

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- |                                     |   |                                     |   |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/>            | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/>            | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input type="checkbox"/>            | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     |   |

# L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

---

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

---

**VOLUME XII**



MONTREAL :

COMPAGNIE D'IMPRIMERIE CANADIENNE, 30 RUE SAINT-GABRIEL.

1883

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSNIERS.

Vol. XII.

MONTREAL, JANVIER 1883.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL NOTRE-DAME—M. BROUSSEAU.

Affections chirurgicales des voies urinaires.

(Leçon recueillie par A. JOYAL, M.B., et F. DEVLIN., M.B.)

*Messieurs,*

En commençant ces leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des voies urinaires, mon but est de vous donner les connaissances qui vous seront les plus utiles au lit du malade. Nous avons actuellement dans nos salles plusieurs sujets sur lesquels nous ferons l'application pratique de ces leçons.

Laissez-moi vous dire d'abord qu'il n'est pas de classes de maladies dans le traitement desquelles le manque d'instruction expose à de plus grossières méprises, et qu'il n'en est pas non plus qui soient traitées avec autant de succès quand les indications sont bien saisies. Il est donc de la plus haute importance que vous ayez sur ces affections des notions convenables.

Nous devons avouer franchement que dans ce pays un grand nombre de praticiens sont en défaut sous ce rapport. A la génération actuelle le devoir de combler cette lacune et de se bien préparer à traiter ces maladies d'après les données les plus récentes.

Quoique toutes les maladies des voies urinaires soient du domaine du chirurgien, celles qui se limitent aux reins sont ordinairement laissées au médecin.

Dans toutes les maladies, vous le savez, le *diagnostic* est ce qu'il y a de plus important. Connaissez à fond ce que vous avez à traiter, et le

traitement n'offrir que peu de difficultés. Le vrai garant du succès dans la pratique, le véritable cachet de supériorité professionnelle, c'est la certitude du diagnostic.

Les moyens de diagnostic sont : Questions orales, observation visuelle, exploration manuelle et instrumentale, examen des sécrétions.

Vous pouvez tirer au clair la plupart des cas d'affections urinaires par quatre questions principales et les questions secondaires que chacune d'elles comporte. Adressez au malade, dans l'ordre que voici, les quatre questions suivantes suggérées par Thompson :

1<sup>o</sup> Urinez-vous souvent ? Puis, comme questions secondaires : La miction est-elle plus fréquente le jour que la nuit ? Urinez-vous plus souvent lorsque vous prenez de l'exercice que lorsque vous êtes au repos ?

2<sup>o</sup> Souffrez-vous en urinant ? Souffrez-vous davantage avant, pendant ou après la miction ?

3<sup>o</sup> Quels sont les caractères de votre urine ? Est-elle claire ou troublee ? Le jet est-il normal ou altéré ? S'arrête-t-il brusquement au milieu de la miction ?

4<sup>o</sup> Urinez-vous ou avez-vous uriné du sang ? Le sang est-il noir ou vermeil ? Apparaît-il à la fin ou au commencement de la miction ?

1<sup>o</sup> *Fréquence des mictions.*—Presque toutes les maladies des voies urinaires s'accompagnent de plus ou moins de fréquence dans la miction. Ainsi la fréquence des mictions accompagne l'urétrite, la prostatite, la cystite, le rétrécissement urétral, l'hypertrophie de la prostate etc. Cette dernière affection fait uriner plus souvent la nuit que le jour, ce qui est un signe de diagnostic différentiel d'avec le calcul vésical qui fait uriner plus souvent le jour que la nuit et d'autant plus souvent que le malade prend un exercice plus violent. Les autres affections qui augmentent la fréquence des mictions sont les tumeurs de la vessie, les maladies organiques du rein, la maladie de Bright, le diabète, enfin, toutes les conditions morbides qui altèrent la composition normale de l'urine.

Si l'augmentation de la quantité d'urine s'observe souvent dans les affections rénales, la suppression de l'urine à son tour révèle toujours une maladie des reins.

2<sup>o</sup> *Douleur, avant, pendant ou après l'émission de l'urine.*—La nature de la douleur et son siège nous mettent sur la voie du diagnostic.

Dans la prostatite, la douleur apparaît à la fin de la miction parce que la vessie se contracte sur la prostate enflammée et devenue plus sensible. Cette douleur siège au périnée.

Dans la cystite, la douleur se fait sentir avant la miction, parce que l'organe enflammé ne peut se laisser distendre facilement. Ici, la douleur siège au-dessus du pubis.

Le rétrécissement de l'urètre s'accompagne de douleur au siège de la stricture, comme chacun peut en avoir la preuve sur lui-même en exerçant une légère pression sur son urètre durant la miction.

Il peut y avoir douleur dans l'hypertrophie de la prostate, vû que cette affection est souvent accompagnée d'une cystite chronique. Mais ici la douleur précède l'évacuation de l'urine, ce qui écarte toute idée de calcul.

Les calculs de la vessie donnent une douleur caractéristique. Elle se fait sentir à la fin de la miction, alors que l'urine exposée met la mu-

queuse de la vessie, surtout celle du col dont la sensibilité est exquise, en contact immédiat avec la rude surface de la pierre. La douleur est ressentie au col de la vessie ainsi qu'à la base du gland. Cette douleur produite par les calculs vésicaux est aggravée par le mouvement.

3<sup>o</sup> *Caractères de l'urine.*—Une précaution à prendre pour savoir si les matières étrangères, le muco pus etc., que contient l'urine viennent de l'urèthre ou de la vessie, est d'ordonner au malade de se servir de deux vases ; il commence d'abord à uriner dans l'un puis finit dans l'autre. Si les matières viennent de l'urèthre, on les retrouvera dans le premier vase, si elles viennent de la vessie, elles se montreront dans le second vase.

Les rétrécissements uréthraux ne donnent lieu à aucun dépôt dans l'urine. Ici la prééminence sémiotique réside dans le caractère du jet. Un jet petit, tortillé, fourchu etc, ou bien réduit à une série de gouttes indique très probablement un rétrécissement. Il faut bien faire attention au volume du jet. Si surtout *le jet est petit* et qu'il y a douleur et gêne à un certain endroit du canal, c'est qu'il y a là un rétrécissement.

Dans l'hypertrophie de la prostate, le jet tombe brusquement dès sa sortie du méat.

Chez les calculeux le jet peut s'arrêter brusquement ; cette interruption brusque est un signe probable de la présence d'un calcul. Cependant il peut arriver que le calcul ne vienne pas faire valvule.

4<sup>o</sup> *Présence du sang dans l'urine.*—La présence du sang dans l'urine est souvent due à un calcul, mais le dernier mot est laissé à la sonde. Quatre-vingt dix-neuf fois sur cent les calculeux ont des hématuries, de même que la plupart des phthisiques ont des hémoptysies à une époque ou une autre.

Si le malade a répondu affirmativement à la plupart des questions précédentes, vous êtes autorisés à faire un examen avec l'instrument. Mais vous ne devez jamais vous en servir quand il y a pas d'indications absolues, car l'instrument est toujours, *et per se*, un mal.



Nous passons maintenant à l'étude du *rétrécissement de l'urèthre*.

Le rétrécissement de l'urèthre est dû à un dépôt de lymphé plastique qui rapetisse le canal.

Règle générale, il y a eu phlegmasie. Cette phlegmasie est suivie d'exsudation dans le tissu sous-muqueux ; avec le temps, l'exsudat s'organise, se rétracte et étroit le canal.

Le rétrécissement peut être étroit ou large, il peut y en avoir jusqu'à cinq ou six.

Le rétrécissement *organique* est un état *permanent* ; c'est pour la vie, de sa nature, il tend continuellement à se rétracter.

Le rétrécissement purement inflammatoire n'existe pas ; il est analogue aux rétrécissements de la gorge causés par l'amygdalite, c'est à dire que ce n'est qu'un rétrécissement temporaire.

“ Il existe des *spasmes* de l'urèthre, dit Thompson, mais il n'y a pas de rétrécissement *spasmodique*. C'est là un refuge à l'incapacité.”

Le siège de prédilection du rétrécissement est à la réunion de la portion bulbeuse avec la portion membraneuse. Puis, vient l'espace d'un

poucé en avant de ce point. Il n'y a jamais de rétrécissement dans la portion prostatique.

Pour les rétrécissements *traumatiques*, le siège ordinaire est la courbure permanente de l'urèthre, comme dans le cas d'une chute à califourchon, etc.

Le rétrécissement du *méat* résulte d'un chancre à cet endroit.

*Les bougies à boule sont les véritables explorateurs de l'urèthre.* Celles à bout perforé laissant passer l'urine ont l'avantage d'avertir le chirurgien qu'il a pénétré dans la vessie.

Au nombre des symptômes concomitants du rétrécissement, sont, outre la petitesse du jet etc., les efforts de miction qui peuvent causer des hernies, hémorrhoides etc. Le jet a souvent une forme particulière, il est fourchu, en tire-bouchon etc. Un autre symptôme remarquable est l'écoulement urétral qui est si souvent pris pour une blennorrhée.

Si un écoulement de l'urèthre, consécutif à une blennorrhagie dure des mois et résiste aux moyens ordinaires, il devient indispensable de faire le cathétérisme explorateur avec la sonde à boule, afin de s'assurer s'il n'y aurait pas là des rétrécissements. Car dans ce cas le traitement interne serait absolument inutile.

Dans le rétrécissement il survient de la rétention d'urine, puis miction par regorgement, surtout quand le patient a fait une débauche.

La cause des rétrécissements dans la moitié des cas est la blennorrhagie; dans un quart, ce sont les injections fortes. Les rétrécissements déterminent des maladies de la vessie, des reins etc. Un patient dont les reins sont malades, dit Thompson, est sur le bord d'un précipice.

Le traitement est basé sur la pathogénie de la stricture. Or la stricture est un dépôt d'exsudat inflammatoire dans le tissu *sous muqueux*.

Pour faire résorber ce produit, le traitement le plus convenable dans la majorité des cas est la *dilatation simple et progressive*. Cette dilatation peut guérir la plupart des rétrécissements. Il est donc important d'en connaître le mode d'action.

Les effets de ce traitement sont dus à une simple action de contact, à la *seule présence* de la sonde qui dilate le rétrécissement.

La sonde agit dynamiquement, non parce qu'elle *refoule et écarte* les parois du rétrécissement, mais parce qu'elle met en jeu les *actes organiques propres à la transformation du tissu pathologique*. Tout dépend donc du contact. Il ne faut pas exercer une forte pression pour introduire la bougie, car il s'en suivrait de l'inflammation. La pression urétrale doit être dosée comme les médicaments. (F. Guyon.)

Quand il s'agit de franchir un rétrécissement difficile, il faut procéder méthodiquement dans l'introduction de la bougie. Vous devez longer alternativement la paroi antérieure, la paroi postérieure, puis les parois latérales. À cet effet vous vous servez de bougies en tire-bouchon ou en bayonnette. Vous pouvez aussi vous aider du doigt introduit dans le rectum.

Quand on sent que la bougie est serrée et qu'on éprouve de la difficulté à la retirer, c'est qu'on a bien pénétré dans le rétrécissement. Au contraire, si l'instrument avance et glisse tout à-coup, c'est qu'on a fait une fausse route.

Au début du traitement des rétrécissements, l'introduction de la bougie doit être faite tous les deux jours.

