

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

TRICL...MER EXTRACT OF MALT } APPROUVÉ PAR TOUTE LA PROFESSION. } PREPARATION MAGISTRALE.

Vol. 11

MARS 1882

No. 3

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

L'UNION
paraît au commence-
ment de chaque mois.

ABONNEMENT :
\$3.00 par Année
payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTINS.



Adresse de la Rédaction et de
l'Administration :

Boite 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

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

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. —Blessure de la main, suivie de phlébite, abcès, etc., guérison, par P. H. Bernier, M.D., St. Pie (Bagot).—Lésions valvulaires ou organiques du cœur, par M. le Dr A. Laramée, Professeur de clinique interne à l'Université Laval, à Montréal (<i>Suite</i>) 97	CALES.—Cure radicale de la hernie... 133
COMMUNICATION. —Du traitement des névralgies par les injections hypodermiques d'eau froide, J. A. Laramée, M.D.... 111	FORMULES ET PRESCRIPTIONS. —Traitement de la méningite.—Traitement de l'orchite.—Traitement de l'eczéma infantile.—Traitement de l'eczéma génital externe de la femme..... 137
HÔPITAUX. —Hôpital Notre-Dame, Montréal..... 113	BULLETIN. —Avis.—Le cas du "Hervy Institute."—Examens pour l'admission à l'étude de la médecine.—Les enlèvements de cadavres et l'acte d'anatomie.—Petite correspondance.—Livres reçus.—Brochures reçues..... 138
SOCIÉTÉS MÉDICALES. —Société Médicale de Montréal..... 117	NOUVELLES MÉDICALES. —Société protectrice de l'enfance.—Les analyseurs publics en cour de justice.—Cercle médical... 144
REVUE DES JOURNAUX. PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—Hystérie, (<i>Suite et fin</i>).—De fascite curable des alcooliques (<i>Suite et fin</i>)..... 125	VARIÉTÉS. —Le premier journal de médecine.—Proverbe chinois.—Supplément de l'Union Médicale..... 145
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGI-	

Ceux qui désirent communiquer verbalement avec l'administration peuvent s'adresser soit au DR A. LAMARCHE, No. 276, Rue Guy, soit au DR H. E. DESROSIERS, Hôpital Notre-Dame.

"The Trommer Extract of Malt Company" garantit à la Profession Médicale l'excellence de la qualité et la pureté absolue de leur EXTRACT OF MALT et de tous ses composés.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Blessure de la main, suivie de phlébite, abcès, &c, guérison.

Par P. H. BERNIER, M. D., St-Pie, (Bagot).

Le 9 août 1880, j'étais appelé à donner des soins à M. S., cultivateur, âgé de 59 ans, pour une blessure à la main droite produite par un câble dont il se servait pour conduire un bœuf à la boucherie; l'animal faisant un écart fit glisser violemment la corde entre deux doigts de la main. La douleur fut vive, atroce, comme celle produite par un fer rouge. Il va sans dire qu'il en résulta des symptômes inflammatoires intenses. L'inflammation bornée d'abord aux doigts gagna bientôt la main où elle détermina une tuméfaction considérable. La face dorsale de la main prit une teinte violacée puis ne tarda pas à se couvrir d'une infinité de phlyctènes qui, en se rompant, laissaient voir une multitude de petites ouvertures d'où s'échappait un pus épais, lié, mais dépourvu de fétidité. Cependant la maladie, au lieu de prendre la forme franchement inflammatoire comme il était permis de l'espérer, prit un caractère malin, celui de l'anthrax. Toutefois, malgré la gravité des symptômes, cet état n'offrait rien de bien alarmant, et à l'aide d'une médication convenable, les progrès du mal furent arrêtés; il survint un mieux sensible qui se continua de jour en jour, de sorte que le seizième jour après l'accident, la guérison était, sinon complète, du moins certaine dans un délai très court. Mais cette amélioration ne devait pas être de longue durée.

Comme les choses allaient bien, qu'il n'y avait plus que peu de soins à donner, on crût, pour des raisons d'économie, pouvoir se dispenser de mes services. La famille qui avait entendu parler de *la petite femme qui soigne les plaies* l'envoya guérir. Elle recommanda de laisser la main du patient exposée à l'air libre et de la laver légèrement de temps à autre, avec de *l'eau de petite épine* en évitant avec soin d'enlever le pus!!

Je ne fus que quatre jours sans voir ce patient, et cepen-

dant, je fus frappé des ravages qu'avait faits la maladie depuis ma dernière visite. Une odeur infecte remplissait la chambre. La malpropreté des parties affectées était repoussante : les doigts et la main étaient excessivement tuméfiés et l'abondance et la fétidité du pus de plus en plus prononcées. Il y avait délire, mouvement fébrile, frissons, le tout indiquant la présence d'une fièvre pernicieuse. La stagnation du pus produisait ses effets habituels et le travail de l'absorption putride commençait. Cependant, au moyen d'un traitement énergique, les symptômes les plus alarmants diminuèrent d'intensité et les forces du malade se ranimèrent peu à peu.

Tout alla bien pendant quelque temps quand survinrent de petites douleurs à la face antérieure des deux avant-bras, et, chose singulière, elles furent plus précoces, plus prononcées et persistèrent plus longtemps dans le bras dont la main était saine que dans l'autre membre. Ces douleurs furent attribuées à une phlébite et durèrent environ deux semaines, après quoi l'état général s'améliora au point de donner au patient l'espérance d'en être quitte avec la maladie. Mais il n'en fut rien. Quelques jours après, il se plaignait d'une sensibilité à l'épaule gauche, qu'il attribua à sa manière de se coucher. A l'inspection on ne découvre rien de particulier ; la peau un peu chaude est de couleur normale ; la pression exagère la douleur qui persiste, s'accroît et se complique de tuméfaction. Au bout de quelques jours la palpation fait découvrir une fluctuation profonde, indécise, et la ponction, faite au moyen de l'aiguille hypodermique donne issue à un écoulement assez considérable de pus. Sous l'action d'un traitement local et constitutionnel convenable, la guérison fait alors des progrès satisfaisants et le malade est de nouveau animé par l'espoir d'un prochain retour à la santé, quand une autre douleur se manifeste à la partie postérieure de la cuisse gauche. Cette douleur en s'aggravant rend les mouvements plus pénibles. Après un temps assez long, comme dans le premier cas, on perçoit une sensation profonde et indécise de fluctuation. L'ouverture de ce second abcès fut faite de bonne heure, mais la guérison n'en eût lieu qu'après quinze jours de soins assidus.

Jusque là, la constitution du patient avait assez bien supporté le choc de la maladie, et rien ne vint, dans les jours qui suivirent, entraver la marche de la guérison. L'appétit et les forces du malade augmentaient notablement. Deux semaines plus tard, le malade commence à se plaindre de malaise à la région épigastrique et l'attribue à une indigestion. La langue est rouge et sèche, la fièvre se déclare et augmente rapidement. Le malaise épigastrique dégénère bientôt en une dor-

leur qui s'accroît de plus en plus et s'étend rapidement à tout le canal intestinal, principalement au rectum. A ce moment il se déclare une diarrhée accompagnée de fortes coliques et d'une sensation de chaleur intense à la région hypogastrique. Cette diarrhée fut, quelques jours après, suivie de dyssenterie. Ces deux affections, après avoir offert une résistance opiniâtre à toute médication cédèrent enfin, mais laissèrent le patient dans un état de prostration déplorable. L'appétit revint peu à peu cependant, et le malade qui gardait le lit depuis longtemps prit assez de forces pour pouvoir se lever et faire quelques pas dans sa maison. La convalescence conserva cette allure satisfaisante jusqu'au 12 octobre. Le matin de ce jour, le patient fut soudainement pris de rétention d'urine due probablement à l'inflammation dont le rectum avait été quelque temps le siège. Quoiqu'il en soit, l'application du cathéter fut toujours assez facile et après dix jours de soins la miction se faisait naturellement. Ce dernier désordre heureusement, n'épuisa pas trop le malade. Mais le soir du deuxième jour il se manifesta un état fébrile accompagné de délire qui m' alarma beaucoup, et me fit craindre un commencement de fièvre uréthrale si redoutable en semblable cas ; par bonheur cet état ne se prolongea pas. Lorsque je vis le malade à ma visite du lendemain, ces symptômes étaient presque entièrement disparus à la suite de quelques heures de sommeil et deux ou trois jours plus tard il n'y en avait plus de trace. L'appétit ne tarda pas à revenir et la digestion à se bien faire. Les forces augmentèrent peu à peu et le patient put se lever. Cette amélioration se conduisant ainsi pendant près de quatre semaines, le retour à la santé sembla assuré cette fois, et je cessai de voir le malade. Ce laps de temps écoulé, il me fait dire que depuis quelques jours il n'est pas bien qu'il ne mange presque plus, qu'il a de la fièvre et qu'il souffre beaucoup d'une tumeur qui se forme dans l'aîne gauche. Alarmé de cette nouvelle complication, j'instituai le traitement ordinaire des abcès en voie de formation, mais sans résultat ; la tuméfaction augmentait toujours et tout allait de plus en plus mal. Je demandai alors à voir le patient afin de m'assurer de la nature du cas. Je constatai que cette tumeur sensible au toucher, lisse, luisante, d'un rouge violacé et de forme un peu conique occupait exactement le pli de l'aîne, la base en étant limitée par l'aîne et mesurant déjà environ trois pouces et demi dans son plus grand diamètre. Il n'y avait pas la moindre trace de fluctuation, au contraire la partie était d'une dureté remarquable, et de plus, très douloureuse. Des frissons violents parcourent les membres inférieurs. Il faut

bien l'avouer, nous ne sommes pas ici en présence d'une tumeur ordinaire et si l'on considère bien ses principaux caractères, sa malignité ne saurait être mise en doute, surtout si l'on tient compte des assauts donnés à la constitution par les carboncules, les abcès, affections gastro-intestinale et urétrale, etc., il n'est pas étonnant que l'état vicié de la constitution ait donné lieu à des manifestations redoutables.

Au commencement de janvier 1881, la tumeur avait atteint son plus grand développement et présentait les caractères suivants. Sa forme était celle d'un cône très allongé dont la base occupait la plus grande partie de l'aîne. Son sommet atteignant le tiers inférieur de la cuisse donnait à la tumeur une longueur d'environ neuf pouces. Elle adhérait fortement aux tissus profonds et reposait sur l'artère fémorale. La sensibilité, la chaleur et la dureté de la partie avaient aussi beaucoup augmenté.

Le malade est à cette époque si affaibli qu'il ne peut plus quitter le lit et l'appétit est encore une fois entièrement disparu. En même temps, de fortes douleurs se déclarent à la face antérieure de la cuisse droite, douleurs qui font souffrir le malade presque autant que celles de l'autre membre. Ajoutons à cela de fortes sensations de froid dans les jambes, et une périostite très rebelle de l'arcade sourcilière gauche. L'amaigrissement est devenu excessif: le cas semble désespéré.

Le traitement qui, depuis quelques semaines, avait été peut-être trop négligé fut repris avec persévérance et énergie, tant localement que constitutionnellement, mais, trois semaines après, les choses étaient à peu près dans le même état. Il fut alors question d'une opération au sujet de laquelle je consultai un de nos plus habiles chirurgiens canadiens-français qui se mit d'une manière tout à fait courtoise et bienveillante à ma disposition. Mais avant d'en venir là, le malade étant dans une anxiété bien légitime sur le succès de cette opération, je fis appeler en consultation un de nos plus anciens praticiens du district de St-Hyacinthe. Nous fûmes parfaitement d'accord sur l'impossibilité presque absolue de la guérison, et que l'ablation de la tumeur était le plus court moyen de conserver la vie du malade; nous décidâmes qu'elle aurait lieu huit jours après, s'il ne survenait pas de mieux. Ce temps de répit fut activement employé à la médication, et, à l'expiration de ce délai, il sembla au médecin et au malade lui-même qu'il y avait une très légère amélioration. C'était bien peu, cependant c'en fut assez pour donner de l'espoir et pour nous engager à continuer le traitement sous l'influence duquel les symptômes s'amendèrent bientôt. La fièvre s'apaise, la rougeur et la sensibilité

de la tumeur sont moins prononcées; il y a aussi moins de faiblesse. Mais cette légère amélioration qui ranime les espérances du malade et de sa famille est entravée par une sciatique du membre déjà si gravement affecté. Dans les premiers jours, les souffrances furent excessives et tout sembla aller encore pour le pis. Pourtant, vers la fin de la première semaine, il se manifesta un peu d'apaisement dans les douleurs. Ce soulagement s'accrut de plus en plus dans le cours de la semaine suivante, après quoi la névralgie disparut tout à fait: elle avait duré treize jours.

Pendant tout ce temps là le traitement de la tumeur avait toujours été poussé énergiquement. Le mieux, retardé pendant toute la première semaine de la sciatique prit enfin de semaine en semaine une allure plus franche et plus décidée. Il en résulta une diminution graduelle de tous les symptômes. La tumeur elle-même devint le siège d'un travail prononcé d'élimination, de manière qu'en mars, elle était réduite de près de moitié. Cette diminution bien que rapide se fit attendre longtemps vu la grosseur de la tumeur et il s'écoula encore de long mois avant la disparition de celle-ci et le retour à une santé relativement bonne. Cet heureux événement eut lieu au mois d'août 1881, après plus d'une année de maladie.

Avant de terminer, revenons sur certaines phases de cette observation. Tout d'abord il faut tenir compte de la multiplicité des accidents auxquels a donné lieu la blessure des doigts. On peut les résumer ainsi dans l'ordre de leur apparition. 1o inflammation de deux doigts; 2o propagation à la main, de l'inflammation qui prend le caractère de l'anthrax; 3o phlébite se déclarant simultanément dans les deux bras; 4o abcès à l'épaule; 5o abcès à la cuisse; 6o affection gastro-intestinale déterminée par l'état septique du système; 7o rétention d'urine; 8o sciatique; 9o adénite énorme de la région inguinale dû à la septicémie; enfin, 10o abcès multiples des doigts de la main affectée, abcès que je n'ai pas mentionnés plus haut et dont la guérison ne se fit qu'aut bout de trois.

Entre autres choses qui donnent un nouvel intérêt à cette observation, il est bon de faire remarquer l'erreur de lieu des manifestations morbides. En effet, pourquoi cette phlébite est-elle plus prononcée du côté sain que du côté affecté? Pourquoi cette périostite de l'arcade sourcilière gauche? Pourquoi ces abcès et cette adénite s'attaquent-ils au côté opposé à celui où le mal a originé. Cela paraît difficile à expliquer. S'il s'agissait de certaines affections du système nerveux, l'explication en serait plus aisée, tandis que dans ce cas-ci, la question semble infiniment plus difficile à résoudre.

En terminant, disons quelques mots au sujet du traitement,

Localement l'anthrax et les abcès furent traités par les applications émollientes, les incisions, la compression et les injections d'acide carbolique dilué fréquemment répétées; cependant, le carboncule dans sa période de suppuration excessive fut traité au moyen d'incisions multiples et de cataplasmes de carotte arrosés d'acide nitrique dilué, qui rendirent de très bons services; l'affection gastro-intestinale fut combattue à sa période la plus aigüe, par les anodins les révulsifs et les injections rectales de teinture d'opium et de glycérine, et plus tard par les stimulants et la quinine; contre la rétention d'urine des injections d'eau chaude légèrement carbolisée furent faites après chaque cathétérisme, la sciatique fut traitée au moyen d'injections hypodermiques de morphine en solution dans l'acool dilué, l'éther ou le chloroforme et, à l'intérieur, les toniques et les stimulants. L'affection qui domine toutes les autres par son caractère de malignité et de ténacité ne fut d'abord combattue qu'au moyen de lotions de teinture d'iode et de cataplasmes émollients, ce qui n'empêcha pas l'adénite de se développer avec la plus grande rapidité.

