

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

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

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

Continuous pagination.

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

# LA GAZETTE MÉDICALE

## DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des  
Sciences accessoires

VOL. II.

MONTREAL, JUILLET 1888.

No 7.

TRAVAUX ORIGINAUX.

### GLAUCÔME (suite) \*

LEÇON CLINIQUE DU D<sup>r</sup> E. DESJARDINS, ANALYSÉE  
PAR H.-A. CHAPUT, B.M.

La plupart des auteurs assignent deux formes au glaucôme chronique, la forme inflammatoire et la forme simple. Si l'on examine bien chacun des symptômes qui accompagnent cette affection dans sa forme prétendue inflammatoire, on se convaincra qu'il n'y a guère de raison d'employer le terme *inflammatoire*. La dénomination de glaucôme chronique *irritatif*, telle que donnée par M. de Wecker, me semble préférable de beaucoup, car il n'y a, à proprement parler, aucun signe d'inflammation dans cette forme de glaucôme. Les désordres qui se produisent dans l'œil glaucomateux sont dus, non à un travail inflammatoire, mais à l'exagération de la pression intra-oculaire. Que l'on parvienne à ramener la tension oculaire à son état normal et tout rentre dans l'ordre promptement, à moins que la maladie ait duré trop longtemps et qu'elle ait fini par amener des altérations permanentes, lesquelles s'expliquent facilement à la suite d'une longue compression sur des organes aussi délicats que ceux qui composent l'œil.

Les symptômes mentionnés dans ma dernière leçon comme accompagnant les attaques de glaucôme aigu se rencontrent presque tous dans le glaucôme chronique irritatif, mais à un moindre degré, et au

Classifi-  
cation.

Glaucôme  
chronique  
irritatif.

\* Voir la *Gazette médicale*, numéro de mars.

lieu d'intermittences complètes entre les attaques, on n'observe plus que des rémittences, puis finalement les symptômes se maintiennent d'une manière à peu près permanente.

Symptômes  
objectifs.

La cornée reste plus ou moins trouble, et peut, à la longue, devenir tout à fait opaque, en même temps sa sensibilité diminue de plus en plus. La chambre antérieure se rétrécit graduellement par la propulsion en avant de l'iris et du cristallin. L'iris prend aussi un aspect trouble et subit une atrophie manifeste. La pupille est immobile, dilatée, et présente quelquefois des échancrures dans lesquelles on peut apercevoir des traces d'uvéa ; ces échancrures sont souvent prises pour des synéchies.

Du côté de la conjonctive, il y a peu de chose à remarquer, et si son aspect paraît être changé, cela est dû aux modifications subies par la sclérotique. Cette dernière perd la couleur nacrée qu'elle possède à l'état normal pour prendre une teinte sale grisâtre.

Les veines sous-conjonctivales, dans la région des muscles droits, sont fortement congestionnées, à tel point, parfois, que l'on croirait à l'existence de varices. Je me rappelle que M. Sichel, lorsque je suivais sa clinique à Paris, nous disait que, pour lui, il considérait comme un signe pathognomonique du glaucôme chronique, la présence de ces gros vaisseaux veineux vers le grand angle de l'œil.

Le cristallin conserve sa transparence pendant quelque temps, puis il finit par devenir plus ou moins opaque. Mais avant de s'opacifier au point de ne plus permettre l'examen ophthalmoscopique, il présente déjà l'apparence d'une cataracte. C'est alors qu'il faut faire bien attention de ne pas imiter certains médecins qui, croyant avoir affaire à de véritables cataractes, conseillent à leurs malades d'attendre que ces cataractes soient mûres pour les faire opérer. Or, sachez-le bien, tout retard peut être fatal dans le glaucôme, plus on intervient promptement plus les chances de guérison sont grandes. Un bon moyen d'éviter une erreur aussi préjudiciable, c'est de faire usage de l'ophthalmoscope, vous verrez que, malgré l'apparence trouble du cristallin, l'éclairage du fond de l'œil se fait assez bien, ce qui ne peut avoir lieu lorsqu'il y a cataracte.

A mesure que la maladie avance, la tension oculaire augmente, jusqu'à provoquer quelquefois de petits staphylômes en divers endroits de la sclérotique, principalement dans la région équatoriale.

Symptômes  
subjectifs.

La tension oculaire étant sujette à des variations pendant la marche de la maladie, le patient éprouve quelquefois à certains jours ou à certaines heures une amélioration notable dans sa vue ; de même aussi une cécité plus ou moins complète peut survenir momentanément. Mais en général les obscurcissements de la vue sont à l'état de per-

manence et augmentent insensiblement chaque jour ; il en est de même du champ visuel, jusqu'à ce qu'enfin la vision s'éteigne totalement. Les chromosopies qui dans le glaucôme aigu se font sentir seulement par intervalles persistent ici à l'état continu.

Si l'examen ophtalmoscopique est praticable, on pourra constater une excavation plus ou moins prononcée de la pupille optique, et souvent la pulsation spontanée de l'artère centrale de la rétine. Symptômes  
ophtalm.

Dans le glaucôme chronique simple, les symptômes d'irritation font défaut. Ici point de douleur comme dans le glaucôme chronique irritatif, pas de trouble du côté de la cornée, peu ou point d'injection périkeratique. La tension oculaire augmente insensiblement, et il faut pour l'apprécier que la maladie ait déjà duré longtemps, ou que le médecin ait une grande expérience. La pupille est dilatée et la chambre antérieure se rétrécit. Le cristallin reste longtemps transparent, mais parfois il finit par s'opacifier ; il constitue alors la cataracte glaucomateuse. Glaucôme  
chronique  
simple.  
  
Symptômes  
objectifs.

Les troubles fonctionnels suivants se font sentir : diminution dans l'amplitude d'accommodation, les lunettes dont se servent actuellement les malades deviennent insuffisantes, il faut les remplacer par d'autres beaucoup plus fortes. La vision, distincte de loin ne peut plus avoir lieu qu'au moyen de verres convexes, c'est-à-dire qu'une véritable hypermétropie se déclare. Le champ visuel se rétrécit tout d'abord du côté nasal, puis en haut et en bas ; la vision centrale reste plus ou moins intacte pendant quelque temps, et finit par s'altérer à son tour. Ajoutons encore à cela l'apparition fréquente d'arcs-en-ciel autour de la lumière des lampes ou du gaz. Symptômes  
subjectifs.

Mais le symptôme par excellence du glaucôme chronique simple, son *symptôme pathognomonique*, est l'excavation particulière de la papille optique sur laquelle je veux attirer spécialement votre attention. Symptôme  
ophtalm.

Vous savez sans doute que l'on rencontre aussi une excavation de la papille dans l'œil affecté d'atrophie des nerfs optiques, et même assez souvent dans l'œil sain. Mais la différence entre ces trois espèces d'excavation est tellement tranchée qu'il n'est presque pas possible de les confondre. La première, c'est-à-dire celle qui accompagne le glaucôme est tout-à-fait caractéristique : il y a refoulement de la papille dans toute son étendue, mais l'anneau sclérotical ayant un diamètre plus petit que celui de la lame criblée de la sclérotique, il en résulte que le fond de l'excavation a plus d'étendue que l'ouverture. On pourrait comparer la forme que prend alors la papille à celle d'une soupière ou d'un saladier. L'ophtalmoscope binoculaire de Giraud. Teulon fait voir nettement ces détails. Les vaisseaux rétinienens arrivant sur les bords de la papille offrent l'apparence de crochets, Excavation  
glaucoma-  
teuse.

ils s'enfoncent brusquement dans l'excavation, disparaissent généralement dans une petite étendue, pour reparaitre — mais plus pâles — au fond de l'excavation. On dirait qu'il existe une solution de continuité. Cette disparition apparente des vaisseaux est due à ce que le bord de la papille (l'anneau sclérotical) surplombe le fond de l'excavation. Cela explique aussi la teinte plus foncée que l'on remarque souvent autour de l'excavation, c'est l'ombre du bord de la papille qui produit ce phénomène. De plus, les vaisseaux au lieu d'occuper, comme dans l'état normal, le centre du disque optique, sont refoulés du côté interne. La surface elle-même de la papille subit aussi des altérations, elle perd son éclat habituel, prend une teinte grisâtre et présente un aspect qu'on a comparé à celui de la moëlle de jonc. Voici pourquoi : la compression produite par l'excès de tension intra-oculaire finit par détruire la substance nerveuse, et alors c'est la lame criblée de la sclérotique qui se laisse apercevoir à l'ophthalmoscope et qui offre cette apparence de moëlle de jonc. Il existe de même tout autour de la papille optique une atrophie de la choroïde formant comme une espèce d'anneau régulier, qu'on ne peut confondre avec les sclérectasies (staphylômes postérieurs) qui se rencontrent si souvent dans la myopie. Enfin le calibre des vaisseaux reste à peu près à l'état normal.

Tels sont les caractères de l'excavation glaucomateuse.

Excavation  
atrophique.

Voyons maintenant ceux de l'excavation atrophique : La papille optique est aussi déprimée dans toute son étendue, mais la dépression ne dépasse jamais les limites de l'épaisseur de la rétine et de la choroïde, et l'excavation qu'elle produit prend une forme assez semblable à celle d'une soucoupe, (le bord de l'ouverture ne surplombe pas le fond comme dans le glaucôme). Le disque a pareillement un aspect ressemblant à la moëlle de jonc, puisque, la substance nerveuse étant atrophiée, c'est encore la lame criblée que l'on aperçoit, mais la couleur est généralement d'un blanc nacré. Les vaisseaux, très souvent, diminuent de calibre, et peuvent même devenir filiformes, ils conservent cependant leur position normale au centre de la papille, au lieu d'être refoulés du côté interne comme cela arrive toujours dans le glaucôme.

Excavation  
physiologique.

Enfin l'excavation physiologique a cela de spécial, c'est que la papille optique n'est jamais déprimée dans toute son étendue, et il n'y a que la partie centrale (d'où émergent les vaisseaux) qui le soit. Imaginez un chapau bas à large bord et vous aurez une idée de la forme que présente la papille. Cette variété d'excavation, la couleur rosée du disque, le calibre normal des vaisseaux et leur position au centre de la papille sont des symptômes suffisants pour empêcher de confondre l'excavation physiologique avec les deux autres. (*A continuer.*)

## ERRATA.

14 juillet '88.

M. LE D<sup>r</sup> BEAUSOLEIL,

Mon cher docteur,—A la page 244 du dernier numéro de la *Gazette Médicale*, par suite d'une mauvaise ponctuation et de l'omission d'un mot, (que je mets sur le compte de l'imprimeur), il y a une phrase tout-à-fait inintelligible. Je vous prierais donc de vouloir bien signaler ces *errata* dans votre prochain numéro.

En partant de la phrase qui se trouve sur la cinquième ligne, on devrait lire comme suit :

“ S'il n'y a pas d'astigmatisme, le bord blanc du carré formera sur la cornée un carré parfait. Dans le cas d'astigmatisme régulier, le carré prendra la forme d'un rectangle si les côtés du carré correspondent aux méridiens principaux, autrement ” (c'est-à-dire si les côtés du carré ne correspondent pas aux méridiens principaux) “ la figure représentera un losange, et alors il faudra tourner le carré jusqu'à ce qu'on obtienne une figure exactement rectangulaire, ” etc.

Voilà ce que c'est qu'une virgule qui vient *se fourrer le nez* où elle n'a pas d'affaire, et un mot qui juge à propos de s'absenter.

Tout à vous,

D<sup>r</sup> E. DESJARDINS.**Des sirops opiacés chez les jeunes enfants.**

S'il est une habitude des plus malheureuses et des plus malsaines pour la santé des enfants, c'est bien celle, hélas ! trop répandue de donner à ces petits êtres des préparations renfermant des proportions variables d'opium. Ceci est reconnu, généralement, et par les médecins et par les parents. Par malheur, bien souvent les premiers se laissent toucher par les plaintes de leurs clients, et ces derniers heureux de l'autorisation en profitent et administrent à tort et à travers un médicament qui, bien souvent, est le meurtrier de leurs enfants.

Il est donc urgent d'élever la voix pour mettre un terme à ce malheureux entraînement, et nous nous réjouissons si cet article sauve quelques petits enfants de cette tyrannique habitude.

Pourquoi les bonnes, mais imprudentes mamans, donnent-elles à leurs *bébé*s ce qu'elles appellent généralement des *gouttes* ? La réponse est assez facile : “ Mon enfant, docteur, ne fait que pleurer, crier, il

nous fait passer des nuits *blanches*, et mon mari, après sa journée de travail, est bien aise de se reposer et souvent celui-ci ajoute : Donne-lui donc quelque chose pour le faire dormir ; je suis à la fin agacé de ces cris continuels, fais-les donc cesser." — Quoi donner, sinon des gouttes ? — La voisine, dit le père, a fait prendre je ne sais combien de bouteilles de tel ou tel sirop, et voie comme ses enfants sont bien."

Oui, mais ce bon père oublie que sur dix ou douze enfants, il ne lui en reste que trois ou quatre, les autres étant morts dans les premiers mois de leur existence. Je ne veux pas dire, ni même insinuer, que les *fameux* sirops sont toujours coupables, mais malheureusement, quand ils ont été introduits dans la famille, ils sont toujours redoutables et ils doivent au moins expliquer leur présence dans l'*armoire*. Il est en général plus que probable qu'elles ont été des aides dangereux dans ces tristes circonstances. Cette funeste habitude s'acquiert d'une manière facile. Au début, les gouttes produisent un effet magique. Cet enfant qui tout à l'heure criait, comme disent les parents, à *freudre l'air*, se calme et s'endort. Pendant ce temps là, le père et la mère se livrent de leur côté au sommeil. Oh ! quel merveilleux sirop, disent-ils. Oui, mais que se passe-t-il chez l'enfant ? Ce calme trompeur que nous lisons sur sa figure n'a pas longue durée. Il dort, mais son sommeil est agité, il a des soubresauts. Il dort, mais forcément d'un sommeil fatigant ; voyez sa figure le lendemain matin, elle est pâle, les yeux sont abattus, les paupières sont boursoufflées, les traits sont tirés, la tête est lourde, appesantie ; en un mot, l'aspect général indique le malaise et la fatigue. Les cris que, la veille au soir, l'opium avait modérés, empêchés, reparaissent plus aigus, plus stridents. Ce sommeil peu réparateur rend, durant le jour, les enfants maussades, insupportables, et pour avoir de nouveau la paix, on a recours de nouveaux aux gouttes.

