

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.

- 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:

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 pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed /
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

L'UNION MEDICALE

DE

CANADA

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE

PARAISANT TOUS LES MOIS

VOLUME VI



MONTREAL

MAISON D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 222 RUE NOTRE-DAME

1877

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

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

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

Vol. VI.

JANVIER, 1877.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Quelques considérations pratiques sur les luxations
du fémur et les méthodes de réduction

PAR LE DR. A. T. BROUSSEAU, CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU.

Lu devant la Société Médicale de Montréal.

Les luxations du fémur sont des lésions rares; sur 114 cas de luxations diverses observées par Malgaigne à l'hôpital St. Louis, ce chirurgien n'a rencontré que six luxations de la hanche; elles sont beaucoup plus communes chez l'homme que chez la femme; elles sont très rares chez l'enfant et le vieillard. Cependant un cas a été rapporté dans le *Lancet* de 1868, qui arriva chez un enfant de 6 mois.

La tête de l'os luxé peut reposer sur tous les points du pourtour de la cavité cotyloïde; mais au point de vue pratique on a fait quatre variétés principales: 1^o en arrière, 2^o en avant, 3^o en haut, 4^o en bas.

Toujours le ligament rond, la capsule ainsi que les muscles environnants sont déchirés.

Les luxations en arrière sont de beaucoup les plus fréquentes; la tête fémorale s'échappe par la large échancrure du bord postérieur du socle cotyloïdien.

Pour opérer une luxation coxofémorale il faut une cause traumatique extrêmement puissante; une chute d'un lieu élevé, une pression, un choc violent.

Pour bien diagnostiquer une luxation de la hanche il faut examiner l'attitude du membre, sa déformation, ses changements de longueur, ses troubles fonctionnels, etc., etc.

Notre intention n'est pas d'entrer dans les détails des signes différentiels des diverses luxations du fémur; un simple résumé suffira et encore au point de vue pratique seulement.

La luxation coxofémorale peut être confondue avec une contusion de la hanche, et les fractures du col du fémur.

La contusion de la hanche s'accompagne il est vrai, de douleur, de gonflement, de changement apparent dans la longueur du membre, de perte de ses fonctions, etc., mais il y a absence de la déformation caractéristique de la hanche et de la saillie normale de la tête de l'os.

L'attitude du membre que l'on ne peut ramener à sa position normale, malgré l'anesthésie, dissipe tout doute.

Les luxations coxofémorales ont quelquefois été prises pour des fractures du col du fémur, et les fractures du col du fémur pour des luxations.

Ces erreurs sont cependant assez faciles à éviter, si l'on fait attention que dans la fracture, il y a ordinairement rotation en dehors, crépitation, changement de longueur, perte des fonctions et mobilité du membre.

La fracture aussi a lieu plus souvent chez le vieillard que chez l'adulte, au contraire, la luxation à le plus souvent lieu chez l'adulte. De plus, dans la luxation, il y a déformation caractéristique de la hanche et par-dessus tout, attitude fixe du membre qui résiste à tous les efforts de rotation en dedans ou en dehors suivant la variété de luxation.

Il ne faut pas oublier que les luxations de la hanche sont quelquefois compliquées de fractures de la cavité cotyloïde ou du col du fémur.

On reconnaît ces complications par la crépitation et par la reproduction du déplacement après la réduction obtenue.

Dans la luxation, le malade ne peut placer ses deux jambes dans un parallélisme complet, celle du côté malade reste légèrement fléchie sur la cuisse et celle-ci sur le bassin.

Dans les luxations en arrière la fesse et la hanche sont plus bombées et plus saillantes que du côté opposé.

La mensuration de l'épine iliaque supérieure antérieure à la tubérosité du condyle interne du fémur donne un raccourcissement de $\frac{3}{4}$ de pouce.

Si l'on place un ruban de l'épine iliaque supérieure antérieure à la partie la plus proéminente de l'ischion, on constate que la partie la plus élevée du trochanter dépasse de près d'un pouce ce ruban.

Ce signe indiqué par Nélaton, laisse voir positivement un ascension du trochanter correspondant au raccourcissement constaté par la mensuration de l'épine iliaque au condyle interne du fémur.

La saillie dure et arrondie de la tête fémorale, en arrière de la cavité cotyloïdienne indique clairement qu'il y a luxation, ainsi que l'adduction, la flexion et la rotation en dedans de la cuisse, avec raccourcissement du membre. Dans les luxations en avant, il y a au contraire abduction, extension, rotation en dehors de la cuisse, changements de longueur variables.

La réduction des luxations de la cuisse ne présente pas toujours les mêmes difficultés.

Poubeau, un des premiers, a recommandé les méthodes de douceur. Desprès et Dobbeau sont de cet avis.

Le devoir du chirurgien est de débiter par elles et de n'en venir aux méthodes de force que lorsque les premières ont échoué.

La méthode de douceur qui convient le mieux, c'est la méthode dite de *dégagement*, qui consiste à imprimer à la cuisse des mouvements de *flexion*, de *rotation* et de *circumduction* destinés à dégager la tête fémorale et la faire rentrer dans sa cavité.

Le même procédé ne saurait convenir à toutes les variétés de luxation.

Pour les luxations en arrière, le procédé qui convient le mieux est certainement la flexion, combinée à la rotation et à la circumduction de dedans en dehors, suivi de l'extension et de l'adduction.

Pour les luxations en avant, il faut faire les mouvements de circumduction et de rotation de dehors en dedans, la cuisse ayant été préalablement fléchie sur le bassin.

Il est souvent fort utile de joindre à la flexion une légère traction sur la cuisse. Pour atteindre ce but, le chirurgien pose son avant-bras sous le jarret pendant qu'un aide maintient le bassin. Cette légère élévation est quelquefois suivie d'un succès qui n'avait pas été obtenu par la simple flexion.

Les chirurgiens du siècle dernier regardaient les muscles comme le principal obstacle à la réduction d'une luxation du fémur, et ils employaient la force pour vaincre leur résistance et en surmonter la difficulté.

Les chirurgiens modernes savent qu'avec le chloroforme les muscles n'offrent pas de résistance, tandis que les ligaments et la capsule en offrent beaucoup.

Plus la capsule est largement déchirée, plus la réduction est aisée. Au contraire, si la déchirure est petite, la tête fémorale y est retenue comme un bouton dans une boutonnière.

A présent que nous jouissons des avantages des anesthésiques, les mouffles et autres moyens de traction forcée doivent être mis de côté dans toute luxation récente, et dans le plus grand nombre des luxations anciennes, car les adhérences sont plus sûrement brisées par la manipulation, la flexion, la rotation, que par la simple extension.

La réduction de la luxation de la hanche par la manipulation est une des plus grandes améliorations de la chirurgie moderne. Le but de cette manœuvre est de se servir du corps du fémur comme d'un levier pour soulever la tête de l'os et permettre aux muscles de la ramener dans sa cavité en lui faisant retracer la voie par laquelle elle est sortie.

Le chirurgien doit bien se rappeler ses souvenirs anatomiques pour guider la tête fémorale dans la bonne direction.

Le professeur Nathan Smith disait, dès 1824, qu'il avait dans un cas réussi à réduire une luxation postérieure, après avoir "dirigé le membre dans toutes les directions, excepté la bonne."

La réduction par manipulation date des premiers temps de la médecine. Hypocrate dit: "Quelquefois, la cuisse est réduite sans préparatifs par la simple extension faite avec les mains et de légers mouvements; d'autres fois il est nécessaire de plier le membre à l'articulation et faire la rotation."

Entre autres méthodes d'Hypocrate, sont les suivantes: faire asseoir le blessé sur un barreau d'échelle et attacher un poids suffisant à la jambe luxée, ou bien encore de suspendre le patient par le membre luxé, la tête en bas, à une espèce d'échafaud, et si le poids du corps du blessé ne suffit pas, le chirurgien y ajoute le sien. Hypocrate appelle cette dernière méthode une manière convenable, naturelle et avantageuse pour ceux qui aiment les moyens ostensibles.

Les méthodes de flexion ainsi recommandées par Hypocrate ont disparu de la pratique pendant vingt-deux siècles, et c'est à Pouteau en France, et à Reid en Amérique, que l'on doit leur réintroduction dans la pratique chirurgicale.

M. le Dr. Bigelow pense que c'est tantôt la capsule. tantôt

les muscles qui empêchent la réduction; il conseille de faire fléchir la cuisse à angle droit avec le bassin, afin de relâcher le ligament ilio-fémoral ou ligament en Y de Bertin, et de faciliter ainsi la réduction. La traction étant faite directement en avant.

On a même conseillé de faire la *section sous-cutanée* de cette capsule, ainsi que du ligament de Bertin, afin de faciliter le retour de la tête fémorale dans sa cavité.

Luke Howe, de Boston, ancien élève de Nathan Smith, décrit ainsi la méthode mise en usage par ce célèbre chirurgien: Le patient étant couché sur le dos dans son lit, il élève le genou dans la direction qu'il cherche à prendre, c'est-à-dire vers le sein du côté opposé (dans la luxation postérieure), jusqu'à ce que la tête fémorale descendue, ramène le genou en dehors; à ce moment, il se sert de la jambe pliée à angle droit avec la cuisse, comme d'un levier pour opérer la rotation de la tête en dedans.

Quand on soupçonne qu'une simple et étroite déchirure de la capsule existe, il est nécessaire de faire la cir-umduction, afin d'agrandir l'ouverture et faciliter la rentrée de la tête fémorale dans sa cavité.

Notons bien que, règle générale, le genou ne doit être porté que dans la direction où l'on ne rencontre que peu de résistance; à un certain moment, la cuisse tourne d'elle-même, et la réduction a lieu.

Si la réduction est impossible par les méthodes de douceur, alors il faut avoir recours aux méthodes de rigueur, mais il n'est pas possible de prévoir d'avance à quels cas les unes ou les autres de ces méthodes sont applicables.

La manipulation, en raison même de la grande force que le fémur employé comme levier fait porter sur le col est apte à en déterminer la fracture, ou encore à faire passer la tête fémorale du dos de l'ilium au pubès, et convertir ainsi une luxation postérieure en une luxation antérieure.

C'est en élevant légèrement la cuisse et ne faisant que de légers mouvements de rotation que l'on évite ces accidents.

Notons bien du reste que les mêmes accidents arrivent durant les réductions par extension forcée.

La réduction par l'extension exige nécessairement le chloroforme. La saignée, les bains émétiques sont abandonnés depuis la découverte des anesthésiques.

La traction avec les mouffles doit être lente, graduée, il faut très souvent y ajouter la rotation et la traction en haut, ou en dehors et c'est durant ces dernières manœuvres que les fractures ont souvent lieu.

La réduction sera plus facile si la cuisse est fléchie à angle

droit avec le tronc car dans cette position le ligament iliofémoral est relâché. La traction est faite directement en avant.

Hamilton a fait la section sous-cutanée du ligament iliofémoral dans un cas où toutes les méthodes avaient été essayées en vain; ce dernier moyen ne fut pas non plus couronné de succès, mais il est bon de connaître cette ressource ultime qui est basée sur de saines notions d'anatomie et qui peut amener de bons résultats.

Sir A. Cooper défendait de réduire les luxations coxofémorales après huit semaines, mais cette limite est trop courte, et l'on cite des réductions de luxations iliaques et ischiatiques même obtenues après 65, 78 jours, six mois, un an.

On doit maintenir le membre immobile durant environ 15 jours après la réduction. Un bon moyen d'immobilisation consiste à fixer le membre luxé au membre sain.

Plusieurs fois la récurrence a eu lieu pendant que le malade faisait un effort pour s'asseoir sur son lit.

La fracture concomitante du col apporte un obstacle insurmontable à la réduction.

La fracture concomitante du rebord cotyloïdien exige une attention particulière. Pour empêcher la luxation de se reproduire, il faut autant que possible placer le membre dans une position telle que la tête fémorale repose contre la portion de la cavité opposée à celle qui est fracturée.

Lorsque la réduction a été tout à fait impossible et qu'elle a résisté à tous les moyens de douceur et de force des changements anatomiques remarquables s'opèrent du côté des os déplacés. Une néarthrose ne tarde pas à se former, qui acquiert une perfection presque complète.

OBSERVATIONS.

No. 1.—M. J. B., âgé d'environ 30 ans, rhumatisant, porteur d'une fistule anale, avait des habitudes invétérées d'ivrognerie. Un jour, étant complètement ivre, il est précipité du haut d'un long escalier: dans sa chute, il se fait une fracture du tibia, jambe gauche, et une luxation de la cuisse, jambe droite. Le médecin, appelé, constate la fracture du tibia, et applique l'appareil convenable. Le patient accuse bien aussi une douleur à la hanche droite; mais il l'attribue à son rhumatisme et à sa fistule, et avertit le médecin qu'il n'a pas à s'en occuper. Après quatre ou cinq semaines de lit, lorsque le malade essaie de se lever, il s'aperçoit, à son grand étonnement, que c'est sa jambe fracturée qui est la meilleure. Alors seulement le médecin constate une luxation du fémur en arrière. La réduction par

la simple traction est essayée, mais sans succès. Le patient est alors transporté à l'Hôtel-Dieu, où une consultation de quatre ou cinq médecins a lieu. On décide, malgré les six ou sept semaines écoulées, d'essayer la réduction. Le malade est de suite anesthésié, et on commence par des mouvements de flexion, de circumduction, de rotation, mais plus ou moins méthodiquement faits: on ne réussit pas. Les mouffles sont alors mises à contribution; les tractions sont faites directement en bas, le membre étant dans une ligne droite avec le corps. On réussit à déplacer la tête fémorale de sa position sur l'os iliaque, mais cinq ou six fois de suite, elle passe en avant dans la région ischiopubienne. On était sur le point d'abandonner la partie lorsqu'un des chirurgiens conseille un dernier moyen en sus des tractions avec les mouffles. Ce chirurgien passe une large bande endessous du haut de la ceinture luxée, la fixe autour de son cou, et tire en haut et en dehors, de manière à relever le trochanter et à faciliter l'entrée de la tête du fémur dans sa cavité. A la satisfaction générale, ce moyen réussit.

