des lavements émollients sont administrés.

Le jour suivant, il existe un peu de fièvre ; la température est 38°,3. Les selles sont diarrhéiques ; pas de sang dans les urines. Les matières fécales s'écoulent par la plaie.

Bientôt (6 jours après), un mieux marqué se produit. Les matières fécales ne s'écoulent plus par la plaie ; la suppuration est toujours très-abondante ; la diarrhée continue ; cependant les urines sont normales l'appétit est excellent.

Au bout d'une vingtaine de jours environ, le malade ayant exprimé le désir de retourner au camp est autorisé à quitter l'ambulance.

Quelques jours après sa rentrée au camp, M. P. Redard, étant allé le visiter, est douloureusement surpris de voir que le pus s'écoule encore en grande quantité par l'ouverture extérieure, et qu'une partie fuse même le long des muscles de la cuisse.

Le malade en paraît considérablement affaibli ; son appétit est en partie perdu.

En présence de ces accidents, M. Redard place la cuisse dans la demi-flexion, et la fixe à l'aide d'un bandage ouaté assez épais, de façon que le coton, prenant et comprimant les interstices musculaires, empêche le pus de s'accumuler vers les parties déclives.

Nonobstant ces précautions, il ne tarda pas à se former une tuméfaction assez volumineuse dans l'aîne gauche, tuméfaction dure d'abord et qui devint bientôt fluctuante. Il fallut ouvrir cet abcès, qui avait décollé les muscles dans une étendue assez considérable. Il n'y avait d'ailleurs aucune communication entre l'ouverture externe (ouverture d'entrée de la balle) et l'ouverture artificielle pratiquée pour l'écoulement du pus. L'ouverture d'entrée de la balle était en outre notablement agrandie, et on put alors, en introduisant le doigt très profondément de bas en haut, constater une fracture de l'os iliaque qui semblait, comme dans la plupart des cas de ce genre, du reste, être régulière et à emporte-pièce, l'index s'engageant dans une excavation osseuse parfaitement limitée.

A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux ;

la diarrhée cesse, la suppuration diminue. Le trajet fistuleux bourgeonne et la prolifération s'empare à son tour des parois de l'abcès qui s'accolent. Il n'existe plus bientôt qu'une suppuration abondante par l'ouverture d'entrée de la balle : l'appétit redevient excellent et le malade marche à grands pas vers sa guérison ; mais il reste une émaciation et une atrophie excessives de tout le membre inférieur, avec persistance, toutefois, des mouvements. Malgré une petite vérole que le blessé a eue à subir intercurremment, la guérison a marché rapidement. (Ce blessé est aujourd'hui en convalescence à l'hôpital du Gros-Caillou.)

M. Redard signale, dans cette observation, plusieurs faits dignes d'attention. Et, d'abord, il nous fait remarquer la rareté d'une blessure de la *cloison recto prostatique*. " Il est curieux, en effet, dit-il, que la balle se soit arrêtée dans cette cloison, résistante il est vrai, et l'on ne peut s'empêcher de songer aux accidents plus graves qui auraient pu survenir si la balle avait continué sa marche et perforé la vessie. Nous avons cherché dans les traités de chirurgie militaire, et nous n'avons retrouvé aucun fait semblable.

" L'intervention chirurgicale a été, dans ce cas, très-utile et des complications graves seraient survenues si M. Ricord n'avait pas pratiqué immédiatement l'extraction. Le procédé dont s'est servi ce chirurgien était très-simple et a été couronné de succès ; il est vrai qu'on aurait pu, suivant le procédé de M. Demarquay pour les abcès péri-prostatiques, inciser au devant de l'anus ou sur les côtés du raphé, et l'on serait probablement arrivé au même résultat."

On aura remarqué, en outre, la durée extrêmement longue de la suppuration, qui doit trouver son explication dans la lésion osseuse constatée après coup. Toutes les fractures des os, et en particulier celles des iliaques, donnant lieu à des suppurations très-prolongées, on ne doit pas s'étonner, dès lors, d'avoir assisté ici à une suppuration de six grands mois, sans que le traitement institué ait paru produire quelque effet.