La mère souvent s'en réjouit ; elle pourra faire son ouvrage et elle ne sera pas troublée par les impatiences de son mari. Le soir, la scène de la veille se renouvelle ; mais ici il y a une variante, le nombre des gouttes est augmenté : " Il dormira plus tranquille peut-être, ce pauvre petit ! " Et ainsi de suite jusqu'à ce que les parents nous disent : " Je ne compte plus maintenant, docteur, je donne à peu près."

Cet à *peu près* est terrible, et je n'ose m'arrêter à cette pensée qu'un grand nombre d'enfants ont été de cette manière *involontairement empoisonnés*. Et cependant, je suis personnellement persuadé, d'après mes observations, que plusieurs enfants n'ont été conduits au tombeau que par cette drogue *habituellement donnée*. Trousseau a trouvé plusieurs cas mortels causés par l'ingestion de quelques gouttes de laudanum chez les nourrissons. Du reste, vous le savez, les jour-

naux politiques et médicaux enregistrent trop souvent, hélas ! les cas de mortalité dus à l'abus de sirops opiacés.

Je m'oppose donc, d'une *manière absolue*, à cette dangereuse méthode, et je m'honore d'avoir refusé des clients qui ne voulaient pas suivre mes conseils sur ce point. Au risque de blesser certaines susceptibilités, je me prononce carrément et la généralité de mes confrères m'approuveront, j'en suis sûr. *Du reste, je me permettrai de leur demander de vouloir bien donner dans ce journal les observations recueillies sur le sujet qui nous occupe.*

Quels sont donc les dangers que présente l'administration *quotidienne* et *progressive* des préparations opiacées chez les enfants ?

1° L'habitude. 2° Maladies gastro-intestinales. 3° Congestion cérébrale.

*Habitude.* — Par ce que j'ai dit plus haut, vous saisissez de suite que l'habitude devient facile. Elle est plus enracinée que celle du joueur, du fumeur, du buveur, pour la bonne raison que ces petits êtres n'en peuvent apprécier les pernicious effets. Ils cherchent avidement un sommeil *qui est leur vie* et ce remède le leur procure ; mais à quel prix ? Toute l'économie frappée se défend quelque peu, mais vient un moment où elle s'affaiblit, défaille et se rend. Alors apparaît un cortège symptomatique désolant : le sommeil fait défaut, l'appétit devient nul, l'intestin est désobéissant, les sécrétions diminuent, l'intelligence qui déjà s'éveillait ne répond plus aux espérances conçues. Et ce petit être qui ne demande qu'à vivre, dépérit, s'étiolé ; la mal-saine habitude a produit ses malheureux effets.

Cette habitude, de tenace qu'elle était, devient impérieuse, et il faut une volonté de fer et de..... mère soucieuse de la santé de son enfant, pour la déraciner. Et j'ajouterai de plus, il faut la volonté *fermement imposée* du médecin pour la faire disparaître.

Hélas ! combien de faiblesses enregistrées sous ce rapport. N'ap-puyons pas davantage, c'est compris généralement, mais..... peu mis en pratique.

Que produit cette habitude ? Vous le devinez par ce qui précède. L'enfant devient souffrant, son estomac, fatigué par cette drogue, ne peut plus supporter l'aliment essentiel qui le soutient : le lait. Il le rejette non digéré. "Mon enfant, docteur, renvoi son lait caillé par gros morceaux." C'est juste et cela doit être, car ce lait doit être physiologiquement caillé dans le travail digestif. Mais pourquoi n'est-il pas gardé ? Cherchez et le plus souvent les gouttes seront incriminées et à juste titre. Les premiers effets des sirops opiacés habituellement donnés aux enfants ne sont peut-être pas bien alarmants, mais peu à peu ils s'accroissent et la maladie devient gastro-intestinale. A l'ano-



rexie, aux vomissements, succède la constipation opiniâtre déterminant un météorisme des plus douloureux et des plus fatigants, l'enchaînement se continue. L'intestin devenu presque inerte, entrave la circulation, congestionne les organes, en particulier le cerveau, l'organe le plus important, le plus sensible et le plus à craindre dans les maladies infantiles. Son développement est considérable, proportionnellement à celui de l'adulte, et de là les congestions faciles provoquant des convulsions terribles et très souvent mortelles.

Il serait trop long de nous arrêter aux fâcheuses et nombreuses conséquences qu'entraînent l'abus des sirops opiacés chez les enfants. Assez pour aujourd'hui, nous allons faire trêve, et dans une prochaine correspondance nous étudierons ensemble les moyens à prendre pour faire disparaître ce que l'on peut appeler "le fléau des enfants."

D<sup>r</sup> J. ASSELIN,

(*A suivre*)

---

## CHIRURGIE.

---

### Hémorroïdes.

Dans les cas d'hémorroïdes externes ou bourrelets charnus qui reviennent de temps à autre, congestionnés et douloureux, ma pratique est de faire une solution de cocaïne à 8 p. cent, d'en remplir une seringue et de l'injecter directement dans la petite tumeur qui gonfle alors comme une vessie et est bientôt complètement anesthésiée. Je prends une paire de ciseaux courbes et enlève hardiment la tumeur au ras de la marge de l'anus. Le patient ne souffre en rien. Contre l'hémorragie subséquente j'emploie la solution de Monsel.

S'il reste, ce qui est rare, une petite fissure au point de la section des tissus, je recours au spéculum ani avec lequel je produis une dilatation aussi complète que possible de l'anus. Cela est souvent suffisant. Dans le cas contraire, j'applique une solution de cocaïne de 20 pour cent et la laisse en place une à deux minutes, et alors je traite la surface avec de l'acide chromique à la manière de Frank. H. Bosworth pour la cautérisation de la muqueuse nasale.

### Fissures du rectum.

Mêmes procédés que plus haut : solution de cocaïne et dilatation complète. Après quoi, on injecte au fond de la fissure un mélange de

parties égales d'acide carbolique et d'huile d'olive. On retire le spéculum et on injecte une once d'huile d'olive. On répète ce traitement une fois par semaine si la première application n'a pas suffi, comme cela arrive souvent.

### Ulcères du rectum.

Il y a quatre facteurs indispensables à la guérison des ulcères du rectum :

- 1° Prévenir la constipation ;
- 2° Entretenir une propreté absolue ;
- 3° Exposer parfaitement la région ulcérée afin qu'on puisse la voir pendant le traitement ;
- 4° Appliquer des remèdes qui facilitent des granulations saines dans la surface ulcérée.

Je réponds à la première indication en prescrivant une injection d'une chopine d'eau chaude tous les matins. Si ce procédé est insuffisant, je donne une potion laxative. Il est important que toute cause irritante disparaisse.

On répète cette injection le soir, puis au moment de prendre son repos, on injecte dans le rectum une once de la solution suivante, à retenir aussi longtemps que possible :

Acide boracique.....	15 grains
Sulp. de zinc.....	5 do
Alun.....	3 do

M.

Pour exposer parfaitement les parties ulcérées, on fait coucher son patient sur le côté gauche, les genoux au menton. On fait le curetage et on badigeonne avec une solution de cocaïne à 20 pour cent. On attend 2 ou 3 minutes, après lesquelles on étend sur la partie affectée un coton imbibé d'un mélange égale d'acide carbolique et d'huile d'ergot. On laisse en place jusqu'à ce que l'ulcère pâlisce ; alors on retire le spéculum et on injecte une demi-once d'huile d'olive. Et la séance est terminée. Cinq ou six applications de ce genre suffisent généralement. Contre les douleurs consécutives à l'application d'acide carbolique, on recourt aux injections de cocaïne.

(Ext. d'une lecture du D<sup>r</sup> H.-M. Brown, de Hillsboro, Ohio, publiée par le *Medical Register*.)

### Traitement des fractures de la rotule.

1° S'il n'y a pas d'écartement entre les fragments, il suffit de placer le membre dans une gouttière plâtrée, d'exercer une légère compression

ouatée pour favoriser la résorption de l'épanchement articulaire et de maintenir le pied élevé ; la consolidation aura lieu entre 45 et 55 jours.

2° Si les fragments ne sont plus en contact, quels que soient les moyens que l'on emploiera, la consolidation se fera dans la grande majorité des cas, sinon toujours, par un cal fibreux : il faut que le cal soit le plus court possible, et pour cela il faut :

1° Rapprocher le fragment inférieur du supérieur, en mettant le membre dans la rectitude, c'est-à-dire, en étendant la jambe sur la cuisse ;

2° Assurer l'immobilité du genou à l'aide d'un appareil ;

3° Relâcher le muscle triceps ;

4° Rapprocher les fragments par une pression directe.

Pour répondre à ces indications, aussitôt après l'accident, on enferme le membre, depuis le pied jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, dans une demi-gouttière plâtrée, laissant à nu toute la face antérieure de la jambe, du genou et de la cuisse.

On place le membre ainsi emprisonné dans la rectitude sur des coussins disposés en plan incliné, ou on le suspend dans un hamac.

Pour favoriser la résorption de l'épanchement articulaire plusieurs moyens peuvent être employés. Si le liquide est très abondant, il y a avantage à vider l'articulation, en attendant le moins possible après l'accident, par une ponction aspiratrice avec un trocart flambé, puis on appliquera une compression ouatée.

Dans les cas d'épanchement moindre, on fait sur le genou une compression ouatée modérément serrée, qu'on renouvelle tous les trois jours, jusqu'à disparition du liquide : ou bien, ce qui vaut mieux, on fait usage d'une bande de caoutchouc, qui maintient bien les fragments rapprochés et exerce une utile compression qui peut être facilement prolongée à cause de la gouttière de plâtre.

Si l'on a à traiter une fracture avec écartement de 3 centimètres au plus, on aura tout intérêt à recourir à la griffe de Trélat ou à celle de Duplay ou bien aux plaques modelées en gutta-percha ou en plâtre, que conseillent LeFort et Verneuil.

Ces traitements donnent un cal fibreux, qui, lorsqu'il n'est pas trop long (bien qu'il y ait des exceptions), permet au membre de recouvrer ses fonctions. Pour obtenir un cal osseux, on a pratiqué la suture des fragments, c'est une méthode dangereuse qui n'est indiquée que dans les fractures anciennes non consolidées.

Quel que soit l'appareil employé, on *tâtera* la consolidation vers le quarantième jour en relevant cet appareil avec précaution, et on tentera une légère flexion : cette manœuvre sera renouvelée les jours

suivants en augmentant prudemment et graduellement le degré de flexion, puis on aura recours au massage péri-articulaire et à l'électrisation du triceps.

Dans les quatre mois qui suivent, le blessé devra éviter tout mouvement brusque de flexion, qui pourrait occasionner une rupture du cal. On pourra suppléer à la faiblesse du genou, en se servant, non pas d'une genouillère, qui est insuffisante, mais d'un appareil à tuteurs latéraux. (*Bull. méd.*)

### **De la réduction de la luxation du pouce en arrière.**

Malgaigne disait, en parlant de la luxation du pouce en arrière : " Ce sont les difficultés de la réduction qui rendent cette luxation remarquable et périlleuse entre toutes, et il y en a aucune qui est été trouvée aussi souvent irréductible."

M. le docteur Thiau, élève de M. le professeur Guermont, vient de passer en revue, dans sa thèse, les obstacles qui s'opposent à la réduction, obstacles dus à la brièveté du pouce, à l'interposition des os sénoïdaux entre les surfaces luxées, à la torsion des ligaments, à l'étranglement de la tête du métacarpien dans les deux lèvres d'une boutonnière musculaire, dont les lèvres sont tordues et rétractées.

Avec M. Farabeuf, il faut diviser en deux grandes variétés les luxations du pouce en arrière, suivant qu'elles sont complètes ou complexes.

La *luxation complète* est caractérisée par les signes suivants : le pouce affecte la forme d'un Z, la tête du métacarpien forme sous la peau une tumeur ronde, petite, dure et lisse, tout à fait superficielle ; la phalange s'est transportée en masse vers l'index, elle est mobile dans tous les sens ; l'extension est facile jusqu'à angle droit, la flexion difficile ou impossible. Dans un degré plus avancé, il y a une mobilité excessive de la phalange, mobilité qui étonne et déconcerte le chirurgien, tellement paraît paradoxale cette irréductibilité d'un os si facile à incliner et à transporter dans tous les sens.

La *luxation complexe* est presque toujours le résultat de mauvaises tentatives de réductions. C'est un point que le praticien ne doit pas perdre de vue. Cependant cette variété peut se produire par le fait même du traumatisme initial. Elle se reconnaît au signes suivants : la tête du métacarpien est superficielle, mais le pouce n'a plus la forme d'un Z, il est rectiligne et à peu près parallèle au métacarpien, sur lequel il chevauche dans une étendue variable ; le raccourcissement peut être considérable, la flexion quoique limitée, est possible. Il faut noter que la superposition des deux extrémités articulaires donne à la base du doigt une épaisseur anormale.

En présence d'une luxation du pouce en arrière, le praticien doit poursuivre ce triple but : réduire, maintenir réduit, parer aux accidents présents ou à venir.

Si la luxation est *complète*, il faut avant tout se garder de rabattre la phalange et de faire des tractions. C'est cependant là un procédé en quelque sorte instinctif, le premier qui vienne à l'esprit du chirurgien. Mais c'est une méthode dangereuse, capable de transformer une luxation complète en une luxation complexe, c'est-à-dire irréductible par les procédés ordinaires.

La première méthode à employer est celle de l'*impulsion simple*, méthode de douceur en général très efficace. Si la luxation est moins récente et résiste, l'impulsion devra être précédée du *renversement en arrière*, manœuvre excellente qui réussit presque toujours. Enfin, si la réduction n'est pas obtenue, on y joindra utilement un mouvement de *rotation* qui précédera ou suivra le renversement en arrière. Il ne faut pas oublier que, pour ces procédés de force, il faut employer différents agents de préhension, comme la pince de M. Farabeuf, et que souvent l'anesthésie par le chloroforme est indispensable.

Si la luxation est *complexe* on doit commencer tout de suite par la rotation et le renversement en arrière, précèdent l'impulsion. Les méthodes de douceur ne réussissent jamais dans ce cas. M. le docteur Thiau recommande, à côté de ces procédés, celui de son maître, M. Guermonprez, procédé à qui on peut donner le nom de *rotation précédée de rétractions prolongées*.