Ce fut à cette phase de la maladie qu'il fût question d'opération, mais le malade toujours plein de courage, mit toute son espérance dans le traitement médical qui fut cette fois poursuivi avec toute l'énergie et la persévérance possibles. J'eus recours aux cataplasmes de farine de graine de lin recouverts d'un mélange de poudre de belladone et d'eau de graine de lin changés quatre ou cinq fois dans les 24 heures. Avant chaque application de cataplasmes, je faisais faire sur la partie malade des frictions prolongées avec l'onguent d'iodure de plomb uni à une petite proportion d'onguent de belladone; ensuite on pratiquait des lotions à la teinture d'iode composée, puis on appliquait le cataplasme.

A l'intérieur, la liqueur arsénicale, trois fois par jour, immédiatement après chaque repas, l'iodure de potassium, l'iodure de fer, la quinine, le citrate de fer et de quinine, des préparations d'huile de foie de morue etc., une alimentation riche et abondante et les stimulants administrés libéralement. La persévérante confiance du malade a été pour beaucoup, je n'en doute pas, dans les résultats obtenus.

Lésions valvulaires ou organiques du cœur,

par M. le DR A. LARAMÉE, Professeur de Clinique Interne à l'Université Laval, Montréal (1).

(Suite).

En vue d'aider à déterminer l'orifice malade et la nature de la lésion, je me permettrai de vous présenter le résumé suivant :

BRUITS DE SOUFFLE :

Maximum d'intensité à la pointe, 1er temps : Insuffisance auriculo-ventriculaire ;

Maximum d'intensité à la pointe, 2e temps : Rétrécissement auriculo-ventriculaire ;

Maximum d'intensité à la base, 1er temps : Rétrécissement artériel ;

Maximum d'intensité à la base, 2e temps : Insuffisance artérielle ;

Double bruit de souffle, à la base, 1er et 2e temps : Rétrécissement avec insuffisance aortique ;

Doubles bruits de souffle, à la pointe, 1er et 2e temps : Insuffisance avec rétrécissement auriculo-ventriculaire ;

On observe quelquefois des combinaisons différentes quand il y a un double bruit. L'un peut être à la base, l'autre à la pointe. Si c'est le premier qui est à la base, et que le second soit à la pointe, il y aura un double rétrécissement ; si le premier bruit est à la pointe et le second à la base, ce sera une double insuffisance.

Les bruits de l'orifice mitral se font entendre au 5e espace intercostal, à la pointe du cœur.

“ “ *tricuspidé, à la base de l'appendice xyphoïde.*

“ “ *aortique, au 2e espace intercostal droit, en dehors du bord droit du sternum.*

“ “ *pulmonaire, à la 3e articulation sternale, dans le 2e espace intercostal gauche, à côté du sternum.*

Le bruit de souffle est ordinairement limité à une si petite étendue qu'on peut le recouvrir avec le pavillon du stéthoscope. D'autres fois il est plus étendu, ainsi, dans quelques cas, on a pu entendre le bruit de souffle dans toute la poitrine, même en arrière et le long de la colonne vertébrale dans des lésions aortiques, c'est-à-dire que les bruits se propagent alors dans la direction de l'artère, mais il y a toujours un

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

endroit où le bruit anormal a son maximum d'intensité. Suivant la prédominance du rétrécissement ou de l'insuffisance, l'un ou l'autre des bruits peut prédominer ou bien l'un peut être difficile à saisir. Les bruits de souffle du premier temps ont lieu pendant la contraction du ventricule, c'est pourquoi on les appelle bruits systoliques, tandis que ceux du second temps ont lieu pendant la diastole d'où le nom de bruits diastoliques. Les bruits systoliques sont ordinairement bien marqués même dans des lésions faibles, mais les bruits diastoliques sont moins distincts et dans quelques cas, ils peuvent être nuls, même dans des lésions avancées, surtout chez le vieillard. En voici l'explication : par exemple, dans l'insuffisance mitrale, la colonne sanguine, vivement poussée par la contraction ventriculaire, doit se heurter énergiquement sur les inégalités des valvules tandis que dans le rétrécissement auriculo-ventriculaire par exemple, le sang est aspiré dans le cœur et il n'entre que la quantité de sang que l'orifice peut admettre; d'un autre côté le sang n'est pas poussé à *tergo* d'une manière énergique par la contraction auriculaire, c'est pourquoi les bruits qui se passent au 1er temps sont plus communs et plus distincts que ceux qui ont lieu au 2e temps. Dans les derniers temps de la compensation, la force du cœur étant affaiblie, les bruits sont aussi affaiblis ou même quelquefois presque nuls pour la raison que l'ondée sanguine, frappant mollement sur les inégalités valvulaires, la vibration fait défaut comme le fait un instrument dont les cordes sont trop mollement touchées par l'archet. Il arrive qu'un souffle précède ou suive un peu le temps auquel il correspond; ainsi Gendrin donne le nom *pré-systolique* au bruit avancé, *péri-systolique* au bruit retardé, pour le bruit du premier temps, et celui de *pré-diastolique* au bruit avancé, *péri-diastolique* au bruit retardé pour le bruit du second temps. Mais ces légères différences de temps n'ont pas une grande importance pour le diagnostic.

Parfois, le trouble du cœur est trop considérable pour qu'un premier examen puisse être utile; il est nécessaire, dans ce cas, de conseiller un peu de repos au malade; par contre, il faut, quelquefois faire prendre un peu d'exercice, car sans ces précautions les bruits anormaux ne se reproduiraient pas ou du moins seraient difficilement appréciables. Enfin, dans certains cas accompagnés de trouble pulmonaire, il est à propos de conseiller au malade de retenir sa respiration quelques instants, car sans cela, les bruits respiratoires pourraient l'emporter sur les bruits anormaux du cœur. Avant de terminer ce qui est relatif aux souffles, il est bon de savoir que dans quelques circonstances rares, des bruits de souffle, indépendants de la chlo-

rose, de l'insuffisance ou du rétrécissement, peuvent se présenter à l'observation. Râcle enseigne que le simple état de gonflement, de dépoli de l'endocarde, ou que des légères concrétions sanguines ou fibreuses peuvent donner lieu à un souffle à la base ou à la pointe, mais ces bruits simples ne s'entendent jamais qu'au premier temps.

Râcle est d'opinion que ces bruits se lient à quelque lésion de peu d'importance, ancienne, reste d'inflammations partielles de l'endocarde comme cela peut se rencontrer chez des personnes qui ont eu des rhumatismes, des fluxions de poitrine ou même des bronchites intenses et prolongées. Du reste, d'après cet auteur, on trouve rarement sur le cadavre des valvules saines, minces et translucides comme dans l'état normal. Il est inutile d'ajouter que les dilatations aortiques, les anévrysmes donnent aussi lieu à un souffle simple ou double, dont le siège est en général à la partie droite et en haut du sternum, à la base du col.

De ce qui précède nous pouvons donc conclure que l'auscultation dans les maladies organiques du cœur, est sans doute d'un grand secours mais que les phénomènes généraux ont encore plus d'importance dans le diagnostic de ces maladies. Pour diagnostiquer une lésion d'orifice ou de valvule il est nécessaire de s'appuyer non seulement sur les bruits anormaux du cœur mais aussi sur les phénomènes généraux ou sur les tracés fournis par le sphygmographe.

Ces notions générales posées, résumons les côtés saillants qu'offre l'histoire pathologique de chacune des lésions valvulaires, et pour atteindre ce but je ne crois pas mieux faire que de vous donner une description parallèle basée sur l'examen du cœur et du pouls comme suit :

LÉSIONS DE L'ORIFICE MITRAL.

Rétrécissement et insuffisance le plus souvent combinés.

Voussure et matité précordiales moins étendues que dans les lésions aortiques vu que l'hypertrophie porte spécialement sur l'oreillette gauche et bien tardivement sur le ventricule droit et l'oreillette droite.

Insuffisance pure : Tant que la compensation est parfaite, le pouls est seulement petit, mais dans le cas contraire, le pouls est, à la fois, petit, irrégulier, inégal et intermittent.

Rétrécissement pur : Pouls irrégulier

Comme l'insuffisance de la tricuspide donne lieu à la stase la plus élevée dans les veines de la grande circulation, on doit considérer cette lésion, parmi toutes les lésions valvulaires, comme étant celle qui conduit le plus rapidement à la cyanose et à l'hydropisie.

LÉSIONS DE L'ORIFICE AORTIQUE.

Insuffisance et rétrécissement souvent combinés ; insuffisance pure plus fréquente que le rétrécissement pur.

Voussure et matité précordiales plus étendues, surtout dans l'insuffisance, vu l'hypertrophie remarquable du ventricule gauche. La pointe

lier quand la compensation fait défaut, mais dans le cas contraire, le pouls tout en étant petit et faible comme dans l'insuffisance, peut néanmoins être régulier.

N. B. Comme l'insuffisance et le rétrécissement sont ordinairement combinés, voyous l'état du pouls dans l'*Insuffisance et rétrécissement*: Le pouls est petit, vñ que la lésion mitrale diminue le volume de l'ondée sanguine chassée dans l'aorte; il est inégal et irrégulier, vñ, d'après Stokes et Peter, que les contractions du ventricule gauche n'ont pas une égale énergie, vñ l'altération musculaire du cœur; enfin il est intermittent, une ou plusieurs pulsations pouvant faire défaut.

Parfois, quand la compensation est encore suffisante, le pouls tout en étant petit et faible pourra conserver une certaine régularité qui durera d'autant moins longtemps que la compensation est de moindre durée que dans les lésions isolées.

Ces caractères pathologiques du pouls (dans les lésions mitrales comme dans les lésions aortiques) se retrouvent au sphygmographie qui contribue à affirmer les données fournies par les procédés habituels d'exploration.

Les premiers troubles fonctionnels sont l'ésofflement et l'oppression. Le malade a l'*haléine courte* s'il veut marcher un peu vite ou faire un effort, ce qui s'explique par le fait que la petite circulation se trouve à souffrir de très bonne heure de ces lésions, aussi, la congestion pulmonaire, le catarrhe bronchique, l'hémorrhagie pulmonaire surviennent à une époque plus ou moins rapprochée du début de l'affection, suivant l'état de la compensation; cependant l'hémoptysie survient généralement à une époque assez éloignée de la maladie, mais quelquefois, elle peut apparaître dès le début de la lésion mitrale, à l'occasion d'un excès, d'une fatigue, d'une grossesse (sic, Peter). L'hématose étant incomplète, la nutrition générale en reçoit le contre-coup et si le malade survit longtemps à son affection, la gêne de la petite circulation gagne de proche en proche la grande circulation, il vient un temps où l'organism-

du cœur bat parfois dans le 6e, 7e ou 8e espace intercostal.

Insuffisance pure: Pouls bondissant et défaillant; bondissant parce que l'ondée sanguine est lancée violemment par le ventricule gauche hypertrophié; défaillant parce qu'à peine le choc a-t-il eu lieu que la tension artérielle s'abaisse par suite du reflux qui se fait à l'orifice aortique et dans le ventricule. Le pouls alors fuit sous le doigt. Il est régulier parce que les contractions du ventricule ont une égale énergie grâce à la nutrition musculaire qui est longtemps maintenue. La violence des contractions se communique aux grosses artères v. g. les battements des carotides qui donnent souvent, au toucher, la sensation du frémissement cataire.

Dans le *rétrécissement pur* le pouls est petit parce que l'ondée sanguine passe, comme à la filière, à travers l'orifice rétréci; mais si l'hypertrophie est peu marquée, dur et ré-sistant dans le cas contraire, mais il conserve deux caractères constants: la régularité et la petitesse.

Dans l'insuffisance et le rétrécissement combinés, le pouls n'a plus le bondissement et la rétrocession caractéristiques de l'insuffisance pure, et les battements anormaux des artères font défaut vñ que la sténose diminue l'ondée sanguine, cependant il conserve sa régularité, sa résistance et est moins petit que dans le rétrécissement pur.

Les premiers troubles sont purement locaux, ainsi quelques malades se plaignent d'un état de gêne, d'autres accusent des mouvements tumultueux à la région précordiale et ce n'est qu'à une période éloignée que l'envahissement de l'économie devient général vñ que ces lésions sont longtemps compensées par l'hypertrophie du ventricule gauche.

La contraction ventriculaire est parfois tellement énergique, qu'elle détermine des tumeurs céphaliques, fluxions qui se traduisent par des épistaxis, des battements dans les tempes, des éblouissements, tintements d'oreilles, etc., etc., et chose remarquable, le malade n'en a pas moins le teint blafard d'un anémique vñ que l'ondée sanguine n'arrive pas toute entière à destination.

me entier est envahi, c'est-à-dire que chaque organe est malade pour son compte. le malade arrive alors au dernier degré de la cachexie cardiaque. La congestion du foie, la congestion gastro-intestinale se traduisent par des troubles dyspeptiques, la congestion des reins par des urines rares, sédimenteuses, albumineuses. la congestion encéphalique et le défaut d'oxygénation cérébrale (du bulbe) par l'insomnie, le délire et même quelquefois des convulsions.

LÉSIONS DE L'ORIFICE TRICUSPIDE.

Très rares en dehors de l'état fœtal. — Rétrécissement doit être encore excessivement rare vu que l'insuffisance est presque seule en question dans les ouvrages classiques. L'insuffisance tricuspide peut être consécutive aux maladies du poumon, telles que l'emphysème, l'asthme, le catarrhe chronique, ou même aux lésions mitrales, c'est-à-dire qu'elle peut être le résultat d'une cause mécanique, comme la dilatation du ventricule droit. Sous l'influence du trouble de la circulation pulmonaire, le ventricule droit se laisse distendre et dans sa distension, il entraîne avec lui la zone d'insertion de la valvule tricuspide qui devient alors insuffisante.

On dit que les fièvres graves, certains états cachectiques comme la maladie de Bright, peuvent arriver au même résultat en favorisant la parésie du ventricule droit.

Pour porter le diagnostic il faut s'appuyer sur la considération des troubles généraux de la circulation vu que la valvule tricuspide, d'après Raynaud, est le régulateur de la circulation veineuse et de la tension veineuse générale. C'est donc dans le système veineux qu'il faut rechercher les principaux symptômes de l'insuffisance tricuspide.

D'abord la veine jugulaire externe présente à la vue et au sphygmographe un double mouvement d'expansion et de retrait, ce qui lui a valu le nom de *pouls veineux*. La dilatation des veines, quoiqu'isochrone aux battements du cœur, n'est jamais assez forte pour donner un choc sous le doigt. Le pouls veineux se rattache directement à la

Souvent la mort subite frappe le malade avant qu'il ait parcouru toutes les périodes de la maladie. Cette terminaison subite est propre surtout à l'insuffisance aortique tandis qu'elle est exceptionnelle dans les lésions mitrales.

C'est un fait reconnu de la majorité des auteurs que les lésions aortiques sont celles qui sont le moins souvent accompagnées de cet ensemble de phénomènes morbides qui constituent les symptômes généraux des maladies du cœur.

Pour expliquer la mort subite dans ces lésions, Mauriac invoque l'insuffisance de l'irrigation sanguine par les artères coronaires, et l'éter l'association de l'angine de poitrine.

LÉSIONS DE L'ORIFICE PULMONAIRE.

Très rares en dehors de l'état fœtal, mais le rétrécissement a été observé, après la vie intra-utérine, moins rarement que l'insuffisance, et encore les quelques cas de rétrécissements rapportés par les auteurs ne se liaient pas toujours à l'anneau valvulaire, mais étaient dus en partie à des callosités circulaires dans le cône artériel de l'artère pulmonaire. On ne cite qu'un seul cas de rétrécissement de l'orifice pulmonaire combiné avec l'insuffisance de ses valvules.

Comme l'endocardite n'affecte presque jamais le cœur droit pendant la vie extra-utérine, comme l'athérome de l'artère pulmonaire est rare, l'on comprend facilement combien les lésions de cet orifice sont rares, cependant elles peuvent dans des cas exceptionnels être le résultat des mêmes causes qui président aux lésions du cœur gauche.

Ces lésions peuvent être congénitales ou acquises, mais, dans le premier cas, suivant les statistiques, les malades meurent jeunes; ainsi, d'après les statistiques de Stalker, 42 sur 99 cas moururent avant leur 10e année et 15 pour cent seulement ont survécu jusqu'à l'âge de 20 ans.

