

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# L'UNION MÉDICALE

## DU CANADA

---

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

---

---

RÉDACTEUR EN CHEF :—LE DR. E. P. LACHAPELLE.

ASSISTANT-RÉDACTEUR :—LE DR. A. LAMARCHE.

---

---

Vol. V.

JUIN 1876.

No. 6.

---

---

### TRAVAUX ORIGINAUX.

---

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

---

Séance du 26 Avril 1876.

Le Dr. A. Dagenais, président, au fauteuil.

Le Dr. Lachapelle donne communication des correspondances qui ont été publiées dans quelques journaux, au sujet du Bill Médical projeté.

La lecture de ces écrits est prise en considération.

Il est résolu, sur proposition du Dr. A. Ricard, secondé par A. T. Brosseau : que le Dr. E. P. Lachapelle soit chargé d'exposer les motifs qui ont engagé la Société Médicale à prendre l'initiative de ce projet de loi et de faire connaître les avantages que cette mesure garantirait à la Profession Médicale.

DR. A. LARAMÉE,

Ass. Secr. Tr. S. M.

---

Séance du 17 Mai 1876.

Le Dr. A. Lamarche, de Montréal, est admis membre actif, sur proposition du Dr. A. Meunier, secondé par le Dr. E. P. Lachapelle.

L'assistant-secrétaire ayant donné lecture d'une pétition demandant de changer l'heure des séances de la Société Médicale, il est résolu, sur proposition du Dr. F. X. Perrault, secondé par le Dr. A. Meunier : que les réunions aient lieu dorénavant le jeudi, à 3 heures P. M. précises.

La question du Bill Médical étant venue sur le tapis, les Drs. A.

T. Brosseau, A. Dagenais, E. P. Lachapelle et A. B. Craig, prennent, tour à tour, la parole sur ce sujet.

Puis, il est proposé par le Dr. F. Filiatreault, secondé par le Dr. Chs. Fafard : que les Drs. Dagenais, Brosseau, Lachapelle et Laramée soient délégués auprès de Messieurs les journalistes pour les prier de s'intéresser au Bill Médical.—Adopté.

M. le Président suggère de choisir pour sujet de discussion à la prochaine séance : " Les effets thérapeutiques du Bromure de potassium. "

DR. A. LARAMÉE,  
Asst. Scr. Trés. S. M.

—  
Séance extraordinaire du 5 Juin 1876.

Le Dr. A. Dagenais, président, au fauteuil.

Membres présents : Dr. J. P. Rottot, W. H. Hingston, A. B. Craig, A. T. Brosseau, J. P. Desrosiers, A. Ricard, E. P. Lachapelle, A. Meunier, O. Beaudry, C. Fafard, N. Fafard, C. Filiatreault, F. Filiatreault, F. Demers, A. Mathieu, A. Paquet, A. Lamarche et A. Laramée.

Proposé par le Dr. J. P. Rottot, secondé par le Dr. E. P. Lachapelle : que les membres de la Société Médicale de Montréal ont appris avec douleur la mort de leur confrère, le Dr. George Grenier qui a rendu des services si précieux à la Société, et, pour honorer la mémoire du regretté défunt que les membres portent le deuil pendant un mois.—Adopté.

Proposé par le Dr. A. T. Brosseau, secondé par le Dr. J. O. Beaudry : que les membres de la Société assistent en corps aux funérailles qui auront lieu jeudi prochain.—Adopté.

Proposé par le Dr. W. H. Hingston, secondé par le Dr. N. Fafard : que l'assistant-secrétaire-trésorier soit chargé d'envoyer des lettres funéraires à tous les médecins de cette ville.—Adopté.

Proposé par le Dr. A. Ricard, secondé par le Dr. A. B. Craig : que M. le président, avec l'assentiment de l'autorité ecclésiastique soit chargé de prononcer une oraison funèbre sur la tombe du Dr. George Grenier.—Adopté.

Proposé par le Dr. L. J. P. Desrosiers, secondé par le Dr. A. Meunier : que copie des présentes résolutions soit transmise à la famille du défunt, comme l'expression de nos condoléances dans la rude épreuve qu'elle subit.

DR. A. LARAMÉE,  
Asst. Scr. Trés. S. M.

Séance du 16 Juin 1876.

Le Dr. Dagenais, président, au fauteuil.

Les procès verbaux des deux précédentes séances sont lus et adoptés.

L'assistant-secrétaire donne communication des lettres qu'il a reçues des Drs. R. T. Godfrey, président et John Bell, secrétaire de la Société Chirurgico-Médicale de Montréal, du Dr. Wm. Osler, de Montréal, et du Dr. Fortier, de Longueuil, exprimant leurs regrets de n'avoir pu assister aux funérailles du Dr. George Grenier.

Les Drs. Jos. Gagnon, Joseph Brunelle et A. Germain sont admis membres actifs.

Les Drs. A. Dagenais, J. W. Mount, A. Ricard, E. P. Lachapelle, A. T. Brosseau, G. O. Beaudry et A. Laramée apportent un tribut de reconnaissance au souvenir du regretté Dr. George Grenier en faisant l'éloge de celui qui a contribué, pour une si large part à assurer l'avancement de la Société Médicale dont il était le dévoué et intelligent secrétaire depuis sa fondation.

DR. A. DAGENAI : Je ne puis laisser passer cette circonstance sans rappeler aux membres la perte que la Société Médicale vient de subir en la personne du Dr. George Grenier.

Laissez-moi vous dire, qu'à ce souvenir, j'éprouve, à la fois, deux sentiments bien opposés, celui du plaisir, si je m'arrête à la pensée que cet homme de bien est allé recevoir la récompense de ses vertus, et celui de la douleur quand je songe au vide que cette mort laisse après elle. Ce jeune homme, comme la plupart de vous, j'avais l'avantage de le connaître depuis quelques années, et je comprends que je pourrais me dispenser de faire son éloge, sa réputation était si bien établie et ses belles qualités sont encore si vivaces dans notre esprit, mais j'éprouve le besoin de proclamer qu'il était le type du bon citoyen et du vrai médecin.

Qu'on parcoure sa carrière, partout on la trouve irréprochable. C'était une vie de sacrifices sur sacrifices, de dévouement exceptionnel, c'était une vie pure et exemplaire, mais comme il n'y a pas de tableau sans ombre, j'ajouterai qu'il avait le défaut des hommes sérieux, si je puis parler ainsi, il avait trop de modestie et vous savez, comme moi, que quand il se présentait des occasions qui l'obligeaient à se mettre en évidence, il fallait le pousser pour le gagner.

Son affabilité, son bon vouloir, sa douceur lui avaient valu l'affection de ses proches et de tous ses amis. Ses principes profondément religieux, il les proclamait, il savait repousser tout ce qui pouvait leur porter atteinte et s'en servait, comme de boussole, dans les actes importants de sa vie.

Comme médecin, il avait tout ce qu'il fallait pour être à la hauteur de la profession : dévouement, amour pour l'étude, mémoire fidèle, jugement profond, coup d'œil sûr dans la recherche d'un diagnostic. Les étudiants qui le suivaient pendant qu'il fesait le service à l'Hôtel-Dieu ne mentaient pas en disant de lui " *Le Dr. Grenier vous plante un diagnostic.* "

Connaissant à fond la littérature et surtout la littérature médicale, il a rendu des services incalculables à la médecine, en Canada, et si l'*Union Médicale* jouit aujourd'hui d'une réputation si enviable. je ne crains pas de déclarer que c'est l'œuvre du regretté Dr. George Grenier.

La Société Médicale lui doit une éternelle reconnaissance pour le dévouement et les sacrifices qu'il savait s'imposer pour l'intérêt commun.

Rappelons-nous ses nombreux comptes rendus de nos séances, et qui ne laissaient rien à désirer. Avec le talent de bien saisir la pensée des discutants, il avait aussi celui de la traduire dans un style simple, clair, logique, qui commandait l'attention. Pour ma part, je confesse que plus d'une fois en lisant les rapports de nos séances, je découvrais que notre regretté secrétaire me prêtait des expressions, des tournures élégantes dont je ne lui ai jamais à coup sûr, fait reproche.

Il nous reste de lui quelques travaux dont quelques-uns ont été mis en brochure.

Ces ouvrages remplis de renseignements profitables et utiles devraient être dans les bibliothèques des confrères et répandus dans toutes les classes de la société.

La mort du Dr. Grenier est donc une perte pour la société, une perte pour la profession et la Société Médicale en particulier.

Les démarches que nous avons faites pour honorer sa mémoire étaient bien méritées et comme Président, je remercie tous les membres de la profession d'avoir si bien répondu à l'invitation de la Société.

DR. J. W. MOUNT.—Je concours pleinement dans les beaux éloges que nous venons d'entendre.

Comment oublier les services immenses rendus par notre regretté confrère quand nous ne pouvons parler de dévouement, de progrès ou de quelque réforme importante en médecine sans nous le représenter poursuivant sa tâche modestement, mais sûrement.

J'ai été témoin de ses efforts et de ses succès pour la fondation de notre Société et nous savons que pour assurer l'avancement de cette dernière il mettait, à cette belle cause, tout son zèle et ses talents.

Le souvenir de celui dont nous pleurons l'absence sera certainement ineffaçable.

Dr. A. RICARD : Je suis heureux d'entendre de pareilles louanges sur notre regretté confrère, parce qu'il en était digne sous tous rapports.

À ces éloges, je ne permettrai d'ajouter que le Dr. Grenier personnifiait le progrès, mais le progrès bien compris. Il a donné le branle à des réformes médicales d'une grande importance et ainsi préparé des voies qu'il nous reste à parcourir. Il ne s'était pas borné à aider puissamment à la fondation de notre Société, mais il continuait à déployer pour elle un zèle et une activité dignes d'éloges.

Il a donc laissé des exemples que ses survivants s'empresseront d'imiter. *L'Union Médicale*, cet organe de nos pensées, a atteint une place influente dans le monde médical et lui est redevable du crédit qu'elle trouve dans l'opinion publique. J'ai toujours aimé la rédaction sensée et solide de cette revue, mais j'admire ses derniers écrits, toujours palpitants d'intérêt, sur les questions d'actualité et notamment sur la réforme des lois régissant la profession médicale de notre province.

Au point de vue chrétien, cette mort doit être un sujet de réjouissance pour ses proches et ses amis parce que une vie si digne, si bien remplie doit conduire à un monde meilleur.

Il travaillait sans relâche pour le bien public et naguère encore, on le rencontrait luttant contre la faiblesse, contre les progrès de la maladie qui le minait rapidement, pour porter secours à ceux qui l'appelaient. On peut dire qu'il est mort sur la brèche. Il avait rempli sa mission comme citoyen et comme médecin, il ne lui restait plus qu'à récolter ce qu'il avait semé ici-bas. Aussi, il a vu arriver sa fin sans crainte, il le disait à ses proches, il le disait à ses amis.

La profession médicale a donné un spectacle de touchante confraternité en venant, comme un seul homme, rendre à notre défunt confrère les honneurs qui lui étaient dues. L'union intime des médecins était une réforme qu'il ambitionnait depuis longtemps, il en faisait souvent le sujet de ses conversations. S'il eût pu voir l'assistance nombreuse qui entourait sa tombe, il eût éprouvé une grande satisfaction, en constatant que chacun s'acquittait envers un confrère d'un devoir dont il nous a si souvent parlé dans nos réunions.

Dr. E. P. LACHAPPELLE.—Tous regrettent la perte d'un confrère qui, par ses rares qualités, s'était assuré l'estime de tous ceux avec qui il était en connaissance, mais mon titre d'ami et d'héritier de *L'Union Médicale* me font déplorer bien amèrement son départ qui me prive d'un commerce doux et agréable, et de conseils qui m'auraient été bien utiles dans la voie que j'ai entreprise.

C'est avec bonheur que je dis avec ceux qui viennent de parler qu'il était le type du bon citoyen et du vrai médecin.

Son zèle, son dévouement, son bon vouloir le désignaient d'avance aux charges les plus lourdes. Toujours, malgré ses nombreuses occupations, il se résignait à nos sollicitations avec ce sourire et ce mouvement d'épaule qui semblait dire " fiat ".

Son dévouement on le retrouve jusqu'à la mort et, dans les derniers temps de sa maladie, il se préoccupait encore beaucoup de l'avenir de l'*Union Médicale*.

Je massocie de grand cœur à cet accord général de sentiments sur le regretté Dr. Grenier.

DR. G. O. BEAUDRY : Aux paroles si bien senties, aux sentiments délicats qu'on vient d'entendre, je n'ajouterai qu'un mot.

Nous avons perdu un confrère intelligent, studieux, de progrès et qui s'est rendu utile jusqu'à sa mort.

Sa douceur, ses succès en pratique, son zèle envers la Société Médicale sont autant de titres qu'on ne pourra jamais oublier.

La vie de ce jeune homme de bien est un enseignement à la jeunesse qui profitera de ses travaux et de ses exemples.

DR. BROSEAU : Cette unanimité d'expressions fait l'éloge de celui dont nous pleurons l'absence et montre que chacun l'a jugé de la même manière.

Studieux, modeste, d'un jugement exquis, homme de progrès, mais non de progrès à tout *casser*, car il savait mûrir les choses, toutes ces qualités se rencontraient chez lui.

A ces qualités, il ajoutait aussi celle de la justice et, dans l'intérêt d'une cause raisonnable, il était prêt à mettre de côté ses goûts de prédilection comme à n'importe quel sacrifice.

Il avait déjà fait sa marque à l'Hôtel-Dieu où j'avais le plaisir de le rencontrer souvent.

Si la population perd un bon citoyen, la profession médicale sera privée d'un digne membre et la Société Médicale de son pilier principal, mais s'il n'est plus, ses œuvres vivront dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu.

Le Dr. A. Laramée se joint aux autres confrères pour pleurer la mort du Dr. G. Grenier et fait connaître quelques incidents de sa vie privée qui montrent bien qu'il était dans l'intimité ce qu'il apparaissait aux yeux de tout le monde.

Le Dr. A. Ricard présente à la société un enfant portant une tumeur dans le côté droit.

Proposé par le Dr. E. P. Lachapelle, secondé par le Dr. J. W

Mount : que conformément au désir des anciens membres, tous les confrères dont les noms ont été rayés de la liste de la Société pour non paiement de leurs contributions, soient réintégrés pourvu qu'ils s'acquittent de tous leurs arrérages d'ici au 1er Août prochain et que le secrétaire trésorier soit chargé de leur donner un avis à cet effet. Adopté.

Sur proposition du Dr. A. Ricard, secondé par le Dr. A. T. Brosseau, il est résolu : que, dans l'intérêt du Bill Médical projeté, le comité de régie soit autorisé à déléguer des membres de la Société pour se mettre en communication avec les médecins des villes et des campagnes. Adopté.

Proposé par le Dr. A. Lamarche, secondé par le Dr. A. Paquet : que le secrétaire soit chargé de préparer un tableau contenant les noms des membres de la Société Médicale. Adopté.

Le Dr. Chs. Filiatreault donne avis qu'à la prochaine séance, il proposera les Drs. H. Lemery et P. A. Allard comme membres actifs.

Et la séance est levée.

DR. A. LARAMÉE,

Sec. Trés., S. M. (pro-temp.)

—:—

### MALADIE DES TRICHINES.—TRICHINOSE ;

Par le Dr. P. E. MOUNT, de Montréal.

Le 26 mai dernier, je fus appelé chez M. R..., rue Albert.