Si l'on se reporte aussi au commencement de cette observation, on verra que l'on s'est préoccupé, avant de se livrer à

un examen complet du malade, de la température. " Nous trouvions, ajoute M. Redard, une température presque normale, et partant de ce fait, avant de constater la situation de la balle, nous pouvions affirmer qu'il n'existait pas de plaie pénétrante grave de l'abdomen, qui nous aurait donné cette température hypo-physiologique de l'étranglement que nous avons observée fort souvent.

— On comprend l'importance de ce fait, si nous n'avions pu constater la présence de la balle, qui se traduisait par la résistance métallique reconnue à l'exploration. Là encore se montrait l'importance de la thermométrie que M. Demarquay nous a fait étudier et qui nous a conduit à d'heureux résultats. — *Gazette des Hôpitaux.*)

---

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.—M. Brown-Sequard, revenant sur le rôle que paraissent jouer les lésions du grand sympathique dans la production expérimentale de l'épilepsie, présente un cochon d'Inde qui a eu le grand sympathique coupé dans l'abdomen et qui est devenu épileptique. En irritant la zone épiléptogène. M. Brown-Sequard provoque immédiatement chez cet animal plusieurs attaques bien caractérisées. Mais il fait observer à ce propos que le point épiléptogène n'est pas toujours facile à trouver, qu'il varie selon les individus, et même quelquefois chez le même individu, d'où il suit que l'existence de l'épilepsie peut être souvent méconnue.

—M. Brown-Sequard présente les pièces pathologiques recueillies sur un cochon d'Inde chez lequel une double pneumonie s'est produite à la suite de la section d'un seul pneumogastrique ; il constate, en outre, l'existence d'une névrite du bout central du pneumogastrique sectionné ; il ne doute pas que la double pneumonie ne soit due, dans ce cas, à un effet réflexe.

M. Vulpian a souvent observé des lésions pulmonaires doubles à la suite de la section d'un seul pneumogastrique : les deux poumons sont habituellement engoués, mais la lésion est ordinairement plus marquée dans le poumon correspondant au pneumogastrique sectionné.

—M. Bourneville donne lecture d'un travail sur des observations thermométriques faites comparativement dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale, observations desquelles il résulte que tandis que la température s'élève considérablement dans l'éclampsie, elle s'abaisse d'une manière non moins remarquable dans l'urémie.

M. Charcot fait ressortir tout l'intérêt qui s'attache à ce travail, non-seulement au point de vue du diagnostic, mais encore relativement à la nature des deux maladies dont il s'agit et qui se trouvent ainsi séparées par un caractère de grande importance.

—Des expériences nouvelles faites par M. Bert il paraît résulter que l'oxygène introduit à une certaine dose dans l'organisme y joue le rôle d'un poison énergétique. L'animal en expérience meurt au milieu de crises convulsives de moins en moins fortes et de plus en plus rapprochées. (*Séance du 3 février 18 Revue scientifique.*)

---

### GREFFE EPIDERMIQUE.

---

Le Dr. Thomas B. Clark, officier de santé de la Salle-des-Métiers de Leicester, dans son rapport pour l'année dernière, dit qu'un grand nombre de cas d'ulcères à la jambe ont été admis pour le traitement. Dans l'espoir d'opérer plus efficacement leur guérison et d'en prévenir le retour, plusieurs patients ont été persuadés de subir volontairement la nouvelle opération de la greffe épidermique. Environ vingt-cinq patients y ont été soumis ; plusieurs d'entre eux furent ainsi opérés deux ou trois fois successivement avec les résultats les plus satisfaisants. Le progrès du recouvrement a été remarquablement accéléré, et la perspective du retour de l'ulcération grandement diminuée.