Si toutes ces tentatives sont inutiles, il ne faut pas temporiser davantage et il est préférable de recourir immédiatement aux *méthodes sanglantes*, dont la plus féconde en résultat est, sans contredit, la division longitudinale du ligament antérieur, après une incision de la peau à la face dorsale de l'articulation.

Si cette opération demeure infructueuse, il ne reste qu'à rendre le plus possible à l'organe, par des soins appropriés et longtemps soutenus, l'usage de ses anciennes fonctions.

La contention par un appareil solide, simple, absolument indispensable ; elle devra être maintenue une dizaine de jours, si la luxation est simple, et, pendant un temps plus long, si la luxation est complexe ou a nécessité des manœuvres prolongées ou violentes pour se réduire.

*Gaz. des hôpit.*

## GYNECOLOGIE

**Prolapsus utérin.—Cancer de l'utérus.—Antéflexion.—Dysménorrhée.**

Leçon clinique faite à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, par William Goodell, M.D., professeur de gynécologie. Rapportée par Wm. H. Morriison, M.D. (1)

MESSIEURS.—La patiente que vous voyez nous dit qu'elle est âgée de 34 ans, qu'elle a eu un enfant, qui a maintenant 7 mois. Elle a joui d'une santé parfaite jusqu'après la naissance de son enfant, mais depuis lors, elle se plaint d'une

**Chute de matrice.**

A l'examen, nous trouvons un prolapsus complet de l'utérus. Il y eut déchirure du col. Comme conséquence de ceci, l'utérus a reçu un apport excessif de sang. Ce qui prévint l'involution de l'organe qui resta surchargé et lourd. Le vagin qui, durant la grossesse, devient plus épais, ne put revenir à sa condition normale. Le fond de l'utérus fut, cependant, maintenu dans sa position normale par les ligaments suspenseurs et, en partie peut-être, par les ligaments larges. Le col a été abaissé par le poids de la vessie et par le vagin hypertrophié. Après être descendu un certain degré, le poids de l'urine accumulée dans la vessie augmentait le dérangement. Nous avons comme conséquence un prolapsus de l'utérus accompagné d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. La partie sus-vaginale du col a une longueur d'un demi-pouce au-dessus du point d'insertion du vagin. Dans le cas actuel, c'est cette portion sur laquelle la pression s'exerça d'abord, puis, graduellement, les ligaments commencèrent à céder, et enfin tout l'utérus fit profusion par la vulve. La sonde arrive maintenant à une profondeur de 3 pouces, mais avant la descente du fond elle était probablement de cinq pouces.

A l'examen nous trouvons en avant une poche contenant du liquide. C'est la vessie qui, sous ces circonstances, contient toujours une certaine quantité de résidu urinaire. Un facteur important de la complète évacuation du contenu de la vessie est l'action des muscles abdominaux, mais ici les muscles ne peuvent pas agir parce que la vessie est hors du corps. Afin d'uriner, la patiente est obligée de replacer la vessie avec ses doigts et même alors l'urine ne passe que goutte à

(1) *College and Clinical Record*, Juillet 1888.

goutte, ceci est dû au fait que l'urèthre est courbé à angle aigu par le ligament sous pubier et nous avons de la stenose de l'urèthre, etc.

Le traitement d'un cas de ce genre doit porter d'abord sur la lacération du col. Ensuite les parties se contracteront parfaitement. Je pourrai alors rétrécir l'ouverture du vagin et peut-être enlever une partie du tissu superflu. Ces opérations ne sont pas toujours aussi heureuses qu'on peut le désirer. Pour le présent, je lui donnerai simplement un remède tonique et lui indiquerai de replacer elle-même l'utérus et d'introduire un suppositoire contenant 5 grains d'acide tannique. Ceci suffit quelquefois pour contracter le vagin et prévenir la descente de l'utérus.

### **Carcinôme du col utérin.**

Cette patiente est une femme mariée qui eut plusieurs enfants et quelques fausses couches. Elle est âgée d'à peu près 40 ans. Elle a remarqué il y a quelques mois qu'elle perdait beaucoup de sang et qu'il se faisait une décharge provenant du vagin. Elle consulta un médecin qui a diagnostiqué un carcinôme et qui nous envoya sa patiente. Je trouve, à l'examen, que le diagnostic est correct et que la maladie intéresse non-seulement le col de l'utérus, mais encore les parties environnantes sur une étendue considérable. Ceci est malheureusement trop souvent le cas, lorsque ces patientes viennent sous notre observation. Les femmes sont si sujettes aux douleurs lombaires et pelviennes qu'elles les laissent souvent passer inaperçues. Plus tard elles ont des hémorrhagies ou quelque écoulement et alors elles demandent conseil. Je désire corriger une erreur trop fréquente qui consiste à croire que le cancer est nécessairement accompagné de douleurs sévères. Il en est ainsi pour le cancer des autres parties du corps, mais dans l'utérus, il n'y a pas plus de douleur que dans la rétrocession ou dans tout autre dérangement simple. Il est souvent moins douloureux qu'un polype. La douleur n'est intense que lorsque la maladie a atteint le fond de l'organe. L'absence de la douleur explique pourquoi la maladie n'est connue que lorsqu'elle a fait des progrès considérables. Lorsque l'hémorrhagie se déclare le cancer est déjà ulcéré et alors nous ne pouvons espérer une cure radicale. Si on voyait le cas plus tôt, il serait possible d'atteindre une partie saine du col et alors prévenir la récurrence du néoplasme.

Dans ce cas-ci, la lèvre postérieure est disparue et la maladie s'étend si près du rectum que je devrai opérer avec le plus grand soin, sinon je risquerais d'en hâter la perforation. La lèvre antérieure du col est presque entièrement disparue, à l'exception d'une petite zone en arrière de la vessie. Naturellement, dans un cas de ce genre, le pronostic est très défavorable. Tout ce que j'espère obtenir, c'est de prolonger la vie.

Je me propose aujourd'hui d'enlever autant du tissu pathologique que possible et de diminuer par là la perte de sang. Je commence avec ces forceps fenêtrés à polypes et je déchire le tissu aussi rapidement que possible. Le plus hardiment vous opérez, le moins d'hémorragies vous avez, parce que vous vous débarrassez plus tôt du tissu pathologique. Après avoir enlevé tout ce que je puis avec cet instrument, je gratte la surface avec une curette. De cette manière, j'ai pratiqué une excavation en entonnoir dans le col où je puis introduire quatre doigts. L'hémorragie n'a pas été considérable, mais si elle l'eût été, je l'aurais vite contrôlée au moyen du tamponnement du col, opération que j'ai souvent faite avec avantage.

Après avoir enlevé tout ce que j'ai pu de cette manière, je brûle toute la surface au fer chaud avec le cautère de Paquelin. Je n'ai jamais eu d'hémorragie secondaire après cette opération.

Cette femme sera capable de retourner à son foyer d'ici à deux semaines. Il reste ordinairement peu de douleur ; s'il en existe, on se sert d'un suppositoire contenant un grain d'extrait aqueux d'opium. D'ici à deux ou trois jours, il se produira une décharge putride résultant de la cautérisation. Alors nous recommandons l'usage des injections.

### Dysménorrhée.

Traitez par la dilatation rapide du col.

La patiente que voici donne comme suit son histoire : Elle est âgée de vingt-cinq ans. Puberle à quatorze, elle est depuis ce temps affectée de dysménorrhée obstinée. Elle vient à nous maintenant non pas tant pour ses douleurs menstruelles, que pour les douleurs causées par le coït. Lorsqu'une femme qui n'a jamais eu d'enfants se plaint de dysménorrhée, on peut en assigner la cause à une antéflexion. La condition naturelle de l'utérus, comme vous le savez, est l'antéflexion. La rétroversion et la rétroflexion, d'un autre côté, sont habituellement le résultat d'un manque d'involution après l'accouchement. L'utérus est trop lourd et tombe en arrière et nous avons, suivant le degré de plasticité de l'organe, une rétroversion ou une rétroflexion. Si l'organe est facilement ployé, nous avons une flexion, mais si le tissu est ferme et les ligaments un peu lâches, il y aura rétroversion. Comme je vous l'ai dit, cette patiente a souffert de dysménorrhée depuis sa puberté, mais depuis son mariage, il y a trois ans, les douleurs ont augmenté considérablement. Le fait de menstruation douloureuse indique qu'elle est dans l'une ou l'autre des deux conditions sus-indiquées. Il y a chez elle ou une antéflexion exagérée ou une sténose du canal cervical ou ces deux états réunis. Si la flexion du col de l'utérus est considérable, aucun liquide ne peut s'en échapper. Le sang s'accumule dans la ca-



tivité utérine, la distend, et redresse enfin le canal cervical et alors le liquide s'échappe soudainement. Ce dernier fait échappe souvent à l'attention de la patiente, mais en la questionnant vous découvrirez que la douleur augmente jusqu'à ce qu'elle ait atteint son acuité alors qu'elle diminue subitement d'intensité. Il est quelquefois difficile de décider si la patiente souffre ou non de sténose du col, car durant la période intermenstruelle il est facile de passer une sonde, mais au temps des menstrues la membrane muqueuse s'épaissit et le col est fermé. Chez les femmes mariées qui ne deviennent pas grosses, il existe des congestions occasionnées par le coït. L'accumulation du sang dans la cavité de l'utérus aux périodes menstruelles conduit à l'hypertrophie du muscle utérin, de sorte que nous avons des congestions menstruelles et des engorgements dûs au coït agissant conjointement sur un organe déjà augmenté de volume. Comme résultat nous avons une forme subaigue d'endométrite et les ovaires deviennent congestionnés et sensibles. Le col qui est ordinairement peu sensible, devient quelquefois le siège d'une exquise sensibilité. C'est ce que l'on voit fréquemment chez ceux qui emploient des moyens préventifs de la conception. Cette femme est anxieuse d'avoir des enfants et il est évident que son état n'est pas le résultat de quelques pratiques illicites.

Par elle-même l'antéflexion ne requiert aucun traitement, mais lorsqu'elle cause de la dysménorrhée et lorsque la douleur n'est pas due à l'irritabilité utérine, on doit chercher à en atténuer les inconvénients.

Cette patiente est maintenant sous l'influence de l'éther. Je l'examine et je trouve une antéflexion très prononcée ; la sonde utérine ne pénètre pas plus de trois pouces. La meilleure méthode de traitement de cette condition morbide est la dilatation. Cette opération est de beaucoup préférable à celle qui consiste à diviser la lèvre postérieure du col jusqu'à la jonction vaginale et à introduire alors un couteau dans le canal et à couper le petit bourrelet de tissu qui reste. La dilatation est beaucoup plus efficace et bien moins dangereuse. On a sacrifié beaucoup de vies à cette opération sanglante. J'ai pratiqué la dilatation dans trois cent dix-sept cas, et je n'ai jamais eu de symptômes alarmants. Dans quelques cas, il y eut métrite légère, accompagnée de péritonite péri-utérine, mais rien de grave.

Je vais maintenant procéder à cette opération. J'emploierai une antiseptie parfaite. Le vagin est d'abord lavé avec une solution de sublimé corrosif au millième. Après avoir introduit un spéculum, je saisis le col avec un tenaculum et je le tiens pendant que j'introduis le dilateur d'Ellinger. Alors je le relâche. Lorsque le dilateur n'entre pas d'abord, introduisez-le aussi loin que vous pourrez et

écartez-en les branches, fermez-les alors et introduisez-le un peu plus loin, de cette manière vous aurez bientôt parcouru toute l'étendue du canal. Il faut éviter de faire pénétrer le dilatateur trop profondément dans la cavité utérine. On ne doit pas pousser l'instrument plus de deux pouces de longueur. Après que le dilatateur est convenablement introduit, j'en écarte graduellement les lames, n'employant pas trop de force à la fois. J'ai déchiré le col pendant la dilatation. La déchirure n'a produit qu'un peu d'hémorrhagie qui a été contrôlée par l'application de la solution de Monsel et par l'introduction d'un tampon.

J'ai maintenu et dilaté autant que le peut cet instrument, je vais ensuite me servir d'un dilatateur encore beaucoup plus puissant. Après avoir dilaté lentement jusqu'à un pouce et quart, je laisse l'instrument en place jusqu'à ce que la patiente montre qu'elle le sent. Avant de commencer l'opération je fais mettre un suppositoire d'opium dans le rectum, afin qu'il puisse aller jusqu'au temps où l'anesthésie sera suspendue. Avant d'enlever le dilatateur, on lave de nouveau le bassin avec la solution de sublime corrosif. On retire alors le dilatateur et on glisse dans le vagin un suppositoire de 10 grains d'iodoforme. Je puis vous recommander avec confiance cette opération pour les cas de ce genre. Quelquefois, il est nécessaire de répéter la dilatation, mais une opération est presque toujours décisive et suffisante.

### Le traitement sec en gynécologie.

Par *traitement sec*, le Dr Engelmann entend le traitement des maladies utérines, vaginales, à l'aide de poudres, de coton, de laine à l'état sec.

Matériaux.—Les poudres en usage sont le bismuth, l'iodoforme, acide borique, borax, alun, tannin, oxide de zinc et le charbon.

La laine ou le coton sont les véhicules de ces poudres.

Les cotons préparés sont aussi en usage ; ce sont

1° Antiseptiques : boratés, etc., etc.

2° Altérants : iodés.

3° Astringents : fer, alun, etc., etc.

Mode d'emploi.—Le tampon est de 2 à 3 pouces de longueur et d'un à un pouce et quart d'épaisseur, attaché à un fil, et mis en position à l'aide d'un spéculum de Sims. Avant d'appliquer le tampon, les parois vaginales sont mises à sec, la poudre introduite et le tampon mis en place, où on peut le laisser de 36 à 48 heures. Ce traitement est *médicinal*, altérant, absorbant et antiseptique. Il est bien supérieur à l'emploi de la glycérine qui est bientôt irritant et nuisible.

(*The year book of treatment.*)

## Hémorrhagies utérines.

On lit dans le *Journal de Médecine de Paris*, sous la signature de A. LUTAUD, rédacteur en chef :

Nous avons fait connaître dans ce journal le procédé de dilatation du professeur Vulliet et ses différentes applications. Nous sommes heureux de voir qu'un chirurgien éminent des hôpitaux de Paris, M. Terrier, a appliqué ce procédé d'une façon générale au traitement des hémorrhagies résultant des endométrites et autres affections utérines.