Comme nous l'avons déjà dit, c'est durant cette dernière manœuvre qu'ont lieu les fractures du col. Chez les personnes âgées, il est nécessaire de ne pas tirer trop fort sur cette bande, et de ne faire qu'une rotation externe modérée.

Deux heures durant, ce patient a été tenu sous l'effet du chloroforme.

M. J. B. est resté avec une légère claudication due à son rhumatisme qui, depuis, siège en permanence dans cette articulation.

No. 2.—Dans le mois de juin dernier, M. X., de la Rivière-des-Prairies, est amené à mon bureau par son médecin.

Ce jeune homme d'environ 20 ans avait fait une chute d'un lieu élevé. La luxation *variété iliaque* avait été diagnostiquée par le médecin qui avait fait quelques tentatives de réductions mais sans succès.

Le patient peu docile refuse durant 3 ou 4 semaines de venir à Montréal, il consent enfin à accompagner son médecin à l'Hôtel-Dieu.

Le malade profondément chloroformisé, je saisis le genou d'une main et le cou-de-pied de l'autre, je fléchis la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, laissant le genou se diriger vers le sein du côté opposé tout en accentuant un peu cette flexion; je sentis des craquements qui me firent craindre une fracture concomitante et je n'en continuai pas moins à faire la flexion combinée à la rotation et à la circumduction, dedans et en dehors suivi de l'extension et de l'adduction, et la réduction fut complète.

Le jeune homme a pu de suite marcher jusqu'à sa voiture et repartir pour sa paroisse avec la simple recommandation de bien tenir ses genoux accolés l'un de l'autre.

No. 3.—Le 11 juillet dernier, je fus consulté par M. E. P., de St. Lin. Son fils était dans l'impossibilité de marcher droit depuis quatre semaines, époque à laquelle il avait reçu une forte contusion à la hanche. En déplaçant des billots, il avait fait une chute, qui avait produit une luxation en arrière. Un médecin fut appelé qui essaya la réduction. Les changements opérés durant ses tractions lui avaient laissé croire à une réduction, de sorte que ce ne fut qu'après un mois que le père l'amena à Montréal me consulter.

J'examinai attentivement la hanche du jeune homme; je constatai la présence de la tête du fémur sur l'os iliaque. Le genou était dans la rotation interne, et remontait de près de deux pouces.

Circonstance quelque peu étrange, ce jeune homme pouvait marcher avec assez de facilité.

Comme dans le cas précédent, je fis la flexion, la circumduction, la rotation, et n'obtins qu'un changement de position de la tête fémorale, c'est-à-dire que je convertis la luxation iliaque en une luxation pubienne. De là changements des signes. Le raccourcissement était changé en allongement, la rotation interne en rotation externe, le gonflement de la fesse en une proéminence au pli de l'aîne, etc.

Je recommençai la flexion, accompagnée de la circumduction de dehors en dedans, suivie de l'adduction et de l'extension. La deuxième fois, je fis la traction en haut et en avant, en même temps qu'un aide maintenait le bassin, et la réduction fut parfaite cette fois.

Le malade est resté couché, le membre luxé fixé au membre sain, un bandage autour des hanches.

Après une huitaine de jours, M. P. laissait la ville pour sa paroisse natale, marchant presque sans claudication.

Je pourrais rapporter encore un ou deux autres cas de luxation coxo-fémorale où la méthode dite de dégagement et de fouceur a donné pleine satisfaction au chirurgien et au malade.

HOTEL-DIEU

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR MUNRO.

Résection du Coude

Esther Rochon, jeune fille de 16 ans a été admise à l'Hôtel Dieu de Montréal au mois de juin 1876. Depuis deux ans et demi, elle souffrait d'une inflammation de l'articulation du coude, produite par un coup. Pendant les deux premières années la douleur ne se manifestait que durant les mouvements étendus mais depuis six mois les souffrances étaient continues, la jointure gonflée et déformée. le coude traversé par plusieurs trajets fistuleux avait la forme d'un fuseau allant en s'amincissant par le haut et par le bas. A son entrée à l'hôpital cette jeune fille était débilitée par la suppuration et la douleur.

Il n'y avait pas de doute à avoir sur la nature de la maladie, la synoviale devait être ulcérée, les surfaces articulaires dépouillées de leurs cartilages, les os cariés, en un mot le diagnostic d'une tumeur blanche du coude n'offrait aucune difficulté.

L'avant bras était dans une demi pronation et une demi flexion; les mouvements de l'articulation étaient impossibles.

Les moyens locaux et généraux, c'est-à-dire les injections dans les trajets fistuleux, les applications fondantes, les toniques reconstituants, ayant échoués, M. le professeur Munro pensa qu'il ne lui restait qu'à pratiquer la résection du coude. Il ne fut pas question d'amputation car les avantages de la résection du coude sur l'amputation du bras, dans ces cas de tumeurs blanches sont trop évidents pour que le savant professeur ait hésité un instant à conserver un membre toujours utile et épargner à sa patiente les dangers d'une amputation.

Le 28 octobre l'opération fut pratiquée. La malade anesthésiée, le chirurgien fit à la région postérieure et externe du membre une incision en forme de z, il dénuda les os, ouvrit l'articulation et constata que la carie affectait les condyles, l'olecrane et une partie du radius.

Ces parties enlevées avec la scie et la cisaille, les lèvres de la plaie furent réunies par quelques points de suture seulement, afin de laisser un espace libre pour l'écoulement du pus.

Le nerf cubital a été évité avec tout le soin voulu.

Le bras fut suspendu au ciel du lit au moyen d'une longue gouttière antérieure. La fièvre traumatique fut légère, la température ne dépassa pas 39° 5 et lorsqu'on enleva les sutures vers le huitième jour, la plaie était en partie réunie par pres-

mière intention. Vers le vingtième jour on commença les mouvements de flexion et d'extension, la jeune fille s'y soumit durant quelques temps, mais trop sensible à la douleur elle finit par s'y refuser et laissa l'hôpital. L'indocilité de cette fille a un peu atténué les beaux résultats de cette résection; cependant à son départ elle pouvait déjà se livrer à une toule d'ouvrages manuels. Cette opération est une de celles dont notre vénéré professeur de chirurgie aura le plus à se féliciter; les résultats lui font honneur.

Montréal, 18 décembre 1876.

V. CLÉRAUX. B. M. V.

Société Médicale de Montréal.

Séance du 16 Novembre 1876.

Presidence du Dr. A. T. Brosseau.

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

Proposé par le Dr. E. P. Lachapelle, secondé par le Dr. Ed. Desjardins, qu'à l'avenir les réunions de la société aient lieu le premier et le troisième mercredi de chaque mois, à 8 h. p. m.

La motion est adoptée à l'unanimité.

Proposé par le Dr. Ed. Desjardins, secondé par le Dr. Dagenais, que le Dr. Conrad Gill soit admis comme membre actif de la Société.

MM. les Drs. A. Dagenais et E. P. Lachapelle ont bien voulu se rendre à la demande de la Société Médicale de Montréal pour agir comme délégués auprès de la Législature provinciale pour favoriser l'adoption du bill médical projeté.

Le Dr. G. O. Beaudry s'engage à présenter un travail à la première assemblée libre.

Et la séance est levée.

DR. G. O. BEAUDRY,
Assist.-Secret.-Trésorier S. M.

Séance du 6 Décembre 1876.

Le Dr. A. T. Brosseau, président, au fauteuil.

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

Le Dr. Chs. Filiatrault donne lecture d'un travail sur l'abcès iliaque.

Le Dr. A. Lamarche: La position du malade, dans le traitement de cette affection, doit-elle être observée? Ce qui m'engage à poser cette question, c'est que dans l'abcès de la cuisse le pus ayant une grande tendance à fuser sous le fascia lata,

et surtout entre les couches musculaires, il est important de faire garder au malade la position horizontale.

Le Dr. Chs. Filiatreault: Je crois que la position ne change rien au résultat. En obligeant le patient de garder la même position, on n'empêchera pas la fusion de se faire, et alors il ne faut pas perdre de vue les ravages que la matière, à la longue, pourrait occasionner *loco doloris*.

Le Dr. E. P. Lachapelle: Les cas d'abcès iliaques même péritoneaux sont graves, puisqu'on compte vingt mortalités pour cent. Le diagnostic présente souvent des difficultés quand la maladie n'est pas franchement déclarée. Ainsi, on peut confondre l'abcès iliaque avec le psittis, un abcès périnéphrétique, un déplacement du rein en voie de suppuration, et même une péritonite circonscrite. Après l'accouchement, le diagnostic est plus facile. L'état puerpéral aggrave le pronostic comme du reste dans n'importe quel foyer de suppuration.

Le Dr. Séverin Lachapelle: Le cas cité par le Dr. Chs. Filiatreault s'est terminé heureusement, mais est-ce que l'aspirateur n'aurait pas trouvé son application ici?

Dr. A. Laramée: L'abcès iliaque est un accident grave surtout durant l'état puerpéral qui en fournit un bon nombre de cas, mais il faut avouer aussi que fort heureusement les accouchements difficiles ou laborieux sont exempts le plus souvent de ces accidents. Il n'y a pas de doute que la misère, l'impression du froid ou des fatigues intempestives augmentent notablement, chez les nouvelles accouchées, la prédisposition à contracter l'inflammation péritoneale ou iliaque. J'ai connaissance d'un cas d'abcès iliaque à la suite d'un accouchement laborieux avec présentation de la face, qui s'est terminé heureusement par suppuration à travers la paroi vaginale.

D'après les statistiques, le côté gauche, sans pouvoir l'expliquer, est le plus souvent affecté et dans le cas rapporté par le Dr. Filiatreault l'abcès iliaque avait son siège du côté droit.

Dr. A. T. Brosseau: Le Dr. Filiatreault, dans son essai, en citant Depaul et Bernutz, s'appuie sur des auteurs qui font autorité. Les symptômes les plus importants, dans l'abcès iliaque, sont la douleur et la fluctuation, mais celle-ci est le signe le plus probant, cependant il n'existe pas toujours. La terminaison a lieu par suppuration ou induration, mais ce dernier mode de terminaison est très lent. La certitude de l'existence du pus étant établie, il faut favoriser l'écoulement de la matière vers la paroi abdominale et lui donner issue le plus tôt possible tout en évitant la péritoine qui se trouve alors refoulé. La position dans le traitement de l'abcès iliaque est indifférente. Du reste, il est plus naturel de laisser au malade le choix de

la position. J'ai confiance dans l'aspirateur parce qu'il entraîne de bons résultats à sa suite. J'ai eu occasion de l'employer, en diverses circonstances, en consultation avec des confrères.

Le premier cas était celui d'un cultivateur qui, après une rude journée de labeurs dans son champ a pris un abcès dans la fosse iliaque droite. La maladie existait depuis trois semaines lors que je vis ce malade pour la première fois. Il y avait beaucoup de douleur mais pas de fluctuation apparente. J'introduisis dans la région suspecte, une canule exploratrice presque capillaire à 2 ou 2½ pouces de profondeur et il s'échappa près de huit onces de matière fétide. Après cinq ou six jours, une nouvelle ponction amena une grande quantité de matière également fétide; il s'établit un écoulement continu qui dura quelque temps et la guérison fut parfaite.

Le deuxième cas était celui d'une ancienne demoiselle qui avait un abcès du côté droit. La première fois, l'aspirateur fit passer un pus louable, et à la deuxième ponction, il s'échappa un pus fétide. La malade se trouva soulagée, mais je la perdis de vue.

Le troisième cas était celui d'une jeune fille de quatorze ans qui portait un abcès dans la paroi abdominale. Il y avait gonflement comme dans une grossesse de six mois. L'examen par le rectum permit de constater distinctement la fluctuation. J'introduisis l'aiguille exploratrice par la même voie et il sortit une quantité considérable d'un liquide grisâtre et fétide. La quantité de matière échappée était bien près de quatre livres et à une deuxième ponction, un peu plus tard, ce liquide était moins fétide et moins considérable. La guérison fut également parfaite.

Le Dr. Ed. Desjardins: J'ai connaissance du deuxième cas dont le Dr. Brosseau vient de parler, et la malade a éprouvé du soulagement marqué du traitement par l'aspirateur, mais cette malade ne voulut plus se soumettre à aucun traitement. Elle est morte longtemps après d'une ascitation.

Le Dr. E. P. Lachapelle donne avis qu'il proposera à la prochaine séance le Dr. F. X. Trudel comme membre actif

Le Dr. N. Fafard s'engage à donner un travail à la prochaine séance du mois de janvier.

Le Président donne connaissance d'un cas intéressant d'occlusion congénitale du rectum chez un enfant de 27 jours.

(Le Dr. B. fera connaître au complet l'histoire de ce cas ainsi que le résultat de l'intervention chirurgicale dans une correspondance qui paraîtra prochainement dans l'Union Médicale.)

Et la séance est levée.

Dr. A. LARAMÉE,
Sec.-Trés. S. M.

BIBLIOGRAPHIE.

Les préjugés populaires sur les maladies de l'enfance, par le Dr. Emile Bessières, membre honoraire et lauréat de la Société protectrice de l'Enfance, lauréat de la Société d'Encouragement au Bien, membre correspondant de la Société de Médecine pratique de Paris. Ouvrage couronné par la Société protectrice de l'Enfance. Henry Bellaire, éditeur. - Paris, 1876.