---

## DE L'ÉLECTRO-PUNCTURE DU CŒUR COMME MOYEN DE TRAITEMENT DANS LA SYNCOPE PAR LE CHLOROFORME.

Par le docteur STEINER (de Vienne).

L'emploi du galvanisme et des courants continus contre la syncope par le chloroforme n'est pas une nouveauté, et l'on doit avoir encore présentes à la mémoire les discussions auxquelles a donné lieu, de la part de Duchenné, Abeille, Legros Onimus, Liégeois, la publication des expériences faites par Legros et Onimus. Actuellement, on est loin d'être d'accord sur le choix du mode d'application et même du lieu d'application de l'électricité. Le docteur Steiner croit pouvoir proposer un moyen plus énergique encore, c'est-à-dire l'électro-puncture du cœur. On trouverait facilement cette proposition déjà formulée et même des exemples d'électro-puncture du cœur non suivis du retour à la vie ; mais ce n'est pas au titre de conception originale que nous analysons ce travail. L'auteur s'est appliqué à réunir tous les arguments, qui peuvent établir que l'électro-puncture est inoffensive en même temps qu'elle agit efficacement.

Parmi les questions principales qui devaient être examinées, celles qui se présentent le plus naturellement sont les suivantes : La piqûre du cœur avec l'aiguille est-elle dangereuse ? Quel est le point le plus convenable pour la piqûre ? L'emploi de courants électriques faibles à travers le cœur est-il dangereux ? Quelle est la meilleure méthode d'électro-puncture ?

Sur le premier point, l'auteur a pu trouver une démonstration clinique dans une étude historique sur les plaies du cœur par instruments piquants, dont on connaît un nombre de guérisons suffisant pour montrer que le tissu du cœur n'est pas doué d'une sensibilité extrême à l'égard des piqûres. Aux expériences déjà connues, l'auteur a ajouté une série de recherches dont les conclusions peuvent se résumer ainsi qu'il suit.

La piqûre avec une aiguille pratiquée dans une partie de la paroi ventriculaire sans produire la perforation n'offre pas de danger. Lorsque l'aiguille pénètre dans le ventricule, il n'y a pas d'accident si l'aiguille est retirée rapidement. Il ne se produit ni cardite ni péricardite lorsque par des mouvements ou le séjour prolongé de l'aiguille, le trajet de la piqûre n'est pas irrité. La piqûre des oreillettes est dangereuse, elle a pour résultat ordinaire l'écoulement de sang pendant la systole et la diastole.

Pour la détermination du point le plus favorable à la ponction, l'auteur s'est inspiré de recherches cadavériques faites par Luchka et donnant des indications intéressantes sur l'épaisseur des diverses parties du cœur. Le point d'élection pour la piqûre est la pointe du cœur, car c'est la partie où, grâce à l'épaisseur des parois, et à l'éloignement des artères coronaires, on a les meilleures chances. Extérieurement, la piqûre sera pratiquée au milieu du cinquième espace intercostal gauche à trois centimètres en dehors du bord sternal ; la piqûre doit être perpendiculaire et pénétrer à trois centimètres de profondeur ; mais chez les individus fortement musclés, on peut pénétrer de 1 cent. à 1 cent et demi. Il faut d'abord explorer la région pour reconnaître les changements pathologiques pouvant exister. Il faut éviter toute manœuvre inutile, tout ébranlement donné à l'aiguille.

L'auteur a multiplié les expériences destinées à étudier les effets du galvanisme sur le cœur, chez des animaux tués par le chloroforme ; elles ont donné des résultats qui viennent à l'appui de la théorie qui admet comme cause de mort l'arrêt de l'activité cardiaque, et elles montrent que l'excitabilité du cœur est très-rapidement éteinte dans la mort par le chloroforme.

Les conclusions de ces recherches par rapport à l'électropuncture du cœur, sont résumées par l'auteur en une série de propositions.