Le procédé de Vulliet consiste à obtenir d'abord une dilatation préalable par la laminaire, puis à la compléter par le tamponnement à l'ouate iodoformée. M. Terrier se sert d'abord de la laminaire, puis d'éponges préparées aseptiques. Nous préférons le procédé Vulliet, parce qu'il n'existe, à notre avis, aucun procédé capable de rendre une éponge *absolument* aseptique. Mais nous ne discuterons pas sur le choix du procédé et nous ferons connaître la pratique de M. Terrier, qui a appuyé de sa grande autorité un procédé de traitement et d'exploration que nous préconisons depuis longtemps.

M. Terrier conseille donc de commencer et de poursuivre la dilatation avec des tiges de laminaire, en augmentant peu à peu leur calibre, avant d'avoir recours à l'éponge préparée.

Voici pourquoi : c'est que la tige de laminaria peut être placée assez facilement, jusqu'au fond de la cavité utérine, sauf des faits exceptionnels de hauteur anormal de cette cavité, et qu'en tout cas, la tige franchit l'isthme utérin qui offre toujours plus de difficultés à se dilater que les autres parties de l'utérus.

Si, au contraire, on agit trop tôt avec l'éponge préparée, qui offre une disposition côneïde, souvent on ne franchit pas l'isthme, ou bien l'éponge glisse facilement et on n'arrive qu'à dilater largement le col seul, surtout dans les cas où le col est allongé et hypertrophié. Le fait vient encore d'arriver dans deux cas où M. Terrier voulut dilater très rapidement le col. L'isthme avait en partie reculé, et c'est à travers un véritable rétrécissement qu'on pouvait avancer dans la grande cavité utérine.

Donc, lorsque l'on s'est assuré que le petit doigt peut franchir l'isthme, il faut agir avec l'éponge préparée en utilisant des cônes de plus en plus volumineux. On peut ainsi arriver à une dilatation telle que l'examen de la cavité utérine et de sa paroi est des plus faciles. C'est ce qui a lieu avec le procédé de Vulliet.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de ces résultats au point de vue du diagnostic. Mais ce qui importe le plus, c'est que dès

que la dilatation est commencée, l'écoulement sanguin cesse absolument ou presque absolument et est souvent remplacé par un écoulement séreux, ou séro-sanguin et noirâtre.

Si même la métrite s'accompagne d'écoulement muqueux gélatineux, celui-ci disparaît aussi et fait place à cette sécrétion séreuse ou séro-sanguine.

Lorsqu'on pratique la dilatation utérine et qu'on veut agir rapidement, on peut, sans grand inconvénient, renouveler tous les jours la tige de laminaria ou l'éponge préparée.

D'abord il peut survenir des accidents douloureux et surtout de la rétention d'urine ; mais ces phénomènes s'amendent en général et en ces cas n'offrent aucun danger.

Si, au contraire, on agit lentement, ce qui se préfère souvent, on ménage les douleurs, et la dilatation peut s'effectuer sans l'ombre de souffrances. Dans ce cas, la dilatation est renouvelée soit tous les 2 jours, soit tous les 3 jours.

Nous avons déjà préconisé la dilatation dans le traitement des hémorragies utérines. La dilatation de l'utérus par le procédé de Vulliet n'est donc pas seulement un moyen de diagnostic, mais un procédé de thérapeutique d'une grande valeur.

Chaque fois qu'il existe des hémorragies utérines il est indiqué et donnera de bons résultats. Nous aurons plus tard l'occasion de faire connaître ses applications au traitement palliatif du cancer utérin. Qu'il nous suffise de dire dès à présent que la dilatation méthodique, telle que l'a indiqué Vulliet, doit précéder le curage de l'utérus dans la grande majorité des cas et qu'il sera indiqué chaque fois que des hémorragies utérines rendent le diagnostic incertain.

#### **Traitement de la rétroflexion de l'utérus**, par le professeur SCHULZE (d'Iéna).

La rétroflexion est due le plus souvent au relâchement des annexes et des ligaments de l'utérus. Tant que l'on ne réussira pas à fortifier ces éléments, il faudra s'adresser aux pessaires et fixer par leur moyen l'utérus dans une meilleure position ; ce traitement donne des résultats bien meilleurs qu'on ne l'admet généralement, si j'en juge par ceux dans la clinique du professeur Schultze ; souvent, d'ailleurs, les pessaires sont mal choisis et souvent aussi il n'est pas possible de redresser l'utérus à cause des cicatrices sous-péritonéales ou des adhérences périmétritiques qui le maintiennent fixé ; dans ces cas-là, M. Schultze endort les malades, pratique le toucher rectal, vaginal et vésical et réussit souvent à relever la matrice. Mais il est des cas où

les adhérences sont très solides et où il serait dangereux de risquer de les rompre ; c'est dans ces cas-là que leur dilatation progressive, faite par des essais répétés de reposition, et le massage donnent des résultats excellents ; le massage s'applique surtout aux cas où les adhérences sont larges et étendues en surface, tandis que les essais de reposition donnent des résultats favorables, surtout lorsqu'il s'agit de cicatrices et d'adhérences plus minces et affectant la forme de cordons ; les deux méthodes doivent, d'ailleurs, souvent être employées simultanément. En tout cas, il sera bon de faire un diagnostic exact, et de pouvoir, de cette façon, tenir compte de l'étiologie de l'affection. J'ai vu, dans un grand nombre de cas, les adhérences disparaître, et j'ai réussi au bout de quelque temps à redresser l'utérus à l'aide de ces méthodes ; il sera utile de connaître exactement le siège des adhérences.

Dans certains cas, le traitement par les pessaires ne suffit pas ; il y a alors, le plus souvent, une paroi vaginale antérieure très courte et très faible, que ne soutient pas suffisamment le pessaire ; c'est dans ces cas que l'on aura recours à l'opération d'Alexander qui, d'ailleurs, ne paraît pas donner des résultats bien brillants, ou à la laparotomie et à la fixation de l'utérus, à la paroi abdominale ; cette dernière méthode, qui donne de bons résultats, est peut-être pratiquée maintenant trop souvent ; à mon avis, on ne devrait jamais y recourir avant d'avoir essayé tous les autres moyens et en particulier le massage.

*(Jour. de méd. de Paris).*

### **Le *Geranium maculatum* dans les hémorrhagies utérines. (EGASSE).**

Le géranium maculatum, signalé autrefois à l'attention des médecins américains par le Dr Barton, était tombé dans l'oubli. Le Dr Shœmaker, de Philadelphie, vient de reprendre cette étude.

Ce dernier considère le géranium maculatum comme étant sans rival dans toutes les formes d'hémorrhagie et préconise particulièrement l'extrait fluide.

Dans les métrorrhagies, il recommande 20 gouttes d'extrait quatre fois par jour et des injections vaginales contenant une partie d'extrait pour trois d'eau. Il sera parfois nécessaire de tamponner le vagin avec du coton imprégné de la solution diluée ou de pratiquer avec des injections utérines qui doivent être faites avec précaution.

*(Jour. de méd. de Paris.)*

### Traitement de la leucorrhée par l'acide borique.

(Par F. SCHAWARTZ).

Ayant obtenu d'excellents résultats de l'acide borique en poudre dans l'otorrhée, l'auteur se demanda si on ne pouvait pas l'employer de la même façon dans la leucorrhée. Dans le premier cas, il s'agissait d'une malade chez laquelle les remèdes les plus divers, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le bismuth, les irrigations chaudes, etc., avaient absolument échoué et qui, au bout de quinze jours, était parfaitement guérie par l'acide borique. L'auteur l'a employé fréquemment depuis, et toujours avec les mêmes résultats favorables.

Il conseille d'opérer de la façon suivante : faire une irrigation vaginale avec de l'eau aussi chaude que possible, introduire le spéculum et sécher avec des éponges et du coton hydrophile. On introduit alors une quantité d'acide borique en poudre suffisante pour remplir la partie supérieure du vagin et recouvrir complètement toute la partie intra-vaginale du col. On tasse la poudre et on la maintient en place au moyen d'un gros tampon de coton absorbant.

On laisse le pansement en place pendant trois ou quatre jours et on le renouvelle s'il est nécessaire, ce qui est rare. Les deux premiers jours, il y a encore un léger écoulement aqueux à travers la poudre et le coton, mais il disparaît promptement.

L'auteur, sans vouloir faire de l'acide borique une panacée dans tous les cas de leucorrhée, à toujours obtenu la guérison et pense que ce nouveau mode de traitement rendra de signalés services.

### Traitement simple de la fissure de l'anus chez la femme. (CYÉOUR).

Après avoir ordonné à la malade d'aller tous les matins à la garde-robe, fût-ce à l'aide d'un lavement, le chirurgien introduit lui-même entre les lèvres de la fissure une très petite mèche de charpie (une vingtaine de brins) trempée de chloral au cinquième. Cette mèche est rejetée spontanément le lendemain à la première selle, et remplacée ensuite par le même pansement. (*Journal de méd. de Paris*).

## MEDECINE PRATIQUE

### Diarrhée infantile.

#### CAUSES ET TRAITEMENT.

1° Les aliments sont très fréquemment la cause de la diarrhée d'été des enfants au-dessous de 2 ans.

2° Les changements nuisibles qui se passent dans les aliments avant ou après leur ingestion sont le fait de micro-organismes.

3° Les éléments qui produisent des diarrhées catharrhales ou muqueuses de l'enfance pendant l'été sont putrescibles, mais celles qui causent les diarrhées séreuses ou cholériformes, c'est-à-dire le vrai choléra infantum, sont vraiment pathogéniques. Ils produisent un poison chimique parfaitement défini dont l'absorption est suivie des symptômes de la maladie.

4° Les bactéries qui produisent ces affections se divisent en molécules complexes qui forment des poisons chimiques.

5° Le traitement préventif le plus efficace consistera à donner une attention plus immédiate à l'alimentation et au milieu sanitaire des enfants durant les 2 premières années de leur existence.

6° Le traitement curatif des diarrhées d'été de l'enfance doit tendre à détruire les bactéries, cause des fermentations anormales. Le lait, quelque soit sa provenance, est un des milieux les plus favorables au développement de ces bactéries ; c'est pourquoi il faut en supprimer absolument l'usage et recourir aux germicides, tels que : le salicylate de soude et la résorcine en solution d'une partie d'eau pour 200. Il est recommandable de vider préalablement l'intestin à l'aide d'une dose d'huile de ricin. (*Extrait d'une lecture faite par V. C. VAUGHAN devant la section de Pédiatrie, Académie de médecine de New-York*).

### **Rhumatisme articulaire aigu.**

#### TRAITEMENT PAR LE CASCARA SAGRADA.

Le Dr H. T. Goodwin, assistant chirurgien dans la marine des Etats-Unis, a découvert la valeur curative du cascara sagrada dans le rhumatisme articulaire aigu. En moins de deux jours il a pu se débarrasser d'un rhumatisme grave en se servant de cette substance à la dose de 10 gouttes, 3 fois par jour.

Depuis il eut occasion de faire usage du cascara sagrada dans plus de 30 cas et toujours avec un succès aussi prompt que satisfaisant. Le Dr Goodwin dit qu'il ne peut expliquer l'action thérapeutique de cette substance, mais il demande aux praticiens de l'utiliser et de rapporter l'effet observé.

Pour nous, qui croyons que le rhumatisme est causé par la retention des déchets organiques dans le sang, nous sommes prêts à admettre la valeur thérapeutique du cascara sagrada dans le rhumatisme. Cette substance purgative ouvre une des voies les plus considérables de l'élimination de l'organisme, permet le rejet de la surabondance des déchets et ramène l'équilibre de composition des liquides de l'organisme ; de là son utilité relative.

Nous engageons les praticiens de cette province à entrer dans la voie de l'expérimentation de cette préparation. Pour un essai de ce genre, il faut éviter toute cause de méprise : ne pas débiter par le salicylate de soude ou l'iodure de potassium, la salicine, etc., etc., et terminer le traitement avec la *casara* et lui attribuer ensuite le succès définitif.

X.

### Contagion de la Pneumonie.

Par le DR NETTER, ancien chef de Clinique de la Faculté. Médaille d'or des hôpitaux. Voici les conclusions auxquelles arrive le Dr Netter dans une étude très soignée publiée dans les *Archives Générales de médecine* du mois de Juillet courant.

*La pneumonie franche est une affection transmissible contagieuse.* Le contagé émanant des sujets malades doit son activité aux organismes pathogènes spécifiques, les pneumocoques, qui se multiplient dans le foyer pneumonique et qui quittent le corps humain par diverses voies et sont surtout abondants dans les produits de l'expectoration.

*La contagion de la maladie est encore possible longtemps après la guérison de la pneumonie* et cela pour deux raisons. La première, c'est que le contagé résiste la dessiccation et qu'il peut ainsi conserver son activité en dehors du corps humain, à la surface des corps inertes auxquels il adhère. L'autre motif, c'est que le contagé pneumonique n'est pas détruit chez le pneumonique après la terminaison de pneumonie. Longtemps après celle-ci, peut-être indéfiniment, les sujets guéris conservent dans leur bouche des pneumocoques actifs, et c'est à l'activité de ces derniers qu'il faut attribuer et la grande fréquence des récidives, et le grand nombre de gens d'une même famille souvent exposés aux pneumonies.

Toutes ces notions ne sauraient être indifférentes aux médecins. Voyons quelles conséquences l'on peut en tirer au point de vue prophylactique.

Y a-t-il lieu d'isoler les pneumoniques? Les progrès que la connaissance des maladies a fait dans ces dernières années a amené à se poser cette question dans bien des cas où elle eût semblé naguère intempestive, sinon ridicule. *Nous ne croyons pas que dans la pneumonie un isolement rigoureux soit nécessaire.* On empêchera les parents du malade de passer la nuit dans la même chambre et surtout dans le même lit. On devra les prévenir de la nécessité d'interrompre de temps en temps leur séjour dans la même pièce, du danger que peut présenter l'emploi des linges souillés.

A l'hôpital, *on évitera de placer les pneumoniques dans les petites salles à moins qu'ils n'y soient seuls.* Nous avons vu que le contagé n'est que faiblement diffusible. Tous les cas publiés prouvent que la



contagion est surtout observée dans les petites chambres mal aérées. *On s'efforcera d'éloigner de ces malades les sujets atteints de fièvre typhoïde, de rougeole, d'affections aiguës des voies aériennes, de néphrite, de diabète.* On reconnaît aujourd'hui pour la plupart de ses affections l'influence tuberculisante de l'hospitalisation. Nous avons montré que celle-ci peut agir aussi en favorisant la production de pneumonies.