“ Dans une série de lettres adressées à une jeune mère, sa propre fille, l'auteur passe en revue la plupart des préjugés populaires relatifs aux maladies de l'enfance. Ces lettres sont écrites avec beaucoup de bon sens et d'esprit. Leur lecture est pleine d'attrait : elle charme et instruit à la fois. L'auteur soigneusement évité l'écueil de faire trop de science ; il a dit tout ce qu'il fallait dire sans pédantisme comme sans banalité. Il fait ressortir avec beaucoup de trait et de sagacité tantôt le ridicule, tantôt le danger des erreurs et des superstitions qui assiègent le berceau des enfants et menacent leur santé. Enfin il donne à toutes les mères, dans la personne de sa fille, les conseils les plus sages et les avortis-ements les plus salutaires.”

Telle est l'appréciation que fait de cet ouvrage M. le Dr. Riant, dans son rapport annuel de la Société protectrice de l'Enfance de Paris, et avec une semblable recommandation le livre de M. le Dr. Bessières ne peut manquer de recevoir l'accueil qu'il mérite.

Voici les différents sujets qui sont traités successivement par l'auteur : la naissance, les envies, les affections intestinales, hernies et vers intes-tinaux, la vaccine, les affections des voies sériennes, la dentition, les fièvres éruptives, les gourmes et les humeurs, convul-sions et affections cérébrales.

En parcourant ces divers chapitres on est tenté de les croire écrits à notre adresse, tant est frappante la similitude qu'il y a entre les préjugés qui existent en France et ceux que l'on rencontre dans la Province de Québec. Aussi serions nous heureux de voir ce petit ouvrage entre les mains de toutes les mères de famille, il nous aiderait puissamment à faire disparaître ces préjugés qui, chaque année, causent la mort de tant d'enfants.

Almanach-guide de la mère de famille. *Recettes utiles -- Petits conseils, par le Dr. S. A. Maurin, président de la Société protectrice de l'enfance de Marseille, librairie de familles, 71 rue des Saints Pères, Paris, 1877.*

Cet almanach est bien en effet le guide de la mère de famille, elle y trouvera sous une forme attrayante et concise une foule de conseils pratiques et de recettes utiles, en un mot, elle saura après l'avoir parcouru, tout ce qu'elle doit faire et tout ce qu'elle ne doit pas faire.

The use and value of arsenic in the treatment of diseases of the skin by **L. Duncan Bulkley, A. M., M. D., physician to the skin department, Demill dispensary, New York, etc., etc.** D. Appleton & Co., Editor, 549 & 551 Broadway, New York, 1876 pp. 45.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Des pleurésies latentes et du jaborandi.—Je viens, dans l'espace d'un mois, d'observer dans ma clientèle deux cas de pleurésie latente, dont je vous envoie la relation.

Le 7 septembre, je suis appelé auprès de Mlle. Ch., de la Naviclière, commune de Saint-Christophe-la-Jarrie, belle et fraîche jeune fille de 18 ans, mais d'un tempérament lymphatique : sa sœur a été atteinte, l'an dernier, d'une pleurésie tuberculeuse. Peu exposée aux intempéries, cette jeune fille travaille chez elle et elle ignore la cause de son mal, seulement en soignant et veillant sa mère atteinte, il y a deux mois, d'angine diphthéritique, elle a ressenti, au côté gauche et quand elle toussait, une petite douleur à laquelle elle n'a point pris garde, n'ayant eu ni fièvre, ni frissons. Plus tard la respiration devint gênée, plus courte que d'habitude, et la toux plus fréquente, cependant, elle vaquait toujours à son ouvrage accoutumé, mais bientôt l'oppression devint extrême et la fièvre a été si forte, la veille, 6 septembre, qu'elle se décida enfin à me faire appeler. Voici l'état dans lequel je trouvai la malade :

Elle est assise dans son lit, respirant avec moins de peine dans cette position qu'étant couchée; la face est pâle, la respiration courte et précipitée, le pouls petit, mou, à 108; quand le malade parle elle hache ses phrases, les émettant avec effort et

en plusieurs fois : une toux sèche l'interrompt fréquemment, absence complète de crachats, sueur aux tempes, narines dilatées; matité absolue dans tout le côté gauche; par un endroit ne résonne, dans cette vaste étendue on n'entend nulle part de bruit respiratoire. Pas de vibration appréciable à la main; dilatation sensible de ce côté, le cœur renoué à droite bat sous le sternum.—Exagération de la respiration du côté opposé.

Supposons un instant cette malade entrant dans une salle d'hôpital, son examen n'aurait éveillé, dans l'esprit du praticien, qu'une seule indication, qu'un seul traitement, la thoracentèse. Le peu d'affaiblissement de la malade, son sang encore assez riche, le bon état des voies digestives, l'accumulation si lente de la sérosité dans la plèvre et le peu de réaction générale qu'elle avait déterminée, eussent été autant de motifs d'encouragement et d'espoir d'un bon résultat pour une opération qui aurait immédiatement dégagé le poumon gauche; mais je n'ai pas besoin de le dire à mes confrères de la campagne, "s'il est des différences immenses entre la pratique de l'hôpital et la pratique civile, il y a un abîme entre la première et la pratique rurale. Quelles que soient l'autorité et la confiance inspirées par un médecin de la campagne, jamais il ne réussira, et surtout de prime abord, à imposer pareille opération. Le succès couronnerait-il ses efforts, on lui reprocherait d'avoir, sans nécessité bien démontrée, employé un moyen barbare? Echouerait-il, sa réputation et sa fortune médicale seraient pour longtemps compromises?"

Qu'on lise à cet égard, dans l'immortelle clinique de l'Hôtel-Dieu, les incertitudes, les hésitations, je dirai même les angoisses de Trousseau voyant expirer sous ses yeux trois malades atteints de pleurésie et n'osant pas pratiquer sur eux l'opération qu'il savait, qu'il sentait pouvoir les sauver, tant il craignait d'une part de s'inscrire en faux contre cet axiome de Louis qui a pendant trente ans régné sans conteste dans l'école: "On ne meurt pas d'une pleurésie," tant il redoutait, de l'autre, de soulever des orages intus et extra en donnant le premier exemple d'une hardiesse bien légitime cependant! Et cependant Trousseau exerçait dans un hôpital où sa parole, si bien dite, la parole du maître, faisait autorité! Et quand enfin, entraîné par une conviction profonde puisée dans l'autopsie de ses malades, il se décide à pratiquer la thoracentèse, voyez où et comment il s'y prend? Ce n'est pas dans son Hôtel-Dieu, devant ses disciples, devant les médecins étrangers qu'il fait son premier essai: c'est dans la pratique civile, sur la fille d'un de ses amis, plein de confiance en lui! c'est là, que seul, sans aucun appareil, sans appeler en consultation un collègue qui

le blâmerait peut-être, c'est là, dis-je, qu'il ouvre la poitrine. Comment, en présence de pareilles craintes du maître, nous serions-nous pas circonspects, nous ses humbles disciples ?

Aussi chassai-je bien vite cette pensée d'une opération, pour ordonner le traitement classique, sangsues, vésicatoire, nitre digitale ; cependant je sentais bien qu'il était insuffisant et que si l'épanchement augmentait dans la nuit, la mort subite pouvait arriver ? Mais que faire ? J'avais au début de l'année essayé, mais sans succès, le tannin à hautes doses, conseillé par le Dr. Duboué, de Pau ; je préfèrai alors avoir recours au jaborandi à qui le Dr. Lequesne de la Besace et le Dr. Michou avaient dû trois succès relatés dans la *Tribune médicale* (avril et août 1876). J'ordonnai donc une dose de 4 grammes de ce médicament pour le lendemain matin, 7 heures ; à 9 heures j'étais auprès de la malade : l'infusion avait été prise en une fois, cinq minutes après, la salive coulait abondamment et comme d'elle-même ; au bout d'un quart-d'heure survinrent des nausées et finalement des vomissements d'une eau glaireuse et collante où se retrouvait le goût du médicament et qui, laissée dans une cuvette, y forma une sorte de magma gélatineux. C'est alors qu'apparut la sueur qui perla au front, au visage et au cou et s'étendit au reste du corps, mais elle fut peu abondante (deux chemises seulement furent mouillées), tandis que la quantité de salive rejetée fut assez considérable pour tremper vingt mouchoirs. Les urines furent aussi copieuses et après quelques coliques survinrent deux selles. La température s'abaisa de deux degrés pendant ce temps-là. Et la malade fatiguée, mais respirant déjà avec beaucoup plus d'aisance, prit quelques heures d'un repos qu'elle n'avait pas goûté depuis deux jours.

L'amélioration se dessine encore plus nettement le lendemain. La dyspnée est bien moindre, le pouls a plus d'ampleur et bat 88, la matité est générale encore, mais on perçoit dans la fosse sus-épineuse le murmure vésiculaire et un peu de bronchophonie à l'angle de l'omoplate, le cœur se redresse, enfin malade et parents accusent un mieux relatif considérable.

J'espérais qu'après cette vive impulsion et sous l'influence des diurétiques et des vésicatoires que je promenai successivement tous les deux jours sur tout le côté gauche, en ayant soin de les couvrir de papier ordinaire huilé pour éviter la cystite cantharidienne, la nature viendrait à notre aide et ferait disparaître l'épanchement ; mais l'auscultation me montra un temps d'arrêt au sixième jour, et ce jour-là j'eus encore recours au jaborandi. Mais malgré ma précaution de le faire prendre en deux fois et à demi-heure d'intervalle, pour éviter les re-

misses, les mêmes effets se reproduisirent : peu de sueur, salivation abondante, vomissements, urines, selles, cependant cette fois le soulagement est plus accentué et continue sans se démentir; la matité disparaît de jour en jour, l'égophonie, le bruit de souffle deviennent de plus en plus appréciables à la base du thorax, le cœur reprend sa place accoutumée, la toux cesse, l'appétit renaît en même temps que les forces; la fièvre disparaît et la malade sort et se promène sans ressentir le moindre malaise, qu'ique à la partie postérieure et inférieure du poumon on trouve encore un peu de souffle et de matité. (Bruit de cuir.)

La personne qui fait le sujet de ma seconde observation est également une femme, la veuve Br., de Salle-la-Jarie, âgée de 28 ans. Cette femme allaite un enfant de six mois. Elle est d'un assez fort embonpoint et d'un tempérament lymphatique. Comme chez ma première malade, la pleuresie s'est faite d'une manière latente, sans point de côté, sans frisson, ni toux initiale. Peu à peu elle s'est sentie de plus en plus faible, son appétit a lentement diminué; de l'oppression est survenue, elle a augmenté après un mois; puis il y a huit jours la fièvre s'est montée, un peu de toux, une légère pleurodynie, et plus tard son essoufflement est devenu tel, qu'elle a enfin réclamé les secours de l'art. quand je la vois, le 12 septembre, elle ne peut plus faire un pas sans s'arrêter, elle ne parle pas sans être essoufflée, sans avoir des sueurs au visage.—La matité à gauche est générale, absolue, excepté sur le rebord du sternum où existe la résonance Skodique. Les autres signes sont identiques à ceux de l'observation précédente; il est inutile de les énumérer à nouveau. Ainsi donc chez cette femme, bien que l'élément inflammatoire ait été si peu de chose qu'il a pasé inaperçu, l'épanchement séreux a été fort considérable; peut-être le tempérament lymphatique de mes deux malades explique-t-il cette exhalation surabondante, mais qui s'est faite avec tant de lenteur que leur économie s'y est pour ainsi dire habituée. Peut-être ont-elles toutes deux en partage ce que Trousseau appelait la *diathèse séreuse*, justification plus spécieuse que réelle d'un phénomène morbide dont la véritable explication est encore à trouver?

Il me suffira de dire que cette seconde malade a été soumise à la même médication que la première, seulement elle a été nourrie un peu plus que l'autre, à cause de son bébé qu'elle a allaité trois fois par jour. La digitale, la scille, les vésicatoires (la première malade en a eu jusqu'à 5, la seconde 7), le nitre, le jaborandi ont été successivement employés, les vésicatoires tous les deux jours, le jaborandi tous les trois jours, à la dose

de 4 grammes; la première fois, la femme Br. a mouillé une chemise, mais les autres prises n'ont pas déterminé de sueurs; aucune d'elles n'a provoqué de vomissement avec la précaution que j'ai eue de les diviser en trois parts, à prendre de cinq minutes en cinq minutes. La salivation a paru après un quart d'heure, et la quantité peut en être évaluée à un litre et plus, car, trois et même quatre grands torchons en étaient imbibés chaque fois; il survenait ensuite de la fatigue, de l'affaiblissement et même de la diplopie; l'émission de l'urine n'a pas été plus abondante, mais quelques coliques se sont toujours fait sentir.

Le jaborandi n'a point tari le lait et l'enfant a continué à têter, quoique un peu moins qu'à l'ordinaire et sans aucun trouble apparent, circonstance à noter, car si d'autres faits confirmaient mon dire, il s'ensuivrait qu'on pourrait, sans inconvénient, donner le jaborandi à une nourrice.

Aujourd'hui ma malade, qui a pris six fois du jaborandi, est en convalescence; après chaque prise de remède l'épanchement diminuait sensiblement, — et bien que le traitement ait été complexe, je ne doute pas que le plus beau rôle ne doive être attribué au produit importé en Europe par le Dr. Coutinho. — Que chacun de nous, recherchant en sa mémoire ces pleurées interminables avec épanchement où le liquide devenant séropurulent, puis purulent, finissait tantôt par s'échapper au dehors par une fistule en dehors, tantôt par une vomique, ou une perforation dans le côdon et où le plus souvent une résorption putride et la mort terminaient la scène, que chacun de nous se demande si, avec les moyens ordinaires, il se serait en moins d'un mois débarrassé de pareilles complications? la plupart d'entre nous répondraient par la négative.