Si le cathétérisme est très difficile il vaut souvent mieux, une fois le rétrécissement franchi, y laisser la sonde à demeure et faire la dilatation continue.

Pour faire la dilatation continue il faut une sonde convenable, c'est à-dire une sonde qui remplisse bien le canal sans le distendre. On la laisse à demeure pendant vingt-quatre heures, après quoi on introduit le numéro suivant et ainsi de suite jusqu'à dilatation complète. On ferme la sonde par un petit bouchon, ou bien on y ajuste un tube qui tombe en bas du lit.

Les cathéters mis à demeure doivent être en gomme.

La dilatation continue détermine souvent une urétrite amenée par la présence de la sonde. Pour éviter cet inconvénient on met la sonde la nuit seulement, ou bien, si le cathétérisme est alors facile, vû le commencement de dilatation déjà obtenu, on continue le traitement par la dilatation simple et progressive.

Tout rétrécissement étant rétractile de sa nature, il faut de temps à autre passer la bougie afin de maintenir le résultat acquis.

L'urèthre une fois dilaté, recommandez énergiquement au malade de se passer une bougie une fois par semaine durant les six premiers mois, une fois par mois durant l'année subséquente, puis deux ou trois fois par année indéfiniment. C'est là une condition sine qua non de la permanence de la guérison, car la rétractilité propre au rétrécissement fait qu'il tend incessamment à se reproduire.

L'introduction des bougies peut être bien difficile, mais elle n'est presque jamais impossible tant que l'urine passe; du moins, si le cathétérisme est impossible, cela est dû plutôt à une déviation, à un état irrégulier du canal, qu'à une étroitesse absolue. Les bougies très fines sont aptes à s'enrouler au devant de l'obstacle.

Dans aucune circonstance il ne faut avoir recours à la force pour pénétrer dans la vessie ou traverser un rétrécissement.

Les chirurgiens les plus habiles admettent qu'ils ont rencontré des rétrécissements qu'ils n'ont pu franchir.

Les rétrécissements à répétition et rétractiles sont le fléau des chirurgiens.

Aux rétrécissements coriaces et rétractiles, réfractaires à la dilatation, on oppose la distension, la divulsion ou l'uréthrotomie interne ou externe.

Dans une leçon subséquente nous parlerons de l'hypertrophie de la prostate.

## Du Diabète sucré; (1)

par G. ARCHAMBAULT, M. D., Montréal.

Dans le mois de mars dernier, j'étais appelé auprès d'une pauvre femme de la rue St-D....., Madame C... Elle accusait une démangeaison très grande dans les parties génitales. " Cette démangeaison me fait mourir, me dit-elle, je ne puis marcher, et c'est à peine si je puis retenir mes urines qui sont brûlantes et me causent beaucoup de douleurs

(1) Lu devant la Société Médicale de Montréal.

au passage." Je l'examinai et je trouvai des croûtes d'eczéma sur tout le pourtour de la vulve, et les bords du méat urinaire très rouges et très enflammés. La muqueuse vulvaire présentait un grand nombre de petites papules et une irritation très étendue. Je remarquai sur la chemise de la malade des taches blanchâtres semblables à celles de l'empois. En l'interrogeant, j'appris qu'elle souffrait depuis longtemps de douleurs dans la tête, que sa vue s'affaiblissait de jour en jour, qu'elle maigrissait à vue d'œil, malgré que son appétit fut même meilleur que lorsqu'elle était en santé, enfin qu'elle avait toujours une soif ardente. Comme elle était âgée de 45 ans, je crus avoir devant moi une diabétique, et j'en acquis la preuve en examinant son urine qui accusa une gravité spécifique de 1060, et 40 grains de sucre par once de liquide. Elle urinait alors 10 chopines par jour (160 oz). D'après ce qu'elle me dit, son diabète devait remonter à près de deux ans, époque où elle perdit son mari et un de ses enfants, emportés tous deux par la fièvre typhoïde. Elle en éprouva un grand chagrin et dut même garder le lit pendant quelques semaines, tant ces pertes l'avaient affectée. Ce ne fut que deux ou trois mois après qu'elle s'aperçut que ses forces et son embonpoint l'abandonnaient. Un jour, voulant se rendre à une église située à quelques arpents seulement de sa résidence, elle perdit connaissance en y arrivant. Ce fut vers ce temps que survint l'eczéma vulvaire qui persista jusqu'à l'époque où elle me fit appeler.

Comme ce cas de diabète me paraît remarquable par sa durée, malgré la quantité d'urine émise tous les jours et l'absence de tout traitement pendant près de deux ans, j'ai cru devoir vous le rapporter et vous faire part des quelques notes que j'ai recueillies sur cette affection dans les auteurs les plus récents et les revues de médecine les mieux autorisées. Dans ce travail je laisserai complètement de côté le diabète insipide pour ne vous parler que du diabète sucré.

Cette maladie est, comme vous le savez, caractérisée par la présence excessive et permanente du sucre dans l'urine, et par une augmentation considérable de la sécrétion urinaire. Elle est accompagnée d'une soif excessive, d'un appétit considérable et d'un amaigrissement progressif. L'urine est d'une gravité spécifique très élevée.

On rencontre cette maladie à tous les âges, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, mais c'est surtout de 40 à 60 ans qu'elle est la plus fréquente. Beaucoup d'auteurs prétendent que c'est de 30 à 40 ans, mais si l'on consulte les statistiques de Durand-Fardel, on trouve que sur 300 cas, il y en avait 92 de 40 à 50 ans et 101 de 50 à 60 ans. Dans les quelques cas que j'ai eu occasion d'observer, les malades dépassaient tous l'âge de 40 ans.

D'après Redon (*Gazette des Hôpitaux*, 1877), cette maladie serait beaucoup plus fréquente qu'on le pense chez les enfants, et si on examinait l'urine de tous ces pauvres petits êtres qui meurent en langueur, on trouverait probablement que la cause ordinaire de la mort est le diabète sucré. Les hommes y sont plus exposés que les femmes, et les statistiques de Graesinger et de Durand-Fardel donnent une proportion de 4 à 1. Les personnes grasses, obèses paraissent en être plus souvent atteintes que les sujets maigres. Mais ce qui paraît avoir une influence assez grande sur la production de cette maladie, ce sont les habitudes sédentaires et la bonne chère. On la rencontre plutôt parmi les rentiers, les prêtres, les médecins, les avocats et les grands viveurs que dans les classes ouvrières.

Le diabète survient aussi à la suite de grands chagrins et je n'ai pas le moindre doute que ce fut là le point de départ du cas que je vous ai rapporté.

Le climat n'est pour rien dans la production de cette maladie, et quoique Contour dise que nulle part le diabète n'est aussi commun qu'en Angleterre et en Hollande et qu'il semble en attribuer la cause au climat froid et humide de ces contrées, cependant on le rencontre tout autant dans le Midi de la France, en Italie et aux Indes surtout où il est très fréquent.

La plupart des auteurs sont d'opinion qu'il faut ranger l'hérédité parmi les principales causes prédisposantes du diabète, et, pour ma part, je puis vous citer le cas d'un vieillard mort de diabète à l'âge de 72 ans; trois de ses enfants ont, depuis, succombé à la même maladie.

L'alimentation est une des grandes causes du diabète et "on est frappé, dit Contour, du grand nombre de diabétiques qui ne doivent leur maladie qu'à une nourriture insuffisamment réparatrice ou exclusivement végétale." Tous les aliments qui contiennent de la fécule et du sucre peuvent engendrer cette maladie, de même que toute boisson fermentée prise habituellement, et c'est probablement ce qui explique pourquoi l'on trouve plus de diabétiques dans certains pays où l'on fait abus de ces liqueurs, comme en Angleterre et en Hollande. C'est peut-être aussi une des causes de la fréquence de cette maladie en Canada.

Cependant, d'après Brunton (*Reynold's System of Medicine*), l'influence des aliments n'est pas du tout certaine, "quoique l'on ait regardé, et apparemment avec raison, dit-il, les aliments surchargés de sucre et de fécule comme étant une des causes du diabète, cependant en soumettant des animaux à une diète exclusivement sucrée et féculente, il nous a été impossible de produire le diabète." Combien ne voit-on pas de personnes qui ne vivent que d'une diète exclusivement végétale, les chartroux par exemple, ainsi que certaines communautés, et cependant, on n'y rencontre pas de diabétiques. Il faut donc, pour que cette cause puisse agir, qu'il y en ait une plus importante qui empêche la décomposition de ces matières. C'est, suivant Claude Bernard, "une certaine perturbation nerveuse, très mystérieuse encore il est vrai, mais qui doit agir d'une manière très puissante."

Parmi les autres causes, il faut citer la suppression subite de la transpiration, d'un flux habituel ou de quelques exanthèmes. On trouve encore du sucre dans les urines de certaines personnes, au cours d'une fièvre, d'une inflammation, mais alors c'est de la glycosurie, du diabète passager. J'ai eu occasion de trouver du sucre dans les urines de petits enfants qui souffraient de la coqueluche et après les fièvres scarlatines. Les femmes qui s'exposent au froid pendant l'époque menstruelle ou pendant la lactation sont aptes à contracter le diabète. On trouve encore du sucre dans les urines des femmes enceintes, mais il ne faut pas généralement s'occuper de cette glycosurie qui ne constitue pas alors une maladie, mais qui est bien plutôt un état physiologique de la grossesse.

Les chûtes, les coups sur la tête peuvent produire le diabète, de même que les blessures à la colonne vertébrale, le ramollissement ou la dégénérescence du cerveau ou de la moëlle allongée, une grande tension d'esprit, le découragement, les excès vénériens.

On peut aussi produire le diabète d'une manière artificielle, en faisant

respirer de l'éther, du chloroforme, de l'acide carbonique, et en piquant le plancher du 4ème ventricule.

Dans une récente communication faite à l'Académie de Médecine de Paris (Déc. 1881), M. Verneuil a cité plusieurs cas où il aurait rencontré une grande analogie entre le paludisme et le diabète, et il serait d'opinion que cette dernière maladie est souvent causée par la fièvre intermittente; au reste, voici les conclusions qu'il tire des faits rapportés :

1<sup>o</sup> La malaria engendre fréquemment la glycosurie.

2<sup>o</sup> Celle-ci se présente sous deux formes: l'une contemporaine de l'accès fébrile et comme lui passagère et fugace, l'autre plus ou moins tardive, indépendante des paroxysmes fébriles, et, en tout cas, permanente.

La seconde forme est vraisemblablement la suite de la première, mais l'époque de la substitution est tout à fait inconnue. Rien ne prouve même que, dans les pays paludiques, le diabète ne puisse pas s'établir d'emblée comme forme larvée de l'intoxication.

3<sup>o</sup> La glycosurie permanente semble atteindre de préférence les paludiques vigoureux, entachés d'arthritisme.

4<sup>o</sup> La glycosurie palustre semble être une des formes bénignes du diabète.

5<sup>o</sup> Les affections intercurrentes survenues chez les paludo diabétiques peuvent prendre certains caractères du paludisme ou de la glycosurie ou des deux maladies à la fois.

Les premiers symptômes qui attirent l'attention du malade sont une soif insatiable, excessive, une micturition très fréquente, surtout la nuit, une grande faiblesse dans les jambes. Il peut à peine faire quelques pas sans ressentir une grande fatigue, et maigrit malgré qu'il mange beaucoup.