Dans le cas où ces lésions sont acquises, l'existence peut être un peu plus longue mais avec une balance un peu plus favorable dans l'insuffisance pour la prolongation de l'existence.

Le rétrécissement congénital est

réurrence de l'ondée sanguine dans la veine cave supérieure et dans ses branches, qui se produit à chaque contraction du cœur. La pulsation est plus distincte dans la veine jugulaire droite, et dans des cas exceptionnels elle peut être visible dans les veines de la face, du bras, de la main et même dans les veines thyroïdes et mammaires.

Dans le cas rare de rétrécissement il y a stase jugulaire simple ou oscillante mais jamais les pouls veineux caractéristiques comme dans l'insuffisance.

Le reflux du sang dans la veine cave inférieure et dans la veine porte peut donner naissance à des battements du foie, véritables pulsations hépatiques qui ont la valeur d'un signe pathognomonique comme les pulsations jugulaires.

On peut sentir ces pulsations hépatiques en déprimant la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes.

Ces veines reçoivent directement l'impulsion du cœur.

Le diagnostic, dans l'insuffisance tricuspide, devra s'appuyer sur les troubles généraux attendu que la valvule tricuspide est le régulateur de la circulation veineuse et de la tension veineuse générale : à l'auscultation à la base de l'appendice xyphoïde, bruit de souffle systolique.

souvent accompagné d'une communication inter-ventriculaire.

Le ventricule droit est hypertrophié, dans ces lésions, et la stase veineuse très précoce occupe d'abord les viscères abdominaux, l'encéphale et les téguments, mais les poumons ne sont intéressés qu'en dernier lieu,

A l'auscultation, le rétrécissement pulmonaire est caractérisé par un bruit de souffle au 1er temps, dont le maximum siège au 2e espace intercostal gauche avec propagation vers la clavicle; dans l'insuffisance pulmonaire, le souffle est au 2nd temps, mais son maximum est également au 2e espace intercostal gauche vers la clavicle.

Ces lésions n'ont pas d'influence sur le pouls et les souffles qu'elles produisent ne se propagent jamais dans les vaisseaux du cou.

Mais le rétrécissement et l'insuffisance pulmonaires paraissent favoriser singulièrement la phthisie pulmonaire.

Avant de clore cet entretien, disons quelques mots du *facies propria* des maladies du cœur. Lorsque la circulation veineuse dure depuis longtemps, les veinules des différentes parties du corps se distendent, c'est pourquoi on observe l'épaississement des paupières, des lèvres, l'injection des vaisseaux des conjonctives, la formation d'étoiles veineuses sur les pommettes des joues, le nez, les oreilles, etc. Quand la gêne de la circulation est très considérable et qu'elle ne date pas de longtemps, on observe à la face, aux lèvres, aux mains, aux pieds, une teinte bleuâtre qu'on nomme *cyanose*. Mais quand la gêne de la circulation est ancienne, la *cyanose* est remplacée par une couleur mate, blafarde de la peau, vû que le sang ne se rend plus jusqu'aux capillaires.

Ces phénomènes sont propres surtout à l'insuffisance de la valvule tricuspide, mais on peut les trouver dans tous les rétrécissements des orifices.

Règle générale, ceux qui souffrent d'affections cardiaques ne présentent ni amaigrissement ni embonpoint remarquables.

Toutes les lésions valvulaires peuvent produire l'œdème, du moment que la circulation est troublée d'une manière permanente; mais l'insuffisance aortique est celle dans laquelle l'œdème fait son apparition le plus tardivement. De sorte que chez un malade qui présenterait les signes rationnels d'une maladie du cœur et une hypertrophie considérable, sans œdème, on pourrait diagnostiquer insuffisance aortique.

L'œdème est généralement froid et se manifeste d'abord dans les parties les plus déclives du corps, c'est-à-dire aux pieds, aux jambes, surtout le soir, ensuite il remonte aux cuisses, à la paroi de l'abdomen et au tronc, au scrotum et à la vulve et dans les cas très avancés, à la face et aux membres supérieurs.

Les épanchements, dans les séreuses, ne surviennent que lorsque la gêne de la circulation est extrême. Les épanchements dans les plèvres sont presque toujours doubles, ceux du péricarde ne produisent presque pas de phénomènes; les épanchements séreux dans les cavités du cerveau ou dans les méninges sont très rares. L'ascite n'est pas ordinairement considérable, à moins d'une cirrhose concomitante.

Les caractères des lésions organiques ont leur importance en ce sens que les rétrécissements sont en général plus graves que les insuffisances; le rétrécissement mitral est plus grave que le rétrécissement aortique.

Enfin, les lésions valvulaires se terminent, à moins d'une complication ou d'une maladie intercurrente, soit par dégradation croissante de la nutrition générale, soit par syncope, soit par asphyxie, par hydrocéphalie, soit par urémie. Il ne faut pas oublier que, grâce à la compensation dont j'ai parlé souvent, la maladie peut rester stationnaire et permettre au malade de parcourir une assez longue carrière.

D'après les études que je viens de vous présenter, il résulte donc que les indications thérapeutiques consistent à abaisser la tension veineuse et à élever la pression artérielle en réveillant les contractions du cœur.

Si la compensation est bonne, il faudra alors favoriser le maintien de cet état salubre par des mesures hygiéniques, mais si la compensation est exagérée, il y aura opportunité, d'abaisser la tension veineuse tout en ayant soin de ne pas dépasser le but par des moyens disproportionnés au degré de la maladie. Les diurétiques tels que l'acétate de potasse, le nitrate de potasse, le bicarbonate de soude, la scille, etc.; les drastiques, tels que la teinture de jalap composée, la scammonée, etc., y trouvent leur application. Dans le cas où les drastiques sont mal tolérés, on aura recours aux purgatifs salins.

Cette médication a souvent le double effet de faire disparaître les accidents fluxionnaires et de diminuer l'excitabilité du cœur, ce qui a pour résultat de calmer les palpitations. Chez les individus robustes, la saignée est à propos, car une soustraction directe d'une certaine quantité de sang diminue, au moins pour un temps les accidents graves de fluxion céphalique ou pulmonaire, mais chez les sujets débiles, la saignée sera plutôt remplacée par les diurétiques ou les purgatifs, c'est-à-dire qu'au lieu d'une spoliation directe on détermine une déplétion indirecte en excitant la sécrétion urinaire et intestinale. Enfin, quand la compensation est rompue, la médication consiste à réveiller les contractions cardiaques, et pour atteindre ce but le moyen héroïque est la digitale, aidée des toniques et de la médication lactée. Jaccoud, après avoir surveillé, à plusieurs reprises, les effets thérapeutiques de la digitale en est venu à la conclusion que la digitale accroît l'énergie des contractions du cœur et par suite elle élève la pression artérielle, résultat qui a pour conséquence de ralentir et de régulariser le pouls, c'est-à-dire que le pouls, qui présente une fréquence et une irrégularité croissantes pendant l'abaissement de la tension artérielle, se ralentit et se régularise sous l'action de la digitale. Jaccoud résume les indications de ce remède dans la formule suivante : *La digitale est indiquée lorsque l'énergie cardiaque et la pression artérielle sont abaissées ; elle est contre-indiquée quand l'énergie du cœur et la pression artérielle sont accrues.* Cette indication paraît être bien vue en France et remplace, d'après cet auteur, les controverses suscitées par l'expérimentation physiologique.

Les effets de la digitale ont besoin d'être surveillés attentivement, car non seulement son action est prompte, mais de plus, ordinairement, son administration trop prolongée peut finir par provoquer une *asytolie* artificielle. L'organisme ne s'accoutume pas à la digitale et ses effets s'accumulent à mesure que son usage est prolongé ; de plus, son action survit de plusieurs jours, à la suppression du remède. Pour éviter tout inconvénient, Jaccoud donne la précieuse recommandation de surveiller la quantité des urines rendues en 24 heures. Si la quantité d'urine vient à baisser brusquement c'est que l'abaissement de la tension dans les artères rénales produit la diminution de la sécrétion urinaire ; alors il faut suspendre la digitale, car c'est un signe que la phase d'excitation est dépassée. Il est donc alors urgent de suspendre la médication immédiatement sinon le remède peut se transformer en poison et donner la mort par syncope ou par asphyxie, grâce à l'abaissement de la pression artérielle et de la stase veineuse consécutive.

Telles sont les indications principales à suivre dans le traitement, sans oublier que lorsque la cachexie du cœur s'accompagne d'abaissement notable de la température et de tendance à la syncope, il faut alors stimuler l'organisme, et parmi les stimulants, les boissons alcooliques, l'acétate d'ammoniaque, le café, l'éther, etc., occupent le premier rang, à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les heures ou toutes les demi-heures; ou, dans le cas où il y a complication de phénomènes asphyxiques, les ventouses sèches ou des vésicatoires à la base de la poitrine peuvent être utiles. Contre la distension des téguments accompagnant l'anasarque, on est parfois obligé de pratiquer sur les membres inférieurs des piqûres ou des mouchetures, mais ces ponctions quelquefois peuvent produire l'érysipèle et la gangrène, complications qui hâtent la terminaison fatale.

Toute médication tend donc à prolonger la vie du malade, car l'intervention thérapeutique ne peut jamais arriver à redresser les anomalies des lésions valvulaires.

COMMUNICATION.

Du traitement des névralgies par les injections hypodermiques d'eau froide.

Messieurs les Rédacteurs,

Dans une communication publiée dans le dernier numéro de votre journal, M. le docteur Nelson B. de S. Sizer, de Brooklyn, assure qu'il a réussi plusieurs fois à calmer les douleurs névralgiques et, en particulier, celles de la sciatique, au moyen d'injections hypodermiques d'*aqua pura*.

Laissez-moi vous dire qu'il y a cinq ou six ans j'ai eu recours à ce traitement, dans les névralgies, précisément parce qu'il était recommandé par des médecins dignes de foi, mais je dois vous avouer que dans les dix ou douze cas où j'ai employé cette méthode le résultat n'a pas répondu à mon attente. Le fait d'avoir renouvelé ces expériences dix à douze fois montre bien que j'étais désireux d'en trouver leur utilité, mais les insuccès que j'en ai obtenus étaient bien de nature à me faire négliger ce traitement, du moins dans les névralgies réelles.

Depuis la récente communication de M. de S. Sizer, je me suis empressé de faire encore quelques expériences à ce sujet et voici celles que j'ai pu recueillir dans mon service à l'Hôpital Notre-Dame. J'ai pratiqué des injections hypodermiques d'eau pure c'est-à-dire avec une seringue ordinaire contenant une demi-drachme, aussi près que possible du nerf malade, dans un cas de névralgie cervico-occipitale, deux de névralgie de la branche ophthalmique du trifacial et dans trois autres cas de sciatique. Ces injections n'ont produit aucun soulagement ni immédiat, ni tardif, ni partiel. Je dois ajouter que j'ai employé le même traitement sur deux malades de ma clientèle privée, souffrant tous deux de névralgie de la branche ophthalmique du trifacial. Dans un de ces derniers cas les souffrances n'ont nullement été calmées, mais dans l'autre, la douleur qui avait déjà commencé à diminuer a paru être calmée et a fini par disparaître complètement au bout de deux heures. Ce dernier malade souffrait de sa névralgie depuis 18 heures et lorsqu'il s'est présenté à mon bureau la douleur avait déjà, comme je viens de le dire, commencé à perdre de son intensité. Cette amélioration doit-elle être attribuée à l'injection d'eau froide, ou à la piqure par l'instrument? Trousseau dit quelque part, dans sa clinique médicale, que la simple acupuncture par la seringue à injection hypodermique a suffi pour produire, dans certains cas, une amélioration.

M. le correspondant déclare avoir réussi une dizaine de fois sur vingt cas, avec les injections hypodermiques d'eau pure; quelques médecins de Brooklyn auraient eu à peu près le même succès; je voudrais bien croire ceux qui proclament l'efficacité de ce traitement dans les névralgies, d'un autre côté j'avoue franchement que je ne sais si je dois en vouloir à ma mauvaise étoile mais si je m'en rapporte à mes observations personnelles je n'ai pas tort de considérer cette ressource comme très infidèle.

Les injections hypodermiques de morphine, en débutant par $\frac{1}{5}$, $\frac{1}{6}$, etc., malgré parfois les inconvénients attachés aux opiacés, ont toujours l'avantage d'atteindre le but tant désiré par le malade qui veut à tout prix être débarrassé de son hôte incommode.

Aussi, pour ma part, contre les névralgies je place les stupéfiants au premier rang et parmi ceux-ci la morphine en injections hypodermiques est l'arme dont je m'empresse de me servir avant tout, quitte à recourir dans la suite aux médicaments généralement recommandés dans les névralgies, car il est important de ne pas perdre de vue d'après Handfield Jones " *that nerve pain is invariably, and in all its phases and consequences,*

an expression of debility of function." En quelques cas j'ai bien réussi à calmer les douleurs au moyen de l'élixir de *guarana*. Mais pardon, messieurs, de cette digression ; je reviens à notre sujet principal. Il est reconnu qu'une pression exercée sur un nerf malade calme souvent la douleur, pourvu, entr'autres conditions, d'après Moynac, que cette pression soit assez énergique pour supprimer la conductibilité du nerf intéressé. La pression par l'eau froide injectée hypodermiquement, est elle suffisante pour supprimer la conductibilité du nerf malade?

A propos de vibrations de corps sonores, Charcot et d'autres, dans des expériences pratiquées à la Salpêtrière en 1878, ont réussi, au moyen de diapasons montés sur des caisses de résonance, (une main du malade étant appuyée sur la caisse,) à calmer les douleurs fulgurantes de l'ataxie grâce à la transmission directe des vibrations.

Boudet a eu l'heureuse idée de recourir à ce moyen pour combattre localement les douleurs névralgiques, mais pour atteindre ce but il a ajouté un petit bouton qui communique d'une part avec le nerf malade et d'autre part avec la caisse de résonance. De sorte que les vibrations se trouvent ainsi en communication directe avec le nerf intéressé. Les vibrations sonores se trouvent ainsi changées en vibrations mécaniques. Boudet a réussi à calmer entièrement une attaque de migraine, une névralgie de la 5^e paire, etc. Je ne vois dans ces expériences rien d'analogue à l'effet de l'injection hypodermique d'eau froide, car si je comprends bien, ceux qui s'occupent spécialement de ces expériences intéressantes attribuent ces phénomènes à une action électrique.

Je regrette réellement d'avoir échoué dans mes nouvelles expériences, car j'aurais été heureux de communiquer des résultats satisfaisants.

Veuillez agréer messieurs, etc.

J. A. LARAMÉE, M.D.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Gliôme de la rétine.—Kyste double des grandes lèvres.—Chancroïde avec double bubon; abcès périnéal.—Ostéite et carie des os du pied; évidemment et résection.

*Gliôme de la rétine.—*Louise D., âgée de 18 mois est présentée à la clinique ophthalmologique le 8 janvier. La pupille

de l'œil gauche est dilatée *ad maximum* et immobile. L'iris est décolorée, propulsée en avant. La chambre antérieure est rétrécie. Il existe une injection sous conjonctivale assez prononcée. La sclérotique est d'un gris bleuâtre. Pas d'exophtalmos. La mobilité de l'œil est conservée. On aperçoit, en arrière du cristallin, un reflet métallique, une opacité d'aspect doré, parsemée de stries rougeâtres (*œil de chat amaurotique*). Cette opacité est fixe. La tension intra oculaire est considérablement augmentée.

L'enfant est pâle, agitée, paraît en proie à une céphalalgie intense.

L'œil droit, examiné à l'ophtalmoscope, ne laisse voir aucune lésion analogue.

Le reflet métallique du fond de l'œil n'appartient pas en propre au gliôme de la rétine, on le rencontre dans le décollement de la rétine et une forme particulière de choroïdite. Mais l'aspect jaune doré ne se rencontre que dans le gliôme.

Cette affection est propre à la première enfance : on ne la rencontre guère au delà de 12 à 15 ans.

Règle générale, le médecin n'est consulté qu'au moment où le reflet particulier du fond de l'œil et les douleurs éveillent l'attention des parents.