Maintenant, comment expliquer cette propriété du jaborandi? Lui accorder une action spécifique sur les glandes salivaires et les glandes sudorifiques, c'est bientôt dit, bientôt fait, mais est-ce bien satisfaisant? Avouons-le, toute la partie médicale et thérapeutique du jaborandi est à faire.

Ainsi M. Rabuteau, dans sa matière médicale, considère l'effet sudorifique du jaborandi comme le plus prompt à se montrer et le plus important; or, nous avons vu que chez nos malades la vertu sialagogue a singulièrement et toujours primé son action diaphorétique. Peut-être à l'état frais les feuilles de cet arbuste agiraient elles dans ce dernier sens avec plus d'efficacité, mais dans l'état ordinaire des choses, nous maintenons que notre observation est exacte. Les expériences faites en Italie sur le cheval avec le jaborandi à la dose énorme de 70, 100 et même 150 grammes, dose nécessaire pour obtenir quelque

effet (voir l'*Abeille médicale* du 18 août 1876,) et ont déterminé une salivation de 2 à 3 litres de liquide, mais d'effet sudorifique, point. La peau de l'animal est restée sèche; la diurèse a été abondante; il y a bien eu des coliques et des borborygmes, mais pas du tout de sueur.

Les expériences faites sur des chiens, par les docteurs Tizoni et Chiocconi, ont eu les résultats suivants: salivation, langue pendante, essoufflements, borborygmes, entéralgie, vomissements, urine et évacuations diarrhéiques abondants, affaïssement consécutif, à dire vrai, mais point de sudation, ce qui n'a pas lieu d'étonner chez les chiens. Le médicament a été donné à la dose relativement élevée de 4 grammes.

M. Ratuteau dit que pendant ces effets, la température buccale a été plus élevée. J'ai observé, chez l'une de nos malades, que la température générale a été au contraire abaissée.

Si nous nous occupons maintenant des effets particuliers, du mode d'action du jaborandi dans le pleurésie avec épanchement, nous entrons dans un champ libre aux hypothèses. Or, voici ma pensée à cet égard.

J'explique la disparition quelquefois soudaine, d'autrefois lente, mais toujours appréciable et sensible de l'épanchement, après chaque prise du remède, par le déplacement du flux morbide. Les vaisseaux exhalants de la plèvre, congestionnés et d'un volume double ou triple de celui qu'ils avaient antérieurement, sous l'impulsion et sous l'aspiration d'un autre fluxus très-énergique établi, il est vrai, dans un autre point du corps mais pas très-éloigné, s'affaïssent, diminuent, se resserrent. La source ancienne se tarit et s'efface pour faire place à la nouvelle. Le stimulus artificiel s'est établi ailleurs et le fluxus l'y suit.

Que de fois ne sommes-nous pas les témoins de phénomènes naturels identiques? Que de fois une collection purulente abondante disparaît-elle pour toujours après des sueurs copieuses, une diurèse excessive, ou des selles abondantes? Que de fois un vésicatoire a-t-il, en suppurant extraordinairement, fait disparaître un abcès? Pourquoi les mêmes effets ne suivraient-ils pas une dérivation aussi énergique et surtout aussi instantanée que la salivation occasionnée par le jaborandi? Cela me paraît infiniment probable, et, s'il en est ainsi, il serait intéressant de remarquer si la disparition subite et totale de l'épanchement (comme on en a relaté des exemples), a coïncidé avec une diurèse ou une salivation exceptionnellement abondante.

Pour moi, je ne négligerai point à l'avenir d'ajouter à la médication classique de la pleurésie, l'usage du jaborandi aussitôt

que les signes de l'épanchement se révéleront à mon oreille, et je me trouverai très-heureux de pouvoir, si ces succès se confirment, éviter, grâce à lui d'abord, l'opération de la paracenthèse qui est loin d'avoir des résultats toujours heureux et d'être toujours exempte de dangers, et, en second lieu, la transformation de ces pleuresies latentes, si communes dans nos campagnes, où on est *dur au mal et dur à son corps*, en pleuresies tuberculeuses ou en phthisies pulmonaires, que Trouseau signale avec insistance à notre attention dans sa clinique médicale, véritable bréviaire du médecin militant.—*Revue de Thérapeutique Médico Chirurgicale.*

Dr. GÉLINEAU.

Nouvelle théorie de la chorée ; par le Dr. Stevens.—

Dans une des séances du mois d'août de l'Académie de médecine de New-York, le docteur Stevens a formulé la proposition suivante : " La chorée est un trouble fonctionnel du système nerveux, qui peut donner lieu à des lésions organiques, et qui résulte d'une irritation dépendant d'une perturbation de la réfraction oculaire."

Cette étrange assertion repose sur une série de faits recueillis dans ces deux dernières années. L'auteur a rassemblé trente-trois observations de chorée, et vingt-quatre fois il a noté la coïncidence de l'hypermétropie simple; chez les neuf autres malades, il existait des troubles variés de la réfraction. Chez tous les choréiques qu'il a traités lui-même, M. Stevens n'a eu qu'à se louer de l'emploi des verres convexes, qui ont, selon lui, produit une modification salutaire des phénomènes nerveux.

Dans le cours de la discussion qui s'est élevée au sujet de cette communication, M. le docteur Seguin, sans contester l'importance du travail de M. Stevens, a fait remarquer la rareté relative de la chorée comparée aux cas de myopie et d'hypermétropie que l'on rencontre si souvent dans les écoles. Il faudrait donc bien se garder de chercher à généraliser une théorie qui est tout au plus applicable à un nombre restreint de faits. Chacun sait, du reste, que la chorée peut résulter d'un grand nombre d'états pathologiques différents et d'irritations périphériques de nature diverse. L'influence des maladies du cœur sur la production de cette névrose est aujourd'hui bien connue. Néanmoins, les observations de M. Stevens sont très-intéressantes, et méritent d'être prises en sérieuse considération.—*The Medical Times and Gazette* du 14 octobre 1876.—*Gazette Médicale de Paris.*

De l'emploi du vésicatoire dans la pleurésie.—

M. Jules Besnier étudie l'action du vésicatoire dans la pleurésie, et insiste surtout sur les avantages que l'on peut en tirer au début de la pleurésie ; pour lui, l'application hâtive du vésicatoire ne peut avoir que des avantages, et elle serait bien supérieure à l'application tardive, c'est-à-dire faite après la chute plus ou moins prononcée de la fièvre.

M. Besnier démontre ensuite que, d'après la marche et les symptômes de la pleurésie, cette intervention par le vésicatoire à la période initiale de la maladie est la seule médication qui soit indiquée et qui puisse être réellement efficace. “ In sanationem ope natura, vel artis, in initio, dum simplex adhuc morbus... exit pleuritis.” (Van Swieten.)

Il examine enfin si le vésicatoire, ainsi appliqué dès le début des accidents, peut être nuisible et peut aggraver soit les symptômes généraux, soit les symptômes locaux. Au point de vue des symptômes généraux, il insiste sur ce fait que la fièvre du vésicatoire n'est que passagère, et ne peut influencer en rien le mouvement fébrile dû à la maladie ; et que d'ailleurs cette influence nuisible ne peut s'expliquer ni par la réaction provoquée par l'irritation de la peau, ni par celle qui serait déterminée par l'irritation du rein. Interrogeant la tradition, il montre que de tout temps on a eu recours aux vésicatoires, malgré le mouvement fébrile, soit dans les fièvres malignes, soit dans les pleurésies aiguës de toute sorte. Interrogeant également les données les plus récentes de la physiologie expérimentale sur l'action de la cantharidine, il montre que les expériences pré-entées en 1874 à la Société de biologie par le docteur Galippe, et sur lesquelles il s'étend longuement, confirment la manière de voir de l'école italienne qui considère cette substance comme un agent cardiaco-vasculaire et antipyrétique ; et il en conclut que, d'après ces expériences, le vésicatoire, loin d'être une cause d'augmentation de la fièvre de la maladie, aurait plutôt, à un moment donné, une action générale sédative propre à la combattre ; en tout cas, ces données expérimentales sont une preuve de plus en faveur de l'innocuité de ce moyen de traitement relativement aux accidents fébriles.—*Journal de thérapeutique*, 1876.

Le docteur Alfred Jarry soutient, lui, la thèse opposée :

“ L'expérience de nos maîtres, dit-il, les observations que nous avons recueillies nous-même, nous ont appris que le traitement de la pleurésie par les vésicatoires appliqués dès le début de la maladie était au moins inutile, sinon dangereux. On nous objectera, il est vrai, que, ce danger de l'application d'un vésicatoire à la période initiale de la maladie, nous n'avons pu

le prouver par des observations précises ; mais il est toujours difficile, en thérapeutique, de montrer que l'aggravation d'une maladie tient à telle ou telle méthode de traitement.—*Thèse de Paris*, 14 juillet 1876, No. 240.

Le docteur Dechange, médecin principal dans l'armée belge, soutient au contraire les avantages des vésicatoires dans le traitement de la pleurésie, même à son début. Il s'élève contre la pratique qui tend à généraliser les ponctions thoraciques, et il montre les dangers de cette méthode et l'engouement irréflechi dont elle est l'objet. Une statistique prise dans les hôpitaux militaires belges montre que, sur 41 cas de pleurésie, on a constaté, dans les 4 cas où la thoracentèse a été pratiquée, 3 décès ; tandis que, dans les 37 autres cas traités par les vésicatoires, on a signalé que 1 seul décès.—*Archives médicales belges* octobre 1876, p. 249.

La flagellation.—Le docteur Lévi communiqué au *Journal d'hygiène* une note fort curieuse sur un mémoire présenté par lui à l'Institut royal des sciences de Venise. En voici le résumé :

“ Une de ses malades, atteinte d'asthme nerveux, tomba après quelques cuillerées de mixture narcotique et une injection sous-cutanée d'acétate de morphine (2 cent.) dans un état de mort apparente ; des frictions énergiques avec de l'ammoniaque liquide, des affusions froides, ayant été successivement essayées, une saignée n'ayant pas produit plus de résultat, le Dr. Lévi, s'inspirant d'un cas à peu près analogue relaté dans la clinique du Dr. Graves, se fit aider par trois élèves jeunes et vigoureux, et tous quatre pratiquèrent ensemble la flagellation sur la plante des pieds et la paume des mains avec des baguettes minces et flexibles : au bout d'une demi-heure, quelques mouvements se produisirent dans les jambes d'abord, puis dans les bras ; la respiration revint, la circulation du sang se rétablit ; mais si on suspendait la flagellation, la malade retombait aussitôt dans l'insensibilité ; enfin, après une vingtaine de minutes encore, l'intelligence reparut tout entière, il n'y eut aucune lésion locale et la guérison se compléta promptement. Plusieurs médecins furent témoins de ce fait arrivé en 1869, et entre autres l'illustre Dr. Namies, oncle et maître du Dr. Lévi.

“ Il y a quelques semaines, un fait analogue se produisit encore à l'hospice marin : un jeune médecin, ayant avalé par méprise une dose toxique d'un fébrifuge spécifique contenant, paraît-il, de la noix vomique, fut saisi d'abord de nausées, de vomissements, de tremblement nerveux, puis d'un véritable accès épileptiforme qui se termina par un état de mort appa-

rente; là, comme dans la première observation, aucun moyen ne réussit à le faire revenir, pas même l'injection sous-cutanée d'ammoniaque; ses collègues, aides au même hospice dont le Dr. Levi est médecin en chef, le sauvèrent en lui flagellant vigoureusement, tous quatre à la fois, les plantes des pieds et les paumes des mains, pendant vingt minutes."

Selon notre avant confrère, l'explication de ce fait se trouve dans la forte excitation des extrémités sensibles à la surface cutanée et dans l'action réflexe sur les centres nerveux, spécialement les nerfs crâniens, spinaux et grand sympathique; la force de percussion se transformant en force nerveuse, aboutit encore au mouvement en stimulant les contractions du cœur et des artères, et celles des muscles inspireurs et expirateurs.

Le Dr. Levi a fait à ce sujet de fort curieuses études historiques depuis les livres classiques de Celse, Avétée et Galien jusqu'à nos jours, remettant en lumière les observations de quelques médecins français, anglais et américains du dernier siècle; pour lui, l'expérience clinique et les observations physiologiques s'accordent à reconnaître à la flagellation énergique et prolongée sur les plantes des pieds et les paumes des mains, une merveilleuse puissance de stimulation sur l'excitabilité nerveuse engourdie ou éteinte, et sur la circulation du sang; les ramifications nerveuses sensibles des extrémités étant très nombreuses; et les aponévroses palmaires et plantaires très robustes, y protégeant les vaisseaux sanguins sous-jacents.

Il conviendrait donc, selon notre honorable confrère de ranger la flagellation parmi les excitants les plus prompts et les plus énergiques du système nerveux et des grandes fonctions de la vie organique; son application n'est opposée à aucun des moyens thérapeutiques employés d'ordinaire. — *Revue de Littérature Médicale.*

—

Bons effets du koumiss dans la diarrhée chronique.

— Dans les cas rebelles, un correspondant du *British Medical Journal* a trouvé que le vieux koumiss, ou No. 3, de la consistance du petit-lait, était un excellent remède.

Chez un malade âgé de plus de quatre-vingt ans, il n'arrêta pas seulement la diarrhée complètement, mais il rétablit les forces, qui étaient peu à peu tombées à un degré dangereux; le tremblement nerveux des pieds et des mains disparut dans les douze heures qui suivirent la première dose, et la digestion, le sommeil et la nutrition s'améliorèrent progressivement.