Où bien encore, ce sont des furoncles ou des anthrax qui surviennent sans cause apparente. Dans ces derniers cas, ce n'est qu'en examinant l'urine que le médecin se trouve en face d'un diabète pour ainsi dire aigu et des plus graves, et c'est quand il est interrogé que le patient se rappelle avoir été, en effet, très altéré depuis un certain temps, et avoir uriné plus fréquemment que d'habitude.

Ces deux différentes formes de diabète, l'une à marche chronique et l'autre à marche aiguë, sont pour Lasègne (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, oct. 1882) deux types bien différents. Il divise les diabétiques en deux classes, diabétiques gras et diabétiques maigres, suivant leur embonpoint.

D'après lui, le diabète à forme chronique se rencontre généralement chez les personnes obèses (diabétiques gras), et celui à forme aiguë chez les personnes maigres (diabétiques maigres).

Quelquesfois aussi, c'est un eczéma génital qui fait reconnaître le diabète. Chez les femmes surtout, le contact si souvent répété de l'urine avec la muqueuse de la vulve cause une certaine irritation suivie d'une démangeaison très grande et bientôt d'un eczéma vulvaire qui nous fait soupçonner le diabète. Chez cette femme dont je vous rapportais le cas, ce fut l'eczéma vulvaire qui me mit sur la trace de la maladie.

Comme nous l'avons dit, l'émission de l'urine est très fréquente, et le malade, tourmenté par cette envie continuelle d'uriner qui se fait sentir encore plus la nuit que le jour, se trouve privé d'une grande partie de son sommeil.

La quantité d'urine émise chaque jour est quelquefois énorme. Ma patiente en rendait régulièrement 10 chopines (160 onces) dans les 24 heures. Le Dr Gross (*Diseases of urinary organs*) cite un cas où la quantité émise dans les 24 heures variait de 2 à 4 gallons, mais généralement la moyenne est de 5 à 6 chopines par jour.

La couleur de l'urine est généralement jaune paille, quelquefois verdâtre, mais très souvent le liquide est incolore. Aussitôt après l'émission elle est transparente, mais bientôt elle se trouble et devient blanchâtre, ressemblant à du petit lait clarifié. Sa saveur est sucrée et son odeur rappelle celle de la violette ou du foin fané. Ce qu'il y a de singulier, c'est que l'urine des diabétiques ne se corrompt que très lentement et que, plusieurs jours même après son émission, l'odeur reste la même ou prend celle du vinaigre ou de l'alcool, ce qui est dû à la fermentation qui s'est opérée; mais jamais on n'y rencontre cette odeur d'ammoniaque si désagréable que la décomposition de l'urine normale fait ordinairement développer.

La gravité spécifique de l'urine diabétique est de 1030 à 1050, et même de 1060, comme je l'ai constaté chez ma patiente. C'est vers le milieu de la maladie que la gravité spécifique atteint son maximum. Vers la fin elle diminue, soit que le malade entre en convalescence, soit que surviennent des symptômes qui annoncent une mort prochaine.

La réaction de l'urine des diabétiques est toujours très acide, de même que leur salive qui perd son alcalinité.

Pour reconnaître s'il y a du sucre dans l'urine, on se sert de plusieurs procédés, entr'autres de ceux de Moore, de Trommer, Maumené, de la fermentation, etc. Les plus simples et les plus rapides sont ceux de Moore et de Trommer.

Celui de Moore consiste tout simplement à faire bouillir l'urine avec la moitié de son volume de liqueur de potasse; s'il y a du sucre, le liquide devient jaune d'abord, puis rouge foncé brillant.

Pour la méthode de Trommer, on ajoute à l'urine quelques gouttes d'une solution (10 grains à l'once) de sulfate de cuivre dans un tube à réactif puis on y verse de la liqueur de potasse, à peu près la moitié du volume de l'urine; s'il y a du sucre, il se forme un précipité jaunâtre ou rouge brun de sous-oxide de cuivre.

Un excellent procédé est aussi celui de la fermentation, car il peut servir non seulement à nous faire découvrir d'une manière certaine qu'une urine contient du sucre, (il n'y a qu'une urine diabétique qui puisse fermenter au contact de la levûre de bière,) mais encore la quantité de sucre qui s'y trouve, par la différence de la gravité spécifique avant et après la fermentation. C'est Roberts qui a démontré que chaque degré de gravité spécifique indiquait un grain de sucre par once de liquide. Si la gravité spécifique avant la fermentation est 1040 et qu'après la fermentation elle se trouve réduite à 1020, il y aura par conséquent 20 grs de sucre par once d'urine.

Pour obtenir ce résultat, voici la manière de procéder, manière que nous trouvons d'ailleurs dans les notes du Dr N. Fafard, sur la chimie médicale, (*Union Médicale du Canada*, avril 1882) et que, vu son importance, je reproduis ici :

“ On met 4 onces de l'urine suspecte dans une bouteille de 12 onces avec un morceau de levûre de bière (*german yeast*) de la grosseur d'une

noisette. On bouche la bouteille très légèrement, afin de permettre à l'acide carbonique de s'échapper, et on la met dans une chambre chaude à la température de 70° à 75°. On place à côté de la première une autre bouteille semblable contenant la même quantité de la même urine, sans levûre et bien bouchée. S'il y a du sucre, la fermentation a lieu quelques heures après (5 à 6 heures). Quand elle est terminée, c'est-à-dire au bout de 22 à 24 heures, la levûre se dépose et le liquide se clarifie; c'est alors que l'on prend la gravité spécifique des deux liquides. La différence obtenue, chaque degré de densité perdu indique un grain de sucre par once de liquide."

Une autre méthode (très simple encore, mais pas aussi fidèle,) pour s'assurer s'il y a du sucre dans l'urine, consiste à mettre une certaine quantité de ce liquide dans un creuset. Au bout de quelques jours l'urine transude à travers les parois du vase et le sucre se dépose sous forme d'incrustations jaunâtres sur la paroi externe. Le goût nous prouve que c'est du sucre.

Quelques gouttes d'urine diabétique déposées sur la chemise du patient ou tombées sur ses habits ou sur la terre, laissent après évaporation, des taches blanchâtres formées par des dépôts de sucre. On y trouve même quelquefois jusqu'à des cristaux.

Tels sont les caractères tirés de l'état des urines.

Les fonctions génératrices sont affaiblies dès le commencement; il n'y a plus de désirs vénériens, et souvent il y a impuissance complète.

Du côté des voies digestives, on trouve la bouche toujours sèche, la langue rouge et fissurée, les gencives saignantes et quelquefois ulcérées, les dents en partie sorties de l'alvéole. L'haleine est fétide et exhale souvent une odeur d'alcool ou de vinaigre. La salive est épaisse, collante, spumeuse et peu abondante. La digestion se fait assez bien malgré la quantité parfois énorme de nourriture absorbée par le malade. Au début il y a constipation, mais vers la fin de la maladie il y a diarrhée et souvent un dévoiement considérable. Malgré que les malades boivent beaucoup, ils rendent cependant encore plus d'urine qu'ils n'absorbent de liquide.

"La peau subit des altérations remarquables, dit Bouchardat, elle devient sèche, rugueuse, écailleuse; dans quelques cas elle se couvre d'éruptions de différente nature (lichen, impetigo, psoriasis, porrigo)." La transpiration est nulle ou presque nulle. Ce n'est que vers la fin de la maladie, lorsque la terminaison fatale approche, que l'on voit quelquefois reparaitre la sueur, mais alors elle est chargée de sucre et coïncide souvent avec la diminution de celui-ci dans les urines qui sont aussi moins abondantes.

Hardy attire l'attention sur certaines douleurs névralgiques plus persistantes que les névralgies ordinaires et qui se manifestent principalement au mollet et à l'articulation du pied. (*G. des Hôpitaux*, 1877).

Du côté des voies respiratoires, rien d'extraordinaire ne se montre dans le commencement, mais à mesure que la maladie fait des progrès, survient une petite toux sèche, qui augmente peu à peu jusqu'à ce que l'auscultation fasse découvrir des dépôts de tubercules qui, une fois développés, se ramollissent rapidement.

Souvent la vue est affaiblie, et, d'après Lécorché, on rencontre de l'amblyopie dans le quart ou le cinquième des cas. A une période

avancée de la maladie survient fréquemment une cataracte qui revêt généralement la forme molle et qu'on désigne sous le nom de *cataracte diabétique*. Cette maladie influe beaucoup sur l'état moral du patient; celui-ci devient irritable, soupçonneux, et à mesure que l'affection fait des progrès, la tristesse, l'abattement et le désespoir s'emparent de lui.

Quand la maladie approche de sa terminaison fatale, il survient des furoncles, des anthrax et quelquefois de la gangrène, surtout aux extrémités inférieures; ou bien, la phthisie pulmonaire arrive à son dernier degré, et le malade meurt dans le marasme le plus complet.

La durée moyenne du diabète est de deux à trois ans d'après Graesinger, mais souvent, grâce au traitement, la vie du patient peut être prolongée pendant plusieurs années. Quelquefois aussi sa durée n'est que de quelques mois, la phthisie pulmonaire s'emparant du malade. D'après des notes présentées à l'Académie de Médecine de Paris par Lancereaux, en 1877, et ensuite par Depierre, en 1880, il existerait une forme particulière de diabète à marche très rapide et dont la durée moyenne serait de 20 mois; cette forme serait liée à certaines altérations du pancréas, altérations qui amèneraient la suppression de la sécrétion pancréatique. Cette forme de diabète serait caractérisée par un début brusque, par un amaigrissement considérable avec polydipsie, polyphagie, et par des déjections alvines spéciales (selles butyreuses, graisseuses), et surtout par une évolution rapide. Le traitement, indépendamment de celui institué dans les formes ordinaires du diabète, consisterait à suppléer à la digestion pancréatique par des moyens artificiels, comme la pancréatine.

La marche du diabète est assez rapide; l'urine devient de plus en plus abondante, les forces vitales ne peuvent plus résister à cette source d'épuisement et il arrive quelque complication qui emporte le malade. Les complications les plus ordinaires sont la pneumonie, la phthisie, l'entérite, la gangrène, le charbon. Dans d'autres cas encore, le malade tombe dans le coma et meurt subitement.

Le Dr Cyr, (*Archives générales de médecine*, 1878) attribue ces morts subites à l'acétonémie ou empoisonnement du sang par l'acétone, substance stupéfiante dont les effets ressemblent à ceux de l'éther et de l'alcool et qui serait produite dans l'économie par la formation anormale de la glycose ou paraglycose. Il explique encore ces morts subites par la rétention du sucre dans l'économie, ce qui cause une altération du sang et la cessation de son oxigénation, d'où dyspnée, coma et mort quelquefois dans l'espace de trois ou quatre heures.

Les docteurs Sanders et Hamilton attribuent la dyspnée et le coma diabétiques à des embolies pulmonaires graisseuses et à un empoisonnement asphyxique lent par l'acide carbonique. (*Edim. Med. Journal*, 1880.)

Le Dr Ebstein pense que la mort subite est causée par la nécrose des tubes urinaires, et Frerichs croit que l'excès de sucre est la cause de cette nécrose (*Clinique du Dr Whittaker in Cincinnati Lancet and Clinic*, Nov. 1882). (A suivre)

---

**Anthelmintique.**—On dit que le Muriate d'Ammoniaque, à dose de 5 grains, est doué de propriétés vermifuges.—(*New Engl. Med. Monthly*).

## CHIMIE MÉDICALE.

### Des fermentations ;

par N. FAFARD, M. D., professeur à l'Université-Laval, Montréal.