Le pronostic est absolument grave, non seulement pour l'œil affecté et son congénère, qui peut être atteint d'ophtalmie sympathique, mais même quant à la vie du sujet.

Le seul moyen qui ait quelque chance de sauver la vie du patient c'est l'énucléation de l'œil, faite le plus près possible du début—dans la première ou seconde période, avant que la coque de l'œil ait éclaté. Pour prévenir les récurrences, il faut avoir soin de sectionner le nerf optique le plus loin possible de son insertion oculaire. Abandonnée à elle-même, la tumeur continue sa marche envahissante et ne tarde pas à se frayer une route à l'extérieur.

A partir du moment où la tumeur rompt la coque oculaire il s'y forme de nombreux vaisseaux. La tumeur prend alors une apparence fongueuse. Elle peut s'accroître du côté du nerf optique avant même que l'œil ne soit complètement rempli. La dégénérescence progresse jusqu'au chiasma ; arrivé là, le néoplasme peut gagner l'autre œil, en suivant le nerf optique, ou, au contraire gagner l'encéphale, comme M. le professeur Foucher a pu en observer un cas remarquable dans le service du prof. Panas, à Paris. La durée totale de l'évolution du gliôme de la rétine varie entre 18 et 30 mois. On cite des cas rares où la mort n'est survenue qu'au bout de 3 ans.

A l'autopsie, on peut rencontrer des métastases, à distance,

notamment dans le diplôme des os du crâne, dans le foie, l'ovaire et le péritoine.

Kyste double des grandes lèvres.—Rosa Delima L., 33 ans, se présente à la consultation le 22 décembre, souffrant, dit-elle, de tumeurs dont elle veut se débarrasser. A l'examen on constate la présence, dans le tissu de la grande lèvre gauche, d'un kyste muqueux ayant à peu près le volume d'un œuf de pigeon. Une autre tumeur de même nature existe à la grande lèvre droite, mais elle est moins volumineuse.

Les deux kystes sont ouverts d'un coup de bistouri, leur contenu, liquide filant et translucide semblable à du blanc d'œuf, est évacué, puis la paroi interne du sac kystique est cautérisée au chlorure de zinc et on y introduit des tentes que l'on renouvelle deux fois le jour, pour favoriser la granulation du fond.

Le professeur attire l'attention des élèves sur la rareté de ces kystes qu'il ne faut pas confondre avec les abcès des grandes lèvres ou encore avec les abcès de la glande vulvo-vaginale.

Chancroïde avec double bubon; abcès périnéal. — Eugène B., 19 ans, tempérament lymphatique, entre à l'hôpital le 19 décembre 1881 pour un chancre mou datant déjà de trois semaines et occupant tout le pourtour du méat urinaire sur un rayon d'environ un demi pouce. Du côté droit il y a un gros bubon où l'on constate déjà de la fluctuation; un autre bubon commence au côté gauche. Mouvement fébrile modéré. Le bubon de droite est largement ouvert, pansé du fond pendant vingt-quatre heures, puis cautérisé au moyen de la pâte carbosulfurique de Ricord. Quelques jours après, on ouvre le bubon du côté droit et on le cautérise également ainsi que le chancre. Une fois les eschares tombées, on panse le tout à l'onguent d'iodoforme. Ce pansement est continué tout le temps; la guérison progresse lentement vû sans doute la constitution lymphatique du malade. On prescrit l'huile de foie de morue alternant avec les pilules d'iodure de fer.

Le 6 janvier, le malade accuse une douleur assez vive à la région périnéale. A l'examen on découvre une tuméfaction circonscrite, très douloureuse à la pression, siégeant à la partie antérieure du périnée, immédiatement à la racine du scrotum. On y applique des fomentations chaudes fréquemment renouvelées. Au bout de quelques jours on y constate de la fluctuation et on ouvre largement. Après l'évacuation du pus, on injecte une solution d'acide carbolique au 20^e dans la cavité de l'abcès. Lo

pansement ordinaire est fait ensuite deux fois par jour. Le malade urine facilement, il n'y a pas de communication avec le canal de l'urèthre. L'urine est normale.

A l'heure où cette observation est prise l'abcès périnéal est presque entièrement guéri, on n'y peut plus introduire qu'une petite tente. Le bubon de droite est à peu près complètement guéri. Celui de gauche tarde davantage parce que l'on a été obligé de débrider un sinus assez profond. Le chancre est disparu.

Ostéite et carie des os du pied ; évidemment et résection.—Deux cas à peu près semblables d'ostéite suivie de carie ont été observés dans le cours du mois de février.

1^o Damase R., 21 ans, fit, en décembre 1880, une chute sur les pieds, en tombant du haut d'un voyage de foin. D'abord il ne s'aperçut de rien autre chose que d'une légère égratignure à la peau de la plante du pied droit, à peu près au niveau du 4^e métatarsien. Le cuir de sa chaussure avait été traversé de part en part par un corps piquant quelconque. La douleur était presque nulle alors, mais, peu à peu, elle se fit sentir dans tout le pied et plus spécialement vers l'endroit égratigné. Cette douleur était plus ou moins vive quand le malade marchait et travaillait, mais augmentait quand venaient les heures de repos. Rien ne paraissait à l'extérieur. Cet état de choses dura jusqu'à la fin de décembre 1881 alors qu'un abcès s'ouvrit à la face dorsale du pied au niveau du 4^e métatarsien. Il en résulta une fistule qui persistait encore lors de l'entrée du patient à l'hôpital, le 31 janvier.

Un stylet introduit dans le trajet fistuleux pénètre obliquement à travers le pied jusqu'au 4^e métatarsien, dans le tissu duquel il entre assez facilement : on ne peut découvrir de corps étranger

Le 3 février, M. le professeur Brosseau pratique la résection de la presque totalité du 4^e métatarsien. Le fragment qui reste semble sain, de même que les os voisins. On panse à plat avec de la charpie, et les jours suivants on injecte, trois fois le jour, de l'acide carbolique au 40^e et une tente de charpie est introduite. La réaction inflammatoire est assez considérable.

2^o Arthur L., 8 ans, fait, vers avril 1881, une chute sur les pieds en jouant avec d'autres enfants. Rien ne se manifesta d'abord qu'un peu de douleur à la marche, douleur se manifestant dans le talon. Au bout d'une quinzaine de jours le pied se tuméfie, devient douloureux et bientôt un abcès se forme, il s'en suit un trajet fistuleux qui ne guérit pas. Le malade est apporté à l'hôpital le 13 février.

Comme dans le cas précédent, un styloït pénètre facilement dans le trajet et s'enfonçe sans presque aucune résistance dans la substance du calcaneum. Cet os a évidemment souffert d'ostéïte et il renferme un séquestre. Le 14, M. Brosseau fait d'évidement de l'os malade et l'extraction du séquestre au moyen de la gouge et de forts ciseaux. Il y a un peu d'hémorrhagie. Ici-encore, la cavité est pansée à plat.

Ces deux malades sont encore sous observation.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 3 Février 1882.

M. le Dr Laramée, président, au fauteuil.

Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.

M. le Dr C. Prévost, d'Ottawa, donne lecture d'une étude très élaborée sur la "diphthérie."

(Attendu que le travail de M. le Dr Prévost sera publié *in extenso* dans un prochain numéro de l'*Union Médicale*, nous ne donnons ici que les conclusions pratiques de l'auteur.)

M. Prévost adopte et soutient la doctrine suivante :

La diphthérie est une maladie générale avec localisation sur les muqueuses, la muqueuse du pharynx étant celle qui est le plus souvent le siège primitif ou exclusif de l'affection.

La maladie se présente à notre observation sous diverses formes plus ou moins atténuées suivant la rigueur de l'intoxication ou le terrain sur lequel elle se développe, depuis l'absence presque complète de phénomènes généraux, jusqu'aux symptômes les plus terribles et les plus redoutables, que puisse offrir la pathologie.

Le "croup" est une inflammation pseudo-membraneuse du larynx caractérisée par de l'enrouement, de l'altération de la voix et de la toux, de la gêne de la respiration, des accès de suffocation.

Dans l'immense majorité des cas, le "croup" n'est que la manifestation de la diphthérie localisée sur le larynx, que la maladie origine d'emblée, primitivement en ce dernier endroit ou qu'elle s'y développe secondairement par propagation de la gorge au larynx.

Le "croup" peut n'être pas diphthéritique, mais les cas de cette nature sont si rares, qu'il serait téméraire, un cas étant donné, de se prononcer contre la nature spécifique de son origine.

Déductions pratiques :

En présence d'un malade affecté de laryngite pseudo-membraneuse primitive ou secondaire surtout en temps d'épidémie, quelle que soit l'apparente bénignité de l'affection, du moment que le diagnostic est dégagé des entraves que pourrait lui susciter la similitude des symptômes d'une maladie étrangère, telle que la laryngite striduleuse, etc., et même, dans le cas contraire, par mesure de prudence, le médecin doit se considérer comme étant en face de la diphthérie et se hâter d'adopter la ligne de conduite qui lui est imposée dans de pareilles circonstances en isolant immédiatement ceux qui pourraient être exposés aux atteintes de cette maladie si éminemment contagieuse.

Dr A. LAMARCHE : Mon savant confrère et ami nous dit que la plupart des célébrités médicales se sont prononcées en faveur de l'identité du croup et de la diphthérie. Je ne saurais admettre une proposition aussi exclusive et je n'ai pour en prouver l'exagération qu'à citer les noms de Steiner, Lewis-Smith, West, Austin Flint, Cumming, Engel et cent autres qui soutiennent une doctrine opposée. C'est à cette dernière que je me range sans hésitation.

Les différentes significations données au mot *croup* depuis Home et Bretonneau ont jeté sur ce sujet une telle confusion qu'on ne saurait donner aux statistiques et aux travaux des premiers écrivains une grande valeur à propos de l'identité ou non identité des deux maladies. Depuis quelques années les recherches histologiques et l'observation clinique ont assigné une signification bien différente aux termes diphthérie et croup, laryngite diphthéritique et croup pseudo-membraneux.

On lit à l'article "croup" de l'encyclopédie médicale de Jaccoud: "Si dans l'immense majorité des cas, le croup se rattache à la diphthérie du larynx, il en est un bon nombre également auxquels on ne saurait aujourd'hui reconnaître une semblable origine." C'est reconnaître la non identité des deux maladies. Cette opinion me paraît résumer la thèse de mon savant confrère et ami à cette différence près qu'il considère le croup comme une véritable curiosité nosologique.

Pour moi les deux affections diffèrent sur une foule de points qui n'ont pas tous la même valeur, il est vrai, mais dont plusieurs me paraissent établir d'une manière incontestable la non identité des deux maladies, et la fréquence du croup. Pour ne pas prolonger cette séance outre mesure permettez-moi de vous présenter sous forme de tableau le diagnostic différentiel des deux affections tel que nous le donnent les auteurs que j'ai nommés ci dessus.

CROUP

Du aux causes ordinaires de l'inflammation, froid, humidité, etc., n'a pas de période d'incubation, maladie locale comme toutes les maladies inflammatoires de cause non spécifique et rien ne peut prouver l'inflammation du sang dans le croup. *Type* sthénique; *cause* atmosphérique; *traitement* antiphlogistique. *Caractère* non contagieux. *Etiologie*, est limité à un certain âge, n'a jamais été observé après douze ans. Convalescence rapide sans complications.

Tuméfaction ganglionnaire très-rare et ne suppure jamais.

L'inoculation de la vraie membrane croupale a donné jusqu'à présent des résultats négatifs.

Affecte la muqueuse respiratoire et s'y confine.

Désordres généraux toujours proportionnels à la gravité des désordres locaux. Pas d'albumine dans l'urine ni dyscrasie du sang.

Mort toujours par apnée.

L'exsudat croupal ne se reproduit que très rarement si jamais.

L'exsudat croupal ne pénètre jamais la muqueuse sous-jacente.—Virchow—Rokitanski.

L'enfant ne perd ses forces qu'après des vomissements répétés et vers la fin de la maladie.

Fausse membrane soluble dans la solution de potasse et se durcissant dans l'acide sulfurique.

Fausse membrane formée de cellules nouvelles.

DIPHTHÉRIE

Due à un poison spécifique.

Incubation de un à cinq jours. Maladie constitutionnelle, l'exsudat est la manifestation de l'infection du sang.

Type, asthénique; *cause*, septique; *traitement*, antiseptique nutritif et stimulant. *Caractère*, éminemment contagieux. *Etiologie*, attaque à toute âge.

Convalescence lente, symptômes nerveux et paralysie fréquents.

Ne manque jamais et suppure assez souvent.

Peut être inoculée avec succès.

Localisation multiple.

Les symptômes généraux sont hors de proportion avec les désordres locaux. Urines albumineuses et empoisonnement du sang.

Mort souvent par asthénie et divers désordres du système nerveux.

L'exsudat se reproduit avec une rapidité terrible.

La pénètre même au larynx.

L'enfant affaiblit dès le début, symptômes constitutionnels dès le début.

Fausse membrane, soluble dans l'acide sulfurique et se durcissant dans la solution de potasse.

Formée de cellules de nouvelle formation et de masses de bactéries.

En résumé, comme le dit Cumming ces deux maladies diffèrent plus l'une de l'autre que le typhus et la fièvre typhoïde. Le croup est une maladie locale endémique à certaines localités, jamais épidémique ni contagieuse; la diphthérie une maladie constitutionnelle épidémique et contagieuse. La ressemblance de l'exsudat et des désordres locaux dans certains cas ne prouvent en aucune manière l'identité des deux maladies. Ne trouve-t-on pas dans la dysenterie un exsudat semblable à celui de la diphthérie? La métrite simple et la fièvre puerpérale ne produisent-elles pas les mêmes lésions pathologiques? Et pourtant on ne saurait confondre ces affections.

DR DAGENAIS: M. le Président, j'ai écouté avec plaisir la lecture de M. le Dr Prévost; la partie historique surtout m'a beaucoup intéressé. Mais je regrette d'avoir à dire que quant

au point principal de la question, à savoir, l'identité du croup et de la diphthérie, je suis loin d'être convaincu. Les remarques que vient de faire M. le Dr Lamarche, m'ont encore raffermi dans l'opinion qu'en dehors de la diphthérie, il existe une maladie toute locale, caractérisée par la formation de fausses membranes dans le larynx, qui n'est pas contagieuse et qui constitue le vrai croup. Les expériences de Cœrtel citées par Jaccoud me paraissent convaincantes. Ce savant a inoculé des produits membraniformes du croup de l'homme chez des animaux de diverses espèces, et cela sans aucun résultat; tandis que l'inoculation des produits de la diphthérie de l'homme chez les mêmes animaux a toujours été suivie d'accidents diphthéritiques. Ce qui prouve évidemment que le croup et la diphthérie ne sont pas identiques.

DR E. P. LACHAPELLE n'est pas prêt à admettre qu'il y a identité pathologique entre la diphthérie et le croup. La diphthérie est contagieuse et inoculable, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour le croup. Lorsque la diphthérie a son siège dans le larynx, on a dû la confondre souvent avec le croup, de là les prétendus cas de croup contagieux.

Nul doute que le croup est une maladie comparativement rare, trop souvent confondue avec la laryngite diphthéritique et avec la laryngite striduleuse.

Le DR BROSEAU fait quelques remarques sur l'opportunité de la trachéotomie.

DR S. LACHAPELLE: Dans un temps où la diphthérie continue à faire ses ravages parmi nous, rien de plus opportun que l'étude qui vient de nous être donnée, et je me permettrai de dire de suite, quant au mérite de cette lecture, que c'est certainement pour moi une des plus substantielles qui ait jamais été prononcée dans notre société.

Il est un point sur lequel j'appuierai plus particulièrement, c'est la partie relative au diagnostic. Nous ne faisons pas assez d'attention aux cas de diphthérie longue; apprenons à les considérer comme diphthérites malignes, produisant les mêmes effets, semant la contagion. Cette observation ressort bien nettement de la lecture que nous venons d'entendre, dans la partie concernant le diagnostic.