*Les crachats étant sinon le véhicule unique du moins le véhicule habituel du contagé, on cherchera à les désinfecter.* Nous avons jusqu'ici peu étudié l'action des désinfectants autre que le sublimé dont l'influence est ici fort énergique. Dans les hôpitaux présentant les installations nécessaires à la désinfection des effets ou linges ayant servi à des sujets atteints de maladies contagieuses, on devra traiter de même façon ceux des pneumoniques.

*D'autres indications découlent de la notion nouvelle de la persistance de l'activité du contagé dans la bouche des pneumoniques guéris.* En le détruisant dans ce foyer, on diminuera sans doute énormément le nombre des pneumonies, en réduisant non seulement la proportion des récidives mais encore celle des pneumonies de famille ou de maison. Nous ne sommes pas en mesure jusqu'ici d'indiquer les meilleurs procédés à employer dans ce but.

## **Chlorose.**

### QUELQUES-UNS DE SES TRAITEMENTS.

Parlant des indications de cette maladie, M. le professeur Nothnagel fait ressortir la difficulté d'y satisfaire. Le plus souvent, en effet, on ignore les conditions pathogéniques générales de la chlorose, à moins qu'elles ne soient dues à des lésions organiques manifestes, comme celles du système vasculaire ou de l'utérus. Abstraction faite de ces cas, elle relève des conditions histologiques de l'hypoplasie vasculaire, selon l'expression de Virchow, hypoplasie que le praticien est impuissant à modifier.

Par contre, l'indication symptomatique principale, *l'oligo-chromémie*, c'est-à-dire l'insuffisance du fer dans les tissus, est de celles que l'on peut satisfaire. Inutile de réhabiliter ici la médication martiale de ses antiques vertus. Qui donc méconnaît le rôle de ce métal dans l'organisme et la nécessité pour ce dernier d'un minimum au-dessous duquel il y a état pathologique confirmé? Mais les ferrugineux ne sont pas tout puissants contre la chlorose et s'il est des cas qui cèdent à leur action, il en est d'autres dans lesquels l'emploi des stimulants et les cures climatiques sont indiquées.

Ce sont les chlorotiques graves qui bénéficient le plus de ce traite-

ment. L'hiver on doit leur prescrire un climat assez clément pour séjourner la plus grande partie de la journée au grand air : l'été on préférera les montagnes ou les bords de la mer.

Au début de ces cures, l'atmosphère maritime suffit pour stimuler l'activité physique et psychique. Après un ou même deux septenaires, ou surtout s'il s'agit de chlorotiques graves, excitables ou névropathes, on autorisera des bains de courte durée : une minute d'immersion au maximum ; que les jours suivants on prolongera de trois à cinq minutes. Les immersions de courte durée dans l'eau salée, suffisent pour procurer des améliorations, alors qu'on les combine avec un régime substantiel : œufs, lait, viandes et légumes.

Quelques chlorotiques accusent des troubles de l'appétit, du pica, un goût immodéré pour les substances acides. Faut-il leur refuser toute satisfaction ? Non sans doute, mais avec mesure.

Un préjugé populaire, partagé par quelques médecins, consiste à proscrire la bière et le houblon, au profit de l'usage exclusif du vin rouge. Est-ce par raison d'analogie entre la couleur de ce liquide et celle du sang ? Peu importe, le préjugé existe : il faut le signaler sans s'y arrêter trop, car il est indifférent de prescrire les unes ou les autres de ces boissons, à condition toutefois qu'elles soient de bonne qualité.

Quelle sera la conduite du médecin dans les cas légers ? Le fer est le médicament "antique," on aura à choisir parmi d'innombrables préparations officinales et non officinales. Ces préparations se divisent en quatre groupes : 1<sup>o</sup> préparations agissant seulement par le fer : fer dialysé, fer réduit, nitrate de fer, etc., etc. ; 2<sup>o</sup> préparations possédant une action spéciale : par exemple, le sulfate ferrique qui est un désodorisant, le sesqui-chlorure de fer qui coagule le sang ; 3<sup>o</sup> préparations douées de vertus stimulantes : telles que l'acétate de fer ; 4<sup>o</sup> préparations composées, dans lesquelles le fer n'intervient pas seul comme substance active : par exemple, l'iode de fer.

Dans le choix des ferrugineux, on tiendra le plus grand compte des idiosyncrasies. Tel malade ne supporte pas la teinture d'acétate de fer et tolère le malate de fer. Tel autre éprouve de meilleurs effets thérapeutiques du fer réduit par l'hydrogène.

Le moment où l'on administre la préparation n'est pas indifférent. Celui de la plénitude de l'estomac, à la fin des repas, est le plus favorable, en raison de l'abondance de l'acide chlorhydrique secrété, car ce médicament n'est absorbé que sous la forme d'albuminate ou de chlorure ferreux.

Un autre médicament, l'arsenic, a été préconisé à titre de tonique. Il resterait à démontrer que cet agent thérapeutique est efficace. Or

ce point est établi en ce qui concerne la chlorose ; de plus, son administration a des inconvénients dans la dyspepsie ; de sorte que des troubles gastro-intestinaux chlorotiques sont une contre-indication à son administration. On a vanté la manganèse, mais cette réputation a été passagère. En est-il de même du soufre ? Schulz et Strubling l'ont proposé à titre de stimulant de l'appétit. Cette médication mérite d'être mise à l'étude et M. Nothnagel prescrit aux chlorotiques l'administration quotidienne du mélange suivant en une ou bien en deux prises :

Fleur de soufre . . . . .	2½ drachmes.
Sucre de lait pulvérisé . . . . .	5 " "

En tous cas, le traitement de la chlorose par le soufre est une médication à l'étude, sur l'efficacité de laquelle il serait prématuré de conclure. (*Bulletin Médical.*)

### Diphthérie.

#### TRAITEMENT PAR LE BORAX A L'INTÉRIEUR.

M. le Dr L. Noël, de Noyers-Saint-Martin (Oise), fait connaître un traitement de la diphthérie, qui lui inspire une confiance absolue et qui lui a donné les plus beaux succès depuis quatre ans qu'il l'expérimente.

“ Ne considérant pas la diphthérie, dit notre confrère, comme une maladie locale dont la fausse membrane serait l'élément constituant, mais comme une maladie générale infectieuse, je voulais un médicament qui pût être versé dans le torrent circulatoire en quantité notable pour y poursuivre le poison dans l'organisme tout entier, et non un modificateur local que je regardais comme tout à fait insuffisant et inefficace.” M. Noël a choisi parmi les antiseptiques le borax comme ayant l'avantage sur les autres, “ qui tous sont de violents poisons même à petites doses, de pouvoir être administré à doses élevées sans dangers sérieux pour les malades.”

Dans une épidémie de diphthérie, M. Noël “ n'ayant donné à tous ses malades pour tout traitement absolument que du borax et rien que du borax,” n'a eu que deux ou trois décès sur plus de 60 cas.

M. Noël dit que ce corps agit en développant rapidement une abondante salivation ; en s'éliminant par les glandes mucipares de la gorge et les glandes salivaires, il ramollit, dissout et entraîne les fausses membranes.

La dose est de 10 à 15 grains au-dessous d'un an ou de 15 à 25 grains de 2 à 5 ans, de ½ drachme de 5 à 10 ans, de 45 à 75 grains pour les adultes, suivant la force du malade et la gravité du mal.

M. Noël a été quelquefois jusqu'à 2½ et 3 drachmes, mais n'a rien obtenu de plus qu'avec 1 drachme ; aussi s'est-il arrêté désormais à cette dose ; il faut fractionner les doses d'heure en heure, excepté pendant le sommeil.

Il faut varier les substances dans lesquelles on le fait prendre pour éviter le dégoût aux malades ; car la médication doit être prolongée à doses décroissantes, après que toute production pseudo-membraneuse a disparu, et M. Noël a dû l'administrer pendant un mois et six semaines dans des cas de diphtérie prolongée.

L'auteur proscrit absolument toute intervention locale, cautérisation, raclage et insufflation de poudres ; il défend aussi les vomitifs.

(*Concours Médical.*)

### Les médicaments cholagogues.

Voici une question pratique fort importante et encore discutée, malgré les travaux intéressants de nombreux auteurs, et principalement de Rutherford en 1880, de Baldi en 1883 et de Pachkhis en 1884. Ces deux derniers nient l'existence des médicaments destinés à augmenter ou à faciliter l'excrétion biliaire. Rutherford, au contraire les admet et les classe même dans l'ordre suivant, d'après leur degré d'activité :

Podophyllin, aloès, salicylate de soude, bichlorure de mercure, benzoates, ipéca, évonynin, sulfate de soude et de potasse, phosphates de soude et d'ammoniaque, rhubarbe, etc. -- La plupart des purgatifs (huile de ricin, scammonéc, sulfate de magnésie), sont sans action sur la sécrétion biliaire ou la diminuent. Du reste, ce même observateur a érigé en principe, qu'il y a un antagonisme entre l'action purgative et l'action cholagogue ; c'est ainsi que le podophyllin et l'aloès, très cholagogues à petite dose, ne le sont plus à dose purgative.

MM. Prévost et Binet (de Genève) anciens internes des hôpitaux de Paris, viennent de reprendre les mêmes recherches qui ont un grand intérêt thérapeutique (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 mai et 20 juin 1888).

D'après leurs expériences, ils ont d'abord étudié l'action des *sels alcalins*. — Le bicarbonate de soude, le chlorure de sodium et le carbonate de soude, ainsi que les sels de Carlsbad ne produisent pas de modification notable dans l'écoulement de la bile. Il en est de même du phosphate de soude, contrairement à l'opinion de Rutherford. L'iodure et les bromures qui s'éliminent en partie par la bile, diminuent cette sécrétion. Mais le chlorate de potasse peut augmenter la quantité de bile "jusqu'au double ou triple de la normale," ce qui explique son emploi recommandé autrefois par Odier dans l'ictère.

Parmi les *sels métalliques*, l'arsenic, le sulfate de cuivre et le fer n'ont aucune influence. Le calomel ne possède pas les vertus cholagogues si vantées depuis longtemps, et la coloration verte qu'il communique aux selles est due, non à la présence de la bile, mais au sulfure de mercure formé dans l'intestin.

Parmi les *corps organiques*, la térébentine qui fait partie du remède de Durande, avec ses dérivés la terpine et le terpinol, produisent une notable augmentation de la sécrétion biliaire. Il en est de même des salicylates et des benzoates.

Parmi les *purgatifs végétaux*, l'évonymin occupe la première place comme cholagogue. Mais MM. Prévost et Binet ont omis de citer le podophyllin qui a toujours paru avoir une action manifeste sur la sécrétion biliaire.

En résumé, d'après ces expérimentateurs distingués, la quantité de bile augmente un peu avec l'alimentation et surtout après l'ingestion des peptones, mais nullement avec les graisses ; les grands lavements d'eau froide préconisés récemment dans l'ictère, ne modifient pas la sécrétion biliaire. En résumé, les diverses substances médicamenteuses peuvent être divisées en quatre groupes relativement à leur influence sur la sécrétion de la bile :

GRUPE I. — *Substances augmentant la sécrétion biliaire* : Bile, sels biliaires et urée (expérimentés seulement sur les animaux), essence de térébentine, terpine, chlorate de potasse, benzoates, salicylate de soude, salol, évonymin, muscarine (en injection sous-cutanée chez les animaux).

GRUPE II. — *Substances n'amenant qu'une augmentation légère ou douteuse, inconstante* : Bicarbonate et sulfate de soude, chlorure de sodium, sel de Carlsbad, antipyrine, aloès, rhubarbe, hydrastis canadensis, ipéca, boldo, etc.

GRUPE III. — *Substances déterminant une diminution de la bile* : Iodure de potassium, calomel, atropine, strychnine.

GRUPE IV. — *Substances sans action sur la sécrétion biliaire* : Phosphate de soude, bromure de potassium, sublimé, arséniate de soude, alcool, éther, glycérine, quinine, pilocarpine, séné, colombo.

Enfin, voici les seules substances qui s'éliminent par la bile : essence de térébentine, terpine, acide salicylique, salol, bromure et iodure de potassium, chlorate de potasse, arsenic, fuchsine, cochenille. On trouve à peine quelques traces de fer, de plomb, de mercure et de caféine.

On voit donc par là, qu'il n'y a pas de rapport constant entre l'élimination d'une substance par la bile et l'action qu'elle exerce sur l'activité de cette sécrétion. Du reste, cette élimination par la bile des mé-

dicaments introduits dans l'organisme est peu importante ; il en est de même de l'élimination par la salive et la sueur, comme l'a démontré P. Binet, dans sa thèse inaugurale (1). " Ces trois sécrétions sont bien inférieures à cet égard à l'urine qui reste la voie d'élimination par excellence."

En tous cas, cette étude est fort intéressante ; elle permet de formuler quelques substances cholagogues dans tous les cas où il est nécessaire d'activer la sécrétion biliaire (ictère par obstruction des voies biliaires, lithiase biliaire, coliques hépatiques, etc.) C'est ainsi que, d'après nous, on peut, dans ces cas, avoir recours aux formules suivantes :

1° Benzoate de soude . . . . .	} à à 75 grains.
Rhubarbe . . . . .	

Pour 20 cachets. Prendre un cachet à chaque repas.

2° Evonymin . . . . .	8 grains.
-----------------------	-----------

Terpine . . . . .	1 drachme.
-------------------	------------

Pour 20 pilules. Deux pilules matin et soir.

## ÉRYSIPELE.

### Traitement du Professeur Nussbaum.

" J'ai eu le plaisir, dit Nussbaum, d'obtenir dernièrement la guérison rapide de plusieurs cas d'érysipèle par un moyen simple et énergique, qui ne présente aucun danger et n'occasionne aucune douleur, ce qui n'est pas le cas des injections d'acide phénique qu'il est presque cruel d'employer tant elles sont douloureuses.

" Les parties érysipélateuses, préalablement enduites d'une pommade formée de parties égales de lanoline et d'ichtyol, furent enveloppées de ouate salicylée ; on pouvait constater le lendemain de l'application que non seulement l'érysipèle n'avait pas fait de progrès, mais qu'on avait obtenu une amélioration notable de tous les symptômes morbides. La rougeur, l'enflure, la douleur avaient beaucoup diminué ; en un mot, tous les phénomènes d'irritation avaient disparu comme par enchantement et ne reparurent plus, quoique le pansement n'ait été appliqué que pendant trois jours."