L'étude des êtres infiniment petits est à l'ordre du jour en Europe comme on Amérique. Le rôle qu'ils jouent dans les transformations des substances organiques est depuis longtemps démontré; l'influence qu'ils exercent sur l'organisme des êtres vivants n'est plus douteuse. Une foule de maladies, dites épidémiques et contagieuses, ne reconnaissent pas d'autres causes. Une opinion qui tend à prévaloir va même jusqu'à attribuer à l'action des êtres microscopiques toute la série des maladies auxquelles on ne reconnaît aucune cause appréciable, et que pour cette raison on est convenu d'appeler maladies spontanées ou idiopathiques.

La question, comme on le voit, est très importante. Aussi, est-ce avec la certitude de rendre service à la profession médicale, que j'entreprends d'écrire ces notes sur les fermentations. Mon but est de mettre les médecins au courant des idées nouvelles. Je ne donnerai rien à l'imagination, me contentant de rapporter, le plus clairement qu'il me sera possible, les différentes découvertes qui ont été faites à ce sujet.

Quant aux opinions et aux théories qui ne sont pas suffisamment prouvées, je me contenterai de les énoncer, en laissant au lecteur le soin de les juger comme elles le méritent.

Aujourd'hui je vais commencer à donner un court aperçu sur les fermentations en général; nous serons plus aptes par la suite à comprendre les fermentations au point de vue pathologique.

*Définition.*—Le nom de fermentation était appliqué par les anciens chimistes à toute action dans laquelle un gaz se dégage tumultueusement. Dans l'état actuel de la science on dit qu'il y a fermentation, toutes les fois qu'un ou plusieurs corps organiques ou organisés subissent des changements de composition ou de propriétés sous l'influence d'une substance organique azotée, appelée ferment, qui agit sous faible masse et ne cède sensiblement rien à la matière fermentée." *A. Gauthier.*

### FERMENTS.

On reconnaît deux espèces de ferments: 1° les ferments figurés vivants ou insolubles, donnant lieu aux fermentations proprement dites; 2° Les ferments non vivants ou solubles (zymases pour quelques auteurs) produisant les fausses fermentations appelées quelquefois catalyses.

*Distinction.*—Les ferments vrais étant des êtres organisés vivants, végétaux ou animaux, remplissent les mêmes fonctions physiologiques que tous les êtres vivants; ils se nourrissent, se développent, se reproduisent et meurent.

La matière organique qui sert de nourriture à ces petits êtres

microscopiques éprouve des changements en rapport avec les actes vitaux de ces derniers. Ces changements constituent ce qu'on appelle "la fermentation."

Les ferments solubles (zymases) n'agissent que par leur présence, sans rien céder et sans rien prendre à la matière fermentescible. N'étant pas vivants, ils ne peuvent se reproduire.

Les matières organiques en contact avec les zymases subissent des changements que l'on désigne sous le nom de fausse fermentation ou catalyse.

### I. FERMENTATIONS VRAIES A FERMENTS FIGURÉS VIVANTS.

On en distingue sept espèces principales, 1<sup>o</sup> Fermentation alcoolique, 2<sup>o</sup> lactique, 3<sup>o</sup> visqueuse, 4<sup>o</sup> acétique, 5<sup>o</sup> ammoniacale, 6<sup>o</sup> butyrique, 7<sup>o</sup> putride.

Outre celles que je viens d'indiquer il existe une foule d'autres fermentations du même genre, parfaitement connues, qu'il est inutile de mentionner ici.

La plus importante de toutes est la fermentation alcoolique. Elle peut servir de type aux autres, parce que dans toutes on rencontre les mêmes phénomènes physiologiques, les mêmes actes vitaux d'un être microscopique vivant, végétal ou animal, dont la conséquence est la transformation de la matière organique. "Le rôle que jouent les ferments, dit Dumas, tous les animaux le jouent. Tous ces êtres ou tous ces organes consomment des matières organiques, les dédoublent et les ramènent vers les formes les plus simples de la chimie minérale."

Nous donnerons donc une attention plus spéciale à la fermentation alcoolique. Connaissant celle là, nous connaissons les autres.

1<sup>o</sup> FERMENTATION ALCOLIQUE.—*Substances fermentescibles*.—Elles sont de deux espèces : les unes immédiatement fermentescibles, comme la glucose, la maltose, la lactose.

Les autres ne prennent la fermentation alcoolique qu'après avoir subi l'action d'un ferment soluble (zymase) : ce sont la saccharose, l'amidon, le glycogène, etc.

*Agent*.—La levure de bière, *Torula Cerevisia*, (*fermentum alcoholicum* de Pasteur) est le ferment de la fermentation alcoolique. Elle se présente sous forme de cellules de  $\frac{1}{5}$  à  $\frac{1}{10}$  de millimètres de diamètre, libres ou en chapelets. Elle se reproduit par bourgeonnement.

La levûre a la même composition élémentaire que les plantes. Elle est formée de :

Substances azotées protéiques.....	63 p
Cellulose, dextrine, sucre.....	29 "
Substances minérales (silice, phosphates).....	6 "
Matières grasses et huiles volatiles.....	2 Payen.

D'après Pasteur, la levûre de bière serait la cause unique de la fermentation alcoolique.

D'autres chimistes, Berthelot en tête, prétendent que plusieurs agents peuvent produire la même fermentation.

*Fonctions du ferment alcoolique*.—Les mêmes que celles qui caracté

risent les actes de la vie animale. Elles s'accomplissent avec dégagement de chaleur.

*Aliments.*—Comme pour tous les êtres vivants, il faut au ferment alcoolique trois sortes d'aliments, des matières azotées, hydrocarbonées et minérales.

Les moûts fermentescibles contiennent toutes ces substances. Ces aliments viennent-ils à manquer, la levûre peut continuer à vivre pendant quelque temps par une espèce d'autophagisme, c'est-à-dire qu'elle se nourrit aux dépens de sa propre substance, mais bientôt elle s'épuise, devient inerte et meurt.

Dans l'industrie, lorsque ce phénomène se présente, on dit que la levûre est *éventée*.

*Conditions de la fermentation alcoolique.*—Pour obtenir la fermentation alcoolique dans sa plus grande activité, voici les proportions dans lesquelles les substances doivent être mélangées : glucose 15 p. eau 90 p, matières albuminoïdes 3,5 p, levûre 0,5 p. La température doit être entre 20° et 25° centig; elle peut varier cependant entre les limites extrêmes 5° et 50° centig.

Le froid arrête la fermentation, mais ne détruit pas le ferment. Une chaleur de 100° désorganise et détruit complètement la levûre. Il en est de même d'ailleurs de tous les autres ferments figurés vivants. Le procédé d'Appert pour la conservation des matières alimentaires en est une preuve frappante. Tout le monde sait que les fruits, mis dans un vase quelconque, portés à la température de l'ébullition et ensuite renfermés hermétiquement, peuvent se conserver des années sans altération. Nous reviendrons sur ce fait.

La présence d'un acide organique est utile à la fermentation alcoolique, parce qu'elle empêche d'autres fermentations de se former, notamment les fermentations lactique et butyrique. Celles-ci ne peuvent avoir lieu que lorsque le liquide fermentescible est neutre ou alcalin.

J'attire l'attention du lecteur sur ces faits, parce que plus tard ils pourraient nous expliquer pourquoi certaines personnes paraissent réfractaires à quelques maladies contagieuses.

Le sucre, les sels, la glycérine, l'alcool en trop grande quantité nuisent à la fermentation.

Les sels minéraux, tels que ceux de mercure qui coagulent l'albumine, les poisons en général, les désinfectants arrêtent la fermentation et détruisent le ferment.

*Évolution du ferment.*—Le ferment éprouve des changements corrélatifs à son évolution vitale. Il présente :

1° Une période de jeunesse, dans laquelle son activité génératrice est dans sa plus grande puissance. Les cellules nouvelles, qui naissent par bourgeonnement, se tiennent en chapelots et sont entraînées à la partie supérieure du liquide par le dégagement de l'acide carbonique;

2° Un âge adulte, pendant lequel les cellules se remplissent d'une fine granulation appelée sémillante. La cellule finit par se résorber et il reste cette fine granulation, apte probablement à reproduire la cellule primitive.

Ces phénomènes s'observent dans tous les ferments figurés vivants actuellement connus.

*Origine du ferment.*—L'air est le véhicule de tous les ferments figurés vivants ou de leurs germes. Les belles expériences de Pasteur, Davaino, Berthelot, Coze et Feltz, etc., le prouvent surabondamment. Ces chimistes sont parvenus à conserver, dans des vases parfaitement clos, au contact de l'air pur et à l'abri de tout germe atmosphérique, les matières les plus altérables telles que du sang, de l'urine, de la chair musculaire, et cela pendant des mois entiers.

D'ailleurs l'industrie des conserves alimentaires en est une preuve journalière que tout le monde peut observer.

*Produits de la fermentation alcoolique.*—La glucose se dédouble en alcool et acide carbonique,  $C^{12} H^{12} O^{12} = 2C^4 H^6 O^2 + 4 CO^2$  ou mieux, pour être plus exact, voici la teneur des différents produits de la fermentation alcoolique tels que découverts par Pasteur :

Alcool, acide carbonique, acide succinique, glycérine, cellulose, graisse, etc.

(A suivre)

## COMMUNICATION.

*MM. les Rédacteurs,*

Plus le nombre des médecins augmente, plus nous faisons de progrès dans la science médicale, et plus nous sentons le besoin de partager l'ouvrage et de faire de la spécialité. Tous les jours la médecine étend son domaine, chaque année de nouveaux horizons se déroulent devant nous et nous forcent à reconnaître notre impuissance et à restreindre nos travaux à une partie du champ qu'il nous est impossible de cultiver en entier. Les connaissances humaines se sont tellement multipliées que le génie même ne suffit plus à les embrasser toutes, les talents universels n'existent plus. En médecine comme ailleurs il faut se résigner à ignorer bien des choses pour réussir à acquérir sur quelques-unes des connaissances suffisantes.

Après avoir passé six ans à la rédaction de l'*Union Médicale*, voguant sur tous les sujets, je me suis recueilli et décidé au rapetissement. Je ne lui ai demandé qu'un petit coin de son format agrandi par votre zèle. Ce petit coin m'est donné comme un patrimoine dont j'ai l'usufruit, je m'y établis avec mes idées d'études spéciales, le cœur un peu dans l'eau de briser avec des habitudes aimées, mais l'âme au ciel, tellement je suis heureux de réaliser un projet conçu déjà depuis longtemps, et tellement je suis convaincu que le médecin doit concentrer avec fruit sur un point le temps qu'il dépense sur des généralités trop immenses pour pouvoir jamais espérer en atteindre le fond.

Je commencerai sous peu des études sur l'hygiène et les maladies des enfants, deux sujets qui n'ont jamais, il me semble, mérité suffisamment l'attention du journaliste ou de l'homme d'étude, dans notre monde médical. Cela me permet d'espérer que je pourrai être encore de quelque utilité à mes confrères.

SÉVÉRIN LACIPELLE, M. D.