Quant à la question importante qui fait le sujet de la discussion, à savoir: si le croup et la diphthérie sont identiques, j'avouerai franchement que j'étais allemand avant d'entendre M. le Dr Prévost et que je le suis encore après l'avoir entendu; néanmoins, je dirai la vérité en déclarant que je suis un peu français, grâce à certains arguments détruits par le savant conférencier, et qui pour moi étaient très forts en faveur de la

doctrine allemande. Je serais même disposé à épouser la doctrine française, si on pouvait me répondre d'une manière satisfaisante aux deux questions suivantes : Comment l'opération de la trachéotomie dans le croup diphthéritique est-elle si rarement suivie de succès, sinon jamais, quand cette opération est si heureusement pratiquée dans le croup simple.

Deuxième question. Comment expliquer les épidémies de croup simple, sans aucune manifestation diphthéritique au pharynx ?

DR N. FAFARD.—Si nous donnions à chaque mot la signification qui lui appartient, je crois que nous serions tous d'accord. Qu'est-ce que la diphthérie ? Qu'est-ce que le croup ?

D'après les différents auteurs que j'ai consultés, la diphthérie est une inflammation du pharynx, caractérisée par de fausses membranes, c'est une maladie provenant probablement de germes, contagieuse et épidémique, le croup est une inflammation du larynx, caractérisée par une exsudation des fausses membranes, contagieuse selon les uns, non contagieuse selon les autres.

Ces définitions, trop vagues, prêtent évidemment à la discussion.

M. le Dr Prévost a parfaitement raison, selon moi, de prétendre que le croup et la diphthérie sont une seule et même maladie, au moins dans la majorité des cas. En effet, messieurs, la diphthérie, tout le monde l'admet, peut originer sur toutes les muqueuses, même sur la peau, et à plus forte raison sur la muqueuse du larynx ; nous avons alors la laryngite diphthéritique, ou, si l'on veut, le croup diphthéritique, maladie à germes, bien contagieuse et bien épidémique. Cette espèce de croup, qui est la plus fréquente (Jaccoud, Bouchut, Sénéz, etc.) et la diphthérie proprement dite qui a son siège dans le pharynx, sont bien une seule et même maladie. C'est ce que vient d'établir M. le Dr Prévost.

Le savant conférencier admet qu'il ne peut exister, dans le larynx, une inflammation avec exsudation de lymphé plastique ; cette inflammation est une maladie locale, non contagieuse, et différente de la diphthérie. Si c'est cette affection seule que l'on veut désigner par le mot "croup," très bien ! mais alors qu'on se donne la peine de décrire les symptômes différentiels entre la laryngite diphthéritique et le croup proprement dit. Ce n'est pas chose facile, principalement au début de la maladie, et c'est ce qu'aucun auteur n'a pu encore établir d'une manière satisfaisante.

Pour concilier les opinions, disons donc qu'il existe deux espèces de croup, l'un diphthéritique constitutionnel et conta-

gieux, l'autre, simple, local, et non contagieux; qu'il est très difficile sinon impossible, au début, de trouver des symptômes différentiels; que le médecin prudent devra être sur ses gardes et traiter toujours le croup comme une affection diphthéritique.

Monsieur le Président.—Je m'empresse de remercier M. le Dr Prévost pour son excellent travail et la question débattue ce soir mérite sérieuse considération. En conclusion, je crois que le croup est si souvent de nature diphthéritique, que lorsque cette affection éclate dans une famille, dans une institution, il est urgent de recommander les précautions hygiéniques nécessaires vû que la maladie peut alors donner naissance à un foyer de contagion.

Le croup diphthéritique est ordinairement précédé d'une angine et le plus souvent il reste quelques traces de fausses membranes sur les amygdales ou sur la luette avant que le larynx soit envahi. L'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire de même que la fétidité de l'haleine sont encore des signes distinctifs qui accompagnent le croup diphthéritique. Cependant il est établi que le croup peut être accidentel c'est-à-dire ni épidémique, ni contagieux.

J'ai connaissance de quelques cas qui prouvent cet avancé et le Dr Wm Osler, de cette ville, a traité un cas de croup, à l'*Infant's Home*, qui d'après toutes les apparences était purement accidentel, autrement dit qui était de cause à *frigore*. L'enfant est resté au milieu d'une douzaine d'enfants de 3 à 5 ans jusqu'au moment où il a été opéré par la trachéotomie, c'est-à-dire au delà de 36 heures. Cet enfant n'a présenté aucun des signes distinctifs qui accompagnent ordinairement le croup diphthéritique et aucun autre enfant n'a eu la diphthérie.

Je sais que plusieurs hommes éminents considèrent la diphthérie comme une affection généralisée, mais je penche plutôt pour l'opinion que la maladie est d'abord locale avant de se généraliser.

DR C. PRÉVOST.—Malgré l'apparente opposition qui semble exister entre l'idée que j'ai émise et celle qu'ont soutenue les membres qui viennent de parler, je crois que nous ne sommes pas aussi divisés que nous en avons l'air. A mon avis, tout repose sur une confusion de termes et je crains beaucoup que l'on n'ait pas parfaitement saisi le sens véritable de l'opinion que je professe.

-Tout à l'heure M. le Dr Lamarche, tout en prétendant soutenir une thèse contraire à la mienne s'est efforcé de prouver

la proposition suivante: " Le croup et la diphthérie sont deux " maladies distinctes." La majorité des membres présents ont adhéré à cet avancé et ont nié toute analogie entre le croup et la diphthérie.

Or il existe ici une pétition de principes. Ni M. le Dr Laramche, ni ceux qui ont partagé ses opinions n'ont donné une définition de ce qu'ils entendaient par " croup et diphthérie." Des tableaux comparatifs ont été cités, tendant purement et simplement à démontrer la différence qui existe entre ces deux maladies, par exemple: le croup n'est pas épidémique, la diphthérie l'est; le croup n'est pas contagieux, la diphthérie est contagieuse; le croup ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire, la diphthérie offre ce symptôme.

Oui, mais qu'appellez-vous " croup"? Le croup n'est-il pas une laryngite caractérisée par la production, à la surface de la muqueuse, d'une membrane et offrant comme symptôme objectif l'altération de la voix et de la toux, de la suffocation, d'abord intermittente puis ensuite continue et faisant périr le malade par apnée causée par la présence, dans les voies respiratoires, de la production morbide? N'est-ce pas à ce groupe de symptômes pathognomoniques que de tout temps on a donné le nom de " croup" ?

Que ces symptômes soient ou non accompagnées d'autres phénomènes locaux ou généraux, ne sera ce pas toujours le " croup" du moment qu'il y aura laryngite, fausse membrane, voix éteinte, toux voilée, accès de suffocation, menace d'asphyxie?

Supposons maintenant deux enfants, tous deux affectés d'angine diphthéritique en temps d'épidémie. Le premier n'offre que les symptômes pharyngés; il guérit ou il meurt. Le second, au bout de quelques jours, voit son angine diphthéritique se propager au larynx et présente de l'enrouement, de la voix éteinte, de la toux voilée, des accès de suffocation, en un mot, tous les symptômes classiques assignés au croup. Qu'il guérisse ou qu'il meure, qu'il offre ou non d'autres symptômes concomitants, n'a-t-il pas le " croup," c'est-à-dire une laryngite pseudo membraneuse?

Direz-vous que dans ce cas nous n'avons pas eu affaire au croup mais à la diphthérie?

Mais, la diphthérie est un terme général, désignant purement la nature d'une affection générale, *totius substantiæ*, localisée en certaines parties du corps. La diphthérie ne saurait exister comme essence; il lui faut une expression locale. Ce sera tantôt le larynx, nous aurons le coryza, et vous direz: angine diphthéritique, laryngite diphthéritique. Direz-vous,

par exemple, que l'angine pseudo-membraneuse et la diphthérie sont deux maladies distinctes, parce que l'angine pseudo-membraneuse peut quelquefois n'être pas produite par la diphthérie? Evidemment non, sans quoi en mettant ainsi parallèlement une désignation générale et une expression locale, vous créez une confusion impossible; même chose pour la laryngite. Dans l'exemple cité plus haut, dans le cas du second enfant, il ne suffira pas de dire : "cet enfant à la diphthérie," ce qui est indubitable, mais il faudra aussi dire : "il a le croup," croup diphthéritique, si vous le voulez bien, mais le "croup" toujours.

Les mots "croup" et "diphthérie" sont donc quelquefois associés! Donc il n'est pas correct de dire : croup et diphthérie sont deux choses distinctes. Sur ce point, par conséquent, pas de discussion, et vous conviendrez qu'on ne saurait poser en principe et d'une manière générale que le "croup" et la "diphthérie" sont deux maladies distinctes, puisque, je le répète, ces deux termes, existent confondus l'un dans l'autre, puisque la voix éteinte, la toux voilée, les fausses membranes du larynx, la suffocation, (c'est-à-dire le "croup") peuvent être produits par la diphthérie, puisqu'il existe, en un mot, un croup diphthéritique.

Ainsi, quand il existe en même temps que le "croup" une autre manifestation pseudo-membraneuse concomitante, une angine, par exemple, il est donc réglé que nous avons affaire à la diphthérie, et que, dans ce cas, nous ne devons pas établir de distinction entre "croup" et "diphthérie", le premier n'étant que l'expression locale de celle-ci. Pouvons-nous, en d'autres termes, dire : "Le croup d'emblée, primitif, et la diphthérie sont deux maladies distinctes?" Pas davantage, car, de l'aveu même de mes opposants, il existe de ces cas de laryngite pseudo-membraneuse sans autre localisation préalable, qui sont de la diphthérie.

La seule discussion possible est celle-ci : "Existe-t-il un croup non diphthéritique?" En d'autres termes, "un malade étant donné, offrant les symptômes suivants : voix éteinte, toux voilée, fausses membranes dans le larynx, accès de suffocation, etc., se peut-il que ces phénomènes soient produits par une autre cause que la diphthérie?"

Or j'ai répondu à cette question dans les premières pages de ma lecture. J'ai admis qu'il existait évidemment des cas de laryngite pseudo-membraneuse, (même des angines pseudo-membraneuses,) auxquels on ne saurait attribuer une origine diphthéritique. Mais ces cas étaient des plus rares, tout-à-fait exceptionnels, et fournissant des éléments de diagnostic si

insignifiants qu'il serait téméraire de nier la nature diphthéritique d'un cas de croup quelconque, qu'il soit ou non précédé ou accompagné d'angine surtout en temps d'épidémie, du moment qu'ils se présentent avec les caractères de la laryngite pseudo-membraneuse, c'est-à-dire la fausse membrane, les altérations de la voix, les accès de suffocation, etc.

Ce sont ces cas de croup non diphthéritique qui, en effet, sont dépourvus de propriétés contagieuses, de phénomènes généraux, d'adénite, de paralysie, d'albuminurie, mais il ne s'en suit pas que l'absence de ces épiphénomènes dans un cas donné de laryngite pseudo-membraneuse soit suffisante pour nier la nature diphthéritique de l'affection, puisqu'il existe des cas admis par tous comme diphthéritiques, quoiqu'ils soient dépourvus de ces divers symptômes pour des raisons que j'ai données avec détails dans le cours de ma lecture.

Sur proposition du Dr H. E. DESROSIERS, secondé par le Dr A. A. FOUCHER, des remerciements sont votés à M. le Dr PRÉVOST pour la communication pleine d'intérêt qu'il vient de faire à la société.

Et la séance est levée.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Hystérie.—*De ses rapports avec d'autres états morbides, etc.* (Suite et fin)—Après avoir étudié les rapports de l'hystérie avec les fièvres essentielles, les phlegmasies et le traumatisme, M. Huchard fait observer que le *rhumatisme* et l'hystérie peuvent aussi exercer l'un sur l'autre une influence réciproque remarquable. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des cas d'arthrite rhumatismale affectant une ou plusieurs articulations et compliquée d'un état hyperesthésique de la peau et de contraction des muscles qui entourent l'articulation. Nous avons, pour notre part, eu occasion d'observer des malades de ce genre; presque toujours l'arthrite était mono-articulaire et souvent le diagnostic précis avait présenté d'assez grandes difficultés.

M. Huchard passe ensuite à l'étude des relations qui exis-

tent entre la *tuberculose* et l'hystérie. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*):

“ Sans discuter ici la réalité d'une espèce d'antagonisme entre la névrose et la phthisie, celle-ci, d'après Leudet, enrayant pour un temps les manifestations convulsives et celle-là à son tour retardant la consommation, on peut démontrer que la réunion de ces deux affections sur le même sujet change considérablement le tableau habituel de la maladie. Chez une phthisique, par exemple, arrivée seulement au début de la seconde période, sans qu'il y ait encore de symptômes bien graves, on peut voir survenir une toux quinteuse, incessante, d'un caractère tout particulier; plus tard, c'est une aphonie subite, puis des hémoptysies qui, fait important, se répètent toujours au moment de la menstruation; la névralgie des espaces intercostaux supérieurs devient une hyperesthésie de tout un côté de la paroi thoracique; les apophyses épineuses sont douloureuses, l'anorexie est complète, absolue, invincible; il peut même survenir, comme dans un cas remarquable cité par M. Huchard, des vomissements particuliers, presque incoercibles qui persistent pendant des mois et même des années. Si l'on s'en tenait à la simple constatation des symptômes, le pronostic serait très grave, mais en les interprétant plus attentivement on voit qu'il n'en est rien; ces vomissements continuels, cette toux sonore presque aboyante, et rythmée, les hémoptysies menstruelles, cette aphonie si rapide dans son apparition, ne s'accompagnent pas d'un réel retentissement sur l'état général; malgré la gravité apparente des symptômes, les lésions elles mêmes font peu de progrès; on reconnaît alors que cette transformation et cette exagération des symptômes sont dues à l'hystérie qui s'est fixée en quelque sorte sur l'appareil respiratoire. Il est donc important, dans ces cas, de savoir discerner ce qui appartient à l'hystérie et à la tuberculose.

“ A côté de ces faits, on peut en observer de tout à fait différents dans lesquels la tuberculose, survenant chez une hystérique, évolue régulièrement, quelquefois même avec rapidité, atténuant ou même supprimant les phénomènes nerveux, comme les crises convulsives, l'hyperesthésie ou l'hémianesthésie.

“ Parfois enfin, chez les hystériques, on peut croire à une tuberculose qui n'existe pas. Ainsi M. Huchard nous a montré dans son service un homme qu'il a pu observer depuis huit mois et chez lequel le diagnostic a été douteux pendant un temps assez long: il entre à l'hôpital pour une affection de l'estomac pour laquelle il a déjà été traité par un médecin des

plus distingués ; il vomit continuellement depuis un mois, à peu près tous les jours, des matières bilieuses abondantes auxquelles se joignent parfois des matières alimentaires ; l'anorexie est absolue, les douleurs gastriques assez vives. Comme ce malade avait autrefois commis quelques excès alcooliques, on croit à l'existence d'une gastrite, on le traite par l'eau de Vichy, par les amers, etc., puis enfin on pratique des lavages de l'estomac qui paraissent pendant quelques jours ramener une légère amélioration, mais qui ensuite restent sans effet.

“ D'un autre côté, comme ces accidents gastriques paraissent survenir d'une façon paroxystique, on croit même un instant qu'il s'agit de ces crises gastriques qui constituent parfois pendant un temps assez long des signes précurseurs d'une affection spinale.

“ Les vomissements continuent quelque temps encore et s'arrêtent cependant un jour sans cause. Alors le malade commence à tousser d'une toux sèche, un peu quinteuse et sonore sans expectoration ; la paroi thoracique gauche est le siège d'une hyperesthésie cutanée très vive ; le malade a plusieurs hémoptysies peu abondantes, mais réelles ; à l'auscultation, respiration saccadée, mais existant des deux côtés de la poitrine, un peu faible à droite ; à la percussion, submatité très légère dans la fosse sus-épineuse droite.