Voici en quel état je trouvai la mère, accouchée depuis six semaines, une petite fille, âgée de 8 ans, et la servante :

Fièvre forte, langue chargée, épaisse, pâteuse, pouls de 115 à 125, frissons répétés, soif ardente, envie de vomir, céphalalgie intense, insomnie, abattement général, douleurs dans tous les membres avec gonflement très-prononcé, surtout à la figure et aux paupières, sans rougeur ni chaleur, douleurs dans les intestins. Le gonflement et les douleurs lancinantes étaient plus prononcés près des articulations. Je leur demandai : s'ils avaient mangé du lard ? On me répondit par la négative. J'ordonnai, ce soir-là : bain de pied avec sudorifique et le lendemain matin purgatif.

Le 27, aggravation des symptômes précédents avec vomissements bilieux et délire toute la nuit et la journée. Je leur demandai de nouveau : s'ils n'avaient pas mangé du cochon, sous quelque forme que ce fut ? On me dit alors : que huit à dix jours passés, on avait mangé du jambon et de plus que la garde-malade, Mad. E., No.

290, rue des Allemands, qui avait assisté Mad. R..., dans ses couches était aussi atteinte de la même maladie ; alors il n'y avait plus de doute, j'étais affaire à la maladie des Trichines. Après avoir consulté différents auteurs et diverses publications médicales sur le traitement, je ne trouvai que des données vagues et incertaines.

J'ordonnai alors : frictions avec térébenthine, esprit camphré, &c., et la mixture suivante :

|                   |        |
|-------------------|--------|
| Pot. Chloras..... | ʒiij.  |
| Tr. fer mur.....  | ʒiij.  |
| Glycérine.....    | ʒij.   |
| Éther nit .....   | ʒvj.   |
| Aque ad.....      | ʒviij. |

à prendre par cuillerée à bouche toutes les 3 heures, jour et nuit.

Le 28 au matin, mêmes symptômes sans aggravation, de plus, douleur forte à la nuque et à la région cervicale droite.

Le 29, amélioration sensible des symptômes ; soit moins ardente, céphalalgie diminuée. le gonflement des paupières et de la face moindre, langue plus humide et moins chargée, sans goût cependant pour les aliments. plus de délire, sommeil plus tranquille. Le gonflement et l'endolorissement des membres sont diminués. La douleur à la nuque persiste.

Le 30, 31 et les jours suivants, tous les symptômes s'amendent, l'appétit renaît, la fièvre disparaît, le pouls est à 80, &c., &c., la douleur au cou et à la nuque disparaît lentement.

Le 31, le père, qui jusqu'alors, était resté indemne, est obligé de laisser son ouvrage, commençant à ressentir les premiers symptômes de la maladie. Je lui ordonnai : calomel, x grs. au coucher, et limonade de Roger le lendemain matin et la mixture de fer, &c., ci-dessus. Tous les mêmes symptômes se sont reproduits et succédés comme dans les cas précédents, mais avec plus d'intensité, la céphalalgie et la douleur à la région cervicale droite et à la nuque étaient surtout plus prononcées, en conséquence, la prostration générale était extrême.

Le 31 au soir, Mad. E, garde-malade, ayant appris que mes premiers patients prenaient du mieux sous le traitement que je leur faisais suivre, envoya son fils à mon bureau, quérir les mêmes médicaments. Je la visitai subséquemment et les symptômes étaient identiques. Nous sommes au 15 Juin et tous mes patients sont en pleine convalescence et reprennent de l'embonpoint, tout en continuant la même mixture toutes les 6 heures.

D'après les données les plus précises que j'ai pu recueillir, l'incubation a duré en moyenne huit à dix jours.

Quant au traitement par le chlorate de fer, etc., je laisse au public médical à en juger et à le discuter, s'il le juge à propos.

## LUSUC NATURÆ ;

Par le Dr. BERNIER, de St. Pie.

Le 18 Avril, je fus appelé auprès d'une femme, en couche pour la sixième fois. Elle donna naissance à un enfant dont la face offrait des vices de conformation des plus curieux.

Il y avait d'abord, absence complète du nez. La place occupée par la base de cet organe était recouverte d'un épiderme très-lisse et violacé, tandis que la racine était remplacée par une dépression d'une ligne de profondeur et d'un diamètre d'un pouce à la partie supérieure et d'un demi-pouce à la partie inférieure. Le grand diamètre était horizontal et communiquait avec la marge de la cavité orbitaire. Le fond de cette dépression était tapissé d'un tissu d'apparence cellulaire et de couleur rouge foncé ; la pression n'y décéla l'existence d'aucun des os de l'appareil nasal. En outre, les paupières étaient intimement adhérentes l'une à l'autre dans leurs deux tiers externes. Ayant débridé, avec un bistouri, celles du côté gauche, je constatai l'absence du globe oculaire, je m'en tins là, supposant d'après les apparences que la même anomalie existait du côté droit. Enfin, entre les arcades orbitaires et une ligne au-dessus de la dépression ci-haut mentionnée, projetait un appendice cylindrique d'un pouce de longueur et de plus d'une ligne de diamètre. Cet appendice, flexible, retombait sur la face et présentait à son quart inférieur un sillon circulaire peu profond, l'extrémité libre, légèrement renflée, se terminait par une surface aplatie, percée au centre d'un canal borgne d'une ligne de profondeur et du diamètre d'une grosse épingle. Tout, enfin, dans ce nouvel organe, offrait l'image frappante du pénis d'un enfant.

Le nouveau né, bien conformé, quant au reste du corps, ne poussa que quelques vagissements et mourut un quart d'heure après sa naissance.

—:—

## COMMUNICATION

## VACCINATION.

(Suite et fin.)

*A Son Honneur le Maire W. H. Hingston, M. D.*

Monsieur le Maire,

Dans un rapport en date du 22 février 1875, le Rév. M. Wm Hume Rothery, publie ce qui suit :

“ Vaccination et picote à Tormorden. ”

“ Il y a quelque temps, M. Benjamin Thorpe, de Middleton, près de Manchester, à ma demande, alla à Tormorden, pour y faire une

investigation sur l'épidémie de petite vérole qui sévissait alors dans cette ville. Ce Monsieur alla de maison en maison ; et le résultat de ses visites, d'après le tableau qui suit, prouve évidemment que la vaccination est une déception complète, comme il arrive partout où cette opération est pratiquée. Voici les noms des habitants de Tormorden qui ont souffert de la picotte.

Ici viennent les noms, l'âge, et la résidence des variolés : sur 56, 50 avaient été vaccinés, 6 non vaccinés, et 9 sont morts ; puis le certificat suivant de M. B. Thorpe :

“ Vous trouverez ci-joint un extrait du *Tormorden advertiser* du 11 Décembre 1874. Vous verrez qu'il ne fait pas connaître à ses lecteurs le fait que presque tous les malades avaient été vaccinés. Je suis convaincu que des centaines de personnes ont eu la picotte dans Tormorden, et je n'en ai rencontré qu'une seule favorable à la vaccination ; toutes les autres se prononçaient ouvertement contre cette pratique.

(Signé,) B. THORPE.

Manchester Old Road, Janvier 1875.

L'investigation commencée par M. B. Thorpe sur l'épidémie variolique dans la ville de Tormorden, fut continuée par M. G. Stansfield, comme le dit M. Hume Rothery dans son rapport :

“ L'investigation ainsi commencée par Thorpe, un des adreaires les plus zélés et les plus infatigables de la vaccination, et dont je puis garantir la véracité autant que la mienne fut continuée par un autre avec le résultat suivant ... ”

Encore ici, les noms et la résidence des variolés donnent sur 78 cas, 67 vaccinés, 3 revaccinés, 8 non vaccinés et 12 décédés, tel que l'atteste le certificat de M. Stansfield :

“ Ayant visité tous les cas de picotte que je pus connaître dans la ville, dans le seul but de savoir si la vaccine empêchait ou modifiait la variole, je déclare que le rapport ci-dessus est exact, ayant appris les faits des malades mêmes ou de ceux qui les avaient soignés.

(Signé,) G. STANFIELD.

Tormorden, Janvier 1875.

M. Hume Rothery continue en disant :

“ Dans le Tableau ci-dessus, 134 cas de picotte sont rapportés, dont 21 morts, ou 15.6 par cent. Sur les 134 variolés, cent vingt avaient été vaccinés et 14 ne l'avaient pas été. D'après ces chiffres, on voit que les personnes vaccinées sont huit fois plus sujettes à prendre la variole que celles qui n'ont pas subi la vaccination.

M. Hume Rothery examine ici et discute les objections que vont faire les vaccinateurs au tableau ci-dessus pour maintenir que la vac-

ciation est encore un préservatif contre la variole, et, il conclut en disant :

“ Si ce qui s'est passé à Tormorden (et on ne voit pas pourquoi il n'en serait pas de même ailleurs,) n'est pas suffisant pour prouver aux vaccinateurs la complète inutilité de la vaccination on peut alors rejeter toute espèce d'évidence, et sur n'importe quel sujet. Que le public pèse ces faits et juge par lui-même. ”

“ W. HUME ROTHERY,

Président de la Ligue contre la vaccination compulsoire.

“ Morton Lodge, Tivoli, }  
Cheltenham, }  
22, Fév. 1875. }

Je lis encore dans une correspondance publiée dans *The Midland Free Press*, Leicestershire, du 27 Nov. 1875, signée H. D. Dudgeon.

Quorndon, Nov. 22, 1875.

“ La grande épidémie de variole de Birmingham est le cauchemar des vaccinateurs. Elle a renversé toutes leurs prédictions, et a défié toutes leurs mesures préventives. On admet qu'il est mort 840 personnes qui avaient été bien vaccinées. L'explication que l'on donne de cette grande mortalité, est que la vaccine donnée n'avait pas été une bonne vaccine. Admirable explication qui résout toutes les difficultés et renverse toutes les objections ! La moyenne des personnes vaccinées qui moururent en 1872 à l'Hôpital de Homerton a été de 26 par cent. D'après ces faits, on ne devrait certainement pas forcer les gens à se faire vacciner ou à aller en prison tant que l'on n'aura pas trouvé de bonne vaccine ; le conseil de Montalembert au Congrès de Malines devrait être suivi. ”

La conscience humaine a le droit d'exiger qu'on ne lui pose plus ses hideuses alternatives.

La confiance dans la vaccine a été fortement ébranlée dans Birmingham ; et quand on fit les visites domiciliaires pour faire la revaccination, les neuf dixièmes des habitants refusèrent de s'y soumettre.

Le Dr. Alfred Hill, officier de santé de Birmingham, n'a-t-il pas publié en août 1815 que sur 1,270 décès causés par la variole, 840 étaient vaccinés, et 26 douteux.

Pour montrer la manière dont les partisans de la vaccine manipulent les chiffres, je me permettrai de vous citer un article du *British medical Journal*, qui disait il y a trois ans, que la mortalité par la variole dans l'armée Allemande n'avait été que de 263, tandis qu'elle avait été de 23,409 dans l'armée Française. Naturellement il attribuait cette différence à ce que la revaccination com-

pulsoire existait chez les Allemands et n'existait pas chez les Français. Malheureusement pour le journal en question, quelques semaines après, on se servit du même argument à Evesham tout en réduisant pour une raison ou pour une autre, la mortalité dans l'armée française à 10,000. Le Dr. Bayard de Paris ayant appris la chose s'empressa de la contredire en disant que tout soldat qui entrait dans un régiment était vacciné, sans exception. Ceci se passait en 1872.

Je crois que les maladies épidémiques sont produites par des exhalaisons de gaz méphitiques provenant des canaux ou des marais, et qu'elles doivent leur existence et leur expansion à l'incurie des hommes et non à la volonté de Dieu. Et je ne partage pas l'opinion de ceux qui croient que la picotte peut être transmise dans une lettre et le choléra par un rayon de lumière, quelque savants, quelque haut placés qu'ils soient.

Une des principales raisons de mon opposition à la vaccination est la tendance qu'ont les personnes vaccinées et qui se croient à l'abri de la maladie, de se mettre en garde contre les effluves des gaz malsains.

M. le maire, je pourrais vous citer encore un grand nombre d'autorités condamnant la vaccination, et qui en ont fait voir tous les mauvais effets; mais à quoi serviraient toutes ces citations pour ceux qui ne veulent pas raisonner et encore moins se rendre à l'évidence? Pour vous, je croirais vous faire injure en continuant mes citations, vous avez déjà jugé, j'en suis certain, la valeur et la pratique de la vaccination, comme tous les hommes sérieux l'ont fait en Angleterre, en Allemagne, en France et ailleurs.

Quels sont ceux qui ont intérêt à défendre et conserver la pratique de la vaccination? Les vaccineurs publics et les officiers de santé seuls sont intéressés à maintenir cette pratique. Aussi vous les voyez à l'œuvre, presque partout, résister au mouvement des anti-vaccineurs, mais voyez-vous beaucoup de médecins venir de l'avant et appuyer leurs prétentions?

Est-ce par dévouement pour la santé publique qu'ils recommandent la revaccination? Les uns la veulent tous les 7 ans, d'autres tous les trois ans, et quelques autres ont été jusqu'à dire qu'on doit se faire vacciner tous les ans.

J'extrais encore de la correspondance de M. Dudgeon, de Quorndon, Angleterre, ce qui suit :

« En 1871, on nous disait qu'il fallait se faire revacciner tous les sept ans, rien qu'après ce laps de temps la vaccine perd sa propriété préventive contre la picotte, (pourquoi? On ne nous l'a pas dit,) et que toutes les personnes qui mourraient de la variole sans avoir été vaccinées au bout de sept ans, devaient être classées parmi les per-

sonnes non vaccinées. D'un autre côté, on voit dans le rapport de l'Hôpital de New-York, que la vaccination durant l'enfance ne vaut rien, parce que la grande majorité des malades portaient des marques d'une bonne vaccination; et le rapport conclue à la nécessité de revacciner tous les trois ans. Les vacinateurs américains sont passablement intolérants; ils demandent la compulsion. Dans ce libre pays, on veut pratiquer la liberté individuelle, tout en forçant les autres à faire ce qu'ils ne veulent pas.

Le Dr. Seaton et ses collègues, (vaccinateurs publics) disent que pour être préservé de la variole, il faut que la vaccination soit renouvelée tous les sept ans. Le dernier rapport (Fév. 1875) de "The City Hospital" de New-York, recommande la vaccination chez les enfants tous les trois ans.

Quelle est la morale de cette pratique, M. le Maire? Supercherie de la part des vacinateurs publics et déception chez les vaccinés.

La vaccination a souvent favorisé le développement de maladies constitutionnelles chez les enfants sans qu'elle ait jamais préservé ces derniers de la variole, dont elle est fréquemment suivie ainsi que de la mort même.

#### LA VACCINATION EST UN " CRIME CONTRE LA SOCIÉTÉ."

Les gouvernements comme les municipalités, en passant des lois pour l'assainissement et l'embeautissement des localités, connaissent d'avance les résultats de ces améliorations. Mais en est-il ainsi de la vaccination? Est-ce sagesse de la part des autorités municipales ou autres de faire des règlements pour imposer une pratique dont elles sont incapables de juger des résultats?