## HOPITAUX.

## Hopital Notre-Dame, Montréal.

*Indigestion ; symptômes cholériformes.—Maladie de Bright ; rétinite albuminurique.—Polype utérin : ablation.*

*Indigestion : symptômes cholériformes.*—Damase M., 45 ans, journalier, est admis à l'hôpital le 15 novembre 1882, se plaignant d'une faiblesse extrême, de douleurs intenses à l'estomac et à l'abdomen, crampes aux mollets et dans les membres supérieurs ; le pouls est petit, faible, fréquent ; il y a quelques vomissements occasionnels et diarrhée assez abondante. Ce malade raconte avoir ingéré, la veille, une grande quantité d'huîtres. Deux heures après, il fut pris de vomissements, bientôt suivis de diarrhée avec coliques violentes, crampes aux extrémités, surtout aux mollets, qui durèrent toute la nuit.

Lors de l'arrivée du patient à l'hôpital, les vomissements sont plus rares, mais la diarrhée persiste.

On prescrit une pilule d'opium ( $\frac{1}{2}$  gr.) toutes les quatre heures ; sinapisme à l'épigastre ; brandy dilué : diète lactée pendant les deux premiers jours. Les vomissements, la diarrhée et les douleurs cèdent bientôt sous l'action de ce traitement.

M. le Dr Laramée fait à ce sujet les observations suivantes :

La cause de cette indigestion se retrouve dans la grande quantité d'huîtres que le malade avait ingurgitées la veille. Je dis grande quantité, parce que l'huître étant ordinairement de digestion très facile il a fallu que le malade en mangeât gloutonnement et avec excès pour qu'il en ait ressenti de tels effets. Cependant il est bon de rappeler que ce mollusque acquiert des propriétés malfaisantes à l'époque de la reproduction, dans les mois d'août, septembre et octobre.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette indigestion a pris la véritable allure du choléra sporadique, c'est à-dire qu'entra'autres symptômes il y a eu vomissements bilieux, répétés, selles bilieuses, muqueuses, etc., soif vive, gorge brûlante, coliques abdominales très fortes, avec crampes très douloureuses aux mollets, aux avant bras, aux doigts et même dans les muscles fléchisseurs de la cuisse.

Que ces symptômes se manifestent à l'époque du choléra sporadique, c'est à-dire aux mois de juin, juillet, août et septembre, mais surtout en juillet et août, à la suite d'une grande élévation de température ou après l'ingestion de certains aliments indigestes, il n'y a rien d'étonnant, puisqu'alors ces cas se rencontrent fréquemment. Mais à d'autres époques de l'année, l'indigestion a ordinairement une courte durée et ce n'est que dans des cas exceptionnels comme celui qui nous occupe que la maladie revêt la forme de choléra sporadique, du moins c'est ce que j'ai remarqué dans le cours de mes observations.

Ce malade a subi le même traitement que celui mis en usage contre le choléra du pays, c'est à-dire, que pour combattre les crampes nous avons eu recours aux sinapismes employés libéralement ; pour étancher la soif nous lui ordonnions de laisser fondre dans sa bouche des petits fragments de glace et cela, aussi souvent qu'il le voulait. Enfin

pour combattre les douleurs et la diarrhée, nous avons prescrit l'opium, à dose de un demi-grain, combiné à parties égales d'acétate de plomb et de camphre. La formule suivante, préconisée par Condie, réunit sous forme pilulaire les effets de ces trois médicaments :

℞	Pulv. opii	}	â.â.
	Pulv. plumbi acet.		
	Pulv. camphoræ		

Ft pil No 30.

Dose : Une pilule toutes les cinq heures.

Beaucoup de potions, mixtures, etc., ont été préconisées dans ces cas d'indigestion avec diarrhée ou de choléra sporadique, mais aucune ne m'a donné des résultats aussi satisfaisants que ceux obtenus au moyen de la pilule de Condie.

*Maladie de Bright; rétinite albuminurique.*—Z. H., 50 ans, charpentier, a joui d'une bonne santé jusque vers le 1<sup>er</sup> octobre 1882; n'a jamais souffert de rhumatisme articulaire aigu. Dans les premiers jours d'octobre, il éprouve des douleurs sourdes dans la région lombaire, douleurs qui ne sont pas exagérées par le mouvement. En même temps il se plaint de céphalalgie, éprouve presque continuellement un peu de nausée, et vomit quelquefois. Il y a une dyspnée assez intense, toux légère sans expectoration, amblyopie; enfin, il constate de l'œdème aux paupières et aux mains. Ce sont ses compagnons d'ouvrage qui attirent d'abord son attention sur l'œdème des paupières. Peu de jours après, le malade croit s'apercevoir que l'abdomen est quelque peu plus volumineux que d'habitude.

Quand ce patient se présente à la consultation, le 3 novembre, il accuse les troubles respiratoires et gastriques décrits plus haut. Il souffre encore de céphalalgie; l'amblyopie va en augmentant. L'œdème de la face est très évident, surtout aux paupières. Il n'y a pas d'œdème aux extrémités inférieures; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré à la région abdominale, ce qui explique que le malade ait cru à une augmentation de volume du ventre. Il n'y a pas d'ascite. Les bruits du cœur sont normaux. D'après le rapport du patient, l'urine est secrétée en quantité normale. Elle est légèrement troublée et donne une gravité spécifique de 1006. L'addition de quelques gouttes d'acide nitrique aidé de la chaleur y révèle la présence d'une grande quantité d'albumine. Pas d'examen microscopique.

On prescrit une diète lactée absolue, et de plus, l'usage du bromure de potassium à dose de 20 grains, trois fois par jour.

Le 6 novembre, on procède à l'examen du fond de l'œil. On constate de petites hémorrhagies rétiniques tout autour de la papille et en égale proportion dans les deux yeux. L'amblyopie est la même. On continue l'usage du bromure de potassium que l'on fait alterner avec la pilule suivante : ℞ Hydrarg. bichlorid. gr.  $\frac{1}{10}$ ; Pulv. digitalis gr. i; Quin. sulph. gr. i. M. A prendre trois fois par jour.

*Polype utérin: ablation.*—Dame P., 56 ans, mère de dix enfants accouchements faciles; n'a eu qu'un seul avortement. La naissance du dernier de ses enfants remonte à quinze ans. Cette malade se plaint de métrorrhagie depuis sept ans à peu près. La perte n'était d'abord

que peu considérable, le sang étant mêlé à du mucus ou à de la sérosité, mais l'écoulement se faisait d'une manière non interrompue. Peu à peu, il devint plus considérable, mais la malade avoue que l'hémorrhagie n'a jamais été alarmante; de fait elle n'a nécessité aucun traitement particulier. Il y a quatre ans environ, l'hémorrhagie cessa presque entièrement, et la malade constata alors la présence d'un corps insolite dans la cavité vaginale et à la vulve. Elle crut naturellement à une descente de l'utérus, d'autant plus qu'elle qu'elle pouvait à volonté faire rentrer le corps ainsi en protrusion. L'hémorrhagie se manifestait de nouveau chaque fois que la malade opérait cette réduction. Jamais il n'y a eu de douleurs vives. La patiente jouissait, d'ailleurs, d'une excellente santé.

D'après ce qu'on peut savoir il ne paraît pas qu'aucun examen vaginal ait été fait par les médecins auxquels cette malade s'était adressée.

Mme P. est admise à l'hôpital le 16 novembre, service de M. le Prof. Brosseau.

Un examen attentif fait constater, non pas un prolapsus utérin, mais la présence d'un polype du col, ayant à peu près la grosseur d'une tête de fœtus à 7 mois. Il est certain que si on eut fait un examen, il y a plusieurs années, on aurait constaté la présence de ce polype et en l'aurait enlevé. On aurait de la sorte supprimé ces hémorrhagies qui auraient bien pu être mortelles. C'est là une preuve nouvelle qu'il ne faut pas négliger le toucher vaginal et le cathétérisme utérin quand il s'agit de faire un diagnostic.

Le 20 novembre, M. Brosseau fait l'ablation de la tumeur au moyen de l'écraseur de Chassaignac. Dans ce cas-ci l'opération est facile, puisque la malade, en faisant des efforts d'expulsion semblables à ceux de l'accouchement, réussissait à faire sortir toute la tumeur hors de la vulve. Conséquemment, il devient facile de jeter la chaîne de l'écraseur sur le pédicule dont le point d'implantation est à l'ouverture interne du col; celui-ci est annulaire et dilaté.

Cette tumeur, de nature aréolo-fibreuse contient aussi deux petits kystes.

L'opération terminée, un bourdonnet de coton absorbant est introduit dans le col utérin et maintenu en place par une queue de cerf-volant. Il n'y a pas d'hémorrhagie cependant. Pas de fièvre consécutive non plus; le pouls est normal de même que la température. Pas de douleurs.

Au bout de deux jours le pansement est enlevé et des injections détersives et antiseptiques sont pratiquées à l'eau phéniquée, deux ou trois fois par jour, tant qu'il existe un peu d'écoulement.

À l'intérieur on administre les toniques; quinine, fer, etc.

Au bout d'une dizaine de jours, la malade est assez bien pour pouvoir laisser l'hôpital.

Au sujet de cette opération, M. Brosseau rappelle le fait d'une autopsie faite par lui il y a quelques années et où l'on avait découvert un polype tout-à-fait semblable à celui-ci. La malade avait, durant nombre d'années, perdu un liquide infecté abondant, mêlé de sang et de mucus, et n'avait jamais été convenablement examinée, bien que nombre de médecins l'eussent eue sous leurs soins.

## SOCIÉTÉS MÉDICALES.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, PARIS. (1)

Séance du 22 décembre.

Présidence de M. Léon Labbé.

—M. POLAILLON lit un rapport sur un travail de M. Beauregard (du Havre) relatif à l'ostéotomie du tarse dans la cure du pied bot.

Les observations sont suivies de photographies et de moulages en plâtre.—Le rapporteur montre comment on a d'abord songé à enlever l'astragale pour remédier au pied-bot équin et le cuboïde pour guérir le varus; comment plus tard on a tout simplement réséqué un coin osseux pour rendre au pied sa rectitude.

Cette méthode est née en Allemagne, et deux chirurgiens français seulement, MM. Parisot et Beauregard semblent l'avoir acceptée.

M. Beauregard a enlevé le coin osseux avec le ciseau et le maillet; il a ainsi fait la tarsotomie dans quatre cas de varus équins dans lesquels la ténotomie et la section de l'aponévrose plantaire n'avaient pas donné de résultat.

Dans un travail de M. Chauvel publié dans les *Archives de médecine* (1882), on voit que cette opération donne cinq et demi pour cent de morts: c'est donc une opération grave.

Par cette opération le malade devrait marcher tout à fait sur la plante du pied et sans le secours d'un appareil; or, dans les observations de M. Beauregard, il est dit que les malades ont pu marcher, mais avec un appareil. C'est donc un résultat partiel.

Dans une discussion qui a eu lieu à l'Académie, M. Jules Guérin disait que cette opération a été froidement accueillie par les chirurgiens: c'est que jusqu'à l'âge adulte il n'y a pas de pied-bot qu'on ne puisse guérir par la ténotomie, la syndesmotomie et des manipulations.

Je crois donc qu'on pourrait conclure en disant: La tarsotomie n'est pas de mise chez les enfants; il faut la réserver pour les cas graves chez les adultes.

M. TH. ANGER.—J'ai une assez grande expérience du traitement de s pieds-bots, et je dois dire que je n'ai pas vu de cas résistant à la ténotomie et surtout à l'application d'un appareil bien fait.

J'ai pratiqué à l'hôpital Tenon la section du tendon d'Achille à un sujet porteur d'un pied-bot paralytique datant de 36 ans. Je lui ai appliqué un appareil à action continue, et six mois après il sortait guéri, marchant sur la plante du pied et avec des souliers ordinaires.