“ En présence de tous ces symptômes, on pouvait croire à l'existence d'une tuberculose commençante et le diagnostic fut un moment hésitant quand survint un jour une franche attaque hystérique arrêtée promptement par la compression du testicule gauche. Le malade sortit du service après avoir eu quelques autres attaques convulsives, mais ne présentant plus ni toux, ni expectoration sanguinolente : l'hyperesthésie cutanée de la région thoracique avait également disparu. Il revint à deux reprises à l'hôpital où il est encore actuellement. La toux a complètement disparu, la pleuralgie gauche moins accusée existe de nouveau, il a eu deux légères hémoptysies ; mais il n'y a aucun amaigrissement, l'état général n'a pas varié depuis huit mois, et, chose singulière, la submatité qui existait au sommet gauche a disparu de ce côté pour se montrer de temps en temps au côté opposé, tantôt dans la fosse sus et sous-épineuse, tantôt dans le creux sus-claviculaire. Or, M. Huchard a remarqué que ces submatités extrêmement trompeuses de certaines régions thoraciques peuvent exister dans l'hystérie en dehors de toute lésion de l'appareil pulmonaire. Elles ont pour caractère d'être mobiles, de changer de place très facilement, et elles sont très probablement dues à un état spécial d'irritabilité musculaire sous l'influence de laquelle certains

muscles entrent rapidement en contraction par une percussion même superficielle.

“ Pour toutes ces raisons, M. Huchard, après avoir éliminé le diagnostic de gastrite alcoolique, rejette celui de tuberculose et rattache tous les accidents divers que le malade a présentés à l'hystérie. Il s'agit donc dans ce cas d'une *pseudo tuberculose hystérique* dont la réalité s'affirme de jour en jour.”

“ Ce ne sont pas là les seules erreurs qui peuvent être commises : ainsi un malade de 48 ans était atteint de paraplégie de troubles parétiques du côté du diaphragme et d'une accélération considérable des mouvements respiratoires (60 à 70 par minute). Ces symptômes réunis avaient éveillé chez un médecin rompu à ces questions de diagnostic l'idée d'une affection bulbaire ou spinale ; mais par une observation longue et attentive, M. Huchard s'aperçut bientôt que la dyspnée n'était pas réelle, qu'il n'y avait pas difficulté de la respiration mais seulement une extrême fréquence des mouvements inspiratoires, une véritable polypnée sans dyspnée, entrecoupée souvent de profonds soupirs. Un jour enfin on put assister à une violente attaque d'hystérie et la malade sortit après un mois, complètement guérie de tous ces accidents qui avaient suscité d'abord un pronostic si grave.”

L'importance pratique des observations précédentes est sans aucun doute considérable. L'état hystérique joue dans la pathologie des diverses maladies de la femme, un rôle qui n'a peut être pas été suffisamment étudié jusqu'ici. Les erreurs de diagnostic dues à l'hystérie compliquant certaines affections sont loin d'être rares. Tout dernièrement nous avons pu voir une hystérique chez qui la fréquence des mouvements inspiratoires (*polypnée*) avait produit une telle sécheresse de la langue, que le cas avait été pris tout d'abord, malgré l'absence de râles et de matité, pour une phlegmasie grave des organes respiratoires. Subséquentement il se manifesta des symptômes hystériques qui révélèrent la véritable nature de l'affection.

H. E. D.

De l'ascite curable des alcooliques (*Suite et fin*).—Ces deux faits étant établis, 1^o que les abus alcooliques pouvaient seuls expliquer la présence de l'ascite dans ce cas ; 2^o que le malade souffrait en outre de congestion du foie et de péricélonite chronique, M. Bouveret démontre par quel mécanisme ces deux dernières lésions peuvent produire l'hydropisie péritonéale.

D'après Murchison " il n'est pas rare de constater, dans la congestion du foie, des signes d'obstruction de la circulation porte. Dans les cas aigus il peut y avoir de la tension dans l'hypochondre gauche et extension de la matité splénique, tandis que dans les cas de plus longue date il peut y avoir des hémorrhoides ou de l'ascite." (1)

M. le professeur Semmola va plus loin encore et parle d'une forme spéciale de cirrhose accompagnée de troubles de la circulation veineuse abdominale, tuméfaction assez grande du foie et ascite. Cette cirrhose serait susceptible de guérison et aurait pour causes l'alcoolisme, l'impaludisme, etc. On la traiterait au moyen de l'iodure de potassium, régime lacté, etc., traitement efficace, paraît-il, dans bon nombre de cas, bien que le volume de l'organe malade resté augmenté pendant un certain temps encore. Or, nous retrouvons dans cette description de M. Semmola toute la série des faits relatés dans l'observation de M. Bouveret.

M. Leudet dit avoir aussi lui rencontré chez les sujets alcooliques " une hépatite intersticielle sub-aigue de forme congestive et guérissant facilement."

On voit donc qu'à la rigueur, les lésions hépatiques seules pouvaient expliquer la présence de l'ascite dans le cas rapporté par M. Bouveret, et que la nature de ces mêmes lésions rendrait aussi compte de la curabilité de l'hydropisie. Mais nous avons vu que le malade avait offert également des signes de péritonite chronique, froissements péritonéaux, etc. Cette inflammation du péritoine serait peut-être ici la principale cause de l'ascite. " En effet, dit l'auteur du travail que nous analysons, depuis les observations de M. Lancereaux et de M. Leudet, on sait que l'alcoolisme peut provoquer des lésions du péritoine, soit directement, en l'absence de toute autre lésion abdominale, soit indirectement et par l'intermédiaire de quelque altération viscérale; c'est ainsi que les congestions ou les inflammations du foie d'origine alcoolique, les gastrites ou les entérites peuvent être le point de départ d'une inflammation subaiguë ou chronique du péritoine qui, d'abord partielle, peut ensuite s'étendre et se généraliser.

M. Lancereaux admet l'existence d'une péritonite chronique alcoolique primitive (*Archives gén. de méd.*, 1862-1863). " Dans tous les cas, dit-il, la péritonite était survenue spontanément et sans cause appréciable, mais ces malades faisaient depuis longtemps abus de liqueurs alcooliques. A l'autopsie, on trouve dans l'abdomen un liquide séreux, jaunâtre, précipitant par

(1) MURCHISON. *Leçons cliniques sur les maladies du foie*, p. 136.

l'acide nitrique, et des néo-membranes tapissant une étendue quelquefois considérable de la séreuse et faisant adhérer les viscères abdominaux. Du reste, pas d'autres lésions viscérales que la dégénérescence graisseuse du foie dans un cas, et dans un autre, des ulcérations de l'estomac."

M. le professeur Leudet qui s'est beaucoup occupé de ces questions attribue à l'irritation subaiguë ou chronique du péritoine la plupart de ces ascites des alcooliques, d'ailleurs très rares qui guérissent quelquefois d'une façon temporaire ou définitive. D'après lui, et les observations qu'il rapporte tendent à le prouver, dans la grande majorité des cas, la péritonite serait alors secondaire à certaines lésions des viscères abdominaux, surtout la gastrite séreuse et l'entérite. Mais M. Bouveret ne croit pas que chez le malade sujet de son observation la péritonite ait été causée par quelque maladie préalable des viscères abdominaux, à moins que l'on invoque la congestion hépatique dont souffrait le patient comme point de départ de la péritonite.

Après avoir rappelé le fait que la péritonite chronique, même celle de nature tuberculeuse est susceptible de guérison M. Bouveret résume ainsi sa manière de voir sur le sujet:

" La conclusion de mon observation et des réflexions qu'elle peut suggérer, c'est que, chez un alcoolique qui a souffert de troubles digestifs et chez lequel le développement de la cirrhose atrophique est possible et même vraisemblable, l'apparition de l'ascite n'indique pas fatalement l'existence de cette affection du foie. En regard de l'ascite de l'hépatite interstitielle atrophique, incurable comme la lésion qui lui a donné naissance, il faut placer une forme d'ascite causée par des lésions moins profondes, quoique relevant aussi de l'alcoolisme, de siège et de nature variables, et dont l'amélioration ou même la guérison définitive sont possibles. Telles sont, parmi ces lésions, causes de l'ascite curable, la congestion du foie (Murchison,) peut être une forme non atrophique de l'hépatite interstitielle (Semmola), et la péritonite chronique alcoolique primitive ou secondaire, péritonite secondaire, quand elle a pour point de départ une lésion viscérale d'origine alcoolique (Leudet), péritonite primitive, lorsque l'inflammation de la séreuse semble directement provoquée par l'ingestion de l'alcool et sans l'intermédiaire d'une lésion viscérale (Lancereaux)."

Le diagnostic à établir entre l'ascite alcoolique incurable et celle que l'on peut guérir est excessivement difficile, puisque les troubles fonctionnels tels que désordres digestifs, urine rare et sédimenteuse, etc., sont les mêmes dans l'un et l'autre cas. La même incertitude existe au point de vue des signes phy-

signes. Il est difficile, quand le ventre est passablement distendu par les gaz et le liquide de percuter convenablement le foie et d'en limiter les contours. L'existence des symptômes de la péritonite chronique est plus concluante que tout le reste: il est vrai que la cirrhose atrophique peut exister concurremment avec la péritonite. Dans ce cas le diagnostic positif devient d'une extrême difficulté.

"Done, conclut M. Bouveret, par l'examen des signes et des symptômes actuels, on ne peut guère aller au-delà des présomptions; seule, la marche de la maladie peut permettre de conclure avec certitude à l'absence, au moins à l'époque où fut constatée l'ascite, d'une cirrhose atrophique. Si l'ascite a définitivement disparu, soit après une ponction, soit sous l'influence d'un traitement médical, si surtout les troubles fonctionnels venant à cesser, l'état de la nutrition s'améliore très-notablement, l'idée d'une lésion aussi profonde et irréparable que l'atrophie cirrhotique doit être définitivement écartée; il s'agit certainement d'une ascite curable. Quant à déterminer exactement la cause de cette ascite curable, quant à faire un diagnostic anatomique rigoureux, la chose paraîtra plus difficile encore; d'autant plus que, le plus souvent, on trouvera probablement associées les diverses causes de l'ascite curable; congestion hépatique, hépatite interstielle non atrophique, péritonite chronique. Mon malade se trouvait précisément dans ces conditions; il avait le foie gros et présentait des frottements péritonéaux."

L'incertitude du diagnostic différentiel rend passablement incertaines les méthodes de traitement. Si l'on a lieu de croire à une ascite curable, c'est-à-dire, ne reconnaissant pas pour point de départ la cirrhose atrophique, la ponction abdominale sera indiquée de bonne heure, certainement, ce qui est généralement conseillé dans le cas d'hépatite interstielle incurable. Il sera de plus très utile d'opérer au moyen de l'aspiration, et avec un trocart capillaire. En outre, on emploiera les moyens adjuvants ordinaires, tels que le régime lacté, l'édure de potassium à haute dose si le foie semble congestionné et est volumineux; contre la péritonite chronique, les hadigrammes à la teinture d'iode et les vésicatoires.

"En résumé, ajoute l'auteur, l'ascite venant à paraître chez un alcoolique dyspeptique ou qui souffre du foie, indique très probablement l'existence d'une atrophie cirrhotique plus ou moins avancée, mais non pas d'une manière certaine. A cette ascite incurable de la cirrhose atrophique, on peut, en effet, opposer l'ascite curable, beaucoup plus rare, il est vrai, due à diverses lésions du foie ou du péritoine. L'observation que j'ai

rapportée tend à démontrer que cette ascite curable peut être soupçonnée si le foie est volumineux et s'il existe des signes évidents (frottements péritonéaux, douleurs spontanées ou à la palpation) d'une péritonite chronique primitive ou secondaire."

Il nous a paru utile de faire part à nos lecteurs du travail de l'éminent médecin de Lyon, vu la grande fréquence de l'ascite et de la cirrhose hépatique dans notre pays. La plupart du temps cette dernière lésion est en cause et suffit à faire déclarer incurable l'hydropisie péritonéale. Mais les cas d'ascite curable sont encore assez peu rares pour que leur étude mérite de fixer l'attention du praticien.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Cure radicale de la hernie.—Deux méthodes pour la cure radicale de la hernie sont à l'ordre du jour : 1^o celle de Wood qui consiste à ligaturer le sac et à en suturer l'ouverture et 2^o la méthode de Heaton qui a pour but d'obturer le canal et de faire contracter l'anneau externe par l'injection d'un liquide irritant et astringent, sans autre intervention chirurgicale. Une courte esquisse de cette question d'actualité sera peut-être utile à nos lecteurs.

1^o Le *International Journal of Medicine and Surgery* reproduit une analyse de dix-neuf opérations, par la première méthode, pratiquées à la Clinique Chirurgicale d'Heidelberg par le Prof. Czerny, Braun et Kaiser ; en voici le résumé : mais rappelons d'abord en quoi consiste cette méthode. Supposons un cas typique, une hernie inguinale formée d'une anse intestinale enveloppée d'un sac herniaire non adhérent. Le chirurgien pratique d'abord la kélotomie classique avec toutes les précautions antiseptiques et s'efforce de rendre l'opération aussi exsangue que possible ; le sac est divisé et l'intestin réduit. Alors le chirurgien ligature le sac herniaire aussi haut que possible avec de la soie carbolisée ou du catgut, l'orifice en est fermé par quatre ou cinq points de suture, puis la cavité du sac largement ouverte est lavée avec une solution d'acide carbolic à cinq pour cent, un drain est placé dans la plaie dont les bords sont ensuite réunis par des satures.

Mais, comme on le sait, la kélotomie est la boîte à surprises de la chirurgie et les choses ne s'y passent pas toujours comme le chirurgien se permet de le prévoir. Le sac herniaire peut

faire complètement défaut ou être tellement mince et friable qu'il ne peut être question de le ligaturer, ou bien encore on peut être forcé de réduire le sac, en tout ou en partie, avec l'intestin, dans ce cas on se contente de suturer l'orifice interne. Le sac peut présenter des adhérences, il faut alors se contenter d'en ligaturer la partie libre et de suturer l'orifice interne, mais comme on le voit, le principe reste toujours le même, intercepter autant que faire se peut toute communication entre la cavité abdominale et le trajet inguinal.

Les 19 opérations d'Heidelberg pratiquées sur 16 patients (trois d'entr'eux pour hernie double) ont donné les résultats suivants, laissant de côté deux cas terminés fatalement, l'un par pyémie, l'autre à la suite de contusions indépendantes de l'opération.

La ligature complète du collet du sac accompagnée de suture de l'ouverture herniaire fut pratiquée dans neuf cas de hernie inguinale et dans deux cas de hernie de lipôme adipeux dans la ligne blanche. Dans un de ces cas le sac fut divisé au-dessous de la ligature et enlevé. La guérison de la plaie s'effectua six fois sans suppuration dans l'espace de six à dix jours; quatre fois après suppuration en 14, 16, 36 et 39 jours; un cas se termina fatalement à la suite de pyémie. Un bandage herniaire fut appliqué à tous les patients à leur sortie de l'hôpital.

Dans six cas de hernie inguinale chez des adultes il y eut récurrence locale au siège de l'opération, plusieurs mois après; dans un cas la récurrence eut lieu au bout d'un an, mais la hernie fut peu volumineuse et facile à contenir par le bandage herniaire. Les deux cas de lipôme furent radicalement guéris. Une femme qui mourut de pneumonie six semaines après l'opération ne présentait à l'autopsie aucune trace d'ouverture herniaire. Chez un enfant, la guérison est permanente trois ans après l'opération.

La ligature partielle du sac accompagnée de sutures de l'ouverture fut pratiquée chez deux enfants; la guérison eut lieu en 24 et 30 jours, chez le premier une récurrence locale plusieurs mois après l'opération fut guérie par l'usage du bandage, comme on put le constater dix mois plus tard; chez l'autre une récurrence fut traitée de la même manière pendant toute une année mais se renouvela à la suite de la coqueluche.

L'ouverture herniaire seule fut suturée dans quatre cas. La guérison s'effectua en 14, 18, 27 et 51 jours. Chez le premier (adulte) une récurrence eut lieu plusieurs semaines après l'opération; chez le deuxième (adulte) tout alla bien pendant un an, puis il y eut récurrence partielle; le troisième et le quatrième (enfants) furent radicalement guéris comme on put le constater 34 et 19 mois après l'opération.