(*La Thérapeutique Contemporaine*).

(1) P. Pinet. *Etudes sur la sueur et la salive dans leurs rapports avec l'élimination* (Thèse de Paris, 1884).

### **Diarrhées chroniques.**

M. Debove a employé le talc ou silicate de magnésie à doses massives (six à neuf onces dans un litre de lait) contre les diarrhées chroniques, particulièrement contre celles des phtisiques. A la suite de ce traitement, dit l'auteur, la diarrhée disparaît complètement et fait place à une constipation opiniâtre. M. Debove suppose que ce mode de traitement réussirait également contre les diarrhées si rebelles des pays chauds, et contre celle des enfants. Ce remède aurait encore l'avantage de tolérer des aliments tels que l'huile et le lait, que certains estomacs ne supportent pas. L'élimination de ces doses énormes ne durent pas longtemps; au bout de vingt-quatre heures les garde-robes reprennent leur coloration normale.

*(La Thérapeutique Contemporaine).*

### **L'aliénation mentale.**

Divers auteurs, Cramer et Käst (de Fribourg), Rabbas (de Marburg) ont étudié l'action du sulfonal dans l'aliénation. Le sulfonal est un somnifère énergique. Les auteurs l'ont administré à la dose maxima de 3 grammes par jour: le médicament est pris en cachets, ou mélangé aux aliments, ou dissout dans les boissons. (Le sulfonal est soluble dans les proportions de 1 sur 80) On doit l'administrer surtout après le repas. Le sulfonal calme les maniaques et leur procure un sommeil excellent. Mais il semble encore plus utile dans la mélancolie; il détermine chez les malades qui en sont atteints une somnolence légère et fait disparaître leur angoisse. Le sulfonal n'a aucune influence sur la digestion; les malades n'en prennent pas l'habitude invincible, comme c'est le cas de la morphine et de la cocaïne. (Berliner Klin. Wochenschrift, 1888, n° 17.)

*(La Thérapeutique Contemporaine).*

---

## **THERAPEUTIQUE MEDICALE.**

---

### **Du Chloral dans les vomissements de la grossesse,**

par le Dr CORNEILLE DE SAINT-MARC (de Lusignan).

Le chloral possède, sans conteste, une action spéciale et directe sur la contractilité de l'estomac. La meilleure preuve que l'on puisse fournir à l'appui de ce fait, c'est l'efficacité du chloral contre le mal de mer.

Cette efficacité est connue depuis plusieurs années et j'ai pu la vérifier par moi-même un grand nombre de fois.

Entraînée par l'analogie frappante des symptômes, j'eus d'abord l'idée d'administrer le chloral contre les vomissements du vertige stomacal : ayant réussi à arrêter ainsi en quelques minutes des vomissements durant trois jours pour ainsi dire sans interruption, je renouvelai deux fois mon expérience sur des malades également atteints de vertige, et le succès fut constant.

Poursuivant ses recherches sur l'action du chloral contre les vomissements en général, je l'administrai à une de mes clientes, M<sup>me</sup> P..., jeune femme de vingt-six ans, enceinte pour la seconde fois, parvenue au quatrième mois de sa grossesse, et laquelle, pendant toute la durée de la première grossesse et depuis le commencement de la seconde, n'avait cessé d'être tourmentée par les vomissements. Toutefois, de son aveu, depuis le commencement de sa seconde gestation, la complication se présentait avec des caractères d'opiniâtreté bien plus redoutables que la première fois.

L'amaigrissement profond, la faiblesse excessive du pouls, l'impossibilité de marcher, des rêvasseries continuelles, et l'absence de tout sommeil réparateur, les palpitations survenant au moindre mouvement, les douleurs musculaires généralisées, indiquaient le degré avancé de l'inanition.

En effet, aucune nourriture n'était supportée, le simple contact d'un solide ou d'un liquide amenait immédiatement un spasme horriblement douloureux de l'estomac.

Le 27 décembre 1887, je prescrivis à la malade un drachme de chloral hydr. à prendre en quatre doses, avec recommandation de prendre quelque nourriture *immédiatement après chaque dose du médicament*.

Dès le lendemain, la malade put prendre ainsi une certaine quantité d'aliments. Elle ne vomit que cinq fois dans les vingt-quatre heures. Le mieux se maintint les jours suivants. Je restai alors quelques jours sans revoir ma malade.

Le 5 janvier 1888, je fus de nouveau appelé près d'elle... Sans tenir compte de mes recommandations, se trouvant beaucoup mieux, elle avait cessé l'emploi du chloral depuis deux jours et les vomissements étaient revenus.

Le chloral fut repris le 6 et les vomissements cessèrent cette fois complètement après les deux premières doses.

Le 9, l'état de la malade allait toujours en s'améliorant ; les vomissements ne s'étaient pas reproduits.

Le chloral fut supprimé le 12.



J'ai vu très souvent la malade depuis lors. Elle touche actuellement à la fin de sa grossesse, son état est excellent, et tout porte à croire qu'elle va voir se terminer heureusement une grossesse si péniblement commencée.

Je possède d'autres observations qui viennent confirmer absolument ce premier essai.

Je me suis borné à citer le cas de cette jeune femme comme étant le plus intéressant.

Ce résultat me paraît de nature à encourager les accoucheurs à essayer le chloral dans le traitement des vomissements de la grossesse.

### **Traitement de l'eczéma vulvaire chronique et rebelle des petites filles.**

1<sup>o</sup> Trois fois par jour, pulvériser largement sur la région, une solution phéniquée à 2 %.

2<sup>o</sup> Une fois par semaine, toucher légèrement les surfaces malades avec un pinceau trempé dans l'acide acétique ordinaire.

3<sup>o</sup> S'il y a des ulcérations un peu profondes déterminées par le grattage, les panser avec la poudre suivante :

Iodoforme finement pulvérisé.....	5 grains.
Alun.....	2½ drachmes.

### **Action hémostatique de l'ortie blanche (Dr FLORIAN).**

M. Florian (de Gannat) a exposé au dernier Congrès des Sociétés savantes, ses recherches sur les effets hémostatiques de l'ortie blanche ou laurier blanc.

L'ortie blanche, recueillie au moment de la floraison, jouit de propriétés hémostatiques remarquables, non seulement contre les hémorragies utérines, mais contre les hémorragies de toute nature.

Avec du coton bien imprégné d'une teinture de cette substance, une simple application sur la plaie détermine une hémostase rapide. L'action physiologique est déterminée par une base organique que je n'ai pu encore recueillir en quantité suffisante pour faire des expériences sur les animaux, mais elle peut être attribuée au tannin que la plante renferme en très petite quantité.

Les produits tirés de l'ortie sont appelés à rendre de grands services. Le coton imprégné pourrait être employée comme premier pansement en présence d'une hémorragie et particulièrement dans la chirurgie d'armée.

**Vaginite aigue des jeunes mariées (P. MÉNIÈRE).**

Lorsque l'inflammation a acquis son maximum d'intensité ; qu'aux pertes blanches muqueuses, simplement leucorrhéiques, succède le muco-pus, P. Ménière conseille l'injection énergique suivante et lui donne la préférence aux cautérisations de nitrate d'argent, qui doivent être réservées à la vaginite blennorrhagique :

Eau chloroformée..... 6½ onces.

Acide tannique..... 1½ “

Extrait de ratanhia..... 1 drachme.

“ morelle..... 1 “

**MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE.****Arséniate d'Or.**

Le Dr Addison a réussi à combiner de l'or et de l'arsenic sous le nom d'arséniate d'or qui possède les précieuses propriétés thérapeutiques de ces deux substances. L'or, on le sait, est employé en différentes préparations (iodure d'or, etc.), et avec avantage dans le traitement des maladies de la peau, dans la syphilis, l'aménorrhée, etc., etc. L'arsenic est précieux contre l'hystérie, la scrofule, le rhumatisme, la tuberculose, etc., etc. Son action est tonique et anti phlogistique. L'arsenic modère la fièvre et agit comme sédatif. L'arséniate *dynamique* d'or du Dr Addison est appelé à rendre des services considérables dans le traitement des affections cutanées, dans la syphilis secondaire et tertiaire, dans différentes formes de cachexie, maladies nerveuses, etc., etc. On le donne à la dose d'un à trente milligrammes ( $\frac{1}{30}$  à  $\frac{1}{2}$  grain). Il est facile à digérer.—(*Brit. Med. Journ. The Med. Register.*)

**La Phénacétine.****NOUVEL ANTITHERMIQUE ET ANTINERVIN.**

On lit dans la *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique* :

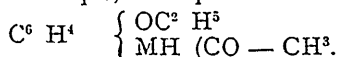
D'après les Allemands, la *phénacétine* est aussi énergique que l'antipyrine considérée, soit comme agent antihyperthermique, soit comme antinervin ; elle n'a aucun des inconvénients de l'antipyrine ou de l'antifébrine ; elle ne provoque ni troubles digestifs, ni éruptions, ni sueurs profuses, et ne produit aucun accident de cyanose... Tout

ceci est fort bien ; mais, comme le disent si judicieusement les docteurs Misrachi et Rifat (de Salonique) : " Il est bon de se méfier de l'enthousiasme des premières heures." (*Bull. de Thérap.*, 15 juin 1888).

Toujours est-il qu'elle est sans goût et sans saveur, ce qui rend son usage facile dans la médecine infantile, surtout si on la mélange avec du sucre porphyrisé ; (chez les adultes on l'administre dans des cachets). De plus, elle est d'un prix très inférieur à l'antipyrine, et comme elle est employée à des doses moindres de moitié ou d'un tiers, cette différence de prix devient encore plus sensible. Mais elle est insoluble dans l'eau froide ou bouillante, ce qui lui constitue une infériorité à l'égard de l'antipyrine, et ce qui rend impossible son emploi en injections hypodermiques.

Qu'est-ce donc que la phénacétine ?

Découverte en février 1887, elle a été introduite dans la thérapeutique par Kast et Himberg, puis par Bamberger, Robler et Hugo Hoppe, auteur d'un récent travail inaugural sur ce sujet en 1888. En France, elle a été expérimentée pour la première fois par Lépinc. Produit de la série aromatique, elle a pour formule :



C'est une poudre blanche, se présentant sous formes de cristaux brillants, sans aucune saveur ; insoluble dans l'eau chaude ou froide, le chloroforme, la glycérine, la vaseline ou les huiles ; soluble dans l'acide acétique, légèrement soluble dans l'alcool (15 grains pour 1 once d'alcool à 90°), un peu plus soluble dans l'éther sulfurique chauffé au bain-marie (15 grains pour 5 drachmes d'éther). Elle s'élimine par l'urine, qui prendrait une teinte rouge par l'addition de perchloreure de fer (ce que je n'ai pas constaté pour ma part).

On peut l'administrer pendant les repas, à la dose de 10 grains chaque fois, dose que l'on peut répéter deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. MM. Mischira et Rifat administrent des doses variables suivant que l'on veut obtenir un effet antithermique ou analgésique. Dans le premier cas, des doses fractionnées de 6 grains, maintiennent la température au-dessous de 38° ; dans le second cas, il est préférable de recourir à des quantités massives (¼ drachme). C'est ainsi même que Hoppe a pu guérir des névralgies avec ½ drachme de phénacétine, là où avaient échoué des doses moyennes et répétées. Mais, d'une façon générale, 8 à 12 grains sont suffisants, et chez les enfants de trois à dix ans, la dose varie de 1 à 5 grains.

a.) *Action sur la température.*—Comme l'antipyrine et l'antifébrine, elle n'abaisse pas la température chez les apyrétiques, tandis que chez les fébricitants elle diminue le chiffre thermique pendant une durée

de huit à dix heures d'après Kobler, pendant une durée moyenne de quatre heures, d'après Misrachi et Rifat. Pour ces derniers auteurs, la phénacétine demande de une heure à une heure et demie pour produire son action antithermique maxima ; il en résulte que, pour obtenir un effet durable sur la fièvre des tuberculeux, il faut l'administrer toutes les trois heures à la dose de 6 à 8 grains, car l'effet de l'antithermique se faisant sentir après une heure et durant quatre heures, il faut l'administrer une heure avant que la dose précédente cesse d'agir pour empêcher la température de remonter. Sous son influence, la chute thermique atteint un, deux et même trois degrés. Enfin, le médicament peut être administré pendant plusieurs jours de suite sans inconvénient, et c'est ainsi que Bozzolo et Pesce (de Turin) ont pu faire absorber sans accident 13 drachmes de phénacétine en dix-neuf jours. (*La Riforma medica*, 1888.)

b.) *Action sur la sensibilité et la douleur.*—La phénacétine possède, à ce point de vue, encore les mêmes propriétés que l'antipyrine, et c'est ainsi qu'on a observé la guérison de névralgies diverses, l'atténuation de douleurs comme celles du tabès, du rhumatisme, comme celles de la dysménorrhée, de la migraine, etc.

Enfin, MM. Misrachi et Rifat ont remarqué que la phénacétine possède une certaine action anesthésique locale. En effet, si l'on badigeonne une main avec une solution éthérée de phénacétine, et l'autre avec de l'éther simple, on constate dans la première la production d'une anesthésie plus accusée. Ils ont pu ainsi utiliser cette propriété pour un cancer de la langue très douloureux et inopérable.

c.) *Action sur la sécrétion urinaire.*—Les mêmes auteurs s'appuyant d'après M. Huchard, sur les bons effets de l'antipyrine contre les polyuries, ont eu l'idée d'employer la phénacétine dans un cas de polyurie nerveuse. Cette substance diminuant l'excrétion de l'urine, comme l'antipyrine, a pu ainsi améliorer un diabète insipide.

d.) *Action de la phénacétine dans diverses affections.*—MM. Misrachi et Rifat ont reconnu que l'antipyrine exerce une action sédative sur les accès de suffocation accompagnant toute laryngite aiguë de nature diverse. C'est ainsi qu'on a pu citer des cas de coqueluches graves très améliorées par l'emploi de ce médicament prescrit tous les jours à haute dose. Il en est de même de la phénacétine qui produit un calme immédiat, diminue l'intensité et le nombre des quintes dans la coqueluche, mais sans avoir d'influence sur la réelle durée de la maladie.