Quand il était entré il marchait sur le dos du pied; il se présentait du reste pour un ulcère trophique de la face externe de la jambe; celle-ci, comme c'est la règle dans les cas de paralysie infantile, était atrophiée.

En présence de pareils résultats, je suis peu partisan de la tarsotomie, d'autant que les moules que vous envoie M. Beauregard me semblent

(1) *Gazette médicale de Paris*, 2 décembre 1882.

loin d'être parfaits, et que ses malades ont dû pour marcher se servir d'appareils.

Quant à l'appareil que j'ai employé, je me suis servi, pour exercer la traction, de bandes de caoutchouc. Je crois que leur action est supérieure à celle des vis des appareils.

Je tiens aussi à dire à la Société que dans ces cas de paralysie infantile, pour remédier à l'atrophie et aux troubles trophiques, je conseille d'habitude des frictions répétées avec l'alcool ou du benjoin, et surtout l'usage de l'électricité, soit les courants continus, soit les courants interrompus. J'ai eu de très beaux résultats.

M. VERNEUIL.—Tout en acceptant les conclusions de M. Polaillon, surtout pour dire avec lui que la tarsotomie est inutile chez les enfants, je tiens à faire remarquer que, d'après les photographies qu'on nous a envoyées, ces pieds-bots ne me paraissent pas comporter une opération aussi grave. En outre, nous voyons des adultes marcher très bien avec des pieds-bots, gagner leur vie sans souffrir; leur imposerons-nous cette opération?

Les résultats montrés en plâtre de M. Beauregard ne me séduisent pas; pour ma part, je ne ferai jamais cette opération à un sujet ayant moins de 20 ans.

Je ferai remarquer que M. Nepveu a fait un mémoire sur la cure des lésions trophiques par l'électricité.

M. DESPRÈS.—Je veux bien accepter aussi les conclusions de M. Polaillon: mais, contrairement à M. Anger, je crois qu'il y a des pieds-bots qui résistent à la ténotomie. Du reste, la ténotomie n'est qu'une opération préliminaire destinée à faciliter l'application des appareils. Il ne faut pas oublier, quand on a affaire aux pieds-bots paralytiques, que l'appareil, comme comme l'a montré Duchenne (de Boulogne), doit, non seulement corriger la déformation, mais suppléer les muscles, et je crois que, pour avoir une guérison complète, il faut faire porter aux malades jusqu'à l'âge adulte des appareils à muscles artificiels.

Quant à ces ulcères trophiques que je n'hésite pas à qualifier de maux perforants, ils obligent quelquefois les chirurgiens à sacrifier le pied. M. Le Fort a rapporté ici un cas où il avait dû pratiquer une amputation du pied; moi-même j'ai fait la désarticulation sous-astragalienne dans des cas pareils.

Je constate avec peine qu'après la tarsotomie, les malades ont conservé un pied-cœur, le plus mauvais de toutes les variétés de pieds-bots.

M. CHAUVEL.—Je me suis occupé un peu de cette question de tarsotomie; je ne voudrais pas que cette opération fût jugée sur ce petit nombre de résultats qui, je l'avoue, laissent à désirer, car les auteurs étrangers affirment en avoir obtenu d'excellents résultats.

M. POLAILLON.—Contrairement à M. Anger, je crois qu'il est des cas où tous les moyens échouent, c'est pour ceux-là que je voudrais conserver la tarsotomie. Je veux bien admettre que M. Beauregard n'a pas employé les moyens orthopédiques avec la persévérance voulue; je propose, cependant, de lui adresser des félicitations et de déposer son mémoire aux archives.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**De la pleurésie.**—Nous empruntons au *Praticien* les remarques suivantes de M. le professeur Hardy, au sujet d'un cas de pleurésie traité dans le service de l'éminent médecin de la Charité :

Une femme, occupant le lit qui porte le numéro 4 de la salle Sainte-Anne, présente un cas intéressant de pleurésie. Elle est âgée de 45 ans, et exerce la profession de cuisinière. En recherchant ses antécédents morbides, on apprend qu'elle a eu la varioloïde, des ophthalmies fréquentes, des adénites. Il y a donc de grandes probabilités qui porteraient à croire que cette femme est scrofuleuse. Elle est sujette à des douleurs rhumatismales qui reviennent de temps en temps, mais qui ne durent pas plus de deux à trois jours. Chaque hiver, elle souffre de rhumes très longs, et elle tousse avec expectoration de crachats teintés de sang. Depuis un an, cette malade s'affaiblit considérablement; elle nous arrive avec un mauvais état général, très maigre, les pommettes saillantes, les yeux rentrés, le teint plombé.

Du côté de l'hérédité, on ne trouve pas de causes prédisposantes. Le père et la mère sont morts, il est vrai, d'affections thoraciques mais qui étaient aiguës, et en très peu de temps.

Il y a seize jours, cette femme est prise de frissons répétés et suivis de chaleur, de céphalalgie et de douleurs dans les jointures. Du côté gauche de la poitrine, elle ressent une douleur vive, persistante, ayant un siège spécial à la partie latérale et postérieure, descendant même dans les reins. Cette douleur augmente par la toux, l'inspiration et la pression. Il y a un peu de toux et les crachats sont blancs et striés de sang. La respiration est gênée, et la dyspnée augmente par les mouvements. Elle reste chez elle douze jours dans cet état. Le 18 novembre, la malade entre à l'hôpital.

Voici les signes physiques qu'on observe chez elle à son entrée. La même douleur persiste dans le même endroit ainsi que l'anhélation. La respiration est accélérée; les inspirations qui, à l'état normal, atteignent le chiffre de 16 à 20 par minute, vont jusqu'à 40. La toux est sèche, et les crachats sont blancs, striés de sang, le pouls est à 90 ou 100 pulsations par minute, la température oscille entre 38 et 39 degrés. En examinant la poitrine, on constate qu'elle est aplatie du côté gauche. La main ne perçoit de vibrations thoraciques ni d'un côté ni de l'autre. Sous les deux clavicules, la percussion donne une sonorité normale; mais, au-dessous de la deuxième côte, il y a une légère matité qui est absolue en bas. Dans le tiers supérieur de la poitrine, on ne trouve rien de particulier sinon en haut, près de la colonne vertébrale, une sonorité exagérée, le son de Skoda. A la région sous-épineuse, dans une étendue de 7 à 8 centimètres carrés, on entend un bruit de souffle faible, doux et éloigné. Il se perçoit à l'expiration. Si l'on fait parler la malade, on constate que la voix est chevrotante vers l'angle inférieur de l'omoplate. C'est bien l'égophonie. Si on la fait parler à voix basse, on entend clairement le retentissement de sa voix appelé pectoriloquie aphone.

Du côté du tube digestif, on remarque que la langue est blanche ; il y a de la constipation. Aujourd'hui la céphalalgie dont la femme se plaignait au début a disparu. Les urines sont épaisses, foncées, mais ne contiennent pas d'albumine. Les autres appareils de l'économie sont sains.

Ces signes indiquent que cette femme est atteinte de pleurésie qui présente des caractères particuliers dans la douleur, dont le siège d'élection est ordinairement sous le mamelon. On ignore pourquoi elle est fixée à la région latérale et postérieure de la poitrine. Peut-on en attribuer la cause à une pleurésie diaphragmatique ? La preuve est difficile à donner. Le début de la pleurésie est souvent insidieux ; tandis que, dans la pneumonie, il est brusque.

Le frisson initial dure quelques heures et est suivi de chaleur dans la pneumonie. Les frissons sont courts, fréquents, suivis également de chaleur, mais ne se sont pas produits instantanément au début. Chez cette malade, on rencontre tous les signes qui caractérisent la pleurésie, excepté celui des vibrations thoraciques. Dans certains cas également, l'égophonie est un phénomène qui peut manquer. Le cœur est déplacé ; ses battements sont perçus sous le sternum. Cependant il ne dépasse pas la ligne médiane vers laquelle il a été poussé par l'épanchement.

La maladie a deux périodes, période inflammatoire ou pleurite qui peut se limiter là, puis la période d'épanchement. Nous avons affaire ici à une pleurésie de la deuxième période. Il faut se préoccuper de la nature de l'épanchement, qui peut être séro-fibrineux ou purulent. S'il est séro-fibrineux, on constatera chez la malade une température de 38 à 39 degrés. Il n'y aura pas de délire, ni production de sueurs profuses ; c'est une maladie purement locale. S'il est purulent, la fièvre sera plus intense, la température s'élèvera à 40 degrés, il y aura du délire et des sueurs profuses. De plus, selon Bachelli, le retentissement de la voie basse indique un épanchement séreux, avec absence de cellules cloisonnant l'épanchement. D'après cela, chez notre malade, l'épanchement doit être séro-fibrineux ; c'est ce cas qu'en observe le plus ordinairement.

Il n'y a cependant pas lieu d'espérer, dans ce cas, une guérison complète. Il restera toujours des fausses membranes, car la maladie est ancienne. La fièvre et l'amaigrissement de la malade, qui a été atteinte de pleurésie sèche déjà ancienne, ne permettent pas de porter un pronostic favorable. Il n'est pas rare d'observer la pleurésie, sans fièvre, sans malaises, sans gêne de respiration et sans douleur, soit que le mal ait débuté sous cette forme chronique, soit qu'il l'ait acquise après quelques jours de durée. La pleurésie gauche, qui refoule le cœur, est beaucoup plus souvent mortelle que la pleurésie droite. La pleurésie, chez un sujet qui tousse habituellement, et qui jadis a craché du sang, est symptomatique des tubercules du poumon. Un phthisique qui est subitement pris d'une douleur permanente de côté a probablement une déchirure de la plèvre, occasionnée par la rupture d'une caverno tuberculeuse, et il en résulte une pleurésie avec pneumothorax, caractérisée par le tintement métallique et par le bruit de flot quand on secoue les épaules du malade. On ne doit espérer qu'une guérison incomplète encore, à cause des antécédents morbides : l'eczéma de la tête, les ophthalmies fréquentes, les coryzas et cet amaigrissement.

rapido. Les rhumes si longs et les crachats striés de sang rendent le pronostic également défavorable. Il ne serait pas impossible que cette femme soit atteinte de tuberculose un an ou deux ans après sa guérison.

Le *traitement* est indiqué par la nature de l'affection, suivant qu'elle est aiguë ou chronique. Dans la pleurésie latente, insidieuse et qui n'offre pas beaucoup de réaction fébrile, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la déperdition du sang, il faut agir surtout par les purgatifs, les diurétiques et les révulsifs vésicants. Dans le cas présent, on ne peut employer que les vésicatoires pour combattre l'épanchement, car l'état de faiblesse, d'amaigrissement, proscrit les émissions sanguines dont on fait usage quelquefois. On mettra donc un vésicatoire très large; trois jours après, un second un peu en dehors; puis, on les renouvellera pendant la durée de la pleurésie jusqu'à concurrence de six ou sept. On reviendra à mettre nécessairement un de ces emplâtres à une place déjà antérieurement vésiquée, peu importe; quand un vésicatoire est sec, on peut immédiatement en placer un autre au même endroit. Pour favoriser la résorption du pus, on fera prendre à la malade, de la digitale, 15 gouttes de teinture dans 30 grammes de sirop diacode, afin d'activer la sécrétion urinaire. Quand l'épanchement est considérable et qu'il y a une fièvre intense, il arrive parfois que les malades tourmentent beaucoup pour manger. Ces demandes embarrassent le médecin qui est indécis de savoir ce qu'il doit faire, et qui n'ose donner des aliments à un sujet malade et qui a de la fièvre. On peut néanmoins nourrir, mais avec précaution, les sujets arrivés à une certaine période de la pleurésie. Chez cette malade, il n'y a pas cet embarras à craindre. Elle n'a pas de fièvre, pas d'appétit; on pourra lui donner à manger sans avoir à redouter d'accident.