De ces résultats il semble permis de conclure que l'opération pour la cure radicale de la hernie est indiquée: quand il y a étranglement ou que la kélotomie n'en est pas, par là, rendue plus dangereuse; dans les hernies volumineuses irréductibles qui mettent le patient dans l'impossibilité de travailler et lui sont un insupportable ennui; enfin quand il s'établit une fistule fécale dans le sac herniaire. Dans tous ces cas, en supposant que la guérison radicale ne soit pas obtenue, la hernie ou sa récurrence, qui, dans ces 19 cas n'a jamais reproduit une ouverture aussi grande, peut être contenue par un bandage. L'opération ne doit pas être tentée dans les cas de hernies peu volumineuses sans complications, car la guérison ne saurait être promise d'avance et le patient ne serait pas dispensé de porter le bandage herniaire.

Chez les enfants affectés de hernie étranglée, ou de hernie volumineuse difficilement réductible ou impossible à guérir par le bandage herniaire, l'opération donne des résultats encore plus favorables que chez l'adulte dans les cas où il est possible de faire efficacement le pansement antiseptique.

Il est préférable de combiner, quand la chose est possible, la ligature du collet du sac avec la suture de l'orifice interne car on ne saurait encore assigner à chacun de ces procédés la part qui lui revient dans la cure radicale de la hernie.

La méthode de Heaton diffère essentiellement comme nous allons le voir, du procédé de cure radicale de Gerdy par invagination du scrotum et de celui de Bonnet qui a pour but de déterminer une inflammation adhésive des parois internes du sac. La nouvelle méthode a pour objet (*Heath, in Buffalo Med. Journ.*, avril 1881, janv. 1882) de développer, par l'action d'un irritant qui jouit aussi de propriétés astringentes, une irritation tendineuse qui détermine la contraction des tissus et des anneaux fibreux et la formation de lymphes plastiques. Ces tissus et anneaux fibreux étant la cause première et principale de la lésion, à eux seuls s'adresse le remède. Le peu d'activité de l'irritant qu'on emploie, le siège sous-cutané de l'opération, le peu de vascularité des tissus nous rendent compte du caractère circonscrit de l'irritation obtenue, tandis que la permanence des effets obtenus est due à un travail interstitiel et hyperplasique et à la tendance qu'a le tissu fibreux à se régénérer lentement comme on le voit dans les lésions articulaires et valvulaires du cœur.

Les premiers essais datent de 1842, mais pour des raisons particulières Heaton ne crut pas devoir rendre publics les résultats de sa longue expérience. Tout récemment il publia, en collaboration avec Davenport, un opuscule dans lequel il

expose sa méthode. Warren, un de ses prosélytes, a publié depuis, sur le même sujet un ouvrage (*A practical treatise on Hernia*, Osgood & Co, Boston) dont le Dr Marcy a fait une bonne critique dans les *Annals of Anatomy and Surgery*, (janvier 1882.)

L'agent irritant mis en usage est l'extrait fluide de *Quercus Alba* préparé *in vacuo* et auquel on ajoute l'extrait solide dans la proportion d'une demie once du premier pour quatorze grains du second et une petite quantité de morphine pour calmer la douleur, le tout est trituré à la chaleur jusqu'à solution parfaite; la modification suivante due à Warren et empruntée à l'analyse du Dr Marcy, nous semble préférable.

Extr.-fld. de chêne blanc.....	180.00	gram.
Evaporé à.....	60.00	—
Alcool à 90.....	15.00	
Éther sulphurique50	
Sulfate de morphine.....	.25	
Teinture de veratrum viride.....	.50	

M. S. —Injectez 15 ou 20 gouttes pour les hernies petites ou récentes, 25 ou 30 gouttes pour les hernies volumineuses ou anciennes.

L'auteur prétend que ce liquide est antiseptique, peut être employé sans danger et ne produit que très rarement la suppuration.

L'injection est pratiquée au moyen de la seringue de de Garmo dont le piston est mû par un pas de vis et qui s'adapte à une aiguille d'aspirateur recouverte d'une canule qui permet d'en masquer la pointe dans le canal inguinal. Warren a fait à ce petit instrument plusieurs modifications qu'il prétend très avantageuses.

L'aiguille de Warren présente une pointe large et assez mousse pour ne pouvoir que difficilement percer un vaisseau, elle est aplatie et légèrement contournée en spirale pour faciliter son introduction. Au lieu de l'ouverture terminale unique, elle en présente plusieurs latérales afin de baigner plus uniformément les tissus.

Voici le manuel opératoire tel que décrit par Heath: Le patient dont les intestins auront été vidés le jour précédent est mis au lit et la hernie est réduite. Le sac devra être réduit avec l'intestin quand faire se pourra, car si sa présence dans le trajet inguinal n'empêche pas l'opération de réussirelle en amoindrit les bons effets. Le point important est de déterminer la position exacte de l'anneau abdominal externe par le procédé

ordinaire de l'invagination du scrotum pratiqué avec l'index gauche pendant que le droit détermine le rapport précis de la paroi avec l'anneau; ceci fait, *l'aiguille* est introduite dans le canal à travers la paroi antérieure de l'anneau entre le bord interne du pilier externe et la face correspondante du doigt qui sert de guide et refoule le cordon spermatique vers la ligne médiane. Après s'être assuré que la pointe de l'aiguille se meut librement dans le trajet, l'opérateur l'y introduit aussi loin que possible et presse le piston de la seringue en la retirant lentement de manière à baigner efficacement les parois du canal. On établit ensuite une compression énergique de haut en bas et de bas en haut suivant l'axe du trajet. Le malade reste dans le décubitus dorsal pendant une semaine environ et les intestins sont tenus au repos. Il devra porter pendant un mois un bandage herniaire.

Dans un certain nombre de cas, il faut répéter l'opération surtout dans ceux qui présentent des ouvertures larges et flasques, ou qui reconnaissent pour cause un traumatisme qui a déchiré les anneaux et dans les hernies congénitales causées par un tissu fibreux anormalement peu développé.

Sur 150 opérations bien authentiques on ne compte que douze échecs, mais il faut aussi dire que ces rapports ne font pas mention de l'époque à laquelle on a constaté la guérison, ni du nombre des cas soumis à une ou plusieurs opérations subséquentes ni enfin du nombre de ceux qui ont présenté des symptômes inflammatoires prolongés ou un travail de suppuration.

Heath rapporte douze cas, avec un seul échec qu'il attribue à la négligence d'une garde-malade, et un seul accident, l'injection du liquide dans le tissu aréolaire du cordon. Il considère neuf de ces cas comme radicalement guéris.

Il est vrai qu'on peut faire à cette méthode le reproche adressé à la trachéotomie rapide, à savoir: de procéder à l'aveugle. Si on tient compte des changements apportés par la hernie dans la configuration du trajet inguinal et du peu d'épaisseur des tissus qui le séparent de la cavité péritonéale on se rendra facilement compte de la valeur de cette objection. Quoiqu'il en soit c'est un progrès, et, comme le disait Velpeau, "La cure radicale de la hernie serait un triomphe tellement utile à l'humanité que nous devons en faire le but de tous nos efforts."

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Traitement de la méningite — (West).

Citrate de potasse.....	1 gr. 50
Bromure de potassium.....	0 gr. 75
Teinture d'aconit.....	0 gr. 05
Teinture de chloroforme.....	1 gr. 06
Eau distillée.....	30 gr.
Sirop de mûres.....	20 —

Une cueillerée à dessert, toutes les quatre heures, pour un enfant d'un an.

Traitement de l'orchite — (Alvarez).

Iodoforme	1 à 2 gr.
Axonge.....	30 —

Mélez. — Pour onctions sur le testicule, dans l'orchite blennorrhagique. Cette pommade calme la douleur au bout d'une heure ou deux, abrège très notablement la durée de l'orchite et empêche l'induration consécutive de l'organe malade,

Traitement de l'eczéma infantile — (Hardy).

Beurre de cacao.....	40 gr.
Huile d'amandes douces.....	10 —
Acide tartrique.....	1 —
Précipité jaune.....	0,50 cent.
M. S. A.	

Traitement de l'eczéma génital externe de la femme—(J. Chéron).—

Chlorate de potasse.....	50 gram.
Laudanum de Sydenham.....	30 —
Aqua fontis	1 litre.
M. S. A.	

On fait tiédir cette solution au bain-marie et, après avoir lotionné avec une petite éponge, on imbibe des compresses et on les laisse appliquer après les avoir recouvertes d'une toile gommée.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, MARS 1882.

Comité de Rédaction :

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

AVIS.

Nous appelons l'attention de nos abonnés sur le changement d'adresse de l'administration. Tout ce qui s'y rapporte devra, dorénavant, être adressé : UNION MÉDICALE, Boîte 2040 B. de P., Montréal. Pour communications verbales on pourra s'adresser soit au Dr A. Lamarche, 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, à l'Hôpital Notre-Dame.

Le cas du "Hervey Institute."

Une nouvelle à laquelle certains journaux ont attaché, dans le temps, une signification énorme, a fait, durant le cours de janvier dernier, le tour de la presse montréalaise. Suivant ce que l'on a raconté, la directrice de l'orphelinat dit *Hervey Institute* aurait fait administrer à ses élèves une correction assez singulière, pour ne rien dire de plus. Laissant de côté les simples ferules et autres punitions corporelles ordinaires, elle aurait prescrit aux jeunes récalcitrants et récalcitrantes des *sinapismes* à être appliqués sur le dos, la poitrine, l'abdomen, etc., des délinquants. Ce mode de punition n'était pas, paraît-il, du goût des parents des élèves, et quelques plaintes ont été portées. Une enquête ayant alors été ouverte au sujet des faits en question, le résultat a été que Madame Greig, la directrice, a été exonérée de tout blâme, bien qu'il eût été prouvé qu'elle avait en réalité fait appliquer les sinapismes de la manière que nous avons dite, et cela, à plusieurs reprises. Le comité d'investigation a déclaré, non à l'unanimité toutefois, que le fait d'avoir puni ses élèves au moyen de l'application de sinapismes était tout simplement une *erreur de juge*.

ment (sic) de la part de Madame Greig, mais il a recommandé à celle-ci de choisir désormais d'autres modes de punition moins révoltants pour le sentiment public.

D'après les témoignages entendus à l'enquête, il n'appert pas que l'application des sinapismes ait produit dans le cas présent aucun mal corporel grave. Mais, à coup sûr, c'était là une arme dangereuse à laisser entre les mains d'une personne étrangère à la thérapeutique, et qui, dans ce cas-ci, demandait des effets calmants à une substance des plus irritantes. L'homéopathie ne va pas jusque là, assurément. Les inconvénients résultant des parties mêmes auxquelles les sinapismes ont été appliqués ne sont pas peu sérieux non plus, et leur gravité n'a échappé à personne. D'ailleurs, l'opinion publique a été unanime à qualifier de barbare et de cruel l'emploi de semblables moyens de répression. Ajoutons aussi que la morale aurait peut être en lieu de se plaindre. Pour notre part, nous nous associons entièrement à ce *tolle* général, et nous formons des vœux pour que de semblables scènes ne se renouvellent pas.

Du reste, l'on est à prendre les moyens d'en finir avec ces désagrémements. Une société protectrice de l'enfance est à se former parmi nos concitoyens d'origine anglaise, et nous devons croire qu'elle saura mettre un terme aux abus, quelque part qu'ils se puissent trouver.

Sans vouloir attacher à cet incident plus d'importance qu'il n'en mérite réellement, nous profitons de l'occasion pour essayer de mettre les directeurs de nos hôpitaux, hospices et autres institutions, en garde contre certains abus, beaucoup plus graves, à la vérité, que ceux que nous venons de signaler, et qui peuvent, malgré une surveillance très active, se glisser dans les établissements soumis à leur contrôle. Ces abus ne sont pas toujours le fait de gardes ou d'infirmiers bourrus ou naturellement maussades. Souvent ils ont pour auteurs des subalternes peu scrupuleux qui veulent, tantôt satisfaire de petites rancunes et de petites jalousies, tantôt même assouvir de honteuses passions. Fort heureusement pour l'honneur de l'humanité que de semblables actes se rencontrent presque toujours isolément et que quand ils viennent à la connaissance des autorités, leurs auteurs sont invariablement punis ou congédiés. La plus grande surveillance est nécessaire dans tous les cas, et nous savons que dans les principales institutions de notre ville, elle est rigoureusement exercée.

Malgré tout, cependant, on rencontre encore des gardes-malades qui négligent de donner à leurs patients les soins nécessaires, ou qui préfèrent dormir à leur aise plutôt que de

se déranger. la nuit, pour changer une compresse ou renouveler un appareil, des garçons d'hospice maltraitent les malheureux infirmes confiés à leur garde, des surveillants d'asile ou d'orphelinat abusant de leur position pour commettre certains actes que réprouvent à la fois la morale et le sens commun.

La *France Médicale* rapportait dernièrement un fait très grave qui venait de se passer à Bicêtre. Pendant plus de trois mois et demi, un garçon de dortoir s'était livré, sur des enfants idiots et épileptiques, à des actes d'immoralité dont la conséquence avait été que quatre enfants ont contracté la syphilis. Ce garçon avait déjà été expulsé de l'hôpital Cochin pour un délit analogue. Nous ne voulons certes pas assimiler ce dernier fait au cas du *Hervey Institute*, mais nous le rapportons afin de faire voir, suivant les expressions même de la *France Médicale*, "avec quelle légèreté se recrute parfois le personnel des infirmiers, et combien est insuffisante la surveillance exercée dans les hôpitaux."

Si tant est que la surveillance est difficile, il ne s'en suit pas qu'elle soit impossible. Seulement, elle doit être faite par les autorités mêmes et non par des chargés de pouvoirs. De plus, elle doit être constante et ne jamais se ralentir. Que le surintendant d'un asile ou hospice, que le médecin résidant d'un hôpital fasse sa ronde à toute heure du jour et même de la nuit dans les salles soumises à son contrôle, qu'il aille observer les gardes à des heures où il est peu attendu, qu'il les surprenne en flagrant délit de paresse ou d'inconduite, qu'il ne laisse enfin échapper aucune occasion d'exercer son zèle, et nous réussirons peut-être à éviter des scandales du genre de celui de Bicêtre et les ridicules désagrémens que nous avons rappelés au sujet de l'affaire du *Hervey Institute*.

Examens pour l'admission à l'étude de la médecine.

Il est venu plus d'une fois à notre connaissance que des aspirants à l'étude de la médecine ont été mis, par des gens intéressés, sous la fausse impression qu'ils pouvaient se dispenser de subir l'examen préliminaire exigé par le Collège des Médecins et Chirurgiens et qu'ils pourraient après quatre années d'étude obtenir la licence provinciale. Comme nous avons déjà eu occasion de désabuser, documents en mains, un

de ces aspirants mal conseillés, nous croyons prudent de pré-munir ceux qui pourraient être actuellement ou à l'avenir exposés à la même exploitation.

La loi médicale n'offre pas d'ambiguïtés à ce sujet, comme on le voit par le texte de la clause 8 que nous reproduisons :

“ Depuis et après la passation du présent acte personne ne sera admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique avant d'avoir obtenu un certificat de qualification du dit bureau provincial de médecine.

“ Et personne n'aura droit à une licence du collège sur présentation d'un diplôme à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions du présent acte ou à moins qu'il n'ait subi un examen préliminaire équivalent devant un collège, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et faire subir de tels examens préliminaires dans les possessions de Sa Majesté Britannique, ailleurs que dans la province de Québec et acceptables au bureau créé par le présent acte.”

Il est difficile d'admettre la pureté d'intention et le désintéressement de ceux qui essaient de persuader les aspirants du contraire.

Cependant, les facultés et écoles de médecine peuvent, si bon leur semble, donner leur diplôme à un élève qui n'a pas subi l'examen préliminaire du bureau, mais dans ce cas, le porteur pourra tirer le meilleur parti possible de son diplôme en dehors de la Province de Québec, mais n'aura pas droit à la licence du collège des médecins et chirurgiens.—Avis aux intéressés et gare aux spéculateurs !

Les enlèvements de cadavres et l'acte d'anatomie.