M. le Maire, avec celui-ci, je termine mes articles déjà longs. Mon opposition à la vaccination demandait à être appuyée sur des faits qui, aujourd'hui, justifient la position que j'ai prise à l'égard de cette pratique qui ne peut être continuée que par ceux qui en ignorent les effets. Le médecin qui exerce sa profession avec la conviction de faire le bien, c'est-à-dire de guérir ou de soulager les malades, n'emploiera jamais un traitement quelconque dans le but de prévenir une maladie chez ceux qui sont en parfaite santé. Un traitement est applicable à l'homme malade, mais non à l'homme sain; le charlatanisme seul, peut enseigner le contraire, comme dans le cas de la vaccination, mais la pratique éclairée de la médecine, jamais.

Je suis, avec considération,

M. le Maire,

Votre etc., etc.,

J. EMERY CODERRE.

25 mars 1876.

## BIBLIOGRAPHIE.

PHTHISIS : *its morbid anatomy, etiology, symptomatic events and complications, fatality and prognosis, treatment and physical diagnosis, in a series of clinical studies*, by AUSTIN FLINT, M. D., &c., &c. HENRY C. LEA, Publisher, Philadelphia, 1875.

Voici un ouvrage dont l'utilité pratique ne saurait échapper au lecteur ; il se présente au public médical avec toute l'autorité que lui donne la réputation de son auteur, déjà si bien connu par le mérite de ses publications antérieures, telles que : *a treatise on the principles and practice of medicine ; a practical treatise on the diagnosis, pathology and treatment of diseases of the heart ; a practical treatise on the physical exploration of the chest and the diagnosis of diseases affecting the respiratory organs, &c.*

Le Dr. Flint a recueilli dans sa pratique, depuis trente cinq ans, six cent soixante dix cas de phthisie qu'il a analysé et classé de manière à en former un cours complet d'études cliniques sur cette maladie, traitant successivement : 1o. anatomie pathologique de la phthisie ; 2o. étiologie ; 3o. signes rationels et complications ; 4o fatalité et pronostic ; 5o. traitement ; 6o. signes physiques et diagnostic. Cet ouvrage contient une somme de connaissances pratiques, qu'il serait bien difficile pour la plupart des médecins d'acquérir dans le cours ordinaire de leur pratique et l'auteur n'est certainement pas trop présomptueux lorsqu'il dit : " malgré les lacunes qui se trouvent dans le récit de plusieurs de ces cas, je n'ai aucun doute que l'étude analytique d'une collection aussi nombreuse, devra produire des résultats assez avantageux, pour me récompenser du travail qu'elle me coûte. C'est dans cette espérance que j'ai entrepris cet ouvrage."

LECTURES ON SYPHILIS, and on some forms of local disease affecting principally the organs of generation, by HENRY C. LEE, Professor of surgery at the royal college of surgeons of England, &c., &c. HENRY C. LEA, Publisher, Philadelphia, 1875.

Nous ne saurions mieux faire connaître le cadre de cet ouvrage et son importance qu'en citant la préface de l'auteur.

" Le principal objet de cet ouvrage est de faire connaître quelques unes des doctrines de Hunter, que le temps et la propagation d'opinions plus récentes ont obscurcies et jetées dans l'oubli. Quelques-unes de ces doctrines doivent être modifiées conformément aux découvertes obtenues par des recherches plus récentes, tandis que d'autres, qui ont été négligées pendant longtemps, devront être ac-

ceptées comme principes établis, par les générations présentes et futures. Quelques-unes des opinions de Pearson, relativement au traitement de la syphilis, et qui dans l'opinion de l'auteur, méritent plus d'attention qu'elles en ont reçu dernièrement, seront aussi considérées.

Les principaux sujets traités dans les lectures suivantes et qui jusqu'à ce jour ne se trouvent pas dans les ouvrages classiques des autres auteurs anglais sont : la possibilité d'inoculer le sang syphilitique ; les conditions qui favorisent l'inoculation naturelle ou artificielle des sécrétions provenant de manifestations syphilitiques primaires et secondaires ; les résultats morbides produits par ces inoculations ; les modifications de ces résultats chez les malades atteints antérieurement de syphilis ; la syphilis primaire et secondaire des membranes muqueuses et de son aptitude à communiquer la syphilis constitutionnelle ; la différence essentielle qui existe entre les résultats morbides qui donnent respectivement naissance à la syphilis constitutionnelle et à la syphilis locale ; et la pathologie et le traitement des écoulements provenant de la glande prostate, des glandes de Cowper et des vésicules séminales. ”

## REVUE DES JOURNAUX.

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

**ACTION ANAPHRODISIAQUE DU TABAC.**—Les propriétés anaphrodisiaques du tabac sont connues depuis longtemps puisque autrefois, comme nous l'apprend le docteur Foussard, dans une étude très-complète sur l'empoisonnement produit par cette plante, on l'employait à ce titre dans les nombreux couvents de l'Italie ; toutefois les observations bien probantes sont encore assez rares, et les faits suivants, recueillis par M. Martin-Damourette et cités dans ce travail, indiquent que, dans des cas où la cause de l'impuissance paraît obscure, cette propriété nuisible du tabac doit toujours venir à l'esprit du médecin. Un jeune homme, qui passait une partie de sa journée dans un cercle où il fumait plus de vingt cigares par jour, vit dans un certain moment ses fonctions digestives s'altérer, ses forces diminuer, sa mémoire s'affaiblir, et il devint absolument impuissant. Sur le point de se marier, il vint consulter M. Ségalas. Ce médecin, informé des habitudes de son client, se borna pour tout traitement à lui conseiller de changer de milieu et de cesser l'usage du tabac. Le malade suivit ces sages avis, et recouvra avec la santé ses aptitudes génitales.

Dans un autre cas, M. Martin-Damourette fut consulté par un

jeune médecin affecté de frigidité génitale complète, pour laquelle le malade s'était soumis lui-même à l'usage de la strychnine à doses progressivement croissantes. Il était arrivé à prendre 36 centigrammes de strychnine par jour sans obtenir le moindre effet curatif, ni éprouver aucun accident strychnique. Cette impuissance virile ne pouvant être rattachée à aucune de ses causes habituelles, M. Martin-Damourette songea au tabac comme à la cause probable de la maladie. Le jeune médecin lui raconta alors, en effet, qu'il fumait, des cigarettes seulement, il est vrai, mais pendant la plus grande partie de la journée. D'ailleurs, le malade reconnut que sa force musculaire et sa résistance à la fatigue étaient sensiblement amoindries. Dans la pensée de M. Martin-Damourette, l'incroyable tolérance de ce fumeur pour la strychnine était due à la paresse profonde des nerfs moteurs engendrée par un usage abondant et graduellement croissant du tabac. Le fait est que le sujet de cette observation ayant renoncé à ce funeste abus du tabac, guérit parfaitement de sa frigidité génitale sans avoir besoin de recourir à aucun moyen médicamenteux ni même hygiénique.

Enfin, le troisième fait est relatif à un jeune polytechnicien robuste, d'une bonne santé et d'une bonne hygiène, qui entra comme inspecteur à la manufacture des tabacs. Au bout de quelque temps, il éprouva un affaïssement considérable de l'activité génésique et devint impuissant. Le malade et le médecin tombèrent d'accord sur la cause probable de la frigidité, et après l'essai infructueux d'un certain nombre de moyens toniques et stimulants, le malade se décida à quitter la manufacture pour une autre situation où il ne tarda pas à recouvrer son aptitude génésique.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

DES EFFETS DE LA COCA DU PÉROU.—Les propriétés médicinales de la coca ne sont pas encore suffisamment déterminées, pour que cette plante entre régulièrement dans la thérapeutique ; cependant, dès à présent, elle existe dans certaines préparations pharmaceutiques, et les effets presque merveilleux qu'on lui attribue donnent de l'intérêt aux observations suivantes, que nous tirons d'un travail publié par M. Christison dans le *British medical Journal*. L'usage de la coca au Pérou remonte à l'époque de la domination des Incas, et cette habitude, qui ne se rencontrait d'abord que dans l'entourage des princes et dans les classes les plus élevées de la société, était devenue générale au moment de l'invasion des Espagnols.

Ceux-ci, au contraire, réagirent contre cette coutume et, plus tard, un naturaliste allemand, Poppig, fit des effets de la coutume de mâcher cette plante un très-sombre tableau. Il arriva à cette conclusion, que cette habitude est pernicieuse pour la santé et pour

l'intelligence, au même point que l'alcoolisme en Europe et l'usage de fumer l'opium en Chine.

Selon cet auteur, les hommes même qui n'en font pas abus sont souvent plongés dans une sorte de contemplation ; ceux qui vont plus loin deviennent véritablement esclaves de leur passion, y subordonnent tous leurs travaux et quittent toute société pour aller à la recherche de la substance dont ils ne peuvent plus se passer. Ces individus, qui tombent dans une sorte de cachexie, et meurent toujours jeunes, portent dans le pays le nom de *coqueros*. Poppig, du reste, admet les propriétés merveilleuses de la coca, et raconte avoir vu des Indiens faire cinquante milles de suite sans se soutenir autrement qu'en mâchant un peu de ses feuilles. Lors de la guerre d'indépendance, les troupes péruviennes, mal vêtues, mal nourries, étaient toujours prêtes, grâce à cette pratique, à surprendre ou à poursuivre l'ennemi à des distances considérables, et chose remarquable dans ces conditions, l'appétit n'est pas modifié, et l'estomac est prêt à accepter la nourriture, qu'il reçoit comme de coutume.

Depuis cette époque, beaucoup d'auteurs très autorisés ont démontré que les assertions de Poppig concernant les effets pernicieux de la plante étaient très-exagérés. Le docteur Von Tsrhudi, qui a séjourné longtemps au Pérou, a constaté sur lui-même que l'usage de la coca facilitait beaucoup la respiration pour l'ascension rapide des Andes, et que, grâce à elle, des exercices violents accomplis à une hauteur de 14,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, ne l'avaient pas plus fatigué que s'il s'y était livré sur la côte. Les Indiens peuvent supporter ainsi des fatigues véritablement extraordinaires ; aussi considère-t-il que son usage à dose médiocre est non-seulement innocent, mais favorable à la santé, et que sans elle les Péruviens pauvres ne pourraient certainement pas venir à bout de leurs travaux. Enfin, plusieurs autres observateurs, Marken, Bates, etc., ont signalé cette importante propriété de faciliter l'ascension des montagnes.

L'arbuste sur lequel on recueille les feuilles, qui sont seules employées, pousse sur le versant des Andes, dans un climat à température assez égale, et a un peu l'apparence de l'arbre appelé buisson ardent. Les feuilles sont cueillies avec beaucoup de précautions et conservées avec grand soin. Il est probable que ce sont ces précautions plus ou moins bien observées, qui donnent à l'emploi de cette plante des effets si variés. Cependant ces effets ne paraissent pas résider dans une huile essentielle, mais dans une substance cristallisable appelée cocaïne, comparable à la théine et à la caféine, et qui, par conséquent, doit s'altérer difficilement.

M. Christon a fait sur lui-même une série d'expériences qu'il rapporte tout au long, et dont les résultats peuvent se résumer ainsi.

La coca (il l'employait en la mâchonnant) empêche la fatigue à un haut degré ; elle suspend la faim et la soif, mais ne trouble ni l'appétit ni les fonctions digestives ; son usage ne produit aucun mauvais effet et n'amène aucun trouble dans les facultés mentales. La dose de 3 à 4 grammes paraît suffisante pour que son action utile se produise. Quant à l'action thérapeutique proprement dite, l'auteur n'en parle pas maintenant, parce que les essais faits à ce point de vue ne sont pas encore assez importants.—*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques.*

—

TRAITEMENT DES ABCÈS GANGLIONNAIRES PAR LA PONCTION ET LES VÉSICATOIRES RÉPÉTÉS.—L'application de vésicatoires répétés pour les engorgements ganglionnaires même suppurés, a été souvent préconisée ; on en a tiré de remarquables avantages. M. Quinart, dans les *Archives médicales belges*, recommande l'emploi du vésicatoire même après l'ouverture de l'abcès, comme très-propre à favoriser le recollement ; quand la suppuration est déjà avancée, qu'elle menace d'ouvrir la peau, il pratique une incision, non pas au centre de la tumeur fluctuante, là où la peau est amincie, mais dans le point le plus déclive, là où les tissus sont épais.

La poche vidée, quelle qu'en soit l'étendue, il la recouvre d'un vésicatoire qui en dépasse les limites de trois à quatre centimètres. Le lendemain on pause avec de l'onguent mercuriel. Dès que la peau tend à se cicatrifier, il applique un nouveau vésicatoire et ainsi de suite.

Il a obtenu de la sorte le recollement d'une poche qui s'étendait depuis l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à la clavicule. Elle contenait plus de trois cents grammes de pus. La peau était amincie et menaçait de s'ouvrir au centre.

Une ponction fut pratiquée immédiatement au-dessus de la clavicule, et le tout fut recouvert d'un grand vésicatoire.

Le lendemain, il y avait du liquide dans la poche ; un stylet fut introduit par la plaie qui donne issue à un pus séreux. Le troisième jour, la peau était recollée dans la plus grande partie de la poche. Le liquide qui s'accumulait dans la partie la plus déclive s'est résorbée, et le malade n'a conservé de son immense abcès qu'une petite cicatrice au-dessus de la clavicule.

Au traitement doivent être adjoints les toniques et les prescriptions habituellement faites aux scrofuleux.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

—

TRAITEMENT DE L'INSOLATION PAR L'INJECTION SOUS-CUTANÉE DE LA QUININE.—Le docteur Hall, médecin à l'armée des Indes, considère la quinine en injections sous-cutanées comme un remède

véritablement magique de l'insolation. Il rapporte plusieurs cas à l'appui de son dire, dans le *Practitioner*. C'est ainsi que chez un homme atteint d'insolation, tous les moyens habituels avaient été vainement employés ; applications de glace, douches froides, frictions, rien n'avait modifié l'état de cet homme, qui était dans une insensibilité complète et paraissait mourant. C'est alors qu'on lui injecta de la quinine sous la peau à trois reprises différentes. Après la première injection, le pouls devint sensible et il se produisit une amélioration si rapide qu'au bout d'une demi-heure le malade était à peu près complètement remis. Les circonstances ne permirent pas de mesurer exactement la dose de quinine employée mais on l'évalua approximativement à trente centigrammes. Dans un autre cas, le docteur Hall, appelé auprès d'un malade atteint d'un coup de soleil, le trouva dans le coma, avec les pupilles dilatées, la respiration stertoreuse, la face congestionnée et la peau d'une chaleur brûlante. Il lui injecta trente centigrammes dissous dans de l'eau acidulée. Une heure après, la chaleur avait sensiblement diminué et le lendemain les symptômes graves avaient disparu. Dans les cas où il était possible de faire prendre le médicament par la bouche, le docteur Walter, de Calcutta, dit aussi avoir obtenu de très-bons effets en donnant un gramme ou un gramme cinquante de quinine par la voie stomacale.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

DE LA PROPYLAMINE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.—Le docteur Leo, malgré les succès de divers expérimentateurs, s'est décidé à essayer ce médicament, sur la recommandation de Löwer.

Cinquante-deux militaires atteints de rhumatisme aigu ont été traités exclusivement et dès le début, par la propylamine, à l'hôpital de Dresde, pendant tout l'hiver 1874-1875.

La durée du traitement a été de 17 jours sept dixièmes, ce qui n'est pas un chiffre considérable si l'on envisage qu'avant de les renvoyer aux corps on s'est assuré que les convalescents avaient augmenté de poids et qu'on leur a même fait faire de la gymnastique.

Leo donnait à ses patients, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de la potion suivante : propylamine, 1 gramme ; eau de menthe, 120 ; sucre, 10 grammes.