**Traitement du Croup par le Turbith Minéral.**—Nous lisons dans le *Medical and Surgical Reporter*, de Philadelphie :

M. le professeur Fordyce Barker a beaucoup de confiance dans l'emploi du turbith minéral dans le croup. Le Dr E. R. Duval a affirmé devant la *Société Médicale de l'Arkansas* n'avoir jamais perdu un seul cas de croup, depuis que, suivant la méthode du Dr Barker, il emploie le turbith minéral dans le traitement de cette maladie.

“ Quand je suis appelé auprès d'un cas de croup, dit-il, je ne m'arrête pas à me demander si j'ai affaire à la forme réflexe, catarrhale ou franchement inflammatoire de cette affection. Immédiatement, je fais administrer une dose du remède (de deux à cinq grains, suivant l'âge), dans un peu de sacre ou de sirop, et si, au bout de quinze minutes, il n'y a pas eu de vomissements, je répète la dose qui amène à coup sûr l'effet désiré. Cet effet est ordinairement très satisfaisant. Les vomissements sont pleins et entiers et se font sans efforts et sans dépression du système. La poudre administrée est d'un petit volume, insipide et agit promptement et parfaitement. Le turbith est doué de propriétés sédatives et révulsives. Il dégorge la muqueuse en provoquant une abondante sécrétion de mucus; il fait rejeter du larynx, au moyen des efforts d'expiration qu'il provoque, tous les exsudats albumineux ou fibrineux qui peuvent s'y trouver; il agit à la manière d'un puissant révulsif et ralentit ainsi la circulation dans les capillaires de la trachée et du larynx, arrêtant par là même le processus inflammatoire.

“ Si le croup persiste même après que les causes d'irritation réflexe ont été enlevées, il faut, cela va sans dire, avoir recours à d'autres moyens thérapeutiques. Mais dans le cours d'une attaque de croup, qu'elle soit de longue ou de courte durée, chaque fois qu'il y a menace de suffocation par accumulation de mucus dans la trachée ou les bronches, j'administre le turbith minéral de la manière que je viens d'indiquer.”

Dans une correspondance adressée au *Medical and Surgical Reporter*, le Dr C. F. Melsheimer parle aussi avec avantage de l'emploi du sous-sulfate de mercure dans le traitement de la laryngite. Suivant lui, le remède doit être administré à la période aigüe et avant qu'il y ait obstruction des voies respiratoires.

**Action thérapeutique du zinc.**—Le Dr Festa (*Dublin Journal of Medical Science*) à la suite d'expériences faites avec une solution ( $\frac{20}{100}$ ) de sulfate de zinc injectée hypodermiquement, présente les conclusions suivantes:

a. Le zinc possède une action marquée sur le cœur; il diminue la force des contractions cardiaques et, par là même aussi, la pression sanguine. Plus tard il amène une augmentation de cette même pression sanguine en agissant directement sur les vaisseaux dont il produit la contraction. b. Le zinc agit sur la terminaison intra-cardiaque du pneumo gastrique, et, c, produit l'arrêt du cœur en diastole. d. Il diminue la sensibilité périphérique au point de produire l'anesthésie complète, et amène aussi la paralysie du mouvement. e. Le zinc amoindrit l'excitabilité du système nerveux et est indiqué, à ce titre, dans les névropathies de nature convulsive; il affecte aussi l'hyperémie utéro-ovarienne et est conseillé dans l'hystérie. f. Il est également indiqué dans les cas de palpitations nerveuses.

**Emploi de la Caféine dans le traitement des affections du cœur.**—A la suite d'une étude sur les propriétés thérapeutiques de la Caféine et leur application dans les maladies cardiaques, M. le Dr Huchard, de l'hôpital Tenon, formule les conclusions suivantes que nous empruntons à l'*Union médicale* et au *Scalpel*:

1<sup>o</sup> Dans certains cas, la caféine est supérieure à la digitale, par suite de sa rapidité d'action, puisque j'ai presque toujours vu la diurèse suivre, dans les douze ou vingt-quatre heures, l'administration de cette première. C'est un avantage qu'il est quelquefois très utile d'obtenir dans les cas extrêmement graves et promptement mortels.

2<sup>o</sup> Si la diurèse caféique survient rapidement, elle n'atteint que très rarement les proportions de la diurèse digitalique, et elle n'a pas dépassé dans mes observations 3 à 4 litres d'urine par jour.

3<sup>o</sup> La caféine est encore supérieure à la digitale par suite de son innocuité d'action qui résulte de son élimination facile et rapide. On n'a pas à craindre en effet, comme pour la digitale, les effets accumulateurs et toxiques, les phénomènes d'intolérance gastrique, etc.

4<sup>o</sup> La caféine ne produit, dans mes observations, des symptômes d'intolérance sur l'estomac que dans le cas où le foie est altéré, comme dans la cirrhose.

5<sup>o</sup> Si la digitale est impuissante ou nuisible dans les cas où la fibre musculaire est atteinte de dégénérescence graisseuse, et dans ceux où

l'asystolie se complique d'un véritable état cardioplégique, la caféine, au contraire, peut dans ces conditions rendre de réels services.

6<sup>o</sup> Pour mieux caractériser les indications des médicaments cardiaques, je propose de reconnaître quatre périodes dans les maladies du cœur :

a. La période que j'appellerai *eusystolique*, avec M. Fernet, et dans laquelle il y a seulement *une lésion* et pas encore une maladie du cœur, période latente par excellence, où le traitement hygiénique doit jouer le plus grand rôle, où le traitement médicamenteux doit être nul ;

b. Période *hypersystolique*, caractérisée par l'hypertrophie cardiaque. Si la compensation devient exagérée, la digitale plus encore que la caféine est indiquée ;

c. Période *hyposystolique*, caractérisée par la rupture de la compensation, l'affaiblissement des systoles ventriculaires, par des phénomènes d'asthénie ou d'ataxie cardiaque, et aussi par tous les symptômes servant à désigner l'asystolie des auteurs. Dans ces cas, la digitale réussit encore mieux que la caféine ;

d. Période *asystolique*. C'est l'état cardioplégique de Gubler, caractérisé par une dégénérescence graisseuse du myocarde, l'affaiblissement constant du cœur et des vaisseaux, état qui confine souvent à la cachexie cardiaque. C'est dans ces cas que la digitale échoue souvent, et que la caféine peut rendre les plus grands services.

7<sup>o</sup> Ce qui démontre que la caféine est bien un médicament cardiaque, c'est que si dans les maladies du cœur elle paraît diminuer la quantité d'albumine, dans les albuminuries d'origine non cardiaque elle ne produit aucun effet de ce genre ; ce qui le prouve encore, c'est que son pouvoir diurétique est à peu près nul dans les affections du foie ou des reins, tandis qu'il est réel dans presque toutes les cardiopathies.

8<sup>o</sup> Si jusqu'à présent on n'a pas obtenu tous les bons effets qu'on pouvait attendre de l'emploi de cet agent, c'est parce qu'on en prescrivait des doses trop faibles. Il faut commencer d'emblée par 25 ou 50 centigrammes, pour en arriver progressivement et rapidement aux doses de 50 ou 75 centigrammes, jusqu'à 1, 2 ou même 3 grammes. Cette dernière dose doit être cependant très rarement atteinte. La quantité de caféine (car c'est la caféine que j'emploie) doit être prise en trois ou quatre fois dans la journée, afin que le malade soit continuellement sous l'influence de son action.

9<sup>o</sup> J'ai employé aussi quelquefois la caféine en injections sous-cutanées, et j'ai, dans certains cas, associé la digitale et la caféine. Mais ces derniers faits sont trop peu nombreux encore pour que je puisse formuler à cet égard des conclusions précises.

Je crois cependant que la pratique des injections hypodermiques de caféine, devenue maintenant plus facile, grâce à la formule proposée par M. Tanret, doit être prescrite dans tous les cas où l'on veut agir rapidement et sûrement.

En résumé, au sujet de l'action de la caféine, je ne saurais trop répéter ce que j'ai dit au commencement de cette communication : La digitale reste et restera toujours le grand médicament du cœur. Mais dans les cas où elle est inutile ou insuffisante, dans ceux surtout où elle devient nuisible, il faut toujours penser à l'emploi de la caféine, qui, dans certaines circonstances encore incomplètement connues, peut produire les meilleurs effets, à la condition expresse, je le répète encore,

d'être administrée à dose suffisante. Ainsi se trouve, en partie du moins, démontrée cette assertion que j'émettais au début de ce travail, à savoir qu'il n'y a pas un seul, mais qu'il y a, au contraire, plusieurs médicaments cardiaques. Le corollaire presque obligé de cette proposition, c'est qu'il n'y a pas une asystolie, mais plusieurs espèces d'asystolie.

**Traitement de la péritonite par l'opium.**—A l'occasion d'une communication faite récemment à l'Académie de Médecine de New-York sur ce sujet, les aphorismes suivants ont été émis :

1<sup>o</sup> Dans le traitement de la péritonite par l'opium, celui-ci peut produire un coma fatal sans qu'il y ait une diminution graduelle ou même un changement notable dans la fréquence des mouvements respiratoires, d'où il suit que le ralentissement de la respiration ne saurait constituer un guide sûr pour l'administration de l'opium dans cette maladie.

2<sup>o</sup> L'administration de l'opium sous forme pilulaire est apte à favoriser la production d'un narcotisme alarmant, sinon mortel, surtout quand il y a, en même temps, maladie des reins.

3<sup>o</sup> En quelques cas, l'urine est sécrétée en si petite quantité qu'il devient nécessaire de suspendre, au moins en partie, le traitement par l'opium.

4<sup>o</sup> Il n'est pas toujours prudent de se baser sur le degré de douleur éprouvée par le malade pour régler la dose du remède.

Ces conclusions ont, paraît-il, été basées sur l'expérience, et doivent conséquemment valoir la peine qu'on s'y arrête. Cependant il est à remarquer que dans l'administration de l'opium pour combattre la douleur de la péritonite, le médecin ne doit pas se guider exclusivement sur la respiration pour juger de l'effet du remède, mais aussi sur les autres symptômes tels que la contraction de la pupille, l'apaisement des douleurs, le ralentissement du pouls, etc. Ensuite, il est assez rare, croyons-nous, quo, dans la péritonite, l'opium soit administré sous forme de pilules. La méthode *per orem* devrait même être rejetée en thèse générale et remplacée par la méthode hypodermique ou par l'usage de lavements laudanisés. Quant à ne pas juger de la quantité d'opium à administrer par le degré de la douleur, cela ne peut être admis d'une manière absolue, puisque le traitement par l'opium est basé essentiellement sur les effets anodins de ce remède et que, pour obtenir le but désiré, on doit proportionner les doses du médicament de manière à calmer la douleur aussi complètement que possible, tout en ayant soin, cela va de soi, de ne pas pousser jusqu'au narcotisme confirmé.