L'électropuncture du cœur est une opération qui ne pré-

sente aucun danger. Après l'arrêt du cœur dans la syncope par le chloroforme, l'emploi de l'électro-puncture n'est pas un moyen certain de *résurrection*, parce que par l'action du chloroforme, la perte de l'excitabilité du muscle cardiaque est détruite avec une promptitude extrême. La galvanisation du cœur doit être préférée à la respiration artificielle lorsque l'arrêt du pouls et le collapsus font craindre la perte d'irritabilité du cœur. Les cas heureux dans lesquels l'emploi de la respiration artificielle a ramené la vie, s'expliquent par la persistance de l'irritabilité cardiaque, et parce que la respiration artificielle a été accompagnée d'irritation mécanique du cœur.

Le courant électrique employé doit être très faible ; l'auteur s'est servi d'un élément de Smée avec un appareil d'induction ; le courant doit toujours être transmis par voie indirecte, le pôle positif sera porté dans le cœur par l'aiguille à électro-puncture, le pôle négatif sera placé sur le côté gauche de la poitrine, dans la septième espace intercostal. La galvanisation du cœur n'est pas seulement le moyen le plus actif de l'excitation de la force cardiaque, mais elle agit énergiquement sur les mouvements respiratoires. Lorsque, pendant la galvanisation du cœur, il survient passagèrement un mouvement dans l'aiguille, des mouvements respiratoires, et la réapparition du pouls, il faut continuer la galvanisation tant que les mouvements du cœur ne sont pas redevenus rythmiques et forts ; mais à cette période, les mouvements la respiration artificielle sont un bon moyen complémentaire. Lorsqu'au bout de quinze minutes, la galvanisation n'a produit aucun effet, l'irritabilité du muscle cardiaque est à jamais complètement détruite et toute tentative pour la rétablir reste inutile (*Archie für Klinische Chirurgie*, 12o Bd.) 3. H., 1872.)—*Gaz. Hebdomad.*

---

ENTRETIEN DU DR. ODLING SUR L' " INDIUM, " A  
L'INSTITUTION ROYALE.

Vendredi soir, le 19 Janvier, le Dr. Odling fit un discours, à l' " Institution Royale " sur l' " Indium ". Ce ne fut qu'au temps de Lavoisier, dit-il, qu'on établit le fait que la couche extérieure de la terre peut se résoudre en plusieurs éléments indépendants, parfaitement distincts les uns des autres, par leur nature, et incapables d'être changés ou transformés d'aucune manière. Avant la découverte de l'hydrogène, vingt-quatre de ces éléments étaient connus aux chimistes, et, depuis cette découverte, trente quatre nouvelles substances ont été ajoutées à la liste à différents intervalles. Dans les cinquante dernières années, il y a eu, en moyenne, un élément nouveau découvert tous les quatre ans ; mais les intervalles sont très irréguliers. Le dernier découvert fut l'Indium, qui fut trouvé par MM. Reich et Richter, dans l'année 1863, et il est conséquemment temps que quelque nouvel élément apparaisse. La liste des substances élémentaires est, selon toute probabilité, capable d'une extension indéfinie ; mais il ne me semble pas probable qu'aucune substances de fréquente occurrence ne vienne à notre connaissance. Toutes les substances qui ont été découvertes dans ces dernières années sont d'une extrême rareté, et, étant d'une faible valeur commerciale sont considérées plutôt comme des curiosités chimiques qu'autre chose. Mais quoique rares, il ne s'ensuit pas que ces corps ne soient pas distribués largement. Comme c'est le cas pour l'Iode et pour plusieurs autres, leur présence peut être constatée dans beaucoup de corps, mais en quantité si minime que leur rareté reste la même. Les quatre derniers éléments qui ont été ajoutés à la liste, savoir : le *Casium*, le *Rubidium*, le *Thallium* et l'Indium sont remarquables pour avoir été découverts pour la première fois au moyen du Spectroscope. Il est bien connu que différents corps lorsqu'ils sont chauffés à la flâme de la lampe de Bunsen, pour la vaporisation, produisent des rayons lumineux