Pour la plupart, il a suffi de 3 grammes du médicament ; dans les cas très-sérieux, il en a fallu 5 grammes.

Voici les conclusions de l'auteur sur les effets de la propylamine :

1o. Marche subaiguë imprimée à la maladie, depuis le commencement jusqu'à la fin ;

2o. Action sédative sur le système nerveux, démontrée par le ralentissement du pouls et de la respiration ; par l'abaissement rapide et durable de la température ;

30. Rémission notable des douleurs, annoncée par une apparition précoce de sueurs d'abord profuses, puis modérés et sans odeur spéciale ;

40. Nuance grisâtre particulière de la peau ;

50. Pas de modification dans la sécrétion urinaire ;

60. Aucun effet accessoire désagréable du médicament, que tous les malades prennent facilement.

Enfin Loe attribue les résultats infructueux d'autres observateurs à la mauvaise qualité des préparations employées, et plus exactement à leurs proportions insuffisantes en substances alcalines, parties véritablement actives.

On voit que la méthode de traitement du rhumatisme articulaire par les ammoniacs composés tend à se répandre ; aux travaux de Dujardin-Beaumetz, Peltier (de Sedan), Aïssa Hamdy, etc., en France, nous voyons se succéder les importantes recherches de Philippe Cérali, en Italie, du docteur Spencer à l'Infirmierie royale de Bristol, du docteur Mount, au Canada, et enfin des docteurs Löver et Leo, en Allemagne.

Tous ces travaux arrivent à des conclusions à peu près semblables, c'est que tout en reconnaissant la difficulté d'obtenir une substance chimique toujours identique, on peut cependant retirer de ces ammoniacs de bons effets dans la cure du rhumatisme articulaire aigu. (*Bulletin Général de Thérapeutique Médicale et Chirurgicale.*)

---

DE L'IODURE D'ARGENT DANS LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE, par le Dr. ROBERT BELL, de Glasgow.—L'auteur administre ce médicament à l'intérieur, à la dose de un demi à un centigramme, trois fois par jour ; il n'emploie pas d'autre remède, excepté, dans certains cas, le bromure de potasse à la dose de 50 à 75 centigrammes au moment de se mettre au lit.

Plus de cent malades, traités de la sorte, ont rapidement guéri. Dans presque tous les cas, la toux perdit son caractère spécial au bout de quatre semaines et disparut complètement en six semaines.

M. Robert Bell ne cherche pas à expliquer le mode d'action de l'iodure d'argent ; il pense qu'il calme l'irritabilité excessive des filets gastriques des pneumo-gastriques et qu'il tempère ainsi les actes réflexes, partant de l'estomac, auxquels, suivant l'auteur, on doit attribuer la toux spasmodique de la coqueluche. (*The Obstetrical Journ.*)—*Lyon médical.*

---

TRAITEMENT LOCAL DE LA DYSSENTERIE CHRONIQUE, par le Dr. Thomas Gaillard.—Ce traitement consiste à mettre à découvert la lésion au moyen du spéculum et à cautériser directement les ulcères

tions du rectum ainsi mises à nu, soit par le nitrate d'argent, soit par l'acide nitrique.

L'auteur a employé avec plein succès cette méthode chez une femme qui, depuis cinq ans, souffrait d'une dyssenterie. La maladie avait succédé à une attaque de dyssenterie aiguë et elle avait revêtu des allures chroniques, prenant de temps à autre une nouvelle acuité sous l'influence d'écarts de régime ou d'autres infractions aux règles de l'hygiène.

Le nombre des selles variait entre huit et vingt-sept et plus par jour. La malade était tombée dans un état de débilité extrême et souffrait beaucoup. Après avoir été anesthésiée, elle fut couchée sur le côté gauche, et M. Thomas Gaillard, à l'aide d'un rétracteur et du spéculum, put mettre à nu la muqueuse rectale jusqu'à l'S iliaque. Elle apparut gonflée, œdémateuse et parsemée de masses hémorrhoidales et d'ulcérations profondes à fond grisâtre.

L'auteur essuya minutieusement la surface malade avec un tampon de coton et cautérisa avec soin chaque ulcération avec l'acide nitrique, de manière à n'en laisser échapper aucune.

La malade n'éprouva que quelques douleurs insignifiantes en se réveillant et accusa un bien-être qu'elle n'avait pas goûté depuis cinq ans. Deux autres cautérisations furent faites de la même manière à une semaine d'intervalle, et la guérison fut complète. On insista pendant le traitement sur le repos et la diète lactée.

Ce mode de traitement est dû à Maury de Memphis qui, sur douze cas, a obtenu onze guérisons. Memphis se servait de nitrate d'argent en bâton, ou en solution plus ou moins concentrés (jusqu'à quatre sur trente.) Le caustique avait non-seulement excité la cicatrisation des ulcérations, mais encore il diminua l'irritabilité anormale de la muqueuse. Les rétrécissements du rectum ne sont pas à craindre.—(*New-York med. journal.*) *Lyon méd.*

—

**TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LE CYANURE DE ZINC.**—Sous l'influence du cyanure de zinc, le pouls baisse rapidement; les douleurs s'apaisent d'une façon notable dès le deuxième ou le troisième jour; la température n'est pas modifiée aussi vite, et le troisième ou le quatrième jour on la voit encore se maintenir à un degré élevé, malgré le ralentissement du pouls et la diminution des douleurs. Le cyanure de zinc a donc une action directe sur l'innervation du cœur et probablement sur la sensibilité générale, et son action heureuse sur le rhumatisme est consécutive à la sédation du cœur et à la suppression de l'élément douleur.

Le traitement du rhumatisme par le cyanure de zinc a été prouvé par M. Luton. Les annales de la Société médico-chirurgicale de Liège viennent de publier à ce sujet un intéressant mémoire

Dr. Dechamp. Nous trouvons dans ce travail sept observations où la guérison a été obtenue en six à huit jours. Les doses employées sont de un à quatre centigrammes de cyanure de zinc par jour. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège.*)—*Lyon Médical.*

ARRÊT DES CONVULSIONS PAR LA POSITION.—Le docteur J. Brown fait connaître, dans le *Practitioner*, un moyen très-simple employé par lui pour arrêter les convulsions et qui consiste à placer le malade sur le côté gauche. Deux fois, il avait reconnu les bons effets de cette position pendant l'inhalation chloroformique, alors que les malades étaient menacés par l'asphyxie. Depuis, ce médecin, appelé pour un malade atteint de maladie de Bright et présentant des convulsions urémiques, le fit placer sur le côté gauche, et les convulsions cessèrent instantanément. Plus récemment, un homme de 56 ans, souffrant d'un catarrhe bronchique chronique, fut pris de convulsions limitées au côté droit. Elles duraient depuis dix minutes et allaient en augmentant, quand M. Brown employa le même moyen qui les fit cesser au bout de quinze secondes. Il est possible que ce procédé agisse en facilitant l'action du cœur, mais ce n'est là qu'une simple hypothèse qui reste à démontrer par les physiologistes.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

L'ACIDE SALICYLIQUE DANS LA CYSTITÉ CHRONIQUE.—Dans la cystite chronique faire des injections vésicales avec une solution d'acide salicylique, dans les proportions d'une partie pour 150 gr. d'eau. Pratiquer chaque jour 4 injections d'une once chacune. Les injections avec une sonde à double courant sont préférables. Non-seulement l'acide enlève toute mauvaise odeur à l'urine, mais encore il en fait disparaître le pus et les bactéries.

Dans l'empyème la même solution a été employée avec les meilleurs résultats. (*Philadelph. méd. Times.*)—*Revue de thér. méd et chirurgicale.*

### PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

GASTROTONIE OU L'HOMME A LA FOURCHETTE.—Le voilà revenu sur le tapis ce jeune homme du magasin du *Printemps*.—Que n'a-t-on pas dit et écrit sur son compte ! Les uns ont nié le fait, alléguant que c'était affaire de réclame, les autres ont envoyé le "déliquant" mourir en Bourgogne ; la musique même s'est mise de la partie : on a joué la *Fourchette enchantée*, etc.

Maintenant, Messieurs, silence autour de nous, le bistouri va parler et l'Académie des sciences et l'Académie de médecine vont entendre la communication de l'opérateur.

Le 30 mars 1874, ce jeune homme, âgé de dix-huit ans, imitait, nos lecteurs se le rappellent sans doute, un exercice de bateleur, en plongeant une fourchette en ruolz dans sa gorge, la maintenait par les pointes entre ses dents, quand un mouvement brusque lui fait lâcher prise, et la fourchette pénétra dans le pharynx. M. le docteur Lepère appelé sur le champ, tente avec une pince à polype ce que les amis du malade avaient essayé avec leurs doigts ; il parvient à saisir la fourchette ; mais celle-ci, rebelle, s'échappe de nouveau ; le malade repoussant le docteur, la fourchette s'enfonçant peu à peu, des symptômes d'asphyxie se manifestent au moment où elle se trouve au niveau du larynx : cet état dura quelques minutes, puis disparut.

M. Léon Labbé, mandé, fait transporter le malade dans son service, à l'hôpital de la Pitié, et, là, explore, les jours suivants, à l'aide de différents appareils ; seul, l'appareil explorateur à renforcement du son de M. Collin, lui permet de s'assurer de la présence du corps étranger dans l'estomac.

Quinze jours environ après l'accident, des douleurs vives, accompagnées de syncopes, se font sentir ; puis une tuméfaction au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac se développe. Des alternatives de douleur et de bien-être se succèdent depuis ce moment. Au mois de juin il rentre dans sa famille, en Bourgogne ; là, on ne parle d'aucun changement. Un an après, cependant, à la suite d'un voyage à Lyon, on entendit causer d'amélioration dans l'état de ce jeune homme. Rentré à Paris au mois d'octobre, les accidents s'accroissent, et la santé s'altère.

M. Labbé le voit de nouveau à cette époque ; il peut sentir, à l'aide d'une certaine manœuvre pratiquée sur le malade, les dents de la fourchette à travers les parois abdominales, à la limite de l'hypochondre et de l'épigastre ; ces dents étaient surtout sensibles lorsque l'estomac était rempli par les matières alimentaires.

Une opération paraît avoir quelques chances de succès à M. Labbé. Il examine, pour ce fait, le malade avec M. Gosselin, le baron Larrey et le docteur Lepère ; ces messieurs sont de l'avis du chirurgien de la Pitié et décident que l'on emploierait les caustiques plutôt que le bistouri ; pensant que, peut-être ainsi, on obtiendrait des adhérences entre l'estomac et les parois abdominales.

La mobilité de l'estomac ne permit pas à ces adhérences de se produire, non-seulement au niveau du point où l'on sentait la fourchette, mais encore dans un espace que M. Labbé avait reconnu accessible à l'action chirurgicale, de plus, à cet endroit, le bistouri pouvait être employé si les caustiques ne réussissaient pas. Cet espace formait un triangle dont les côtés étaient le lobe gauche du foie, le rebord des fausses côtes gauches et la grande courbure de l'estomac.

Après des ouvertures nombreuses pratiquées sur le cadavre, le point exact où devait être faite l'ouverture est déterminé.

L'incision de 4 centimètres environ devait se trouver à un centimètre en dedans des fausses côtes gauches et leur être parallèle, son extrémité inférieure devait tomber sur une ligne transversale passant sur le cartilage des deux neuvièmes côtes.

L'opération est pratiquée le lundi 9 avril, en présence de MM. Gosselin, Larrey, Lepère, Coyne et Mène-Maurice. Le malade chloroformé, M. Labbé incise, couche par couche, à l'endroit où il avait appliqué le caustique.

Il s'aperçoit que les deux feuilletts de péritoine n'étaient pas adhérents, contre son attente ; alors M. Labbé attire au dehors de l'incision la paroi antérieure de l'estomac et la fixe sur les bords de la plaie par une anse de fil.

Il fait alors pénétrer une aiguille courbe dans l'estomac et la fait sortir par la paroi abdominale ; et à l'aide de huit points de suture, les deux feuilletts péritonéaux sont adossés sur le pourtour de la plaie.

L'estomac est alors ouvert, et avec l'indicateur M. Labbé peut sentir la fourchette dont les dents situées à gauche sont à quelques centimètres de l'incision qui, du reste, ne suffisait pas. La muqueuse est alors renversée en dehors, le doigt réintroduit dans l'ouverture sert de guide à une pince à polype avec laquelle la fourchette est saisie ; les dents débarrassées du tissu fongueux dont elles sont entourées, peuvent être ramenées au niveau de la plaie, un simple mouvement de bascule suffit alors pour les faire apercevoir à travers l'ouverture ; elles sont saisies avec une pince et la fourchette ne tarde pas à être ramenée au dehors.

À l'aide d'une « véritable cuirasse collodionnée » sur l'abdomen, les accidents péritonéaux qui auraient pu suivre une telle opération, furent évités. Au bout de cinq jours il a été possible au malade de manger des aliments solides, depuis il a repris sa nourriture habituelle. La fistule gastrique disparaîtra très-probablement dans un temps assez court.

M. Labbé attribue le succès de l'opération à la connaissance exacte qu'il avait des points de repère, et surtout aux soins consécutifs, principalement à l'enduit de collodion, qui a produit une forte compression. Celle-ci a transformé le type de la respiration qui est devenue costale supérieure.

Il pense que l'on pourrait appliquer l'opération de la gastrotomie dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage et du cardia pour pratiquer une BOUCHE STOMACALE.

J. L. VAUTHIER.

**SUR UN MOYEN SIMPLE D'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE.**—Le docteur Edmond Le Bel propose le moyen suivant, qui lui a permis de retirer deux fois, chez la même personne, des os volumineux introduits dans l'œsophage :

On prend une tige de fil de fer ordinaire de moyenne grosseur, d'une longueur de 50 centimètres environ. Cette tige est pliée sur elle-même en son milieu, de façon à former une petite anse dont la dimension et la figure se règlent sur la forme et le volume du corps étranger ; les deux brins de fil de fer, sont tordus et tressés l'un sur l'autre ; à l'aide d'une petite pince quelconque ou d'un bec-de-corbin, on courbe et on redresse l'anse terminale en forme de crochet, puis on donne à la tige entière dans le même sens une courbure en rapport avec celle du conduit bucco-pharyngien. L'extrémité qui doit rester dans la main de l'opérateur est terminée par le renversement en forme d'anse des deux bouts du fil de fer, qui sont ensuite assujettis et recouverts par une ficelle, afin de fournir par ce renflement un point d'arrêt solide pour une traction plus ou moins énergique. En quelques instants l'instrument est préparé de cette façon.

Le patient étant placé dans une position convenable, la main gauche du chirurgien fixe sa tête, tandis que sa droite, armée de la tige métallique, l'introduit dans l'œsophage, le crochet regardant en avant vers l'épiglotte. Il lui fait suivre la paroi postérieure du conduit, le long de laquelle il la fait glisser, jusqu'à ce qu'elle rencontre l'obstacle du corps étranger ; alors, en maintenant le dos du crochet terminal bien en contact avec la paroi œsophagienne postérieure, un petit coup sec de haut en bas suffit souvent pour lui faire franchir le corps étrangers sur la face inférieure duquel le sommet du crochet vient s'appliquer. Une traction réglée opère ensuite le déplacement de ce corps, qui est ramené jusqu'à la base de la langue. La tige métallique, ne tenant que peu de place dans la gorge du patient, n'occasionne pas des accès de suffocation comme des pinces plus ou moins volumineuses, avec lesquelles on peut aussi blesser l'épiglotte. (*Bull. de la Société de méd. de la Sarthe.*)—*Bull. gén. de thér. méd. et chir.*

—

**EMBOÏE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE APRÈS L'APPLICATION DU BANDAGE D'ESMARCH AUX MEMBRES INFÉRIEURS.**—L'application du bandage d'Esmarch a été conseillée comme moyen de remédier aux accidents hémorragiques. Chassant le sang des membres thoraciques et pelviens et le refoulant dans les cavités splanchniques, elle rend possible la persistance de la vie alors que le fluide sanguin est réduit à des proportions trop faibles pour suffire à la nutrition du corps entier.