Pendant le traitement au vieux koumiss, il faut exclure le lait et les fruits du régime du patient; et si celui-ci est sec et

nerveux, une abstinence complète de thé et de café activera la cure. M. Walter Haxworth, écrivant sur le même sujet, conseille d'employer un quart de grain de nitrate d'argent avec addition d'extrait de laitue, nuit et jour; après le repas un peu d'acide nitrique dans une décoction d'écorce de chêne; enfin un lavement d'eau froide par jour.—*British Med. Journal*, 19 août 1876.—*Bulletin Général de thérapeutique médicale et chirurgicale*.

De l'érysipèle à distance.—Pendant longtemps les chirurgiens ont cru que l'érysipèle naissait toujours d'une plaie, de son bord immédiat, et évoluait ensuite en s'étendant au loin.

Cette croyance est combattue actuellement par un grand nombre de médecins, qui ont vu d'une façon manifeste l'érysipèle naître loin de la plaie (à distance) et sans qu'on pût invoquer à ce niveau une irritation capable de le produire. M. Verneuil a été un des premiers promoteurs de cette observation, et pour lui cette forme du début de l'érysipèle indique nettement que cette affection est non pas locale, mais bien une maladie atteignant l'économie toute entière.

Le docteur Barbanneau rapporte plusieurs observations d'après lesquelles il démontre: que l'érysipèle peut naître à distance variable tout en restant dans la même région, mais qu'il peut naître aussi dans une région toute différente, c'est ce qu'on doit appeler "érysipèle à distance."

Le malade qui est atteint d'un érysipèle naissant de cette façon est donc soumis à un véritable empoisonnement septicémique.

Aussi doit-on le soumettre plutôt à un traitement général qu'à un traitement local.—*Thèse de Paris*, 1876.—*Bulletin Général de thérapeutique méd. et chir.*

Sur un cas de tic douloureux de la face datant de 28 ans et guéri par le bromure de potassium.—C'est un homme de 62 ans, bonnetier, qui depuis de longues années souffre de l'affection qui l'amène à l'hôpital, et a plus de deux cents crises par jour depuis deux semaines. Il a complètement perdu le sommeil, est dans une agitation continuelle et en proie au découragement le plus profond.

La douleur occupe la moitié gauche du front, la joue et la moitié du maxillaire inférieur du même côté. La moitié droite n'est pas et n'a pas été le siège d'accès. Voici en quoi ils ont

sistent: Brusquement, au milieu de la conversation, on voit toute la moitié gauche de la face se contracter violemment, la commissure labiale est fortement tirée à gauche, le front se plisser et la paupière supérieure s'abaisse, puis le malade porte vivement la main sur la joue ou la mâchoire inférieure et les comprime fortement, ou bien il les frotte avec une vigueur extrême; la face a l'aspect grimaçant, la bouche est largement ouverte et la langue à demi-projetée au-dehors; le malade pousse des gémissements sourds et se balance la tête avec les mains. Cette crise dure quelques secondes à peine; le malade, redevenu calme, reprend son récit jusqu'à ce qu'une crise nouvelle vienne l'interrompre.

En dehors des crises, la région n'est pas douloureuse; il n'y a ni hyperesthésie cutanée ni atrophie musculaire. La moindre pression sur les points d'émergence du trijumeau provoque une douleur aiguë, suivie d'une crise qui semble encore plus vive que de coutume. Une émotion, un courant d'air, un bâillement ou même le moindre mouvement provoquent une crise. Aussi durant ces derniers jours le malade s'est nourri exclusivement de soupes et de potages pour ne pas provoquer des mouvements de mastication. Depuis un an, une seule chose calmait ses douleurs, l'ivresse alcoolique.

En présence de ces signes, M. Peter porta le diagnostic: *Tic douloureux de la face ou névralgie épileptiforme*, ainsi que Troussseau avait dénommé cette affection rebelle, contre laquelle il administra à ses malades jusqu'à quatre grammes de sulfate de morphine, ou, dans un autre, quinze grammes d'extrait thébaïque.

Le médecin de l'hôpital Saint-Antoine, considérant les mots de *névralgie épileptiforme* comme une idée no-ologique aussi vraie qu'elle est féconde, appliqua au tic douloureux le traitement de l'épilepsie, c'est-à-dire le bromure de potassium à haute dose; c'est ainsi qu'il en fut prescrit 6 grammes par jour, à continuer pendant plusieurs semaines. Dès le lendemain, le malade déclarait avoir dormi toute la nuit, et quatre jours plus tard les douleurs avaient complètement disparu.

Le malade quitte l'hôpital complètement guéri après vingt jours de traitement par le bromure de potassium, traitement qu'il continuera de la façon suivante:

Pendant le 1er mois il prendra	6 gr.	de bromure de potassium	par jour.		
— le 2e	—	4 gr.	—	—	—
— le 3e	—	2 gr.	—	—	—

Ce fait démontre que dans les cas analogues il sera préférable d'employer le bromure de potassium à haute dose. son usage

ayant été si efficace dans ce cas, avant d'avoir recours à l'opium à doses massives, ou à la section des filets douloureux. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 octobre 1876.)—*Lyon médical*.

De l'emploi de la créosote du goudron de hêtre dans le traitement de l'expectoration des phthisiques.—Le Dr. Geo. Daremberg a d'abord fait avec grand soin l'analyse chimique des crachats des phthisiques; il a montré que les crachats des phthisiques peuvent contenir presque autant de phosphates et de chlorures que les urines, et que l'expectoration est pour eux une des voies par lesquelles sont expulsés les produits de la dénutrition; mais cette expectoration est non-seulement une des voies, mais aussi une des causes de cette dénutrition; ce qui indique des données pronostiques et thérapeutiques précises.

La créosote du goudron de hêtre a été employée en France par M. Bouchard, et dans cinq cas de phthisies avancées les résultats auraient été favorables, l'expectoration s'est rapidement tarie. On donnait de 20 à 40 centigrammes de créosote par jour. Cette créosote du goudron de hêtre serait, suivant Hlasiwetz et Barth, une combinaison de créosote ($C^8H^{10}O^2$) avec un hydrogène carbué.—Thèse de Paris, 1876.—*Bulletin général de Thér. médicale et chirurgicale*.

De l'eau de Cologne comme anesthésique.—Le docteur Hugues relate deux observations dans lesquelles l'eau de Cologne, versée en abondance sur un mouchoir et appliquée sur le nez, ne tarda pas à amener chez deux jeunes filles une insensibilité complète. Le sommeil arrive au bout de huit à dix minutes et se prolonge tantôt une demi-heure, tantôt une heure, et quelquefois davantage. L'inventeur de ce nouveau mode anesthésique, c'est-à-dire l'aînée des deux sœurs tuberculeuses, auxquelles le docteur Hugues donna des soins, avoue n'avoir pas toujours réussi, le moyen ayant été parfois trop long, fatigant et désagréable.—A d'autres le soin de contrôler ces expériences et de faire la part des essences et de l'alcool dans l'action hypnotique et anesthésique de l'eau de Cologne. (*Nice médical*, 1er novembre 1876.)

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Opération de gastrostomie pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage.—A deux séances de l'Académie, on s'est occupé avec grand intérêt d'un malade auquel M. Verneuil vient de faire la gastrostomie, de pratiquer une bouche stomacale, alors qu'un rétrécissement absolu l'empêchait complètement de faire passer les aliments par sa bouche normale.

J'ai dit dans l'article 10 226 que c'était là une bonne opération, pensant qu'elle finirait par avoir des succès. Elle a été pratiquée un assez grand nombre de fois en France et à l'étranger, et constamment avait été suivie de mort.

Comme je l'ai dit, le père de cette opération est M. Sédillot qui l'a proposée et deux fois l'a pratiquée sur des hommes atteints de ce cancer œsophagien. Il avait eu un opéré survivant dix jours. M. Verneuil, en opérant son malade, n'a pas négligé les indications de M. Labbe qui consiste à rapprocher l'incision des fausses côtes en évitant le muscle droit. Il est remarquable du reste, que M. Sédillot, tout en indiquant deux travers de doigt en dedans de ces fausses côtes s'en était, pour les opérations, plus rapproché, comme l'indiquent les observations.

L'estomac découvert, M. Verneuil, pour le maintenir dans la plaie pendant qu'il appliquait les sutures, au lieu de le fixer avec un fil, a passé deux longues aiguilles à acupuncture dans la partie herniée. Ces deux aiguilles, appuyant sur la paroi par leurs extrémités, fixaient solidement ce viscère. Des sutures d'argent furent placées sur l'estomac et la paroi, l'incision fut faite entre elles et une sonde fut mise en place.

Le malade a progressé favorablement, comme il est dit dans l'observation, et aujourd'hui il est pourvu d'une véritable bouche stomacale, par laquelle il s'injecte ses repas et qui ne se ferme pas, parce que la manœuvre renversée garnit son orifice.

C'est là un beau succès d'une bonne opération. Comme l'a fait remarquer M. Verneuil, l'organisme sur lequel il opérait était bon, car ce n'était pas pour un cancer, c'était pour un rétrécissement traumatique de l'œsophage, puis il a pris dans le mode de fixation toutes les précautions recommandées par l'expérience. Il a réussi et il est bien probable que d'autres chirurgiens suivront maintenant son exemple et que la gastrostomie comptera de nombreux succès. Immédiatement elle

sera mieux connue et nous n'aurons plus le regret de voir, comme cette fois, la plupart des organes de la presse même scientifique, intituler *gastrotomie* au lieu de *gastrostomie*, cette opération de création bien française.—*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Sur l'uréthrotomie interne.—“Ancien élève de l'hôpital du Midi, nous voulons faire connaître la pratique de notre excellent maître M. le docteur Horteloup, en insistant spécialement sur un instrument nouveau dont il sert.” Cette phrase de M. Peyneaud indique très-bien le but de sa thèse.

L'uréthrotome de M. Horteloup rentre dans la classe des instruments à lame cachée, mais sa lame est complètement mousse et ne présente dans aucun point de partie coupante.

L'instrument a la forme d'une sonde courbe et munie à son extrémité d'une bougie filiforme conductrice.

Près de son extrémité terminale se trouve un renflement destiné à indiquer le lieu du rétrécissement. La lame cachée sort un peu en avant du rétrécissement, mais parallèlement à la tige du rétrécissement. Il est inutile de dire qu'on peut graduer à volonté la projection de la lame.

Les principaux avantages de cet instrument sont : 1^o de ne pas couper les parties molles non résistantes, aussi laisse-t-il intacte la muqueuse et ne coupe-t-il que la coarctation, qui est ordinairement extérieure à celle-ci.

Une expérience ingénieuse prouve bien cette action spéciale : on prend un tube en caoutchouc que l'on entoure d'un fil à ligature, puis on introduit l'uréthrotome, et lorsque la boule ou renflement est arrêtée par le fil, on pousse la tige métallique qui fait saillir la lame ; le fil résistant se déchire, mais le caoutchouc est intact ou présente une moucheure insignifiante. Une expérience analogue a donné les mêmes résultats sur un urètre humain.

Aussi pas ou peu d'hémorrhagie après l'opération. La muqueuse étant in acte, la sonde à demeure est inutile après l'opération. L'uréthrite est nulle. Seize observations viennent à l'appui de ces affirmations.—*Thèse de Paris, 1876.*—*Bulletin Général de thérapeutique méd. et chir.*

De l'appareil en feutre plastique pour le traitement des fractures simples chez les enfants.—Le docteur Louis Bellet a observé, dans le service de M. de Saint-Germain

à l'hôpital des Enfants, les applications du feutre que fait ce chirurgien dans les fractures simples. Ce feutre plastique est d'origine anglaise et l'on ne connaît pas encore complètement son mode de fabrication; voici comment on doit s'y prendre pour faire avec ce feutre des appareils contentifs :

Le chirurgien taille sur une grande feuille, un morceau de la dimension jugée nécessaire, lequel est ensuite plongé dans l'eau bouillante, où il ne tarde pas à se ramolir. Ceci fait, la fracture étant bien réduite, et le membre que l'on veut immobiliser maintenu dans une position convenable par un ou plusieurs aides, le chirurgien applique d'abord à sa surface une bande sèche et roulée à l'endroit même et dans toute la hauteur que devra occuper la plaque de feutre. Cette précaution préalable est utile pour préserver la peau du contact immédiat d'un corps doué d'une température assez élevée et qui pourrait déterminer chez le jeune blessé, sinon quelques légères brûlures superficielles, au moins d'assez vives douleurs. C'est alors seulement, sur ce simple bandage roulé, qu'est placé le feutre plastique devenu malléable; quelques nouveaux tours de bandes suffisent pour le modeler exactement sur toutes les saillies et les dépressions, à la façon d'une épaisse couche de gutta-percha qu'on aurait étendue sur le membre.

En mouillant légèrement cet appareil avec une éponge ou une compresse imbibée d'eau froide, l'on obtient presque instantanément un moule parfait et d'une solidité remarquable. Telle est la composition de l'appareil en feutre dans sa plus grande simplicité.—*Thèse de Paris, 31 juillet 1876.—Bulletin Général de thérapeutique méd. et chir.*

Du traitement de la glossite par les incisions profondes, par le Dr. Richard Croly.—L'inflammation idiopathique de la langue, ou glossite, est une affection rare, mais qui peut nécessiter une intervention active et prompt. C'est ce que démontre le fait suivant :

Le mois dernier, M. Croly fut appelé en toute hâte auprès d'un homme, d'un âge moyen, dont la situation était des plus alarmantes. Sa langue, considérablement gonflée, pendait en dehors de sa bouche, et portait sur ses bords l'empreinte de ses dents. La déglutition était impossible. La respiration était très-gênée, et la face violée; le pouls était plein et rapide. La maladie paraissait avoir succédé à un refroidissement. M. Croly pratiqua de chaque côté de la langue une longue incision étendue de la base à la pointe. Il fallut pour cela faire glisser

le bistouri à plat le long de la face supérieure de cet organe, et lui imprimer un mouvement de rotation pour mettre son côté tranchant en rapport avec la surface tuméfiée. Un écoulement sanguin abondant se déclara, et le malade éprouva un soulagement immédiat. La guéri-on fut très-rapide.