de diverses couleurs. Le Lithium donne un rayon rouge, le Barium un vert, le Strontium un cramoisi; et lorsque des éléments simples sont seuls présents, il est assez aisé de décider quel est cet élément, par l'apparence de la flamme à l'œil nu; mais lorsqu'il y a une combinaison d'éléments, il devient nécessaire d'user d'autres moyens. Le plus parfait de ces moyens est l'usage d'un prisme, par lequel les rayons sont mis en évidence et placés par ordre devant l'observateur, selon leurs différents degrés de réfraction. Ce fut par le moyen du prisme que Bunsen découvrit le Casium et le Rubidium en l'année 1859, tandis qu'il examinait les eaux minérales de Dürkeim. Ayant remarqué dans le spectre de la flamme des lignes brillantes données par les sels de ces eaux, il en réduisit une quantité énorme et réussit à isoler ces deux nouvelles substances alcalines. On trouve maintenant qu'elles sont largement distribuées en quantités excessivement petites, mais le Casium n'a pas encore été trouvé dans les cendres d'aucune matière végétale. Elles se rencontrent en rapport presque le même avec le potassium, que le strontium et le Barium vis-à-vis du Calcium.

Le Thallium fut l'élément dont la découverte suivit celles-ci. Ce corps fut d'abord remarqué par M. Crookes en 1861, tandis qu'il examinait les dépôts impurs de Selenium provenant des montagnes de Harz. Le Thallium est remarquable pour la belle ligne verte produite dans le spectre de sa flamme. Sa vraie position est encore une matière à controverse, puisqu'il ressemble à l'argent, à l'or, au plomb, au potassium et à d'autres métaux par quelques-uns de ses caractères, mais il diffère encore de chacun d'eux par certaines propriétés particulières.

Le dernier nouveau métal est l'Indium. Il fut découvert par MM. Reich et Richter, de Freiberg, dans l'année 1863, dans quelques minerais de zinc des montagnes de Harz. Son spectre contient seulement deux lignes d'une couleur indigo brillante, une située dans la partie bleue, l'autre dans la partie indigo du spectre. Quant à la couleur, ce métal est très

blanc en apparence, avec une teinte de couleur de bismuth. A l'exposition à l'air, il se ternit rapidement et présente une ressemblance exacte au plomb terni, mais diffère du plomb en ce que la couche terne peut s'enlever aisément avec un linge, contrairement à celle du plomb. Comme le plomb, l'indium est très compact, et très mou, comme il fut démontré par la conversion en fil d'un morceau en très peu de temps. Son poids ressemble à celui de l'étain. La gravité spécifique de l'étain est 7.3, l'indium est de 7.4, le plomb, 11.9. Sa fusibilité est très remarquable; il peut être fondu dans le spermaceti chaud, à une température de 176. cent; l'étain peut être fondu à 228. cent, et le cadmium à 278 cent. La proportion de combinaison de l'indium est de 38 et son poids atomique est 71.84.

Ce discours fut accompagné de quelques beaux spécimens des plus rares métaux, tels que le Tellurium, le Zirconum, l'Ystrium, le Beryllium, le Lithium, le Selenium et l'acide vanalique. Le spectre du Sodium fut montré et la lumière elle-même fut répandue, avec son effet, ordinaire sur l'assistance. Les spectres du thalium et de l'indium furent aussi montrés à l'aide de la lumière électrique.—*Med. T. & Gaz.*

---

### ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ.

---

Dans la nuit du 3 au 4 d'Avril dernier, M. Angèle Rouleau, femme de J. Bte. Sauvé, à St. Clet, s'éveilla toute baignante dans son sang. Robuste, de haute taille, d'une santé parfaite, âgée de 25 ans et approchant lbs 170 en pesanteur cette femme était enceinte pour la deuxième fois et dans le septième mois de sa grossesse.

Je fus appelé : la personne envoyée pour me quérir me disant que la malade était sans connaissance. En effet, à mon arrivée auprès d'elle, je fus effrayé de la quantité de sang perdu et de l'état de prostration dans lequel elle était; elle me dit qu'elle n'avait pas de douleurs à part un *chauffement de reins*.