Le docteur Massari publie dans le *Wiener medical Wochenschrift*

du 27 novembre 1875 une observation qu'il a tirée de la clinique du professeur J. Spaeth, et qui, tout en semblant tout d'abord confirmer les avantages de cette méthode de combattre l'anémie, révèle en même temps un des dangers de son application.

Le sujet de l'expérience était une femme de trente trois ans, tombée dans un état de collapsus voisin de la mort à la suite des hémorrhagies qu'avait déterminées avant et pendant l'accouchement l'insertion du placenta au voisinage du col. L'application du bandage élastique sur les deux membres inférieurs sembla tout d'abord couronnée d'un plein succès. Quelques heures après, dans la soirée, le maintien de l'appareil amenant quelques douleurs dans les membres comprimés, on essaya de l'enlever; mais le retour des accidents observés immédiatement après l'accident obligèrent à replacer le bandage. Le lendemain matin les douleurs persistaient; on essaya de nouveau de délivrer la malade de son bandage, et le retour immédiat des symptômes alarmants le fit réappliquer immédiatement. La journée se passa sans changement. A onze heures du soir, cédant aux plaintes et aux prières de la malade, on relâcha largement l'appareil de la jambe gauche, et aussitôt on vit la malade pâlir, se plaindre d'une vive douleur précordiale; le pouls devient imperceptible, la respiration anxieuse, les battements du cœur précipités et irréguliers. On fit la compression de l'aorte abdominale ou réappliqua le bandage, et enfin, à l'aide d'une série de moyens stimulants sur lesquels l'auteur ne donne pas de détails, on parvint à relever un peu les forces de la malade. Le pouls devint de nouveau perceptible, mais les troubles cardiaques et respiratoires persistèrent, et la mort arriva au bout de deux heures.

L'autopsie fit trouver dans les deux poumons plusieurs des ramifications de troisième ordre de l'artère pulmonaire oblitérées par de petites embolies de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. En disséquant les membres inférieurs on trouva que les veines saphènes étaient variqueuses et que la compression n'avait pas réussi à les rendre complètement exsangues; elles contenaient de petits caillots pareils à ceux qui s'étaient arrêtés dans les vaisseaux pulmonaires. Les varices avaient donc été la première cause des accidents en permettant à une certaine quantité de sang de séjourner dans les membres des veines comprimées et de s'y coaguler. Au moment où l'on avait, en desserrant le bandage, permis à la circulation de se rétablir, quelques-uns de ces petits caillots avaient été entraînés par le courant sanguin et étaient ainsi l'origine des accidents emboliques. (*Wiener med. Woch.*) *Lyon mèd.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

GROSSESSE GÉMELLAIRE CONSTITUÉE PAR UN FŒTUS INTRA-UTÉRIN ET PAR UN FŒTUS EXTRA-UTÉRIN ; ACCOUCHEMENT NORMAL DU PREMIER LE NEUVIÈME MOIS ; DÉVELOPPEMENT RAPIDE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET GASTROTOMIE LE SIXIÈME MOIS ; GUÉRISON.—Observation rédigée d'après les notes de M. Villegente, médecin aide-major.

Le 13 novembre 1874 entre à l'hôpital militaire de Médéah la femme Aïcha-Cent-Amar, âgée de 25 ans environ, de la tribu des Ouamri, du cercle de Médéah.

Elle raconte qu'elle a eu quatre grossesses, que ses couches ont toujours été heureuses et ses enfants bien portants. Son quatrième accouchement a eu lieu, il y a six mois, vers le milieu de mai ; l'enfant qu'elle n'a cessé de nourrir jusqu'au jour de son départ pour Médéah, est sain et bien constitué. Peu de jours après avoir accouché, Aïcha était complètement rétablie et prenait ses occupations habituelles.

Après un mois, elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur à la région ombilical ; cette tumeur prit un accroissement rapide, mais sans causer aucune douleur, et atteignit, vers le cinquième mois après l'accouchement, le volume d'un œuf d'autruche. Alors en même temps que se manifestaient des symptômes de faux travail : contractions douloureuses de la matrice et des parois abdominales, épreintes, efforts d'expulsion, la tumeur s'enflamma, s'ulcéra au niveau de la partie inférieure de la cicatrice ombilicale, et quatre ou cinq jours après le début du faux travail, un pied de fœtus vint faire saillie à travers l'ouverture. Le lendemain, le mari l'entoura d'un lien et, par une forte traction, l'arracha avec les chairs de la jambe correspondante. Il n'y eut pas d'accidents consécutifs, l'orifice resta fistuleux ; pendant trois semaines un ichor d'une horrible fétidité s'écoula, entraînant de temps en temps des os et des lambeaux de chair putréfiés. La malade dit avoir eu pendant ce temps des accès de fièvre intermittente irréguliers d'abord, puis reparaisant presque chaque jour et caractérisés par des frissons de plus en plus violents et prolongés et des sueurs profuses. Ces accès nous paraissent plutôt dûs à la septicopyémie.

*Etat actuel.*—Aïcha-Cent-Amar est une femme bien conformée, de taille moyenne, de tempérament nerveux, très-amaigrie, profondément débilitée et anémique. Elle ne porte aucune trace de syphilis constitutionnelle, maladie si commune chez les indigènes. Son visage a une teinte terreuse ; les sclérotiques sont jaunâtre, les muqueuses décolorées. La sécrétion lactée est normale, le lait assez abondant mais peu épais.

La région ombilicale est le siège d'une tumeur arrondie, du volume d'une tête d'adulte, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, descendant à cinq travers de doigt au-dessous, s'étendant latéralement plus à droite qu'à gauche. L'orifice fistuleux, par lequel l'intérieur de la tumeur communique avec l'extérieur et laisse écouler un liquide ichoreux d'une puanteur insupportable et analogue à celle d'un cadavre en putréfaction, est grand comme une pièce de deux francs : il occupe la partie inférieure de la cicatrice ombilicale dilatée. L'exploration avec le doigt et avec une sonde nous fait constater la présence de plusieurs os dans la tumeur.

La palpation de l'abdomen et le toucher vaginal démontrent que l'utérus en est complètement indépendant : on lui imprime facilement avec le doigt introduit dans le vagin des mouvements d'élévation et de latéralité qui ne se communiquent pas à la tumeur. Le col trilobe à la suite des grossesses antérieures est sain, il est fortement projeté en avant, tandis que l'utérus est porté en arrière.

Les commémoratifs que je viens de raconter avec détail ne nous furent bien connus que plus tard ; la femme Aïcha était trop malade pour pouvoir s'en souvenir alors et les rapporter nettement ; son mari, honteux d'un phénomène qui l'avait rendu la risée de sa tribu, répondait peu. Mon diagnostic restait hésitant entre un kyste dermoïde et une grossesse abdominale ; mais quoi qu'il en fût, mes aides-majors, MM. les docteurs Durand et Villegente et moi, jugeâmes l'état général trop grave pour qu'il fût permis d'attendre. Je résolus de pratiquer la gastrotomie le lendemain matin et prescrivis des injections répétées de permanganate de potasse au 5/1000 et un lavement avec sulfate de quinine (1 gramme), la malade se refusant à rien prendre par la bouche.

*Gastrotomie.*—Le 14 novembre, je procédai à l'opération avec le concours de M. le docteur Arnaud, médecin-major au 1er saphis, et de MM. Durand et Villegente. La patiente chloroformée, je pratiquai sur la ligne blanche une incision verticale de douze centimètres de longueur, dépassant l'ombilic de trois centimètres en haut et en bas de neuf ; une seconde incision longue de quatre centimètres fut menée perpendiculairement à la première à droite de l'ombilic. Les tissus incisés couche par couche furent la peau et un tissu cellulaire fortement épaissi : la cavité péritonéale ne fut pas ouverte, l'épaisseur de la paroi abdominale et de la paroi du kyste incisées était de 2 à 3 centimètres : l'hémorrhagie fut peu abondante et facile à arrêter. Les lambeaux faits par l'incision en T étaient relevés, je retirai avec les doigts environ cent trente os ou portions d'os appartenant à un fœtus plus qu'à terme, des cheveux, des lambeaux de chair macérée et putréfiée tenant encore aux os de la tête et des membres et quelques-unes des fongosités rouges et saignantes nées sur la paroi

interne du kyste. L'opération dura trente-cinq minutes. La cavité était vidée du fœtus qu'elle contenait, on sentait avec le doigt, à travers sa paroi postérieure peu épaisse, une anse intestinale qui la repoussa en avant et lui fit faire saillie entre les lèvres de la plaie. Des injections détersives, deux tubes à drainage et plusieurs boulettes de charpie imbibée de la solution de permanganate de potasse, recouverts de compresses maintenues par un bandage de corps, constituèrent le premier pansement.

*Suites de l'opération.*—Elles ont été des plus simples.

Aïcha fut maintenue à l'hôpital jusqu'au 6 janvier 1875 ; elle partit ayant repris de l'embonpoint et jouissant d'une santé parfaite. La sécrétion lactée s'était tarie vers le milieu de décembre ; les règles n'avaient pas reparu ; la plaie n'était pas encore complètement cicatrisée ; il restait un orifice fistuleux, large d'un centimètre, s'ouvrant dans un cul-de-sac de la même dimension.

Le 17 octobre 1875, onze mois après l'opération, je reçus des nouvelles d'Aïcha ; la plaie s'était définitivement cicatrisée un mois après sa sortie de l'hôpital.

En examinant les os retirés pendant l'opération, nous retrouvons les os de la tête et de la face, excepté l'éthmoïde et les naseaux ; vingt-deux côtes ; les os du bassin, excepté le sacrum et le coccyx, une omoplate, une clavicule ; les os des bras et des avant-bras ; un fémur ; les os des jambes ; l'atlas et de nombreux fragments appartenant aux vertèbres, etc. Il n'y avait pas de dents. Ces os constituent évidemment le squelette d'un fœtus à terme, ou probablement plus qu'à terme, à en juger par leur ossification et par la soudure complète de portions écailleuse et pierreuse de l'un des temporaux. Les lacunes du squelette nous sont expliquées par ce fait que le mari a arraché le pied qui faisait saillie hors du kyste, et que la suppuration a entraîné au dehors des os et des lambeaux de chair putréfiée pendant les trois semaines qui ont précédé l'opération.

On ne saurait reconnaître un kyste dermoïde dans la tumeur de la femme Aïcha. Ces kystes ne renferment qu'une partie des os du squelette à divers degrés de développement ; ils sont congénitaux ; de plus une tumeur de cette nature, siégeant à l'ombilic, n'aurait pu rester inaperçue depuis la naissance jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

D'autre part aucune tumeur n'ayant existé dans l'abdomen avant la quatrième grossesse, nous devons éloigner l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine ayant précédé celle-ci. Le degré d'ossification des os extraits six mois après l'accouchement normal, prouvant que le fœtus extra-utérin est âgé de plus de neuf mois, éloigne l'idée d'une conception postérieure à cet accouchement. Nous sommes en droit de conclure que Aïcha-Cent-Amar a eu une grossesse gémellaire constituée par un fœtus extra-utérin. Les nombreux auteurs

que j'ai consultés ne donnent aucun exemple de ce fait. Les cas publiés par Drake, Middleton, Daynac, Warley, etc., sont des cas de grossesse heureusement terminés, malgré l'existence antérieure d'une grossesse extra-utérine dont le produit n'avait pas été expulsé. Quant aux observations de fœtus extra-utérins ayant vécu plus de neuf mois, elles ne sont pas très-rares : Rizzo en rapporte une où le fœtus a continué à donner des signes de vie pendant trois mois après le terme ; Grossi en a fait connaître une autre où il vécut vingt-trois mois.

Rien dans les renseignements donnés par Aïcha et par son mari ne nous a éclairé sur la cause de sa grossesse abdominale. Les grossesses antérieures n'avaient pas été pénibles et n'avaient été suivies d'aucun trouble dans la santé ; la matrice est saine, il n'existe aucune tumeur dans son voisinage ; il n'y a pas eu de traumatisme. Nous n'avons pu constater l'existence d'une cause morale : émotion subite, frayeur violente. etc., au moment du coït, comme dans ce cas d'une femme effrayée pendant l'acte génital par une pierre lancée du dehors dans sa chambre (Bellivier) ; dans celui d'une femme surprise dans les bras de son amant (Baudeloque), et dans les autres faits cités par Lallemant, Pareyra, etc.

En l'absence des causes organiques, les grossesses abdominales sont produites, dit-on, par un spasme capable d'arrêter l'ovule dans la trompe et de l'en faire ressortir. L'opinion émise par Kiwisch et par Keller nous paraît bien plus vraisemblable. D'après eux, le jeu du pavillon sur l'ovaire est en réalité bien moins facile que la théorie ne semble l'indiquer, et plus d'un ovule doit tomber dans la cavité péritonéale, ceux-là surtout qui naissent sur la partie postéro-inférieure de l'ovaire ; car rien ne prouve que le pavillon soit toujours parfaitement étalé sur l'ovaire au moment de la rupture de la vésicule.

L'heureuse terminaison de la grossesse abdominale que nous avons observée, vient confirmer l'opinion des auteurs, sur la gravité moins grande de cette espèce de grossesse comparée aux autres grossesses extra-utérines. Sur 132 cas de grossesse abdominale, Hecker a trouvé 76 cas de guérison ; sur 189 cas, Puech en a trouvé 136. Les grossesses ovarique, tubaire et interstitielle sont, au contraire, le plus souvent mortelles.—*Lyon médical.*

---

HÉMORRHAGIES PULMONAIRES CHEZ UNE FEMME ARRIVÉE AU TERME DE LA GROSSESSE ; MORT ; OPÉRATION CÉSARIENNE ; UTÉRUS GLOBULARIS BIPARTITUS, par M. BUDIN.—La malade, âgée de 24 ans, et d'une constitution en apparence assez bonne, était arrivée au terme de sa grossesse quand elle succomba rapidement à une hémoptysie formidable. L'interne de garde fit l'opération césarienne

et retira un enfant qui vécut quelques heures. A l'autopsie de la mère on trouva quelques tubercules aux sommets, ainsi qu'une petite cavité dans l'intérieur de laquelle avait eu lieu l'érosion vasculaire, cause immédiate de la mort.