M. Coly conseille aux praticiens d'agir de la même façon en pareil cas, c'est-à-dire de ne pas s'en tenir à de simples scarifications, mais de porter l'instrument à une grande profondeur.—*The Medical Press and Circular* du 18 octobre 1876.—*Gazette Médicale de Paris*.

Du débridement osseux dans les fractures des membres compliquées de plaies.—Après de remarquables recherches sur les travaux auxquels se sont livrés les hommes les plus éminents depuis une époque très-écoulée, sur les fractures et les accidents qui peuvent les compliquer, le Dr. Rousseau, dans sa thèse, apporte à l'appui de son étude de nombreuses observations. Puis, en terminant son travail, il résume, sous forme de règles, la conduite que tient M. Gnyon dans les cas de fractures compliquées de plaies, et c'est ainsi qu'il formule ces conclusions: Si la plaie est petite et le déplacement peu prononcé, il faut faire l'occlusion et réduire. De même que si le chevauchement des fragments est considérable, et si, par les renseignements fournis sur l'accident, il y a lieu de croire que les lésions des parties profondes sont étendues, alors même que la réduction ne présente aucune difficulté, on doit agrandir la plaie extérieure, débarrasser le foyer de toutes les esquilles libres, et compléter le débridement en réséquant les extrémités osseuses. En outre, dans les cas où l'occlusion, tentée de prime abord, échoue et où la suppuration s'établit, si les incisions des parties molles ne suffisent pas pour assurer l'écoulement des liquides pathologiques, il faut recourir à un débridement osseux secondaire.—Thèse, Paris, 1876.—*Bulletin général de Théor. médicale et chirurgicale*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

La medication intra-uterine.—Cautérisation au nitrate d'argent; porte-caustique—Dilatation du col.—Cautérisation à l'acide nitrique fumant.—Injections intra-utérines.—Conclusion

—La médication intra-utérines est bien loin de se présenter comme nouvelle, puisqu'elle a été depuis longtemps tentée et étudiée. Cependant quelques procédés récemment appliqués, un luxe de précautions minutieuses dans la pratique de cette méthode appuyée sur des notions récentes en gynécologie, lui ont fait faire des progrès assez sérieux pour qu'il soit utile au praticien de jeter un coup d'œil d'ensemble sur ces procédés, et nous résumerons pour lui les points principaux d'un grand nombre de travaux récemment parus.

Parmi de nombreux documents nous avons pu étudier un excellent mémoire italien publié dans les *Annali universali di medicina* (della medicazione entrouterina), par le docteur Carlo Liebman, de Trieste, dont nous tenons à résumer les points principaux, car il contient avec les plus sages conseils d'excellentes et probantes observations.

L'auteur établit avec juste raison que le catarrhe utérin, l'endométrite, les lésions de la cavité utérine se traduisant par des écoulements purulents opiniâtres, mais surtout par les métrorrhagies, sont particulièrement celles justifiables de cette méthode.

Comme on s'est depuis longtemps proposé la modification directe de la muqueuse utérine par des substances topiques, les moyens ont été extrêmement variés. Les uns sont simples, les autres sont un peu plus compliqués et au premier rang, parmi les simples, on doit placer l'introduction directe dans l'utérus de corps solides et modificateurs. Le plus employé de tous est sans contredit le crayon de nitrate d'argent, et le mode le plus simple est celui conseillé par M. Courty qui consiste à introduire dans la cavité utérine l'extrémité d'un crayon que l'on casse et qu'on y laisse. Bien qu'en ait dit M. Courty, cette méthode a des inconvénients, elle permet mal de mesurer l'action du caustique qui peut être trop forte ou insuffisante, à cause de sa forme droite, et surtout elle engendre de vives coliques, après lesquelles le caustique restant est expulsé enveloppé de mucus. Il s'agit là d'une méthode très-inférieure aux suivantes.

On a employé pour porter les caustiques dans la cavité utérine l'instrument de Lallemand ou des instruments analogues qui ont tous l'inconvénient de n'agir que sur une surface insuffisante et de cautériser très imparfaitement. Beaucoup de chirurgiens ont employé un stylet revêtu à son extrémité de nitrate d'argent cristallisé. Mais cet instrument de petit volume est peu maniable, et je lui préfère de beaucoup celui que recommande M. Siredey, et qui consiste en une sonde utérine de petit calibre dont l'extrémité présente deux cuvettes ouvertes. Cet instrument est chargé en roulant le bout dans du nitrate

d'argent fondu dans une capsule de porcelaine ; on en remplit les deux cuvettes et on en met sur l'extrémité de la sonde. On porte dans l'utérus l'hystéromètre ainsi garni et en le retournant, le déplaçant selon la forme de l'utérus, on est assuré de cautériser toute la surface nécessaire. Il faut cathétériser d'un bord avec une sonde simple plus volumineuse, puis l'introduire d'un seul coup et la faire séjourner de 10 à 20 secondes.

M. Liebman, qui du reste n'indique pas l'instrument de M. Siredey, mais seulement celui de Chiari, a peu de confiance dans le nitrate d'argent, et pense qu'en cas d'hémorrhagie abondante, il n'est pas utile d'y avoir recours. Sur ce point je ne saurais partager son avis, M. Siredey a vu, au contraire, que pour bien des hémorrhagies tenaces une ou plusieurs cautérisations avec cette sonde ont parfaitement réussi à tarir la source de l'hémorrhagie et, pour ma part, j'ai souvent appliqué ce moyen avec grands succès. Dans certains agrandissements de l'utérus, attribués à la métrite, avec écoulement purulent, puis pertes sanguines, ce moyen combiné avec des scarifications du col faites dans d'autres séances, constitue un traitement de plus heureux.

Cette application est tout particulièrement à conseiller parce qu'elle ne demande aucune préparation. Pour passer le caustique solide, le col ouvert est généralement assez dilaté. Il suffit d'avoir fait précéder la cautérisation d'un cathétérisme avec un instrument assez volumineux et on peut opérer sans forcer l'orifice.

Il en est de même toutes les fois qu'on fait l'application de crayon médicamenteux au tannin, au nitrate d'argent mitigé, etc.

En outre, ce moyen n'a rien de dangereux. Toutefois après la cautérisation, avec M. Siredey, nous recommanderons le repos absolu, sans cela on s'expose à des accidents redoutables.

Il peut arriver que l'on souhaite une action caustique plus énergique, plus complète, en particulier contre certaines lésions tenaces comme l'endométrite fongueuse, en un mot lorsqu'il faut modifier énergiquement la muqueuse utérine. Porter des pinceaux dans l'intérieur de l'utérus peut-être fait aussi sans préparation des voies et M. Nonat, par exemple, employait ainsi les solutions concentrées de nitrate d'argent et même le nitrate acide de mercure. Il introduisait dans l'utérus, en guise de pinceau, une petite tige de bois très-flexible à l'extrémité de laquelle est enroulé un fil épais de coton.

Le moyen ne serait pas mauvais si un tel pinceau ne portait pas son action surtout sur la muqueuse du col qu'il faut épargner.

guer, et M. Nonat avait déjà inventé un tube qui permet de porter un pinceau dans l'utérus.

A plus forte raison faut-il avoir une large voie pour arriver dans l'utérus quand on veut le cautériser comme Lomb Atthil, de Dublin, le conseille avec l'acide nitrique fumant, procédé que d'autres gynécologues ont suivi. M. Liebman, en particulier, l'a fait plusieurs fois et très heureusement. Cette cautérisation à l'acide nitrique fumant étant fort recommandée par des praticiens éminents, insistons un peu sur la manière de procéder.

Pour l'emploi d'un moyen aussi énergique, pour en assurer l'action, la localisation, il est indispensable d'ouvrir largement la cavité utérine, et pour cela de dilater l'orifice du col. Cette dilatation peut être obtenue immédiatement, par l'incision comme cela a été fait souvent et par la dilatation brusque avec divers appareils à introduire dans le col, comme des spéculums. Une telle manière de faire ne donne que des résultats insuffisants et n'est pas exempte de dangers, aussi se sert-on beaucoup plus des substances dilatatrices qui donneront une dilatation graduelle plus considérable et plus inoffensive. Aujourd'hui les tiges de laminaria et l'éponge préparée sont employées presque exclusivement.

La laminaire a l'avantage d'être rigide, facile à tailler, de ne pas s'imbiber beaucoup de liquides putrides, de se dilater considérablement. On la place en la mouillant sans l'imbiber de substances médicamenteuses. On peut laisser un fil fixé sur elle pour la retirer après dilatation. Pour que cette dilatation soit très-régulière, il est bon d'avoir mouillé la laminaire, puis de l'avoir séchée, cela la débarrasse d'une certaine quantité de sel qu'elle retient. On met par-dessus un tampon modérément serré.

Beaucoup de praticiens préfèrent cette substance à l'éponge préparée, pour les raisons que nous venons de dire, et aussi parce que cette dernière substance s'imbibe de liquides putrides, s'incruste dans la muqueuse et que certaines de ses portions irrégulières peuvent se détacher et rester dans la cavité utérine et amener des accidents graves.

M. Liebman convient de ces inconvénients, mais il pense que la laminaire est trop dure, trop rigide, ne se maintient pas en place, se dilate peu d'abord, puis très-rapidement et très-amplement à la fin de son séjour avec une force d'expansion énorme; aussi préfère-t-il l'éponge préparée d'après les indications que donne Sims dans sa *Chirurgie utérine*.

Prendre une éponge de bonne qualité, nettoyée, mais non blanchie, le blanchiment la prive d'élasticité. On la taille en

cônes de 3 à 5 centimètres de long, les uns plus petits et les autres plus gros que le pouce. On passe un fil d'archal par le grand axe de l'éponge, et on imprègne celle-ci d'un mucilage épais de gomme arabique. On enroule un fil autour de l'éponge, depuis la pointe jusqu'à la base; on retire le fil d'archal et on met aussi l'éponge à sécher. Quand elle est sèche, on retire le fil et on efface les aspérités de l'éponge avec du papier de verre. L'éponge est prête pour l'emploi.

Voici les précautions recommandées par M. Liebman pour rendre l'application de l'éponge aussi peu dangereuse que possible :

Il faut s'abstenir de l'employer lors de toutes les inflammations péri-utérines aiguës ou chroniques. Il ne faut pas opérer dans les jours qui précèdent la menstruation. On mesure d'abord la cavité utérine, puis on place l'éponge de telle sorte qu'elle dépasse l'orifice interne de 1 à 1 centimètre et demi. Il faut qu'elle ne touche pas au fond de l'utérus, ce qui serait dangereux, mais il faut qu'elle dilate l'isthme, sans quoi le but serait manqué.

Il faut que l'éponge fasse un peu de saillie dans la cavité du vagin pour faciliter son extraction. On introduit le cône dans le col après avoir placé le spéculum, mais sans fixer le col et sans user de force. Si on veut enduire l'éponge d'une substance glissante, un peu de glycérine phéniquée est le meilleur topique. Il est toujours préférable de commencer par l'application d'une éponge ou d'une tige de laminaire trop petite plutôt que par une trop grosse.

Quant à la condition capitale, le temps de séjour de la substance dilatatrice, M. Liebman pense qu'il faut être très-attentif et qu'on laisse généralement ce temps trop long. Il s'astreint rigoureusement à ne jamais laisser la substance en place plus de dix heures; souvent il la retire beaucoup plus rapidement, il la retire même au bout d'une heure s'il voit survenir de la douleur.

L'éponge extraite, soit par le moyen du fil fixé à sa base, soit avec une pince, on lui imprime doucement des mouvements de rotation. Une injection vaginale detergative doit être faite immédiatement.

On conseille de faire suivre cette extraction de l'introduction d'une éponge plus grosse. M. Liebman s'y oppose: il veut que l'utérus se repose au moins douze heures. Si même la région utérine est devenue un peu sensible, il faut laisser passer deux ou trois jours pour ne revenir à la dilatation que lorsque la sensibilité est complètement éteinte. Cette manière de faire est plus lente; on met quelquefois dix à douze jours pour dilater

un orifice que l'on aurait dilaté en deux ou trois jours, mais on obtient ainsi une précieuse sécurité.

La dilatation ainsi obtenue peut être telle qu'on explore la cavité utérine même à l'aide du doigt. On introduit alors un spéculum, on essuie la cavité utérine avec un tampon de coton, puis on introduit dans cette cavité un petit tampon de ouate bien imbibé d'acide nitrique fumant et on le laisse deux ou trois minutes; on le retire; on injecte dans le spéculum un peu d'eau froide, et avant de déplacer le spéculum on met un tampon imbibé de glycérine.

L'action du caustique est énergique, souvent une seule caustérisation a suffi.

Elle peut amener les oblitérations du canal utérin, comme Lomb Atthé et M. Liebman l'ont observé sur des femmes âgées; aussi est-il bon de protéger les parois cervicales par un spéculum utérin.