Chaque hiver ramène devant le public, sous des formes toujours anciennes et toujours nouvelles, le vieil abus des enlèvements de cadavres. Depuis qu'il existe des facultés de médecine à Montréal on a dû recourir à la violation des cimetières, au vol audacieux ou rusé pour en alimenter les salles de dissection.

Le nombre des expéditions, suivant le terme classique des étudiants, est à peu près le même chaque année ; tantôt exécutées sans dégâts et sans bruit, elles ne laissent pas de traces ou si peu que les rapports qu'on en lit périodiquement sur les journaux ne troublent guère l'indifférence du public qui semble

sinon approuver du moins tolérer le fait, le lendemain on n'y pense plus; de temps à autre, malheureusement, ces excursions sont accompagnées de déprédations regrettables et des scènes les plus affligeantes. Ce qui vient de se passer à Saint Vincent de Paul en est l'exemple le plus récent, mais non le moins frappant. Les journaux quotidiens nous en ont fourni les détails. Le charnier est tellement démantelé qu'on a cru plus facile et moins coûteux d'en construire un nouveau que de relever l'ancien de ses ruines. Des treize cadavres qu'il contenait cinq ont été enlevés, mais dans leur fuite précipitée, les démolisseurs en ont laissé glisser un sur la route et n'osant s'arrêter pour le reprendre l'ont laissé nu et la corde au cou sur le chemin. On devine facilement les hauts cris de la population et le désespoir des parents et amis des morts enlevés. Les détectives sont à la recherche des ravisseurs qu'ils n'ont pu jusqu'aujourd'hui et qu'ils ne pourront probablement pas atteindre.

Nous sommes loin d'approuver et même d'excuser de pareils actes de vandalisme pas plus que nous n'excusons l'homicide en thèse générale, mais il faut bien admettre dans un cas comme dans l'autre des circonstances atténuantes. La loi d'un côté oblige l'étudiant de disséquer un certain nombre de cadavres avant d'obtenir son diplôme et de l'autre lui défend ou l'empêche de se les procurer. Il n'a qu'une issue au dilemme et il en profite en dépit de la loi au détriment de sa santé et souvent au péril de sa vie. Ceux d'entre nous qui ont eu l'expérience de cette corvée savent que tout n'y est pas rose.

Personne ne saurait nier aujourd'hui que l'anatomie est la base de la médecine, on sait ce qu'était celle-ci avant Vésale et malgré toutes les lois, malgré les peines les plus sévères, on n'empêchera jamais l'enlèvement des cadavres, si la loi ne se charge elle-même d'approvisionner les amphithéâtres de dissection. La médecine scientifique ne saurait consentir à rétrograder vers l'empirisme du moyen âge.

Il faut nécessairement des cadavres pour les fins de dissection, personne ne le conteste. Jusqu'à ce jour, les élèves ont dû y pourvoir pour les expéditions et dans maintes occasions ils n'ont respecté pour parvenir à leur but ni la propriété publique, ni la douleur des parents. Il n'y a qu'une classe de gens dont le cadavre puisse sans inconvénient servir à la dissection: ce sont ceux qui ne laissent après eux ni parents ni amis et dont la dépouille mortelle reste à la charge de l'état.

Nous n'en sommes plus au temps où c'était un crime de verser le sang du patient pour lui sauver la vie ou de pratiquer une autopsie pour sauvegarder la vie d'une famille. Tout

l'odieux de la dissection se résume dans l'atteinte portée au respect et à l'affection portée au défunt par sa famille. Supprimez cela et il ne reste que des objections sentimentales et poétiques que compensent amplement les avantages qu'en retirent la science et la philanthropie. Il n'y a qu'à regarder autour de soi pour trouver bien d'autres nécessités plus pénibles que celle-là.

On sait que la morgue, les pénitenciers, les prisons, les asiles d'aliénés, les hospices et autres institutions du même genre subventionnées par le gouvernement pourraient sans froisser ni l'opinion publique, ni la famille alimenter amplement nos amphithéâtres et couper court à la pénible nécessité de violer les cimetières. On a bien compris que c'est là le meilleur, l'unique remède, puisque la législature a sanctionné un acte d'anatomie qui nous conviendrait parfaitement s'il était appliqué.

Nous publions ci-dessous cet acte d'anatomie tel qu'amendé et sanctionné par la législature provinciale. On trouvera dans ce document l'explication et l'exécution de l'état de choses actuel et surtout le remède qu'il convient et qu'il est facile d'y apporter. Malheureusement cette loi est restée lettre morte et les gens chargés de l'exécuter se prêtent de la plus mauvaise grâce possible à l'exécution de leurs devoirs et les choses ne peuvent qu'aller de mal en pis tant qu'on n'aura pas transformé en charge la sinécure d'inspecteur d'anatomie.

Petite Correspondance.

UN ANNONCÉ.—Quels sont les ouvrages les plus récents sur les maladies des femmes ?

R.—*Courty*, Traité pratique des maladies de l'utérus de trompes et des ovaires 2 vol in 8° reliés, \$7.20 chez J. B. Rolland, à Montréal.

Barnes, Traité clinique des maladies des femmes, 1 vol. 16 francs, chez G. Masson, à Paris.

West, Leçons sur les maladies des femmes, traduit par Mauriac, 1 vol. 14 francs, chez Savy, à Paris.

West, The diseases of women, fourth edition, edited by Mathews Duncan, 1 vol. \$5.00. chez Blackiston. à Philadelphie.

Atthill, Diseases of women, fifth edition, 1 vol., \$..25, chez Blackiston. Philadelphie.

Churchill, Traité pratique des maladies des femmes, traduit de l'anglais sur la cinquième édition et annoté par Wieland & Dubrifay, 1 vol., 25 francs, chez J. B. Baillière. Paris. France.

Gaillard-Thomas, Diseases of women, fourth edition, 1 vol. chez Lea, à Philadelphie.

Si vous ne désirez vous procurer qu'un seul de ces ouvrages nous vous conseillons de choisir de préférence *Courty*.

Livre reçu.

Marriage and parentage and the sanitary and physiological laws for the production of children of fixer health and greater ability by A physician and Sanitarian published by M. L. HOLBROOK & Co, New-York, 1882.

Brochures reçues.

An aid to the Mechanical Treatment of weak ankles and inverted feet, a contribution to orthopedic surgery, by CHARLES F. STILLMAN M. D. of New-York.

A New System of Surgical Mechanics, a contribution to orthopedic surgery by CHARLES D. STILLMAN. M. D. of New-York.

Carrant Fallacies about vaccination, a letter to Dr Carpenter, C. B., by P. A. TAYLOR, M. P., London, 1881.

The Fourth Annual Report of the Presbyterian Eye and Ear Charity Hospital, for the year ending December 1st. 1881, BALTIMORE, Md.

Catalogue of Medical, Dental, Pharmaccutical and Scientific Publications, with classified list and subject index, published by P. BLACKISTEN, SON & Co., 1012 Walnut st, Philadelphia.

NOUVELLES MÉDICALES.

Société de protection de l'enfance.—Ce qui vient de se passer au " Hervey Institute " a suggéré à un philanthrope, M. Lovell, l'idée de fonder à Montréal une *Société de protection de l'enfance*, analogue à celle de New-York. Nous souhaitons à M. Lovell tout le succès que mérite sa généreuse idée.

Nous admettons volontiers que semblable société ne devrait pas avoir sa raison d'être, l'instinct, la loi naturelle devraient être assez puissants pour protéger l'enfant contre la brutalité de certains parents. Malheureusement, force nous est bien de prendre le monde tel qu'il est et il n'y a pas à se dissimuler qu'une société protectrice de l'enfance est de beaucoup plus nécessaire qu'une société protectrice des animaux.

Chaire des maladies nerveuses.—La Faculté de Médecine de Paris vient de fonder une chaire de clinique des maladies nerveuses. Le Prof. Charcot a été choisi pour la remplir. A cette Chaire sont attachés: un chef de laboratoire, un chef de clinique, un préparateur et un garçon de laboratoire. M. Hayem a été nommé à la chaire d'anatomie pathologique laissée vacante par la promotion de M. le Prof. Charcot.

Les analyseurs publics en cour de justice.—Il s'est élevé dernièrement une difficulté entre le Dr Baker Edwards et Son Honneur le "Recorder" à propos d'analyse de lait. Son Honneur paraît être d'opinion qu'il lui appartient de décider en dernier ressort si un échantillon de lait suspect contient ou non plus d'eau qu'il ne convient. Le Dr Edwards dans une communication au *Star* dit que tout récemment un magistrat d'Angleterre ayant rendu un jugement basé sur cette prétention, sa décision fut renversée par la Cour d'appel qui décida que l'opinion de l'analyseur constitue une preuve "prima facie" qui ne peut être infirmée que par une preuve scientifique contradictoire et que conséquemment l'opinion du magistrat était également erronée. Jusqu'ici nous avons eu la prétention de croire qu'il était impossible d'en juger autrement.

Cercle Médical.—MM. les élèves en médecine de l'Université-Laval à Montréal ont eu l'heureuse idée de se constituer en *Cercle Médical*. Aux élections qui ont eu lieu les officiers suivants ont été élus: L. N. Matte, M. B., président; M. J. O. Goyette, vice-président; M. A. Joyal, M. B., secrétaire. Comité de Régie: MM. J. Leroux, M. B., A. R. Marsolais, M. B., A. Barnaud et J. Desjardins.

VARIÉTÉS.

Le premier journal de médecine.—Le premier journal régulier, fut publié à Paris en 1679. Il avait pour titre: "Les Nouvelles Découvertes sur toutes les parties de la médecine."

Proverbe Chinois.—Les maladies de peau sont si communes en Chine, qu'un dicton du pays affirme que "sur dix hommes, onze sont affectés de la gale." On demande un dermatologiste.

Supplément de "l'Union Médicale."

Acte concernant la pratique de la médecine et de la chirurgie et l'étude de l'anatomie.

Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement du Conseil Législatif et de l'Assemblée Législative du Canada, décrète ce qui suit :

10. MÉDECINE ET CHIRURGIE.

10. Quiconque obtient une licence, ou est autorisé par la loi à pratiquer comme médecin ou chirurgien, ou comme l'un ou l'autre, soit dans le Haut-Canada, soit dans le Bas-Canada, pourra pratiquer dans aucune partie de cette province, de la même manière qu'il eût pu le faire dans l'une des dites parties de cette province, si cet acte n'eût pas été passé, mais il sera soumis aux mêmes lois auxquelles ceux qui pratiquent sont soumis dans cette partie de la province où il est appelé à pratiquer. (45 Vic., c. 11.)

2. ANATOMIE.

20. Les cadavres des personnes trouvées mortes, et exposés publiquement, ou de celles qui, immédiatement avant leur décès, étaient à la charge de quelque institution publique recevant une subvention du gouvernement provincial, seront livrés aux personnes désignées ci-après, à moins que le défunt ne l'ait autrement prescrit; mais si le cadavre est réclamé dans le temps ordinaire pour l'inhumation, par des amis ou parents de bonne foi, ou si le défunt en a autrement ordonné avant son décès, comme susdit, le cadavre sera livré à ses parents ou amis, ou décemment inhumé. (7 V., c. 5, § 1.)

AMENDÉ.—1. *Les cadavres des personnes trouvées mortes et exposées publiquement, ou de celles qui, étant à la charge de quelque institution publique recevant une subvention du gouvernement provincial, seront livrés aux personnes désignées ci-après, à moins qu'ils ne soient réclamés dans le temps ordinaire pour l'inhumation par des parents pas plus éloignés que le troisième degré, et tel degré de parenté sera affirmé par le serment du réclamant.*

2. *Toute clause du dit chapitre 76 ou de tout autre acte incompatible avec les présentes est abrogé.*

30. Les professeurs publics d'anatomie ou de chirurgie, ou les médecins pratiquants ordinaires ayant trois élèves ou plus pour l'instruction desquels ces sujets sont réellement nécessaires, auront droit d'obtenir les cadavres non réclamés; mais s'il y a dans la localité quelque école publique de médecine, cette école aura, de préférence, droit d'obtenir les cadavres. (7 V., c. 3, § 2.)

40. Le gouverneur pourra nommer, sous son bon plaisir, une personne qui ne pratique pas la médecine, mais qui possède quelque charge municipale, et n'est liée à aucune école de médecine publique ou particulière, pour être l'inspecteur d'anatomie, pour chaque ville, cité ou localité où il existe une institution publique ou école de médecine comme susdit. (7 V., c. 5, § 3.)

AMENDÉ ET REMPLACÉ.—4. Le lieutenant-gouverneur pourra nommer, sous son bon plaisir, une personne qui ne pratique pas la médecine, et n'est liée à aucune école de médecine publique ou particulière, pour être l'inspecteur d'anatomie pour chaque cité, ville ou localité où il existe une institution publique ou école de médecine comme sus-dit. (S. R. C., c. 76.)

AMENDÉ.—*Le lieutenant-gouverneur en conseil nommera, sous son bon plaisir, tout coronaire ou tout médecin non lié à quelque école de médecine publique ou particulière, ou toute autre personne qualifiée pour être l'inspecteur d'anatomie pour chaque cité, ville ou localité où il existe une institution publique ou école de médecine comme sus-dit.*

50. Il sera du devoir de chaque inspecteur d'anatomie :

I. De tenir un registre du nom, de l'âge, du sexe et du lieu de naissance, (s'il peut être constaté), des personnes dont les cadavres ne seront pas réclamés et qui seront livrés à la dissection.

II. Tenir un registre de tous les médecins pratiquants qui ont droit de recevoir et désirent obtenir des cadavres pour la dissection.

III. Distribuer les cadavres impartialement à tour de rôle, suivant les besoins réels de ceux qui les réclament.

IV. Faire la visite des diverses chambres de dissection reconnues, au moins une fois toutes les six semaines, et ordonner,

suivant qu'il le jugera à propos, que les restes des corps soient enlevés et décentement inhumés.

V. Dénoncer au juge de police ou à la principale autorité municipale, toute infraction des règles ordinaires de la décence, ou toute acte reprehensible dont il pourra avoir connaissance de la part des professeurs ou des élèves.

VI. Tenir ses registres ouverts à l'examen de tout médecin pratiquant qui désire en faire l'inspection. 7 V., c. 5, s. 4.

6. Le coronaire qui préside à l'enquête faite sur un cadavre trouvé publiquement exposé, et non réclamé par quelque ami ou parent de bonne foi, en donnera avis à l'inspecteur d'anatomie de la localité, s'il y en a un; si non, il fera inhumér le cadavre suivant l'usage.

7. Le surintendant de chaque institution publique, recevant une subvention du gouvernement, donnera immédiatement avis à l'inspecteur d'anatomie de la localité, du décès de tout patient de l'institution qui n'a pas d'amis ou parents connus ayant droit de réclamer son cadavre. 7 V., c. 5, s. 6.

8. Tout tel surintendant tiendra un registre indiquant le nom, l'âge, le sexe et le lieu de naissance (s'il est connu) de chaque personne dont le cadavre est livré à la dissection, et le nom du médecin auquel le cadavre a été livré; et nul tel surintendant ne livrera un cadavre sans un ordre écrit de l'inspecteur d'anatomie de la localité. 7 V., c. 5, s. 7.

9. L'inspecteur d'anatomie recevra \$5 pour chaque cadavre qu'il livrera à la dissection; et cette somme lui sera payée par le professeur ou médecin pratiquant, sur réception de l'ordre pour livrer le cadavre. 7 V., c. 5, s. 8.

10. Tout médecin pratiquant qui désire profiter du bénéfice de cet acte, sera tenu de comparaître devant l'un des juges de paix de Sa Majesté et l'inspecteur d'anatomie, et de donner des sûretés lui-même pour la somme de quatre vingt piastres, et deux bonnes cautions pour la somme de quarante piastres, pour garantir l'inhumation décente des cadavres, après qu'ils auront servi aux fins requises; et ces conditions dûment remplies, l'inspecteur d'anatomie donnera à tel médecin pratiquant une autorisation écrite pour ouvrir une chambre de dissection qui aura droit aux avantages conférés par cet acte. 7 V., c. 5, s. 9.