L'examen des organes génitaux révéla l'existence d'une anomalie très-rare décrite par Lefort sous le nom d'utérus globularis bipartitus. En effet, l'organe nu et globuleux était séparé par une cloison centrale et se terminait en bas par deux cols, le vagin était également cloisonné jusqu'au clitoris et à la fourchette. L'utérus grévide était celui du côté droit, d'où son développement plus considérable. Le gauche était vide, mais sa muqueuse très-hypertrophiée, ce qui prouve qu'il y avait modification de l'organe par solidarité réciproque. L'incision césarienne avait porté tout près de la cloison, de telle sorte que si la matrice avait subi son mouvement de torsion normal, l'opérateur serait tombé dans l'intérieur de l'utérus gauche. Ces cas sont excessivement rares; il n'en existe que trois dans la science, ceux de Lupmann, d'Eisemann et de Spaeth. (*Progrès Médical.*)—*Lyon Médical.*

DE LA DURÉE DE LA GROSSESSE, par le docteur A. STADFELDT.  
—Pour le médecin légiste, la détermination de l'époque de la fécondation est toujours une question très-difficile à résoudre, c'est pourquoi il serait à désirer que le travail de M. Stadfeldt trouvât des imitateurs. Dans ses tableaux, la durée de la grossesse depuis le coït fécondant jusqu'au terme, a été calculée d'après trente-quatre cas certains, auxquels l'auteur a ajouté trente et un cas observés par M. Ravn. La durée moyenne, dans ces soixante-cinq grossesses, a été de deux cent soixante et onze jours, c'est-à-dire entre deux cent cinquante et deux cent quatre-vingt-treize jours.

La durée de la grossesse dans le sens physiologique doit, selon l'auteur, être calculée d'après l'époque de la première suppression des règles, les physiologistes modernes étant portés à admettre que l'œuf fécondé aérive de cette période d'ovulation. La grossesse serait donc réellement beaucoup plus courte qu'on ne le suppose généralement. Dans vingt-quatre cas où il a cru pouvoir déterminer l'époque de la première suppression de la menstruation, le terme moyen était de deux cent cinquante-quatre jours à deux cent quarante et deux cent soixante-treize jours, comme limites extrêmes. La latitude est ainsi beaucoup plus restreinte d'après cette méthode de calcul que les autres qui, par conséquent, sont moins sûres. (*Gazette hebdomadaire.*)—*Bordeaux médical.*

GROSSESSE AYANT DURÉ TROIS CENT SIX JOURS, par le docteur THOMAS THATCHER GRAVES, de Lynn (Massachusetts.—Mlle.

E..., âgée de 17 ans, épousa, le 16 juin 1874, M. H..., officier de marine. Elle vécut avec son mari jusqu'au 8 avril 1875, époque à laquelle ce dernier fut forcé de s'embarquer. Le 5 du même mois, les règles de Mme. H... s'étaient arrêtées, et des rapprochements sexuels eurent lieu dans les deux dernières nuits qui précédèrent le départ. Deux ou trois semaines après, Mme. H... se plaignit de lassitude, de malaise général et de nausées. C'est alors que le docteur Thomas Graves, appelé à lui donner ses soins, soupçonna l'existence d'une grossesse commençante. Il ne revit pas sa malade jusqu'à l'expiration du neuvième mois. A ce moment, la sœur de Mme. H... vient le prévenir que, l'accouchement paraissant imminent, elle comptait sur son assistance pour la nuit suivante, en cas de besoin.

Trois semaines plus tard, le médecin fut de nouveau appelé auprès de Mme. H..., et, à sa très-grande surprise il apprit qu'elle n'était pas accouchée. Elle avait, à la fin du neuvième mois, éprouvé un jour de légères douleurs; mais, depuis ce moment, elle ne s'était plus ressentie de rien. Il y avait alors exactement trois cents jours que le mari s'était embarqué. L'examen révéla tous les signes d'une grossesse très-avancée. Le col était très-élevé, mais nullement dilaté; l'abdomen était extrêmement volumineux, sans qu'il en résultât, toutefois, une bien grande gêne pour Mme. H... qui paraissait, d'ailleurs, très-bien portante. M. Graves lui conseilla de prendre patience et de ne pas s'inquiéter. Dans la nuit du trois cent sixième jour de la grossesse, le travail commença enfin, et, après quatre heures de douleurs assez vives, Mme. H... mit au monde un enfant bien portant, du sexe masculin, et pesant dix livres et demie: il était très-vigoureux et présentait un développement remarquable des cheveux et des ongles.

Ce cas est des plus intéressants, en ce que les signes indiquant le début précis de la grossesse offrent une réelle valeur. Nous supposons, bien entendu, que la bonne foi du médecin n'a pas été trompée; car, dans les faits de ce genre, on ne saurait s'entourer de trop de circonspection. Aussi ne pensons-nous pas qu'on doive s'associer aux réflexions de M. Graves touchant notre Code Napoléon: " Si cette dame, dit-il, avait eu le malheur d'être soumise aux lois française, un *divorce* aurait pu être obtenu par le mari, ce qui eût été profondément injuste. " Nous supposons que l'auteur a confondu ici les mots *divorce* et *désaveu de paternité*; chacun sait, du reste que le maximum légal de trois cents jours assignés par nos lois à la grossesse a toujours été considéré par les législateurs et les savants comme un délai plutôt trop large que trop restreint. Une observation isolée, quelque consciencieuse qu'elle soit, ne saurait donc ébranler l'œuvre mûrement réfléchie des hommes les plus compétents et les plus sérieux. (*The Boston and med. and surg. Journal.*)—*Gazette de Paris.*

## OPHTHALMOLOGIE.

DE L'INTILITÉ DES PANSEMENTS OCCLUSIFS APRÈS LES KÉRATOTOMIES ET LES SCLÉROTOMIES ; Par le docteur GAYET, chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu.—Depuis Daviel jusqu'à nos jours, l'usage de fermer l'œil après l'opération de la cataracte est resté en vigueur, et quel que soit le moyen que l'on emploie, c'est toujours vers ce but que l'on tend.

Les emplâtres agglutinatifs, les bandelettes de taffetas gommé ont été préconisés en Italie, en Angleterre et en France, par Mackenzie, Desmarres, Fano et d'autres encore. Après la publication des travaux de Græfe, et grâce à l'influence de celui-ci, les bandages oculatifs variés, avec la charpie, l'ouate, le tout soutenu par des tricots ou de la flanelle, sont devenus de beaucoup les plus employés. Néanmoins les modifications introduites par nombre d'auteurs, le soin qu'ils ont pris, chacun à leur tour, de faire ressortir les conveniens des procédés qu'ils abandonnaient pour justifier leur manière de faire, prouve que l'innocuité de ces fermetures n'a jamais été absolument ni universellement acceptée.

Déjà à la fin du siècle dernier, un auteur anglais, Phipps avait recommandé de lever les appareils au bout de vingt-quatre heures, et aujourd'hui encore on peut partager les praticiens en deux classes, ceux qui veulent les pansements fréquents et la surveillance immédiate de l'œil opéré, et ceux qui préfèrent les pansements retardés et rares.

Toutes ces opinions divergentes ne peuvent reposer que sur une expérience incomplète et sur une connaissance insuffisante des conditions de physiologie pathologique dans lesquelles se trouve un œil opéré.

Il m'a donc paru utile de diriger mon attention de ce côté et de rechercher expérimentalement la valeur réelle des pansements.

Je dois dire que, depuis longtemps, les appareils agglutinatifs sont jugés pour moi. Après les avoir longtemps employés, je les ai abandonnés, comme pénibles aux malades et engendrant fréquemment l'entropion qu'ils avaient la prétention de prévenir. Je m'étais, depuis plusieurs années, servi de l'occlusion d'abord avec de la charpie, et plus tard, d'après le conseil du professeur Trélat, avec des boules d'ouate maintenues par une bande en binoche.

Je ne veux pas dire que ce mode de pansement m'ait mal réussi, mais son utilité étant devenue pour moi problématique, j'ai jugé qu'il pouvait être opportun de le supprimer.

Des observations de nature diverse m'avaient mis sur cette voie. J'avais été souvent frappé d'un fait qui n'a pas pu échapper à la plupart des praticiens : c'est que bon nombre de malades blessés à l'œil par des éclats de toutes sortes, avec des plaies pénétrantes sou-

vent de la plus haute gravité, arrivent à la consultation plusieurs jours après leur accident sans bandeau, et que rarement on voit cette apparente négligence suivie d'accidents.

En second lieu, j'avais rencontré plusieurs fois de ces patients in-traitables que ni les supplications, ni les menaces n'avaient pu contraindre à garder des appareils, et qui cependant m'avaient fourni d'admirables succès. Il fallait donc que les conditions dans lesquelles un œil se veut librement sous ses paupières ne fussent pas incompatibles avec la guérison des plaies oculaires.

D'un autre côté, des réflexions théoriques, faites d'ailleurs avant moi par beaucoup de chirurgiens, m'avaient fait douter de l'innocuité de l'occlusion.

Les cavités conjonctivales sont tapissées par une muqueuse, c'est-à-dire par une membrane dont le caractère physiologique est de fournir une desquamation épithéliale active, une exhalaison importante, en même temps que dans cette même cavité se versent les produits des glandes en grappe de Krause, de celles de Meibomius, et enfin les larmes. Toute une disposition physiologique s'applique à l'expulsion de ces diverses sécrétions, et elle repose sur le jeu des paupières ou le clignement. En supprimant celui-ci, on porte atteinte à une opération nécessaire, et par conséquent on crée une situation défavorable à l'organe de la vision. Ces choses sont si vraies qu'il suffit pour s'en assurer, de remarquer que dans les opérations unilatérales qui ont été terminées par un double pansement, il est fréquent de voir l'œil sain présenter des signes non équivoques de la rétention des produits conjonctivaux avec ses fâcheuses conséquences. Ainsi les paupières sont collées par les cils, les bords palpébraux sont un peu tuméfiés, et dans le grand angle on trouve une gouttelette mucopurulente qui atteste une certaine altération des sécrétions. Enfin, chez quelques sujets prédisposés, si l'on persiste, on peut voir se développer un véritable écoulement catarrhal.

Or, ces écoulements sont toujours préjudiciables à la plaie, soit que celle-ci soit fermée de prime abord, soit qu'elle reste ouverte en quelques points ou en totalité. On conçoit que les liquides retenus ou mêmes les globules lymphoïdes qui se développent en grand nombre puissent venir s'y infiltrer.

Si donc la rétention des sécrétions conjonctivales, amenée par l'application des bandages oclusifs, a des inconvénients réels, ces bandages ne sauraient être justifiés que par une utilité d'un autre ordre et bien évidente.

On pense que leur utilité est de maintenir l'immobilité du globe oculaire, et partant d'assurer l'affrontement exact des lèvres de la plaie.

Je ne sais ce qu'il y a de vrai dans cette croyance généralement reçue, mais j'espère démontrer que la plaie n'a pas besoin de l'occlu-

sion pour assurer l'immobilité et l'exact affrontement de ses lèvres, et que l'un et l'autre sont garantis même dans les mouvements du globe.

Pour bien comprendre cette proposition, il faut remonter aux lois qui président à la statique oculaire.

Le globe est suspendu dans l'orbite et dans l'espèce de cupule que lui forme la capsule de Ténon, au moyen d'un tissu cellulaire lâche, et il est sollicité par les six muscles qui provoquent tous ses mouvements par des groupements variés. Le fait dominant de ces groupements c'est que chaque mouvement est le résultat d'un excès d'action très-léger de chaque groupe sur le groupe antagoniste, excès si imperceptible que jamais la sphère oculaire n'en est déformée. Ce fait est aujourd'hui expérimentalement démontré, et l'ophthalmomètre à Helmetz l'a directement et absolument prouvé, malgré les objections rétrospectives de M. J. Guérin. Il y a plus, les paupières se meuvent synergiquement avec le globe, et jamais dans les mouvements libres on ne voit ces voiles imposer non plus le moindre changement à la forme de la sphère. Il faut, ou que la volonté intervienne, ou qu'une cause étrangère s'en mêle, pour que cette admirable harmonie qui assure l'intégrité de la vision puisse être rompue. Or, l'opération de la cataracte par extraction est précisément la meilleure démonstration expérimentale de cette vérité, elle a la valeur d'une vivisection.

A peine a-t-on terminé la section de la cornée ou de la sclérotique suivant le procédé adopté, qu'on peut voir l'effet contradictoire des mouvements réguliers et des mouvements spasmodiques. Tant que les instruments contiennent l'œil, celui-ci est agité de déplacements désordonnés, produits par des muscles affaiblis, et l'on peut voir avec la moindre attention la plaie s'entrouvrir et la cornée se déformer d'une façon quelquefois très-bizarre; c'est là un moment dangereux de l'acte opératoire, et certains opérateurs l'ont si bien compris qu'ils préfèrent toutes les difficultés d'une extraction faite sur un œil libre à la simplicité de la même manœuvre exécutée sur un œil maintenu. Telle est la pratique du professeur Jager (de Vienne). Autre fait non moins probant. L'opération achevée, on voit souvent la plaie rester entrouverte, un caillot la remplit, quelquefois même des lambeaux de conjonctive y restent engagés, ou bien une frange irienne; tant que le blépharostat maintient les paupières, les choses ne se modifient pas, mais vient-on à demander au malade d'exécuter librement et naturellement la fonction visuelle, aussitôt tout rentre dans l'ordre, et c'est à peine si en soulevant la paupière avec précaution on peut apercevoir la plaie dont les lèvres se sont tenues au contact.

Pour moi, ma conviction est entière sur ce point, elle est fondée sur une quantité si grande d'observations que j'ose croire que rien ne m'a échappé dans ces phénomènes délicats. Est-ce à dire que tout œil

livré à lui-même après l'opération soit à l'abri de tout danger et que le spasme ne puisse s'y produire ? J'ai malheureusement la preuve que le fait existe, et j'ai vu quelquefois des yeux se vider, alors que l'opération était terminée et le malade livré à lui-même. Mais ces faits sont d'une extrême rareté, se produisent dans l'instant qui suit immédiatement l'acte opératoire et ne sauraient être prévenus par une oclusion qu'on n'aurait pas eu encore le temps d'établir.

Ces vues physiologiques sur la statique oculaire et sur l'intégrité de forme que garde naturellement un œil livré à ses agents naturels diminuent, si elles n'anéantissent pas tout à fait, l'importance d'un appareil qui a pour but d'immobiliser l'organe de la vision. Mais je vais plus loin et je pense que ces entraves imposées au libre jeu du globe et des paupières sont précisément faites pour y provoquer le spasme. Toute personne qui s'est soumise à l'occlusion sait qu'elle est assez désagréable ; il se produit dans l'œil une espèce d'inquiétude, un besoin de remuer qui a quelque chose de pénible, et si dans une distraction ou un réveil inconscient un mouvement vient à se produire, le patient sait fort bien vous dire qu'il a ressenti des éclairs de douleur aux moments où son œil a bougé.

Ainsi justifié par des observations de hasard et encouragé par des idées théoriques, j'ai cru pouvoir expérimenter en grand, et c'est ce que j'ai fait depuis le mois d'août. Aujourd'hui je viens avec quatre-vingt-treize observations assurer, qu'en toute circonstance, le pansement est inutile après l'opération de la cataracte pratiquée par le procédé de la kératotomie ou de la sclérotomie supérieure.

Naturellement je ne veux pas donner le détail de ces observations, je ne veux pas même en donner une analyse détaillée, mais je vais les grouper d'après certaines circonstances spéciales qui feront voir que tous les cas peuvent s'y rattacher.

Dans un premier groupe, celui des cataractes dures, franchement séniles et à opérations classiques, j'ai obtenu des résultats aussi beaux qu'aucun de ceux qu'il m'ait été jusqu'ici donné d'atteindre. Après dix jours en moyenne d'une contrainte bien réduite, puisque les patients n'avaient qu'à garder la chambre avec un bandeau flottant sur leurs yeux, l'œil opéré était capable de recevoir les lunettes convenables et de se mettre à l'usage de la vision.