En résumé donc, la phénacétine possède à peu près les mêmes propriétés que l'antipyrine. C'est un médicament que les praticiens peuvent employer sans crainte comme *antithermique, antinervin* et

comme *dolorifuge*, et qui peut être appelé à rendre des services en raison de son prix très modéré, inférieur à celui de l'antipyrine.

### Le Gaïacol.

La créosote de hêtre n'est pas un composé nettement défini, mais un mélange de deux substances en proportions variables : le gaïacol, qui entre dans la créosote dans la proportion de 60 à 90 0/0, et le créosol.

Sahli propose de remplacer la créosote par le gaïacol qui la constitue en grande partie.

Les résultats obtenus avec cette dernière substance sont les mêmes que ceux qui sont dues à la créosote. Les quintes de toux sont calmées, principalement au début de la phthisie ; l'expectoration, plus facile, diminue ; l'appétit et l'état général s'en trouvent mieux.

Bien que le gaïacol soit doué d'un goût et d'une odeur plus agréable que la créosote, il n'est pas toujours bien supporté et peut provoquer des vomissements et de la diarrhée chez les tuberculeux fébricitants.

Le gaïacol convient particulièrement aux phthisies torpides, accompagnées d'une expectoration abondante ; son emploi peut alors et doit être continué pendant longtemps, et, dans ces conditions, il est bien supporté. Sahli emploie la formule suivante :

Gaïacol très pur.....	15 à 30 grains
Eau distillée.....	5½ onces
Alcool .....	5 drachmes
M. S. A. Conserver dans un flacon.	

Prendre deux ou trois fois par jour deux cuillerées à thé ou une cuillerée à soupe de ce mélange dans un verre d'eau après le repas.

Le gaïacol peut encore être associé à l'huile de foie de morue. (*Corr. f. Schw. Aerzte.—La Pratique Médicale.*)

## FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

### Poudre contre l'ozène. (MAYER).

Quinquina pulvérisé	-	-	} à à 2½ drachmes.
Myrrhe pulv.	-	-	
Charbon pulv.	-	-	

Mêlez. — Renifler ce mélange plusieurs fois par jour pour masquer l'odeur fétide de l'ozène. (N. G.)

**Blennorrhagie aigue.** (GILBERT-DIERCOURT).

Tartrate de thalline	-	-	-	-	1 partie.
Solution de naphthol	-	-	-	-	50 à 100 parties.

Faire avec ce mélange trois injections d'une demie et même deux tiers de la seringue par jour, en faisant au malade les mêmes recommandations que pour les autres injections.

Par ce moyen, dans la blennorrhagie aigue, j'ai obtenu les résultats suivants :

1° Abolition de la douleur en urinant, dès le second jour, et même quelquefois après la deuxième injection ;

2° Diminution rapide, puis suppression de l'écoulement, du quatrième au sixième jour. Malgré cette disparition rapide il est recommandable de continuer les injections 5 ou 6 jours de plus afin de confirmer la guérison.

**Vaginite.** (CHÉRON).

Acide borique	-	-	-	-	2 drachmes.
Glycerine neutre	-	-	-	-	4 onces.

Faites dissoudre. — Trois ou quatre cuillerées dans une pinte d'eau pour pratiquer des irrigations tous les jours. On peut aussi imprégner de ce glycerat un tampon de ouate que l'on introduit dans le vagin.

(N. G. in *L'Union médicale de Paris*).

**Potion antihémorrhagique.** (MONIN).

Extrait d'hamamelis	-	-	-	} à 1 drachme.
Teinture de Kino	-	-	-	
Teinture de benjoin	-	-	-	
Hydrolat de cannelle	-	-	-	6½ onces.
Sirup de café	-	-	-	1½ once.

Mélez. — Une cuillerée à soupe, toutes les trois heures, pour arrêter les hémorrhagies asthéniques du cancer, des fièvres graves et de la phthisie cachectique. (N. G. in *Union méd.*)

**Dysenterie.**

Teinture de chanvre indien.....	15 gouttes
S. N. Bismuth .....	5 grains
Mucilage de Gomme Acacia.....	½ once

Mélez et ajoutez :

Teinture de Gingembre.....	20 gouttes
Teint. Cardomome comp.....	20 do
Esp. de Chloroforme.....	20 do
Eau de Cannelle.....	ajoutez 1 once

M.—A prendre en une dose après les repas.

**Diarrhée.** (DRS BOND ET EDWARDS).

Teinture de Chanvre Indien.....	10	gouttes
Liqueur de Morphine .....	5	do
Esp. d'Ammoniaque Arom .....	20	do
Esp. de Chloroforme.....	20	do
Eau.....		ajoutez pour faire 1 once

M.—A prendre en une dose toutes les 2 ou 3 heures jusqu'à effet.

**Constipation.** (SIR ANDREW CLARKE).

Aloïne.....	$\frac{1}{2}$	grain
Ext. Noix Vomique.....	$\frac{1}{2}$	do
Sulph. de Fer.....	$\frac{1}{2}$	do
Poudre de Myrrhe... ..	$\frac{1}{2}$	do
Savon .....	$\frac{1}{2}$	do

M. pour une pilule. À prendre une demi-heure avant le dernier repas de chaque jour.

On diminue graduellement cette dose.

On peut ajouter à cette formule un quart de grain d'extrait de belladone pour prévenir les coliques.

A ceux chez qui l'aloïne ne convient pas, il est préférable de substituer 5 à 20 gouttes de *Cascara Sagrada*, sous forme d'extrait fluide, dans une once d'eau, à prendre en se couchant.

**Bronchite aiguë** (Prof. H. C. Wood.)

Cit. de Potasse.....	1	once
Sirop d'Ipecac.....	1	do
Suc de citron .....	3	do
Eau.....	3	do

M.

Une cuillerée à dessert toutes les 3 ou 4 heures.

**Iritis** (PROF. KEYSER).

R. Bi-Chlorure de Mercure.....	$\frac{1}{20}$	grain
Ext. Belladone.....	$\frac{1}{10}$	do

Pour une pilule. A prendre après chaque repas.

**Vomissements opiniâtres** (Dr L. A. MOURE)

R. Paraldehyde .....	40	gouttes
Sirop simple.....	1	once

M.—Une cuillerée à thé dans un peu d'eau, répétée une demi-heure après s'il y a besoin.

**Potion anti-croupale.**

Infusion de polygala.....	3 onces et 1 drach.
Sirop d'Ipécac.....	1 once
Poudre d'Ipécac.....	6 grains

F. S. A. — A prendre par cuillerées, pour faciliter l'expulsion des fausses membranes et dissiper l'irritation de la muqueuse des bronches.

(*Thérap. Contemp.*)

**Trachéo-bronchite (RUAUTL).**

R. Benzoate de soude.....	15 à 45 grains
Alcoolature de racine d'aconit .....	20 gouttes
Sirop de Laurier-Cerise.....	45 gouttes
Sirop de baume de tolu .....	7 onces
Sirop de Codeïne.....	1 do
Eau .....	2 do

F. S. A.—Une potion à prendre en 3 ou 4 fois dans les 24 heures, pour combattre la toux de la trachéo-bronchite. — (N. G. *L'Union médicale de Paris.*)

**Constipation.**

R. Teinture de rhubarbe.....	2½ drachmes
Teinture de noix vomique.....	1½ do
Teinture de Badiane (Anium Stellatum)....	1 do

Mêlez.—Deux gouttes de ce mélange dans un peu d'eau 5 ou 10 minutes avant les repas.—(*J. de Méd. de Paris.*)

**CHRONIQUE.**

J'avais juré de ne plus parler du défunt projet d'acte soi-disant médical, mais il reste des âmes candides qui croient à une méprise. Comme Calypso, elles ne peuvent se consoler de la perte de leur fétiche ! Elles ne se font pas à l'idée d'un four complet. Elles s'attendaient bien à un peu de misère, à des discussions acrimonieuses, mais jamais à une destruction totale.

Elles oublient que la crémation est à l'ordre du jour. On brûle les monstres, ou on les conserve sous verre, pour exciter la curiosité des amateurs.

\* \* \*

Secouons une dernière fois le grelot aux oreilles de ces sourds volontaires et que ce soit la dernière note.



La commission chargée de préparer le projet d'*acte médical* était composée de huit membres.

Elle demande au Bureau des gouverneurs du collège de faire adopter son projet par la Législature de Québec. Le vote donne le résultat suivant : pour, 10 voix ; contre, 9.—Majorité : UNE voix.

*Première preuve d'impopularité.*

Arrivé devant le comité parlementaire, le projet subit un nouvel échec ; des huit membres de la commission chargée de préparer le projet d'*acte médical*, combien, pensez-vous, furent en faveur de son adoption ? Je vous le donne en cent. Je vous le donne en mille ! *Un*, pas plus d'*un*. Combien de ceux-là furent contre le projet *in toto* ? *Cinq*, oui, *cinq*. Il y avait deux *absents*.

*Deuxième preuve d'impopularité.*

Qui sont ceux qui offrirent de l'opposition ? Les facultés de médecine de la province qui étaient *toutes* représentées.

*Troisième preuve d'impopularité.*

Que faisait pendant ce temps la profession libre ?

Elle demandait le RENVOI du projet par la voix d'un comité représentant plus de deux cents médecins licenciés de la province.

*Quatrième preuve d'impopularité.*

Qui sont ceux qui furent appelés à former la commission parlementaire du projet d'*acte médical* ?

Un professeur de droit à l'Université Laval, M. le député Lafontaine, un ex-ministre de la couronne et expert en matières professionnelles, et trois médecins, non professeurs, MM. les D<sup>rs</sup> De Grosbois, Trudel et Forest. La profession libre était donc convenablement représentée et qu'a-t-elle dit ? Qu'elle ne veut pas de ce projet.

*Cinquième preuve d'impopularité.*

Que disent les étudiants en médecine de l'Université Laval ?

On lit dans *l'Electeur* du 3 juillet dernier :

RESOLUTIONS DE REMERCIEMENTS.

Les étudiants en médecine de l'Université Laval, dans le but de prouver leur reconnaissance aux membres de la Législature qui ont travaillé à faire rejeter le bill médical de M. Lafontaine, ont adressé à M. le D<sup>r</sup> de Grosbois la résolution suivante extraite du procès-verbal d'une assemblée spéciale des étudiants en médecine convoquée le 20 juin 1888, à l'Université Laval,

Proposé par MM. Arthur Potvin, M.B., et Armand Bédard, M.B., secondé par MM. Eug. Côté, M.B., et Joseph Lacerte, E.M. :

“ Que des remerciements soient votés à tous ceux qui ont aidé à

faire *rejeter le bill* (acte médical de 1888) et en particulier à M. le D<sup>r</sup> de Grosbois, M.P.P. pour Shefford, qui s'est montré dévoué à la cause des étudiants d'une manière toute particulière."

Adopté à l'unanimité.

PHILIPPE LORD, M.B.,  
Président.

JULES CONSTANTIN, M.B.,  
Secrétaire.

*Sixième preuve d'impopularité.*

En avez-vous assez? Faut-il aller plus loin? Faut-il parcourir la province et demander à chaque médecin s'il approuve un projet qui propose de réduire le nombre des gouverneurs de 40 à UN?

Si vous avez l'échine assez souple pour accepter la fêrule d'un comité d'un, allez-y seuls, messieurs, vous ne trouverez pas d'imitateurs parmi les médecins libres de cette province.

\* \* \*

Si quelqu'un regrette d'avoir signé la pétition de la profession libre, il peut retirer sa signature. Seulement qu'il se rappelle auparavant que telle pétition demandait explicitement le *renvoi* du projet d'acte médical et non des amendements. Et pourquoi la pétition demandait-elle le *renvoi* pur et simple? La raison est facile à trouver. C'est que ce projet était un tissu inextricable de ficelles qui mettaient tous les intérêts professionnels aux mains du premier exploitateur venu. On n'y pouvait toucher sans se heurter à une porte d'abus. Le bureau des médecins était investi de pouvoirs absolus dont il n'avait à rendre compte à personne. En résumé, chargé de pouvoirs arbitraires et libre de devoirs, tel eut été le COMITÉ D'UN. Je ne connais pas un homme qui eut voulu de cet engin là!

\* \* \*

Ce qui provoque chez ces bonnes âmes des larmes de crocodile, c'est que la profession va être privé de l'effet des dispositions exceptionnellement sévères que contenaient le projet d'acte médical. Cette prétention est un leurre.

Le projet disait: Toute personne non licenciée à cette fin (de pratiquer la médecine) en cette province, qui est convaincue, sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, d'y pratiquer ou d'y avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique, ou qui offre ou donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, soit à gages, soit pour argent ou effets, ou qui reçoit en paiement ou une

récompense en argent ou en effets pour telle pratique, encourt une pénalité de cinquante piastres. Voir clause 48.

La loi de 1879 qui nous régit dit :

Clause 28 : *Toute personne n'ayant pas droit d'être enregistrée dans cette province, qui sera convaincue, sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans la province de Québec, en contravention aux dispositions de cet acte, après la passation du présent acte, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, encourra une pénalité de pas moins de vingt-cinq piastres ni de plus de cent piastres.*

Relisez et comparez, je vous prie, ces deux clauses, et dites-moi si le projet du *comité d'un* vaut mieux que la loi qui nous régit depuis 1879.

J'appelle sur ce grave sujet de l'exercice illégale de la médecine, l'attention sérieuse des praticiens de cette province ; peuvent-ils trouver une loi plus explicite que celle de 1879 ? Je ne le crois pas. Mais alors, me répondront-ils, pourquoi sommes-nous inondés de charlatans qui pratiquent impunément au grand jour, sous l'œil du bureau des médecins ?

Pourquoi ?

Demandez-le au Bureau qui a tous les pouvoirs de faire respecter la loi.

Mais ici, à Montréal, au milieu de plus de deux cents médecins, les charlatans s'affichent au grand jour, et le Bureau n'a que rarement réussi à prouver qu'ils pratiquent la médecine.

Pendant que le *comité d'un* tire ses ficelles, les charlatans dansent librement, et la profession croit que tant de licence est dû à l'imperfection de la loi actuellement en force. Il n'en est rien comme je l'ai prouvé par comparaison.

Que la profession de la province veuille bien croire ceci : ceux qui jusqu'ici se sont tant agités pour lui passer le joug d'une nouvelle loi ne l'ont point fait pour son bien, tant s'en faut, mais seulement pour servir leurs mesquins projets d'ambition de clocher.