Cette médication paraît surtout nécessaire dans les cas où la cavité utérine est le siège d'hémorrhagies tenaces. On l'a faite avec succès même dans des cas où les hémorrhagies sont symptomatiques de fibromes interstitiels inaccessibles aux opérations. Avec toutes les précautions indiquées elles ne semblent pas dangereuses, mais elles sont sérieusement douloureuses. On peut donc les considérer comme de précieuses ressources et les réserver aux hémorrhagies qui ont résisté à d'autres moyens moins violents.

La médication intra-utérine a encore d'autres manières de procéder même sans parler du fer rouge, du galvano-autère dans la cavité utérine, comme cela a été fait surtout par Spiegelberg.

Les injections intra-utérines faites après les couches, après l'avortement, ou par des métrites hémorrhagiques, sont encore de puissants moyens très-discutés, mais qu'il faut connaître néanmoins pour les applications possibles. M. Gallard est aujourd'hui en France celui qui recommande le plus vivement l'emploi de ce précieux moyen dont il rappelait récemment le manuel opératoire dans un excellent article des *Annales de Gynécologie* sur le traitement de la métrite interne.

M. Liebman s'est arrêté sur ces moyens qu'il croit devoir être particulièrement utiles lorsqu'on a affaire à une cavité utérine très-agrandie, très-irrégulière comme dans certains cas de tumeurs fibreuses.

On a généralement reproché à l'injection intra-utérine de provoquer la péritonite en permettant au liquide injecté de passer dans les trompes. Une excellente thèse de M. Fontaine, 1869, a démontré que cela était presque impossible pour un

utérus développé au terme de la grossesse; une autre thèse de M. Guichard, 1870, a démontré que cela était encore très-difficile pour un utérus à l'état de vacuité ou après l'avortement, mais beaucoup de bons auteurs, comme M. Liebman, admettent la possibilité de ce passage. Je crois possible le développement de la péritonite dans ces cas, tout en n'admettant guère ce mécanisme, et je crois que pour l'éviter le procédé recommandé par M. Gallard est un des plus sûrs. Celui-ci emploie des sondes molles en gomme, marquant 10 de la filière Charrière (ayant au plus 3 millimètres, à 3 millimètres et demi de diamètre.) Elles doivent traverser le col utérin sans frotter, sans quoi il faudrait en prendre une plus petite. Une petite seringue analogue à celle pour injections sous-cutanées, mais plus volumineuse, servira de récipient pour le liquide et s'adaptera à la sonde.

Ayant mis un spéculum en place, on introduit la sonde dans le col, comme un hystéromètre. On juge la longueur de sonde introduite dans la cavité mesurée à l'avance, puis on adapte à la sonde la seringue remplie d'eau pure chauffée à 30 ou 35 degrés. La sonde a été remplie d'eau, elle en contient environ 70 centigrammes et tout ce qui passera d'eau en plus mesurera environ la capacité de l'utérus. On pousse lentement et ordinairement après un ou deux grammes injectés le liquide sur les côtés de la sonde. On peut continuer alors cette injection de lavage, puis on fait immédiatement, ou dans une autre séance, l'injection d'une solution caustique toujours précédée du lavage. Il faut de préférence n'employer pour celle-ci qu'une quantité de liquide inférieure à celle que contenait la matrice, à moins que la récurrence ne soit très-facile.

M. Gallard injecte ainsi de la solution de perchlorure de fer ou une solution de nitrate d'argent au quart ou au cinquième. Il recommande aux malades le repos dans les jours qui suivent l'injection.

M. Liebman n'emploie que la teinture d'iode ou la solution de perchlorure de fer dans la glycérine.

Perchlorure de fer cristallisé.... 1 gr.
Glycérine..... 10 gr.

Il considère comme des contre-indications la flexion utérine ou les inflammations péri-utérines. Il fait aussi une injection préalable d'eau tiède, et se sert d'une sonde à double courant plutôt que d'une sonde simple comme celle de M. Gallard.

Les injections de perchlorure de fer peuvent être d'un très-grand secours dans les cas d'hémorragie, et nous y avons eu recours plusieurs fois. Avec les précautions indiquées elles

paraissent pas devoir être bien dangereuses. Quant aux injections détersives pratiquées après l'avortement ou après l'accouchement à terme, elles sont de très-grandes ressources. Elles sont faites aujourd'hui communément. L'année dernière M. Tilt, à la Société obstétricale de Londres, les préconisait vivement, et dans une thèse toute récente du docteur Komorowski, *Des injections intra-utérines et de leurs indications dans les suites de couche*, nous trouvons quelques bonnes observations prises chez des femmes après avortement dans le service de M. Poailion, ou chez des femmes accouchées à terme dans le service de M. E. Labbe. Celle-ci apportent de nouveaux et excellents arguments en faveur de l'emploi de ces injections détersives.

On sait enfin que les injections de perchlorure de fer dans l'utérus pour les hémorrhagies après l'accouchement ont été beaucoup préconisées à Londres surtout par M. Barnes. Ce moyen, repoussé par d'autres accoucheurs, ne saurait être considéré autrement que comme une ressource extrême, mais il est impossible qu'on en oublie la puissance.

De cette revue les conclusions se tirent d'elles mêmes. On peut classer facilement les ressources dont dispose le praticien.

Tout d'abord il faut se souvenir que la medication intra-utérine ne devra s'appliquer qu'à des cas sérieux, à des métrites internes tenaces, à des écoulements persistants, et surtout aux hémorrhagies rebelles de la cavité utérine.

Le moyen le plus facile, habituellement efficace, est la cautérisation au nitrate d'argent, par le procédé si simple que conseille M. Siredey, suivi de l'application de tampons imbibés de solution de tannin dans la glycérine (1/5 de tannin.)

En cas d'échec, on peut recourir, comme je l'ai fait avec succès, à l'injection intra-utérine, surtout à l'injection de perchlorure de fer en très-petites doses, et appliquer le même tampon.

Enfin, considérant, jusqu'à nouvel ordre, la cautérisation à l'acide nitrique fumant comme une opération plus grave efficace dans des cas très-rebelles, comme le prouvent à nouveau les belles observations de M. Leblain, je crois qu'il faut la réserver pour des circonstances plus rares où les autres moyens échouent.

Mais quel que soit le moyen de la médication intra-utérine, même le plus simple, il faut recommander le luxe des précautions sans lequel elle peut être la source d'accidents graves.

La principale raison en est, comme je l'ai depuis longtemps démontré, que la cavité utérine est l'un des organes de l'économie les plus riches en lymphatiques d'où l'infection et l'inflammation peuvent s'irradier dans tous les systèmes voisins.

Quant à la dilatation préalable, il ne faut la faire qu'à bon

escient, car il ne faut pas oublier, comme le dit M. Liebman, que si les précautions diminuent les dangers, elle n'en est jamais exempte, et j'ai tenu à y insister parce qu'elle s'applique fréquemment, dans diverses autres circonstances, pour l'exploration ou pour le traitement.—*Jour. de méd. et de chir. pratiques.*

Du traitement de la mammite post-puerpérale.—M. J. Briot, après avoir étudié les causes de la mammite post-puerpérale, arrive aux conclusions suivantes relativement au traitement. En ce qui concerne l'ouverture des abcès avec le bistouri, ouverture conseillée et pratiquée si largement par beaucoup de chirurgiens, il la repousse, excepté cependant dans les cas où le pus décolle les téguments, et fuit vers les régions profondes. Si on ouvre ces abcès, on s'expose à voir survenir fréquemment l'erysipèle; de plus, des cicatrices étendues persisteront. Enfin on sectionne des conduits galactofères, et après de nouveaux accouchements, il peut y avoir rétention du lait dans ces conduits oblitérés, et même formation de nouveaux abcès. Dans les cas rares où cette incision sera absolument nécessaire, il faudra donc la faire dans un sens parallèle à la direction de ces conduits. Souvent le traitement prophylactique peut être couronné de succès: outre les soins de propreté du côté du mamelon, il consiste dans la compression méthodique et continue du sein, compression faite avec de la ouate et le bandage triangle-bonnet du sein, le Mayor. Il est essentiel, lorsqu'on l'applique, de tenir le sein fortement soulevé.—Thèse de Paris, avril 1875.—*Bulletin Général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

NOTES DE THERAPEUTIQUE.

Crayons de tannin et crayons médicamenteux.—M. Godin a d'abord donné la formule suivante pour les crayons de tannin :

Tannin..... 1 grs. xv.
Glycerine..... 1 goutte $\frac{1}{2}$

F. s. a. un crayon de 10 cent. de longueur. Ces crayons sont suffisamment durs pour être portés dans le col utérin sans ar

déformer et suffisamment ductiles aussi, puisque en les échauffant légèrement dans les doigts on peut les raccourcir ou les allonger.

Il donne aujourd'hui la formule suivante pour les substances autres que le tannin et peut-être aussi que le nitrate d'argent.

Substance médicamenteuse....	3i℥.
Gélatine.....	3i℥.
Glycérine	10 gouttes.

Pour dix crayons d'une longueur de 12 centimètres et de 3 millimètres de diamètre.

Ces crayons sont très-solubles et jouissent de l'incontestable avantage d'être flexibles, tout en étant assez résistants pour pouvoir être saisis sans s'écraser entre les mors des pinces à pansement utérin.—*Annales de gynécologie*, sept. 1876.—*Lyon Médical*.

Du mélange de l'alcool camphré et du chlorure de chaux comme antiseptique.—Le docteur Emile Hermant, médecin militaire belge, propose d'employer pour le pansement des plaies un mélange à parties égales d'alcool camphré et de chlorure de chaux liquide. Voici quels seraient les avantages de ce mélange :

1^o Comme anti-septique et désinfectant des plaies gangréneuses, d'un usage avantageux dans les plaies par armes à feu;

2^o Comme détersif; il possède à cet égard une action éliminatrice sur les tissus mortifiés, qu'il fait disparaître par une sorte d'absorption insensible et presque sans suppuration;

3^o Comme cicatrisant, nous avons déjà parlé de l'action contractive qu'il exerce sur les plaies, dont il favorise le rapprochement des bords.—*Archives méd. belges*, juin 1876, p. 407 — *Bulletin Général de thérapeutique méd. et chir.*

Traitement du prurit de la vulve.—Le docteur H. Z. Gill, de Jerseyville, traite le prurit de la vulve que l'on observe dans la grossesse par le nitrate d'alumine. Ce topique agit à merveille et mieux que tout autre. On l'emploie à la dose de grs. vij. dans une once d'eau tiède, en lotion sur la vulve ou en injection vaginale. Pendant les chaleurs, les applications doivent être bi-quotidiennes.—*Journal de Théor.*, 10 oct. 1876.—*Lyon Médical*.

Une potion contre le tænia.—La formule appartient à d'Hoilly.

Huile étherée de fougère mâle...	ʒij
Gomme arabique.....	ʒij
Sirop d'éther.....	ʒi
Eau de menthe.....	ʒiij

A prendre en deux fois le matin à jeun, deux heures après deux onces d'huile de ricin.—*Lyon Médical.*

Solubilité de quelques médicaments.—Un journal américain donne dans le tableau ci-dessous quelques chiffres relatifs à la solubilité des substances le plus souvent employées dans un once d'eau :

Iodure de potassium.....	ʒi
Bromure d'ammonium.....	ʒi
Bromure de potassium.....	ʒiij
Bicarbonate de potasse.....	ʒij
Nitrate de potasse.....	ʒss
Borate de soude.....	ʒss
Chlorate de potasse.....	grs. xxiv
Bichlorure de mercure.....	grs. xx

(*Saint-Louis clinical Record*, juin 1876.)—*Lyon Médical.*

Hydropisies.—Le Dr. Charles Burr recommande hautement, dans le *Medical and Surgical Reporter*, la formule suivante :

Infusion de digitale.....	ʒiv.
Acetate de potasse.....	ʒss.

Dose.—Pour un adulte, une cuillerée à soupe, pour un enfant une cuillerée à thé toutes les deux heures.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1877.

A nos Abonnés.

—

Avec cette livraison commence la sixième année d'existence de l'*Union Médicale*, âge le plus avancé qu'ait atteint aucune autre publication canadienne française du même genre. Aussi, depuis quelque temps, on entend à peine et à de rares intervalles les sinistres accents des prophètes de malheur, on comprend mieux les avantages, la nécessité d'une publication écrite dans notre langue et servant d'organe à nos opinions, à nos travaux et à l'expression de nos besoins. L'esprit de progrès et de confraternité semble se réveiller parmi nous et donne à espérer que la période de stage de notre journal est terminée et que nous pouvons désormais le considérer comme une propriété nationale établie sur une base solide. Mais ce résultat n'a pas été obtenu sans peine, bien des ennuis et des déboires ont dû être surmontés surtout par notre regretté prédécesseur, M. le Dr. G. Grenier qui a consumé à la tâche le reste de ses forces et les derniers efforts de sa belle intelligence. Les journalistes et en général tous ceux qui cherchent fortune dans les sciences et les beaux-arts deviennent rarement millionnaires en ce pays, à plus forte raison doit-il en être ainsi pour ceux qui comme nous n'ont pour les encourager qu'une très petite partie de la population. Heureusement, l'*Union Médicale* n'a pas été fondée et ne subsiste pas dans un but de spéculation mais uniquement pour les intérêts de la profession et de nos compatriotes en général.

Pendant ses cinq années d'existence, notre journal a produit deux résultats faciles à constater : il a favorisé les intérêts de la profession et développé le goût de l'étude chez les médecins ; quant aux connaissances qu'on a pu y puiser directement, à chacun de juger de leur valeur.