Dans un second groupe figurent toutes les cataractes morbides, à noyaux plus ou moins durs entourés de couches corticales molles et friables, à iris coriace, à humeur vitrée ramollie, et toutes celles où l'opération n'a pas été régulière. Ici l'iris a été irrégulièrement coupé, là des débris sont restés dans la cristalloïde, là du sang s'est échappé ; tout enfin, sauf l'issue de l'humeur vitrée que je réserve pour un troisième groupe. Eh bien, dans tous ces cas-là, je n'ai pas vu une seule fois la marche de la cicatrisation être entravée par la

condition nouvelle dans laquelle j'avais placé mes malades. Certes, toutes les irrégularités opératoires ont porté leurs fruits, toutes les complications ont entraîné leurs conséquences, mais je n'ai pas eu une iritis, pas une capsulite, pas une cicatrice cirsoïde de plus que lorsque je pansais par occlusion. Tous ceux qui suivent ma clinique peuvent l'affirmer comme moi.

Restent pour une troisième catégorie les cas où l'extraction du cristallin a été précédée, accompagnée ou suivie d'issue de la vitrine. C'est pour ces cas-là que l'occlusion a été particulièrement recommandée, et cependant pas plus là qu'ailleurs l'expérience ne m'en a montré la nécessité. Dans une sixaine d'observations j'ai vu la marche de la cicatrisation être très régulière ; trois résultats ont été très satisfaisants, trois autres m'ont fourni des acuités très-imparfaites dues surtout à la présence de masses corticales dont l'extraction aurait été trop dangereuse, accompagnée qu'elle aurait été de l'issue d'un flot de vitrine.

Enfin, depuis quatre mois je me suis départi une seule fois de ma résolution de supprimer le pansement, c'est dans un de ces cas où l'issue de l'humeur vitrée avait été extrêmement abondante, et où, par un scrupule facile à comprendre, je ne me suis pas cru autorisé à tenter une expérience. Dans cette observation la compression a été établie, mais je ne l'ai laissée que vingt quatre heures ; le résultat a été très-satisfaisant.

Arrivé à ce point de ma démonstration, je dois faire une remarque, c'est que je pratique exclusivement la kératotomie ou la sclérotomie linéaire et supérieure, et que par conséquent mes remarques s'appliquent à ce mode d'opération seulement. Il se pourrait que pour la méthode à lambeau et surtout pour la kératotomie inférieure il fallût agir avec une grande circonspection. Dans cette dernière surtout il pourrait arriver que le bord de la paupière inférieure vînt accrocher le bord du lambeau pour le soulever ; mais faut-il se préoccuper d'une opération aujourd'hui abandonnée par la plupart des praticiens et mauvaise par beaucoup de points ?

Je me garde bien de dire aussi la suppression des pansements va faire la moindre révolution dans les résultats définitifs des opérations. Je n'ai pas écrit que les pansements fussent nuisibles, quoique je le pense un peu et que j'en ai la preuve dans la suppression de bon nombre de catarrhes conjonctivaux, d'eczéma des paupières qui tourmentaient les opérés ; j'ai seulement dit qu'ils étaient inutiles. Mais n'est-ce rien de supprimer encore une entrave après celles qui ont déjà disparu, de réduire cette opération autrefois si redoutable de la cataracte à des proportions si peu inquiétantes, de faire un pas dans cette voie de la simplification où la chirurgie moderne s'est engagée avec tant de fruit.—*Lyon Médical.*

## NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

MOYEN DE GUÉRIR LE CORYZA.—Le moyen conseillé par M. Ferrier, médecin-adjoint à l'hôpital de King's College, de Londres, consiste à priser simplement du sous-nitrate de bismuth. Comme ce corps est lourd et difficile à aspirer, notre confrère lui associe de la poudre de gomme acacia qui augmente le volume et contribue à former un mucilage adhérent, excellent pour calmer les surfaces enflammées. L'effet sédatif est encore accru par l'addition d'une petite quantité de chlorhydrate de morphine. La formule à laquelle M. Ferrier donne la préférence est la suivante :

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| Chlorhydrate de morphine..... | 0 gr. 10 |
| Poudre de gomme acacia.....   | 8 —      |
| Sous-nitrate de bismuth ..... | 24 —     |

On prise le quart ou la moitié de cette poudre dans les vingt-quatre heures. On doit commencer les inhalations dès les premiers symptômes du coryza et les répéter assez souvent pour que la poudre forme une couche continue recouvrant la muqueuse nasale. Chaque fois qu'on se mouche il faut prendre une nouvelle prise. M. Ferrier conseille même, pour éviter de perdre beaucoup de poudre, de la placer sur un petit morceau de papier formant gouttière et de l'aspirer fortement en introduisant le papier dans les narines. Un peu de poudre pénètre ainsi dans le pharynx, mais c'est là plutôt un avantage qu'un inconvénient.

Après les premières prises de la poudre l'amélioration commence et les symptômes ne tardent pas à disparaître. (*The Lancet.*)

—*Gaz. méd de Paris.*

PILULES CONTRE LA SYPHILIS ANCIENNE ET REBELLE, par le docteur THIRY.

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| Cyanure de mercure, un milligramme. = | gr. 1/50e. |
| Etrait d'opium, un centigramme. =     | gr. 1/5e.  |
| Extrait de gayac, dix centigrammes. = | grs. ij    |

Pour une pilule.

En prendre quatre par jour à intervalles égaux. Après chaque pilule, prendre un verre d'une infusion sudorifique.

(*Presse médicale belge*).—*Bordeaux médical*

ÉPISTAXIS ARRÊTÉE PAR LA COMPRESSION DES ARTÈRES FACIALES.—Le docteur Beverley Robinson (*Med. Record New-York*, 20 mars) mentionne un cas dans lequel la compression des artères faciales fut efficace à arrêter une épistaxis pour laquelle tous les moyens styptiques avaient échoué. Ces deux artères furent com-

primées sur les maxillaires supérieurs au moyen de deux tampons de lin appliqués au point où ces deux vaisseaux vont atteindre les ailes du nez, et maintenus par un petit appareil élastique qui passait au-dessus des oreilles pour prendre un point d'appui sur l'occipital.

—*Revue de thér. méd. et chir.*

ADMINISTRATION COMBINÉE DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE ET DU PHOSPHORE.—Le *Repertoire de pharmacie* donne la formule suivante, prise dans le *New York medical Record* et employée par le Dr. Edward C. Mourn avec les résultats les plus heureux. Cette composition a été acceptée facilement par les malades qui ne pouvaient supporter l'huile de foie de morue en nature.

|                             |              |                 |
|-----------------------------|--------------|-----------------|
| Jaunes d'œufs.....          | No. 3.       |                 |
| Huile de foie de morue..... | 250 grammes. | ℥viiij.         |
| Vin de Xérès.....           | 125 grammes. | ℥iv.            |
| Acide phosphorique. }       | āā.....      | 30 grammes. ℥i. |
| Sirap simple.               |              |                 |
| Eau d'amandes amères.....   | 250 grammes. | ℥viiij.         |
| Alcool rectifié.....        | 4 grammes.   | ℥i.             |

Délayer les œufs dans un mortier et ajouter l'huile cuillerée par cuillerée. Ajouter l'acide phosphorique en dernier.

—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

DU CHLORALUM.—Une à deux onces de chloralum pour une pinte d'eau est la meilleure injection contre la leucorrhée, d'après Hardievicke. Le chloralum calme aussi la douleur et fait disparaître l'horrible puanteur du cancer utérin ; il est efficace aussi contre la gonorrhée des deux sexes. Le chloralum est un composé de chlorures d'aluminium, de plomb, de cuivre, de fer, de calcium et de plâtre. (*Gaz. heb.*)—*Lyon Médical.*

TRAITEMENT DU MUGUET.—Trois fois par jour, avec l'indicateur enveloppé d'un linge fin et sec, frotter la langue pour détacher le plus de parasite possible, puis badigeonner avec un pinceau de blaireau enduit de la mixture suivante :

|                          |             |       |
|--------------------------|-------------|-------|
| Glycérine.....           | 15 grammes. | ℥iv   |
| Miel rosat.....          | 15 —        | ℥iv   |
| Chlorate de potasse..... | 6 —         | ℥iiss |

Toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à café d'un mélange à parties égales d'eau sucrée et d'eau de Vichy. (*IN Gaz. heb.*)—*Lyon méd.*

MOYEN SIMPLE D'ARRÊTER SUR LE CHAMP UNE ÉPISTAXIS INCOERCIBLE.—Un grain d'émétique qui, donné en une seule fois, provoque la nausée, puis le vomissement, et arrête incontinent l'hémorrhagie. (*Trib. méd.*)—*Lyon médical.*

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

---

MONTREAL, MAI 1876.

---

## AVIS.

Les correspondants et les échanges de l' " Union Médicale " sont priés de prendre note du changement survenu dans la rédaction.

Les abonnements antérieurs au 1er. Janvier 1876 sont dûs et payables à la succession du Dr. George Grenier.

Tous les abonnements de l'année courante, c'est-à-dire depuis le 1er. Janvier 1876 jusqu'au 1er. Janvier 1877 sont payables au Rédacteur actuel.

Le prix de l'abonnement est de trois piastres par année, payable d'avance.

Dr. E. P. LACHAPELLE, Rédacteur-en-chef,  
No. 132, rue St. Laurent.

---

## APPEL A NOS ABONNES.

Nous prions nos lecteurs de se rappeler que l'abonnement à l' *Union Médicale*, est payable d'avance et que nous comptons exclusivement sur leur contribution pour en payer les frais d'impression. Nous avons assumé les obligations du journal, depuis le 1er janvier dernier, avec courage et bonne volonté, mais aussi, avec un en-caisse nul. Or, chaque livraison coûte une somme assez considérable et nous en sommes à la sixième.

Nos confrères savent ou, si non, qu'ils veuillent bien se persuader, que notre travail n'est pas une spéculation monétaire, mais qu'il a pour objet, l'honneur et le progrès scientifique de la profession médicale canadienne-française ; à part cela, notre seul désir est que le journal rencontre ses dépenses, chose facile si chacun veut y mettre un peu d'amour-propre.

En conséquence, nos abonnés sont priés, de nous faire parvenir, sous le plus court délai possible, leur abonnement pour l'année 1876.

### Le Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada.

Nous avons reproduit, dans notre dernière livraison, les amendements à la loi médicale actuelle, adoptés par le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, lors de sa dernière assemblée semi-annuelle, en mai dernier. Ces amendements devront servir de base à un projet de loi qu'un comité spécial a été chargé de préparer et qui, s'il est adopté par le Bureau, en Septembre prochain, sera ensuite soumis à la Législature Provinciale.

Nous regrettons, pour le Collège, qu'après avoir montré tant de répugnances à s'engager dans la voie des réformes et s'être laissé devancer dans une démarche dont il aurait dû prendre l'initiative, il n'ait pas cherché au moins à racheter ses torts en offrant à la profession une mesure complète. La réforme qu'il propose est certainement bonne en elle-même, mais elle ne s'adresse qu'à une classe d'abus, et encore ne saurait-il en réclamer le mérite, car elle fait partie du projet de loi que la Société Médicale a fait soumettre à la Législature, l'automne dernier.

Faire renoncer les Universités à certains privilèges qu'elles possèdent au détriment du contrôle que la profession a le droit d'exercer sur l'enseignement médical, est certainement une réforme nécessaire et nous l'avons déjà approuvé en supportant le projet de loi de la Société Médicale. Mais puis qu'il s'agit de réintégrer la profession dans tous ses droits, le Collège ne doit pas s'en prendre qu'aux Universités et tout exiger d'elles sans rien vouloir céder de son côté. En agissant ainsi il justifierait l'opinion de ceux qui pensent que c'est plutôt le soin de sa propre conservation que le désir de promouvoir les intérêts de la profession, qui l'ont décidé à concéder ces quelques amendements. En effet, pourquoi, lorsqu'il est question d'amendement à la loi actuelle, commencer par statuer que la constitution et le mode d'élection du Bureau actuel *ne seront pas changés* ? Quels sont donc les résultats si précieux que la profession a retiré de cette constitution et de ce mode d'élection, pour qu'on y tienne tant ?

Nous voyons bien que depuis son adoption en 1847, cette constitution a tenu la presque totalité des médecins éloignés de l'administration des intérêts de la profession ; nous constatons bien aussi que le Bureau tel que constitué, au lieu de chercher à prévoir les besoins de la profession et d'y faire droit par une législation opportune, a laissé s'accumuler les abus, à un tel point, que des médecins ont dû prendre l'initiative, en dehors de son concours, et demander à la Législature, des réformes devenues nécessaires depuis longtemps. Mais dans tout cela nous ne trouvons rien qui soit de nature à nous faire désirer le maintien de l'organisation actuelle.

Le collège semble mieux connaître que personne la place que lui a valu, dans l'estime de la profession, son indifférence pour ne pas dire plus, à l'égard des intérêts qu'il était chargé de sauvegarder ; aussi sent-il le besoin de commencer par exiger qu'on lui assure la vie, avant de concéder aucun amendement à la loi en vertu de laquelle il existe. Mais nous craignons bien, que ce qu'il croit devoir le sauver, ne serve qu'à hâter sa perte, en prouvant au petit nombre de ceux qui auraient pu en douter encore ; qu'il est bien plus préoccupé, dans tout ce qu'il fait, de conserver sa position que d'en remplir les obligations.

Pour nous, nous demeurons convaincus que les obstacles qui gênent aujourd'hui l'entrée du Collège doivent disparaître et que tous ceux qui sont jugés dignes de recevoir leurs licences pour pratiquer la médecine, doivent *ipso facto* devenir membres du Collège, sans avoir, comme à présent, à fournir quatre années d'approbation et à payer dix piastres d'entrée.

Le fait d'admettre un homme membre d'une corporation dont il aura à subir les lois et règlements et de le priver, pendant quatre ans, du droit de prendre part au choix de ceux qui devront préparer et faire exécuter ces lois et règlements est un acte arbitraire et injuste. Que dans une société privée on établisse des conditions d'entrée, la chose peut se faire sans injustice, car dans ce cas, celui qui ne veut pas ou ne peut pas se soumettre à ces conditions, ne saurait être atteint par les règlements de cette société, tandis que pour nous c'est bien différent, tous les médecins, qu'il soient membres du Collège ou non, sont régis par la même loi et cette loi est administrée par le Collège.

Les membres actuels du Collège objecteront peut-être qu'ils ont payé leur entrée, qu'ils ont fait leur quatre ans de noviciat et que depuis ils ont supporté bien d'autres dépenses ; tout cela peut être vrai, sans diminuer en rien la justice de notre demande et s'ils ont eu à subir une injustice, ça ne leur donne pas le droit de l'imposer à d'autres, s'il fallait refuser aux autres tout ce dont on n'aurait pas joui soi-même, il se ferait bien peu de progrès sur la terre.

Qu'on établisse une contribution annuelle obligatoire, aussi légère que possible, et que tous les médecins soient reconnus membres du Collège ; chacun pourra se prévaloir de ses droits quand bon lui semblera, sans que la caisse du collège en souffre, et celui-ci, pourra alors se prétendre à bon droit, le représentant autorisé de la profession médicale.

Le temps nous fait défaut pour entrer dans les détails de ce nouveau projet de loi et nous prononcer sur le mérite de chacune de ses clauses, nous y reviendrons en temps et lieu.

## Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.