L'examen m'offrit un col effacé, résistant, permettant, tout juste, l'introduction du doigt. Je constatai de suite que j'avais affaire à une présentation du placenta, centre pour centre. Pas moyen d'hésiter.

La main gauche appuyée sur le fond de l'utérus et la droite dans le petit bassin, je commençai la dilatation forcée du col qui consentit, au bout de 15 à 20 minutes de *digitation difficile*, à me permettre l'introduction libre et franche de deux doigts que je réussis à faire passer à travers le placenta directement ; je sentais la membrane amniotique, mais comme il n'y avait pas de contraction, elle était molle et fuyait les doigts qui voulaient la perforer.

Heureusement qu'un membre que je pus sentir fut avidement saisi et entraîné à travers l'ouverture que je venais de pratiquer à travers la substance du placenta ; à ce moment du travail forcé, les eaux de l'amnios s'échappèrent ; c'était le bras droit que je venais d'entraîner (*tunc baptizavi secundum, Benoit XIV.*) Je me reposai un instant, tout en continuant la traction sur le membre sorti du fœtus, et je pus administrer une bonne dose de *secale* avec du *brandy*.

Ensuite, je refoulai dans la cavité utérine le petit bras qui m'avait rendu un fameux service et continuai la dilatation du col qui prit un long quart d'heure avant de me permettre l'introduction pénible de la main ; le sang ne coulait plus et pour cause ; la version pelvienne fut opérée sans trop de difficulté et l'enfant extrait mort, la tête ayant éprouvé un peu de gêne à franchir le détroit créé par le placenta.

La délivrance fut aisée ; il n'y eut pas d'hémorrhagie subséquente ; mais il y eut tintements d'oreilles, vertiges et vomissements répétés immédiatement après.

Je rappelai la chaleur aux extrémités par les moyens ordinaires et je quittai la malade calme et sans douleurs, et depuis elle n'a éprouvé aucun accident ; sa figure atteste seulement aujourd'hui que quelque chose d'extraordinaire a ébranlé sa belle et puissante constitution.

## NAISSANCE.

A St. Jacques L'Achigan, le 13 Avril, la dame du Docteur T. G. F. Pattoël, une fille.

---

## MARIAGE.

—A Laprairie, le neuf Avril dernier, par le Révérend Messire Isidore Gravel, curé de l'endroit, le Dr. P. H. d'Artois de West Farnham, à Demoiselle Lucrèce Philomène Bourassa, troisième fille de Hubert Bourassa, Ecr., de Laprairie.

---

## DÉCÈS.

—A St. Paul l'Ermite, le 2 de Mai, à l'âge de huit mois et demi, Rosario enfant du Dr. Alphonse Gervais.

## TABLE DES MATIÈRES.

---

Editorial.—L'acte médical projeté, J. P. Rottot, M. D.....	241
Kyste ovarique et grossesse avec placenta prævia, Alfred Laramée, M. D.....	245
Distribution des Diplômes. etc.....	250
Du Bureau de Santé, A. Dagenais. M. D.....	252
Assemblée du Bureau.....	255
Société Médicale de Montréal.....	256
Bibliographie, L. J. P. Desrosiers. M. D.....	260
Nouvelles Médicales.....	261
Hydrophobie spontanée.....	262
Perforation de la vessie et du Rectum.....	264
Ovariectomie.....	266
Emploi des greffes épidermiques, etc.....	268
Obstétrique.—De la fièvre puerpérale.....	269
Extraction d'une balle au niveau de la cloison recto-prostatique.	275
Société de biologie.....	279
Greffe épidermique.....	280
De l'électro-puncture du cœur, etc.....	281
Entretien du Dr. Odling sur l'Indium, etc.....	284
Accouchement prématuré, Dr. Léonard, Agé. Fortier.....	286

---

---

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.