L'année que nous commençons promet de faire époque dans les annales de la médecine en Canada ; le nouveau bill médical élaboré à la satisfaction de tous les partis, et dont nous sommes surtout redevables à la Société Médicale de Montréal, va relever

le niveau moral de la profession et permettre à l'élément canadien-français, ou plutôt, le forcer à participer à l'administration des affaires de la profession. Jus-qua'aujourd'hui, nous avons, par apathie, trop longtemps négligé le soin de nos intérêts, au risque, bien souvent, de les voir sacrifiés; l'apathie, c'est là notre pierre d'achoppement, nous oublions trop que nous sommes les membres d'un corps scientifique, et que, pour protéger nos intérêts particuliers, il nous faut d'abord veiller aux intérêts généraux. En second lieu, le bill médical aura pour effet de contrôler l'admission des aspirants à la profession et d'éviter au médecin bien des ennuis en fait de questions monétaires et de charlatanisme.

Il est temps de nous prêter mutuellement un appui dévoué pour travailler au progrès scientifique du Canada. Ce ne sont pas les bras qui manquent, que chacun des six ou sept cents médecins canadiens-français que compte notre pays apporte à la science son contingent de travail et de bonne volonté, et nous pourrons sous peu rivaliser avec nos confrères de la République voisine. Nous nous sommes plaints, avec raison, jus-qua'aujourd'hui, que les moyens d'étude nous manquaient, mais cette lacune n'est plus maintenant aussi grande, et diminuera peu à peu en raison directe du travail et de la bonne entente des médecins.

On a fait des souhaits de bonne année un usage banal, une maladie chronique avec recrudescence annuelle à l'état aigu, mais pour nous ces souhaits sont bien venus et sont l'expression d'un besoin urgent. Souhaitons l'avancement des sciences médicales en Canada, le triomphe de la médecine sur le charlatanisme (bien des médecins y trouveront leur compte), souhaitons que le médecin sache se faire respecter comme il le mérite, et souhaiton-le tous ensemble, mais soyons sérieux et conséquents, notre souhait deviendra une résolution qui, bien tenue, bénéficiera au médecin, à la profession et à nos compatriotes en général. Ce sera mieux que de nous souhaiter une longue vie mal employée et une couronne de lierre à la fin de nos jours.

Nos Etrennes.

Notre bilan pour l'année qui vient de s'écouler accuse encore un excédant assez considérable de la Dépense sur la Recette, et cependant, en supputant la liste de nos abonnés

nous constatons qu'il devrait en être autrement, le journal devrait rencontrer ses dépenses. Nous aimons à croire que chez tous ceux qui sont en retard, il n'y a eu que de la négligence et qu'ils s'empres-seront de la réparer en nous faisant parvenir à titre d'étranges, le montant de leur abonnement et pour l'année écoulée et pour celle que nous commençons. Il en coûterait si peu à chacun, pour s'acquitter de leurs obligations envers le journal et rendre les nôtres comparativement faciles et agréables!

Nous offrons nos remerciements empressés à tous ceux qui, dans le cours de l'année dernière, nous ont prouvé l'intérêt qu'ils portent à l'*Union Médicale*, en payant régulièrement leur contribution et nous comptons encore sur eux pour l'année qui commence.

La nouvelle loi concernant la profession médicale. (*)

Il nous est impossible, pour aujourd'hui, de mettre sous les yeux de nos lecteurs le nouveau *Bill Médical*, qui a été adopté par la Législature de Québec et qui vient d'être sanctionné par le Lieutenant Gouverneur; nous le reproduirons dans notre livraison du mois de Février. Contentons-nous pour le moment de constater que malgré les difficultés considérables qu'il y avait à surmonter, une nouvelle loi a enfin été élaborée et adoptée à la satisfaction de toutes les parties intéressées et qu'elle sanctionne les deux grands principes en faveur desquels l'*Union Médicale* a lutté si fortement depuis deux ans, à savoir: 1^o le droit de chaque médecin d'être membre du Collège des Médecins et Chirurgiens; 2^o l'insuffisance de la garantie offerte à la profession par le mode actuel d'examens et le droit que possède celle-ci de contrôler ces examens.

A l'avenir chaque médecin deviendra membre du Collège par le fait même qu'il recevra sa licence pour pratiquer la médecine, et il aura le droit de prendre part à l'élection des gouverneurs et d'exercer ainsi sa part légitime d'influence dans l'administration des affaires de la profession.

Les examens pour l'admission à l'étude de la médecine seront sous le contrôle absolu du Collège, et seront faits par des examinateurs choisis par lui.

Les Universités conserveront le privilège de donner des

(*) Le Bill ayant d'abord été préparé en anglais, M. le Greffier-en-loi nous informe que la version française n'est pas encore prête et qu'elle a besoin d'être retouchée avant d'être imprimée dans les statuts. (Note édit.)

diplômes *ad practicandum*, mais les examens que leurs élèves devront subir avant d'obtenir ces diplômes, seront contrôlés par le Bureau des gouverneurs qui aura le droit et devra se faire représenter à ces examens par des assesseurs ou inspecteurs qui lui feront rapport, et dans le cas où ce rapport serait défavorable, le Bureau refusera sa licence à tous les élèves porteurs du diplôme de l'Université qui aura encouru cette disgrâce, et cela jusqu'à ce qu'elle ait reformé son mode d'examen.

Disons de suite que nous aurions préféré un seul bureau d'examineurs nommé par le Collège et devant lequel tous les étudiants auraient dû venir subir leurs examens. Cependant, du moment que le principe est admis que le Bureau des gouverneurs a le droit de contrôler les examens, nous sommes satisfaits, car si l'expérience prouve que le moyen adopté aujourd'hui pour exercer ce contrôle n'est pas efficace, il sera très-facile d'en adopter un autre, et d'en venir même à un seul bureau d'examineurs si c'est nécessaire.

N'ayant pas l'Acte entre les mains, nous n'entreprendrons pas d'en faire l'analyse aujourd'hui, nous y reviendrons au mois prochain, seulement nous pouvons assurer nos lecteurs que cette nouvelle loi est un grand pas fait vers le progrès, et que si chaque médecin veut travailler à lui faire produire tous ces résultats, nous verrons bientôt disparaître tous les abus dont nous avons eu à nous plaindre depuis longtemps, et notre profession n'aura plus rien à envier aux autres.

VARIÉTÉS.

Les chirurgiens ambulants, guérisseurs d'hémorroïdes.—L'Illinois et les États voisins sont parcourus en ce moment par des chirurgiens voyageurs qui traitent et guérissent les hémorroïdes. Ils ont acheté le secret d'un industriel qui le leur a fait payer de 50 à 1,200 dollars, et quelques médecins n'ont pas craint de quitter une carrière honorable pour faire, il est vrai, une rapide fortune. Le docteur Andrews, professeur de chirurgie à Chicago, a été assez heureux pour surprendre le secret qu'il livre à la publicité.

Ces nouveaux charlatans, qui prétendent opérer la cure sans opération et sans douleur se servent d'une petite seringue hypodermique et d'un liquide composé d'acide phénique et d'huile bien pure, dans la proportion d'un tiers d'acide phénique, ou même d'une solution à parties égales. On découvre

l'hémorrhôïde à l'aide du spéculum si elle est interne, on choisit la plus élevée et on injecte de 4 à 6 gouttes de la solution. La tumeur pâlit, s'affaisse, et en général l'inflammation n'est pas assez forte pour empêcher le malade de vaquer à ses affaires. On opère les autres tumeurs les jours suivants, et successivement. Jusque là, le docteur Andrews ne croit pas qu'il y ait eu de cas de mort; quelquefois ces médecins inexpérimentés ont été effrayés et ont eu recours aux médecins honnêtes. Si, dans la pratique, on n'observe pas plus tard d'accidents emboliques, le professeur de Chicago pense que la chirurgie pourra tirer parti de cette méthode, à cause des propriétés bien connues de l'acide phénique comme anesthésique local, antiphlogistique et anti-putride. (*Chicago journal*, octobre 1876).—*Lyon Médical*.

Sur la présence du fer dans le blé.—Quel que soit le mécanisme d'après lequel les préparations ferrugineuses agissent dans la chlorose, il est un fait certain, c'est qu'il n'est pas nécessaire d'administrer les martiaux en quantités considérables pour que leur action se fasse sentir après un temps plus ou moins rapproché. On sait, en effet, qu'il n'y a jamais plus de 25 ou 30 centigrammes (grs. v à vj) de fer absorbés.

Le fer est un des éléments constitutifs des plantes; il paraît indispensable à la formation de la matière colorante verte de la chlorophylle; mais ce corps ne s'y trouve qu'en quantité extrêmement minime. Le fer existerait en proportion bien plus considérable dans le blé, où sa recherche a donné lieu, du reste, à des résultats assez contradictoires. Ainsi, d'après les analyses de MM. Boussingault et Fresenius, rapportées dans le VI^e volume du *Traité* de MM. Pelouze et Frémy, le blé ne contiendrait presque pas de fer. Les recherches tout à fait récentes de M. B. de Gasparin (1) établissent, au contraire, que le sesquioxyde de fer constitue le cinquième du poids des cendres du blé. Il faut dire que ces savants ont opéré sur des blés de provenance différente, MM. Boussingault et Fresenius ayant analysé du froment d'Alsace, M. de Gasparin du blé de Provence. Ajoutons, à ce sujet, que les variations présentées par les blés dans la composition de leurs cendres viennent d'être le sujet d'un mémoire intéressant publié par M. Corenwinder dans les *Ann. agronomiques* de M. Déhérain. Quoi qu'il en soit, d'après M. de Gasparin, le pain apporterait le fer dans l'économie à l'état soluble en quantité très-importante, soit près de 15 cen-

(1) *Journal de l'Agriculture*, 1876, p. 453.

tigrammes (grs. iij) de fer métallique par kilogr. (2 lb) de pain.

La présence en quantité notable du fer dans certains blés et les variations que cette quantité subit suivant les provenances, peuvent être de quelque importance au point de vue de l'alimentation des chlorotiques. Sans doute, ainsi que le fait remarquer judicieusement le docteur Eug. Fournier (2), à l'analyse duquel nous avons emprunté une partie de ces renseignements il importe au médecin de ne pas se fier à la proportion de fer contenue dans le pain pour la guérison des chloroses; mais n'y a-t-il pas lieu d'examiner si un pain riche en fer, fabriqué avec des blés de localités déterminées, ne serait pas un adjuvant utile dans le traitement de cette maladie.—*Lyon médical.*

Ant. M.

L'université Harvard.—A Boston existe la célèbre Université Harvard, qui est devenue le centre intellectuel le plus vivant et le plus actif des États-Unis. Cette Université possédait, le 31 décembre 1875, outre ses établissements et son matériel d'instruction, évalué 3 millions de dollars, une somme nette et liquide de 3 millions 139,217 dollars 99 cents, placés en fonds des États-Unis, en actions et obligations de chemins de fer, de mines, de manufactures, en avances à d'autres établissements d'instruction qu'elle a commandités, etc., etc., ayant rapporté, dans l'année, 146,597 dollars 39 cents. En joignant à ce revenu les rétributions des étudiants, les dons et ressources extraordinaires, on arrive à un total de recettes de 894,666 dollars, dépassant de 70,000 dollars la dépense. J'ai à peine besoin d'ajouter que ce capital de 6 millions de dollars, près de 30 millions de francs, qui se trouve investi dans l'Université de Harvard, provient des dons et legs qui lui ont été faits depuis sa fondation.—*Lyon Médical.*

Accouchement dans le Yorkshire.—Un correspondant de *The Lancet* rapporte que, dans ce te contrée, " la patiente accouche revêtue de tous ses vêtements (excepté peut-être son manteau et son chapeau), chaussures, bas, pantalon, jupon, corset, vêtement et le reste. Si le travail débute alors que la femme est déshabillée et au lit, le premier soin de ses parents et de ses amis est de la faire habiller. Elle se couche ordinairement

(2) *Bull. Soc. bot. de France*, 1876, t. XXIII, *Revue*, p. 23.

rement sur le matelas inférieur, le matelas supérieur et le lit étant mis de côté, et reste dans cette situation jusqu'à la fin du travail."

Lorsque le placenta est expulsé, la femme est placée dans son lit sans plus tarder. La patiente se lève alors, et on la fait se tenir debout ou assise sur une chaise, pendant qu'on lui enlève ses vêtements et qu'on lui fait sa toilette de nuit. Elle monte alors dans le lit qu'on lui a préparé, comme si rien ne s'était passé.—*Revue de Littérature Médicale.*

Savez-vous combien il y a de médecins à Paris? Treize cent trente-trois. Nous venons d'en faire le dénombrement exact.

La Faculté de Paris nous en a donné 1,177, celle de Montpellier 63, celle de Strasbourg 35. De plus, 58 médecins étrangers, sortant de 26 Facultés plus ou moins lointaines, ont été autorisés à exercer la médecine chez nous.

Paris possède en outre 159 officiers de santé et 945 sages-femmes. On voit que si le nombre des officiers de santé diminue d'année en année, celui des sages-femmes va toujours s'accroissant.

Un dernier détail: Le plus vieux médecin et le plus vieux diplômé est M. Hervez de Chégoïn qui, né le 6 janvier 1791, a été reçu à Paris, le 5 novembre 1816.

Necrologie.—M. le docteur Isambert, médecin de l'hôpital Lariboisière, vient de mourir subitement à l'âge de quarante-neuf ans. M. Isambert, chargé depuis plusieurs années du cours complémentaire sur la laryngoscopie, s'était fait un nom dans cette branche de la science et était fondateur des *Annales des maladies du larynx et des oreilles.*

On annonce aussi la mort du docteur Alexandre Ricord, père du célèbre syphiliographe.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

DÉCÈS.

A St. Cathbert, le 5 Décembre dernier, à l'âge de 20 ans, 4 mois et 8 jours, Louis-Philippe Oscar, fils aîné de l'Hon. Sénateur A. H. Pâquet, médecin du même lieu.