Mr. le Dr. Duval vient d'être attaché à l'Hôtel-Dieu comme médecin résidant. A propos de cette nomination, nous allons reproduire l'extrait suivant de l'ouvrage du Dr. Jaquet sur les Hôpitaux, il rend parfaitement notre pensée :

“ Il nous paraît d'une importance capitale, dans toutes les grandes villes, de placer à la tête d'un grand hôpital, un médecin résidant. Les grands centres de population voient à chaque instant du jour et de la nuit se produire les accidents les plus graves, réclamant à chaque instant l'intervention de l'art :

“ Presque tous ces cas, dit une brochure bordelaise, sont les plus graves de la chirurgie, ceux surtout qui nécessitent le plus de coup d'œil, le plus de jugement et le plus de pratique. Il faut prendre sans pouvoir réfléchir longtemps, un parti dont dépend souvent la vie du malade ; c'est une hémorrhagie, c'est un de ces traumatismes comme en produisent seuls les chemins de fer et l'explosion des armes à feu ; c'est un croup, c'est un œdème de la glotte, c'est un corps étranger dans l'œsophage, dans le larynx, les minutes sont des heures, la mort est la conséquence du plus léger retard, l'opération est des plus émouvantes et des plus périlleuses. A côté de ces faits extrêmement graves se placent les fractures, les luxations, les grandes plaies, les hernies étranglées ou engouées, etc., etc., faits si nombreux que l'on ne peut à chaque instant faire venir le chirurgien en chef, faits qui nécessitent néanmoins une grande expérience, une grande habileté.....

“ Les règlements ont toujours prescrit d'envoyer chercher le chirurgien lorsqu'il y a une opération à faire. Mais le chirurgien n'est pas chez lui ; il faut attendre, attendre encore. Il ne faut pas trop se hâter, mais en attendant trop, le malade peut mourir ou l'opération être faite dans des conditions défavorables ! Si l'on pêche, il vaut donc mieux *pour le malade* pêcher par excès de zèle que par excès d'hésitation et de timidité. Il n'est pas d'ailleurs fâcheux que le chirurgien en chef sache que le *chef interne* fera l'opération s'il ne se rend pas immédiatement à l'hôpital. Cette émulation loin d'être un danger est au contraire d'une grande utilité pour les malades.

“ Le rôle du chef interne sera encore de maintenir la discipline parmi les élèves, d'assister les chirurgiens dans leurs opérations, de surveiller d'une manière générale tous les services, bref, de remplacer, pendant le temps qui s'écoule d'une visite à l'autre, les chefs de service et de les suppléer auprès des malades qui demandent des soins urgents.”

Nous nous permettrons d'ajouter, que le médecin interne doit aussi veiller à la statistique chirurgicale et médicale de l'hôpital et

faire l'analyse des cas les plus intéressants ; nous sommes persuadés que les lecteurs de l'*Union Médicale* ne seront pas les derniers à bénéficier, sous ce rapport, de la nomination de M. le Dr. Duval à l'internat de l'Hôtel-Dieu.

---

### Mortalité de Montréal.

---

Nous sommes à prendre des mesures pour nous mettre en position de pouvoir publier un tableau mensuel de la mortalité de Montréal, ce tableau comprendra les maladies dont l'étude statistique offre le plus d'utilité et indiquera la proportion dans laquelle chaque nationalité y contribue. Nous regrettons beaucoup que l'organisation actuelle du Bureau de Santé, ne lui permette pas de nous fournir aussi le bulletin mensuel des naissances ; car la statistique des décès, sans celle des naissances, perd une partie de son intérêt et elle peut conduire à des conclusions erronées, surtout lorsqu'il s'agit d'une population composée de nationalités différentes, et dont les aptitudes, sous le rapport de la génération, ne sont pas les mêmes.

Nous reviendrons sur ce sujet ; pour aujourd'hui, nous allons nous contenter de publier le bulletin de la mortalité de Montréal, pendant le mois de mai dernier :

*Population de Montréal ; 150,000 habitants*—Décès 288, savoir : variole, 15 ; scarlatine, 1 ; diphthérie, 4, croup, 10 ; coqueluche, 2 ; fièvre typhoïde, 6 ; phthisie, 29 ; maladies du cerveau et de la moelle épinière, 32 ; maladies du cœur, 19, bronchite aiguë, 21 ; pneumonie, 7 ; dysenterie, 1 ; diarrhée cholériforme des enfants, 8 ; affections puerpérales, 2 ; autres affections aiguës, 32 ; autres affections chroniques, 78 ; causes chirurgicales, 1 ; causes accidentelles, 7 ; mort nés, 13 ; total, 288.

---

### NOUVELLES MÉDICALES.

---

M. le Dr. Coderre nous transmet l'observation suivante :

“ SOCIÉTÉ NATIONALE DE VACCINATION ANTI-COMPULSOIRE. UN FAIT A L'ADRESSE DES VACCINATEURS.—*Transmission de couleur.*—Le Dr. Bakewell, de Trinidad, reproduit sur le *Public Opinion* du 9 Octobre dernier, la curieuse observation que voici :

“ Un médecin, ayant, par inadvertance, vacciné une enfant du Senior L. de Tormes avec de la lymphe prise au bras d'un nègre, peu de temps après la guérison des pustules, l'enfant devint tachetée, par tout le corps, de stries noires formées de corpuscules agglomérés dans le *rete mucosum*, comme chez le nègre et séparées des parties saines environnantes par une délimitation bien tranchée. La santé de l'enfant ne fut pas altérée. Le Senior L. de Tormes a

intenté, au médecin, une action en dommages pour *malpractice* ; la pauvre victime sera produite comme pièce justificative du demandeur. ”

Voilà ce que nos adversaires demandent depuis longtemps, un fait établi sur une autorité médicale irrécusable.

Etant admise, la transmission par la lymphé variolique, d'une particularité individuelle comme la couleur, il découle logiquement que tout vice du sang, toute anomalie physique peuvent être inoculés par le même intermédiaire et quo les assertions des anti-vaccinateurs, qui prétendent que la vaccination compulsoire est un moyen de propager les maladies constitutionnelles, ne peuvent plus être révoquées en doute.”

.....  
MARY C. HUME ROTHERY.

Morton Lodge, Tivoli, Cheltenham, 18 Mars 1876. ”

—  
ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

—L'assemblée annuelle de l'association pharmaceutique de la Province de Québec, eut lieu mardi, le 13 juin, à Québec, dans la salle de l'Université Laval. Après la lecture des minutes de la dernière assemblée annuelle, le président, M. H. R. Gray, lut une adresse très intéressante. Après les affaires de routine et l'adoption des différents rapports, ont voté des remerciements aux officiers sortant de charge, et au recteur de l'Université Laval, pour sa bonté et sa courtoisie, en accordant à l'association l'usage des salles de l'Université. Le président ayant nommé MM. H. E. Gauvreau et E. Muir, secrétaires, ils rapportent que les messieurs dont les noms suivent étaient les membres du conseil pour 1876 : J. Kerry, E. Muir, N. Mercier, J. Goulden, H. Leyman, E. Giroux, N. H. Clare et H. H. Jackson. Ces derniers restent en charge avec les messieurs dont voici les noms : H. R. Gray, J. D. L. Ambrose, R. McLead et T. J. Luck composeront le Conseil pour l'année courante.

—  
Décision Importante.  
—

Le 1er Juin, Son Honneur le juge Torrance a rendu jugement *in re* Morin vs l'Association Pharmaceutique de la Province de Québec. Morin se prétendait pharmacien et chimiste, réclamait, en vertu du statut de Québec, 38 Vic., ch. 27, le droit d'être inscrit comme membre de l'Association Pharmaceutique.

Son Honneur déclara que l'Association était régie par une charte d'incorporation dont les fins sont excessivement utiles ; dans une des clauses, il est stipulé que nul n'aura le droit de débiter des drogues

s'il ne possède une éducation et une expérience convenables, et s'il n'est jugé digne d'exercer un état d'une nature aussi délicate. La cour, après audition de la preuve, déclara qu'à considérer l'esprit de l'acte, les défendeurs avaient agit convenablement, et que le demandeur ne s'était pas acquis le droit de bénéficier de l'acte ; l'action fut, en conséquence, déboutée.

HÔTEL-DIEU.—Messieurs les Docteurs A. B. Craig, A. Laramée et E. P. Lachapelle ont été nommés médecins-adjoints de l'Hôtel-Dieu.

### NOTICES NECROLOGIQUES.

GRENIER.—M. le Dr. Grenier naquit à Montréal et, dès le bas âge, grâce à sa douce nature et à une éducation domestique bien soignée, il laissa entrevoir les plus belles espérances qui certes ne se démentirent point dans la suite ; déjà il montrait de grandes dispositions pour l'étude.

En 1855, il entra au collège Ste. Marie de cette ville. Dans tout son cours d'études, il se fit remarquer par ses talents, sa conduite irréprochable et ses succès.

Ce fut en 1866 qu'il fut admis à la pratique de la médecine, et l'année suivante qu'il commença l'exercice de sa profession en cette ville. Dès le début de sa carrière, pour arriver plus sûrement à son but, il donna libre cours à sa passion pour l'étude, voyant là un moyen efficace d'acquérir la science et, également, une ressource qui lui fournirait l'occasion de faire le bien.

Ces études ne restèrent pas stériles, car, quelques années plus tard, le Dr. Grenier commençait à se faire connaître avantageusement par des écrits, aussi spirituels qu'instructifs, qui ne déparaient pas les colonnes de quelques-unes de nos publications.

Dans le même temps, il publia deux opuscules, contenant des renseignements très utiles sur la mortalité des enfants et la contagion de la variole. Il était l'auteur du *Mémorial Thérapeutique du Guide Pratique des Sœurs de Charité*, etc.

Dans ces dernières années, le défunt remplissait les fonctions de démonstrateur d'Anatomie, à la Faculté Victoria de cette ville, mais il dut résigner cette charge, à cause de l'état de sa santé, pour occuper la chaire d'hygiène pratique. Il était aussi médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu.

La Société Médicale dont il était le secrétaire habile depuis sa fondation, le comptait avec orgueil non-seulement comme un de ses fondateurs les plus dévoués, mais aussi comme un de ses membres les plus zélés, les plus actifs pour promouvoir ses intérêts. Enfin, de

puis quatre ans, il avait la rédaction de l'*Union Médicale*, et la belle réputation que s'est acquise cette revue, dans le pays comme à l'étranger, parle beaucoup en sa faveur.

Par un cruel retour des choses d'ici-bas, c'est au moment où, quoique jeune encore, il commençait à jouir du fruit de ses labeurs que la mort est venue trancher le fil de son existence.

Il fut non seulement un médecin distingué et savant, mais laissez moi vous dire qu'il était avant tout parfait chrétien. Parmi les nombreuses visites qu'il avait à faire journellement, il réservait la première à son créateur. Plus d'un de nos temples ont été témoins de sa ponctualité à s'acquitter, chaque matin, de cette tâche à laquelle il était de tout cœur.

Ses manières douces, sa conversation calme et modeste lui gagnaient la confiance de ceux qui s'adressaient à lui pour services professionnels et l'estime de tous ceux avec qui il faisait connaissance. Toujours prêt à se rendre utile, il courait partout où il était appelé, mais la pauvreté avec la souffrance était un titre à son dévouement.

Le monastère du Bon Pasteur et le Dispensaire de la Providence où il a exercé son zèle pendant plusieurs années, ne pourront jamais oublier les bons soins qu'ils ont reçu de lui.

Ceux qui l'ont bien connu savent qu'il n'avait rien à se reprocher du côté de ses mœurs et qu'il sut s'éloigner des dangers auxquels est exposé la jeunesse dans les villes.

Sur son lit de souffrance, s'il lui arrivait parfois de plier sous le poids de l'épreuve, un regard sur un crucifix qu'il tenait constamment sur sa poitrine ranimait son courage et fortifiait son espérance.

Si les vœux d'une famille affligée, si les soins assidus de l'amitié, réunis aux prières des communautés religieuses avaient pu retarder l'heure de son départ pour là-haut, nous jouirions encore de cette nature, vraiment belle pour tous ceux qui ont eu des rapports avec lui, mais magnanime pour ceux qui l'ont connu dans l'intimité.

Il a succombé à la phthisie, affection impitoyable qui choisit ses victimes de préférences dans les rangs de la jeunesse. Après avoir aimé Dieu et rempli sa mission ici-bas, il a passé à Dieu à l'âge de 31 ans seulement.

Si quelque chose pouvait adoucir la douleur de la famille du défunt, c'est l'assurance de la sympathie générale.

DR. A. LARAMÉE.

Les funérailles du regretté Dr. Georges Grenier ont eu lieu le 8 Juin. Une foule nombreuse suivait le char funèbre. Les porteurs des coins du poêle étaient MM. les Docteurs Edouard Desjardins, A. T. Brosseau, A. Laramée, E. P. Lachapelle, G. O. Beaudry et A. Meunier. La levée du corps a été faite par M. le Chanoine Du-

fresne. Le service a été chanté à Notre-Dame par le Rév. Père Lory, S. J. A l'église de la congrégation des hommes, dont le défunt était membre, on a récité l'office des morts. C'est le Rév. M. Giband qui a reçu le corps à la porte de cette dernière église.

Parmi les nombreux citoyens qui ont accompagné feu M. le Dr. Grenier à sa dernière demeure, on remarquait M. le Dr. Hingston, maire de Montréal. M. le Dr. A. Dagenais, président de la Société Médicale de Montréal; MM. les Drs. Rottot, Pelletier, Beaubien, Bibaud et Coderre, de la faculté Victoria; MM. les Drs. Scott et Howard, de la faculté McGill, presque tous les membres de la Société Médicale et la plupart des médecins de la ville.

—  
**CHARRIÈRE.**—M. Charrière a tenu de trop près à la famille médicale pour ne pas recevoir ici un juste tribut de regrets. Il vient de succomber, à l'âge de 74 ans, à une longue maladie qui l'avait condamné à une retraite presque absolue. Par son esprit inventif, son travail assidu, son honnêteté et les services qu'il a rendus à l'art chirurgical, Charrière a dû conquérir la fortune, les honneurs et l'estime générale. Sa vie et le respect qui reste attaché à sa mémoire peuvent servir d'exemple et d'encouragement à ceux qui, comme lui, ont un début modeste dans l'industrie. DR. A. DUREAU.—*Gaz. méd. de Paris.*

—  
**BÉHIER.**—Le professeur Béhier n'est plus! Saluons cet homme qui est mort, nous pouvons le dire, sur le champ de bataille. Jusqu'au dernier moment, en effet, le professeur est resté dans la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu; jusqu'au dernier moment il a tenu à faire passer des examens à la Faculté. Béhier se roidissait contre la mort.

C'est mercredi dernier qu'ont eu lieu ses obsèques à l'église de la Madeleine. Tous les corps savants auxquels Béhier appartenait étaient représentés. Les élèves du Val-de-Grâce et le personnel de l'Hôtel-Dieu ont également envoyé une délégation.

Sur la tombe ont prononcé des discours. MM. Hardy, Laboulbène, Liouville et Chaudé.—*Mouvement Médical.*

—  
**PERRIN.**—Le Dr. J. M. A. Perrin est décédé le 8 Juin, au Côteau St. Louis, près Montréal; il était âgé de 36 ans.

—:o:—  
**NAISSANCE.**

—  
 —A Montréal, le 26 juin, la Dame de A. Laramée, écrivain, M. D., un fils.