*Le roi est mort, vive le roi !*      \* \* \*

Parce que le projet inacceptable d'acte médical du *comité d'un* est bel et bien mort, il ne s'ensuit pas que la profession doive se contenter de la loi actuelle. Tant s'en faut ! Et dès maintenant, il faut se mettre à l'œuvre et préparer une refonte aussi parfaite que possible de la législation qui nous régit. Cette fois, c'est à la profession de faire savoir ce qu'elle veut. En attendant, je mets à l'étude les quelques questions qui suivent. Mes abonnés sont spécialement priés d'y répondre :

Quelles sont les connaissances préliminaires que doit posséder un aspirant à l'étude de la médecine ?

Sur quelles matières doit porter l'examen d'admission ?

Qui doivent être choisis comme examinateurs ?

Sont-ce des médecins ? Sont-ce les préfets d'études des collèges classiques ? Sont-ce des professeurs des écoles normales !!!

Quelle valeur doit-on accorder aux certificats de cours classique complet avec succès, et aux diplômes de bacheliers ès-arts des universités de cette province ?

\* \* \*

Le Dr P. LOVE, collaborateur du *Progrès médical*, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médico-légal en Allemagne et en Autriche.

—M. le Dr RAYMOND, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est chargé d'une mission en Russie, pour étudier, dans les centres universitaires de ce pays, les questions d'enseignement médical relatives aux maladies nerveuses.

—M. le Dr A. MONPROFIT est chargé d'une mission en Suisse et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation hospitalière et le fonctionnement de l'enseignement chirurgical.

—M. le Dr F. LEJARS, prosecteur à la Faculté de Paris, est chargé d'une mission gratuite en Allemagne, en Autriche et en Russie, à l'effet d'étudier l'organisation scientifique des hôpitaux de ces pays.

Savez-vous que ces missions-là me font souvent rêver que nous sommes doués d'une forte dose d'inertie ? La France scientifique ne croit pas devoir se cadennasser chez elle et se priver de prendre connaissance des progrès réalisés chez ses voisins, et nous, pauvres débutants, nous nous croisons les bras, croyant que nous n'avons rien à apprendre. Notre bonheur est facile, nous nous contentons de peu. Mais que penseront de nous nos successeurs, ceux d'entre eux du moins qui auront des aspirations de progrès ? Quel jugement porteront-ils sur notre manque d'initiative ?

Nos éducateurs professionnels assument une terrible responsabilité lorsqu'ils négligent de mettre l'enseignement médical à la hauteur qu'il doit occuper. Le médecin que vous avez formé, et qui entrera demain dans la pratique, sentira le nombre et la profondeur des lacunes de votre enseignement. Songez au nombre de victimes que cette incurie va sacrifier sur l'autel de l'ignorance *volue*. Car enfin, s'il faut mettre le doigt dans la plaie, dites-moi : l'enseignement médical en cette province est-il aussi complet qu'il devrait l'être ? Avec mille praticiens, sortis de nos facultés, je réponds : Non ! non !

\* \* \*

En voulez-vous des preuves ?

Rappelez-vous votre bagage de connaissances anatomiques lors des examens de baccalauréat ; ne consistait-il pas en un simple menu de descriptions grossières des os, des viscères et des muscles ? Les muscles surtout captaient la plus grande partie de notre attention. Le système nerveux était trop délicat pour notre appetit ! le système circulatoire ne nous montrait que ses gros troncs, la circulation dans chaque organe ne nous intéressait pas.

Le mot histologie nous était inconnu ; en effet, qui nous eut parlé de cette parvenue d'hier ?

Je pourrais parcourir ainsi le cercle presque entier des sciences médicales et remarquer de nombreuses lacunes dans notre enseignement mais je m'arrête. Je réserve ce sujet pour un article spécial que j'ai dans mes cartons.

\* \* \*

Ingrat ! J'ai oublié de vous dire que les deux ouvrages suivants dont j'ai donné un mot de bibliographie dans la *Gazette Médicale* de juin : le *Magnétisme animal* du Dr Bottey et l'*Hypnotisme et les états analogues*, par Gilles de la Tourette, m'ont été gracieusement envoyés par M. Chs. de Lamothe, libraire, No 252½, rue St-Laurent, où vous pourrez vous en procurer des exemplaires.

\* \* \*

Plusieurs de mes lecteurs me demandent l'adresse de M. de Lamirande, agent du Collège des médecins, la voici : Chs E. de Lamirande, No 1598, rue Notre-Dame, Montréal.

LE D<sup>r</sup> NOIR.

---

## NECROLOGIE

A. Y. P. GARNETT, M. D.

Le 12 de juillet courant, s'éteignait à Rehoboth Beach, le Dr A. Y. P. Garnett, M. D. une des célébrités médicales des Etats-Unis.

Né en 1820, reçu médecin en 1841, le Dr Garnett a joué un rôle remarquable dans la profession américaine.

Il a été chirurgien dans l'armée des confédérés, médecin de Jefferson Davis, président de la confédération du sud, ainsi que du général Lee et de sa famille. Après la guerre il s'établit à Washington, et fut bientôt choisi professeur de *pratique de médecine* au " National Medical College."

Comme professeur le Dr Garnett avait de précieuses qualités, il possédait une connaissance complète de son sujet qu'il exposait avec entraînement et éloquence. Il était parfaitement renseigné sur les progrès les plus récents des sciences médicales. Possédant bien la langue française qu'il était fier de parler, il suivait avec intérêt les travaux français de médecine.

Ecrivain élégant, il publia une série considérable d'articles sur une variété de sujets de médecine.

Le Dr Garnett est un de ceux qui ont le plus fait pour assurer le succès du congrès international de médecine de Washington (15 septembre 1887). Président du comité local des arrangements, il s'acquitta avec un rare bonheur des devoirs délicats et hérissés de difficultés de cette charge.

Une preuve de la haute considération dont ses confrères l'entourait est sa nomination au poste élevé de président de l'Association Médicale Américaine, la plus importante de l'Union.

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

### **Dissolution des sociétés médicales d'Alsace.**

On lit dans la *Gazette de Gynécologie* :

Comme nous l'annoncions, à regret, dans notre dernier numéro, la Société de Médecine de Strasbourg est dissoute par ordre de la police allemande. Une ordonnance du même genre a prononcé la dissolution de la Société de médecine de la Haute-Alsace, ainsi que de l'Association de Prévoyance des Médecins du Bas-Rhin. Cette dernière association pourrait cependant être maintenue si elle consentait à se germaniser. On lui imposerait l'obligation de faire ses discussions et ses publications en allemand, et de prendre un nom et des statuts analogues à ceux usités en Allemagne, enfin d'admettre dans son sein les médecins immigrés.

Nous envoyons à nos malheureux confrères d'Alsace toute l'expression de nos plus vives sympathies.

On a beau germaniser Strasbourg par décret, les Bœckel et les Kœberle, les Muller, etc., etc., sont bien Français par l'esprit et par le cœur, et nous revendiquons à l'actif de la chirurgie française la haute compétence de ces hommes qui sont bien aujourd'hui les gloires médicales de l'Alsace.

---

—Une dépêche de Londres annonce le décès du Dr J. Milner Fothergill. Depuis longtemps, le Dr Fothergill était un des écrivains

les plus distingués de la profession médicale anglaise. Son principal titre de gloire est l'ouvrage intitulé : *Principes de thérapeutique*.

—M. le Dr G. Goddaert, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Gand, vient de mourir à l'âge de 52 ans.

—*The Phrenological Journal* de New-York, pour juillet, publie le portrait du Dr Nathan Smith Davis, de Chicago, et une bonne biographie de cet éminent praticien.

Le Dr N. S. Davis est né en 1817, à Greene, N.-Y. Il commença à étudier la médecine en 1834, et trois ans plus tard, il recevait le diplôme de M.D. au *College of Physicians and Surgeons* de New-York.

Le Dr Davis a donc plus de 50 ans de pratique médicale.

Dès ses premières années, il s'occupa des intérêts professionnels, groupa ses confrères en association d'études, organisa la *Convention médicale nationale* en 1846. De ce mouvement est née l'*Association médicale américaine*, la plus florissante et la plus puissante de toute l'Union. Membre de plusieurs sociétés littéraires, historiques et scientifiques, ex-président du 9me Congrès international de médecine, tenu à Washington en septembre 1887, le Dr Davis fut et est encore un travailleur opiniâtre, un écrivain élégant et un praticien heureux. Le Dr Davis a publié en 1886, deux volumes de Leçons très estimées de médecine clinique.

Front large, prédominant, yeux profonds et vifs, sourcils massifs, nez long et pointu, lèvres minces, menton ferme, tout indique une intelligence haute et vive, et, respire une bienveillance paternelle et digne.

Praticien distingué, sans ostentation, sans réclame autre que sa valeur personnelle, le Dr N. S. Davis jouit de l'estime sincère et bien méritée de ses confrères.

Petit détail qui nous intéresse : le Dr N. S. Davis est un des avocats de l'adoption du système métrique dans l'art de formuler. Pour faciliter l'intelligence de ses ordonnances, il les écrit avec double indication : en onces, drachmes, scrupules et grains, et, en grammes, décigrammes, centigrammes et milligrammes.

Pourquoi nous qui sommes Français ne suivons-nous pas exclusivement le système métrique si précis et généralement adopté par le monde scientifique?... Allons, un bon mouvement, et secouons la routine. Je commence à l'instant, et vous? (Pour le tableau comparatif des poids décimaux à la livre et à ses divisions, voir la *Gazette médicale* de Montréal, page 553, année 1887.)

—Les *Annales d'Orthopédie et de Chirurgie pratiques* publient une très remarquable étude sur la coxalgie (coxo-tuberculose). Elle est

due à la plume du Dr M. Bilhaut, rédacteur en chef, professeur libre d'orthopédie, lauréat de l'Académie de médecine. Nous en donnerons bientôt l'analyse.

## BIBLIOGRAPHIE.

REVUE SCIENTIFIQUE (*Revue Rose*), sommaire du numéro 26 (30 juin 1888) : Statistique parisienne. — Le tunnel sous-marin entre la France et l'Angleterre, par M. A. DE LAPPARENT. — L'heure nationale française, par M. F.-A. FOREL. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Informations, Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique. — Table analytique et alphabétique des matières contenues dans le tome XLI.

Abonnement annuel: 30 francs.—111 Boulevard St-Germain, Paris.

### Ouvrages reçus.

RAPPORT DE LA COMMISSION DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC. Québec 1888. Ce rapport de 180 pages in-8 est signé par MM. J. A. DUCHESNEAU, M. D., président, J. P. LAVOIE, M. D. et W. RHODES, commissaires.

TRANSACTIONS OF THE INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS, NINTH SESSION, edited for the executive committee by JOHN B. HAMILTON, M. D. Washington, D. C., U. S. A. 1887.

Vol. I. Contient le rapport des sessions générales tenues à Albaugh Theatre. Les conférences portent sur la *médecine* et sur la *chirurgie générales*.

Vol. II. Renferme le rapport complet des conférences et des discussions sur la *médecine militaire*, *l'obstétrique* et la *gynécologie*.

Vol. III. Rapporte les travaux de *thérapeutique* et de *matière médicale*, *d'anatomie*, *de physiologie*, *de pathologie*, *de maladies des enfants*, *d'ophtalmologie*, et *d'otologie*.

LE MAGNÉTISME ANIMAL, par le Dr FERNAND BOTTEY, édit. Plon, Nourrit & Cie, Paris, 1888.

Montréal, chez M. Charles de Lamothe, libraire français, 252 1/2 rue St-Laurent. Prix \$1.00.

L'HYPNOTOMIE ET LES ÉTATS ANALOGUES, par GILLES DE LA TOURETTE, Paris, 1887.

Montréal, chez M. Charles de Lamothe, libraire français, 252 1/2 rue St-Laurent. Prix \$1.90.



- A SYSTEM OF GYNECOLOGY, by AMERICAN AUTHORS, edited by MATTHEW D. MANN, A.M.M.D., Prof. of Obstetrics and Gynecology in the Medical Department of the University of Buffalo, N.Y. Vol. I. Illustrated with three colored plates and two hundred and one engravings on wood. LEA BROTHERS & CO., Philadelphia, Penn.
- A SYSTEM OF OBSTETRICS, by AMERICAN AUTHORS, edited by BARTON COOKE HIRST, M.D., Prof. d'obstétrique à l'université de Pennsylvanie, etc., etc. Vol. I. Illustré d'une planche en couleur et de 309 gravures sur bois. LEA BROTHERS & CO, Philadelphia, Penn. 1888.

### LA SANTÉ POUR TOUS.

L'attention et la curiosité des gens du monde se portent de plus en plus vers tout ce qui concerne les moyens de prévenir ou de guérir les maladies: c'est à ce public soucieux de sa santé et désireux de connaître les plus récents progrès réalisés par l'hygiène, la médecine et la chirurgie, que s'adresse le **Dictionnaire de la Santé**, illustré de 600 figures intercalées dans le texte, comprenant la médecine usuelle, l'hygiène journalière, la pharmacie domestique et les applications des nouvelles conquêtes de la science à l'art de guérir, par le Dr BONAMI, médecin en chef de l'hospice de la Bienfaisance.

Le **Dictionnaire de la Santé** se publie en 30 SÉRIES à 50 CENTIMES, paraissant tous les jeudis.

L'ouvrage complet formera un volume grand in-8 jésu à deux colonnes de 900 pages, illustré de nombreuses figures, choisies avec discernement, d'une exécution parfaite, et ornées avec profusion dans le texte, dont elles facilitent l'intelligence et à la clarté duquel elles ajoutent d'une façon très agréable pour les yeux.

On peut souscrire à l'ouvrage complet, qui sera envoyé franco chaque semaine, en adressant aux éditeurs, MM. J. B. BAILLIÈRE & FILS, 19, rue Hautefeuille, à Paris, un mandat postal de QUINZE FRANCS.

Toutes les sciences médicales ont trouvé place dans le **Dictionnaire de la Santé**, parce qu'elles forment un ensemble dont toutes les parties s'éclairent et se complètent mutuellement; mais, tout en restant exact dans le fond, l'auteur s'est attaché à exclure de son langage ces termes à mine rébarbative qui effrayent les passants.

Ce livre sera le guide de la famille, le compagnon du foyer, que chacun, bien portant ou malade, consultera dans les bons comme dans les mauvais jours.

CADIFUX et DEROME, libraires, Montréal.

Prix du dictionnaire complet: \$4.00.