H. E. D.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Des opérations graves chez les septuagénaires.**—Nous empruntons ce qui suit à un travail de M. le prof. Eustache (de Lille), publié dans la *Gazette Médicale de Paris*.

Au premier abord, la vieillesse comporte tous les désavantages possibles lorsqu'il s'agit d'une opération. Plus un homme a dépassé l'âge

moyen, plus il est probable qu'il présente quelque affection organique, plus il est certain qu'il doit avoir de nombreuses dégénérescences. Comme conséquence de cet état de décrépitude organique qui porte surtout sur le système vasculaire, on a à redouter au premier chef les accidents de l'anesthésie, puis les congestions hypostatiques des viscères (poumons, foie, reins,) et enfin l'atonie générale, qui aboutit si facilement à la mort.

Les vieillards sont, en outre, beaucoup plus exposés à mourir du choc opératoire, quant celui-ci vient se surajouter presque immédiatement au choc traumatique. Ils supportent mal de grandes pertes de sang, une longue exposition au froid, un abaissement brusque de température, la privation d'aliments. L'état organique de leur système vasculaire les expose aux dangers des hémorrhagies secondaires en même temps qu'il prolonge la période de cicatrisation des plaies, la convalescence pendant laquelle la moindre affection intercurrente peut devenir mortelle.

En un mot, tout chez eux va à l'encontre du bien. Chez ceux qui semblent avoir bien passé les premiers jours, il n'est pas rare de voir survenir sans raison plausible de l'affaiblissement, du dépérissement graduel et la mort : pareille chose m'est arrivée pour le sujet de ma première observation, et c'est encore ce qui est à craindre dans un grand nombre de cas.

Il semblerait donc qu'aucune opération sérieuse ne devrait avoir chance de succès chez les septuagénaires, et pourtant les faits prouvent qu'il n'en est pas ainsi. Sur les trois cas que j'ai rapportés plus haut, deux guérisons ont été obtenues, dont l'une avec réunion immédiate d'une très large plaie. Malgaigne, disais-je encore, assure que la mortalité des opérés diminue après l'âge de 65 ans.

C'est que les années, considérées en elles-mêmes, sont une manière très infidèle d'évaluer l'âge, et comme le dit Sir James Paget (*Leçons de clinique chirurgicale*, trad. Petit, Paris, 1877, p. 7) : "Ce n'est pas le temps écoulé depuis la naissance d'un homme, mais la quantité de sa vie qu'il a dépensée, que nous devons calculer ; et pour cette évaluation, au point de vue pratique, les apparences sont moins trompeuses qu'un chiffre."

Pour l'éminent chirurgien anglais, les vieillards se divisent en plusieurs groupes distincts, relativement à la manière dont ils supportent les opérations.

1<sup>o</sup> Ceux qui sont gras et bouffis, pâles, à chair molle, lourds, essouffés, incapables d'exercice, paraissant plus vieux que leur âge : ils sont très mauvais ;

2<sup>o</sup> Ceux qui sont gras, florissants, pléthoriques, à peau ferme, doués d'une grande force musculaire, d'un esprit sain, qui ont le désir du travail comme des hommes plus jeunes ; ce ne sont pas de très bons sujets à opérer, mais ils sont à peine mauvais ;

3<sup>o</sup> Ceux qui sont minces, secs et vigoureux, qui ont la voix claire, le regard limpide, l'estomac bon, la volonté jeune, qui sont bien musclés et actifs ; ils sont de bons sujets et supportent très bien toutes les opérations, hormis cependant les plus graves ;

4<sup>o</sup> Ceux qui, assez semblables en apparence aux précédents, sont faibles et ont la peau molle, le pouls petit, l'appétit mauvais, les fonctions digestives languissantes ; ceux-là sont aussi mauvais que possible ; la mort par adynamie et inanition étant la règle presque absolue.

Si nous ajoutons à ces considérations tirées de l'aspect extérieur des sujets celles non moins importantes du genre de vie antérieur, des habitudes de sobriété ou de débauche, nous aurons tous les éléments du pronostic des opérations chirurgicales chez les vieillards. C'est ainsi qu'une vie rangée, régulière, uniforme, constitue une bonne condition ; la débauche habituelle et notamment les excès alcooliques, qui sont à peu près les seuls excès que l'on note chez les septuagénaires, sont, au contraire, la pire des complications, celle qui permet presque à coup sûr de prévoir un insuccès.

En résumé, la vieillesse est une complication réelle qui compromet le résultat d'un grand nombre d'opérations graves ; elle joue un rôle absolument identique à celui de la plupart des diathèses morbides, des affections constitutionnelles, rôle connu et défini de tout temps dans les écoles qui font profession d'idées générales et que M. le professeur Verneuil s'efforce depuis quelques années de vulgariser et de rajeunir.

Elle constitue elle-même une véritable diathèse, la *diathèse sénile*, avec laquelle il faut toujours compter, mais que l'on peut amender dans beaucoup de circonstances grâce à des soins divers, avant, pendant et après l'opération, qui constituent, à vrai dire, les moyens prophylactiques des accidents graves qui menacent les opérés septuagénaires. Je me contenterai d'indiquer ici quelques-uns de ces soins qui sont de mise dans tous les cas.

#### SOINS PARTICULIERS QUE RÉCLAMENT LES OPÉRÉS SEPTUAGÉNAIRES

*a. Avant l'opération.*—La faiblesse et la débilitation étant le cachet spécial de la sénilité, il faudra ne se résoudre à une opération, autre que les opérations d'urgence absolue pour cause traumatique, que tout autant que la santé générale et les fonctions digestives surtout sont en bon état. S'il n'en est pas ainsi au moment où le chirurgien est appelé, celui-ci retardera toute intervention et fera subir au sujet un *traitement préparatoire* convenable qui est ici indispensable. Cette préparation à l'opération sera d'autant plus nécessaire que cette dernière doit porter sur les membres inférieurs, entraîner un séjour au lit plus ou moins long, toutes conditions éminemment défavorables chez les vieillards.

En règle presque absolue, les opérations dites de *complaisance* seront rejetées.

*b. Pendant l'opération.*—Les vieillards sont exposés plus que tous les autres malades à mourir du *choc* opératoire ou de simple épuisement, peu d'heures ou peu de jours après l'opération. Pour prévenir ce fâcheux accident, il faudra surveiller avec un soin minutieux certains détails de l'intervention chirurgicale.

C'est ainsi qu'on évitera autant que possible toute perte abondante de sang en faisant l'ischémie préventive, en saisissant les vaisseaux, même les plus petits, dès l'instant de leur division, en multipliant les pinces hémostatiques et les ligatures, tant artérielles que veineuses, pour se mettre à l'abri des hémorragies primitives ou secondaires, qui sont loin d'être rares et qui offrent un sérieux danger.

De même, pendant l'opération, on évitera l'impression du froid et l'abaissement de la température du corps, et on n'opérera que dans une chambre chauffée ou exposée au midi.

On précipitera les divers temps de l'opération afin d'en abrégier autant que possible la durée totale, en se rappelant qu'ici plus que partout ailleurs le *tuto* des auteurs est inséparable du *cito*. Chez l'adulte je me refuse à admettre ce vieil adage et je ne crois pas que *faire vite* soit synonyme de *faire sûr*: je professerais volontiers l'opinion contraire; mais chez les vieillards il doit servir de règle absolue.

Enfin, troisième point important à noter, il faut réduire autant que possible l'étendue de la plaie opératoire, parce que la cicatrisation marche lentement chez de pareils sujets, et qu'une convalescence trop longue est toujours pleine de dangers. Pour cela, on ne donnera aux incisions que l'étendue nécessaire et on emploiera des méthodes de pansement convenables; on fera l'adossement exact des surfaces cruentées, et on tentera la réunion immédiate, sinon totale, du moins partielle. Celle-ci pourra être obtenue dans un grand nombre de cas. N'ai-je pas rapporté un résultat de ce genre pour une plaie de plus de 25 centimètres de diamètre chez une malade de 76 ans?

c. *Après l'opération.*— Les soins consécutifs devront être minutieusement observés; je ne parle pas ici des soins que réclame la plaie elle-même, ni du meilleur mode de pansement à adopter. Sous ce rapport, rien de particulier à dire. J'envisage seulement ce qui a trait à l'alimentation et au séjour au lit.

Relativement à l'alimentation, elle sera substantielle et confortante dès le premier jour qui suit l'opération. La diète est une mauvaise chose qu'il faut absolument rejeter chez les vieillards. Le bouillon, les viandes saignantes, le vin et au besoin l'alcool en petite quantité doivent être prescrits presque aussitôt, et à doses rapidement progressives, suivant la tolérance de l'estomac. La diarrhée et la constipation seront sévèrement combattues. On tâchera en un mot de ramener aussi vite que possible le malade à ses habitudes antérieures et on éloignera de sa vue, aussi bien que de son esprit, tout ce qui pourrait l'impressionner fâcheusement.

C'est pour cela que le séjour au lit sera abrégé autant qu'on le pourra. Pour des opérations qui siègent sur la partie supérieure du tronc, au niveau de la tête ou des membres thoraciques, je ne crains pas de conseiller le lever dès le lendemain de l'opération, et de faire placer le malade dans un fauteuil près d'une fenêtre largement éclairée, exposée autant que possible aux rayons du soleil, et cela pendant plusieurs heures.

Quand l'opération a porté sur la partie inférieure du tronc ou sur les membres abdominaux, on ne peut pas recourir aussi hâtivement à cette hygiène à la fois physique et morale; aussi les dangers sont-ils plus grands et le pronostic moins favorable. On y suppléera par la bonne aération de la chambre, par son exposition au midi sur la campagne et les jardins, en un mot par tous les moyens capables d'impressionner agréablement les sens de l'opéré et d'éloigner de son esprit toutes les idées tristes. On fera en outre cesser le séjour au lit, dès que la marche des symptômes le permettra.

Grâce à ces divers moyens autant prophylactiques que curatifs, on peut entreprendre les opérations les plus graves chez des vieillards de plus de 70 ans, et espérer chez eux autant de succès qu'à tout autre âge de la vie.

**Examen rectal dans les cas de pierre dans la vessie.**—Volkman qui a porté une attention toute particulière à ce point de diagnostic rappelle que lorsque les parois abdominales sont normalement flasques ou sont rendues telles par l'anesthésie complète, surtout chez les sujets jeunes et maigres, on peut, en introduisant un doigt dans le rectum et en appliquant la main droite sur l'abdomen, remonter la pierre jusqu'au pubis et l'y fixer avec cette dernière main. On peut alors la saisir parfaitement et avec facilité. Si la pierre n'est pas trop volumineuse on peut la soulever avec les parties molles assez haut pour pouvoir l'entourer d'une ligature. Volkman mentionne ce fait, non dans le but d'un faire un procédé opératoire pour la pierre, mais comme pouvant être utile dans les cas de tumeurs cystiques mobiles, tels que les papillômes à long pédicule, ou dans les cas de myôme qu'on pourrait fort bien extirper de cette manière.—(*Med. and Surg. Reporter.*)

### **De l'extension forcée des articulations—Manière de procéder.**

—Nous traduisons du *Cincinnati Lancet and Clinic* les points les plus saillants d'une communication présentée, sur ce sujet, par le Dr W. Adams, de l'Association Britannique au mois d'août 1882, et publiée par le *British Medical Journal*.

Il n'y a que quelques années que l'extension forcée (comme on l'appelle) des articulations rendues immobiles par l'inflammation a été admise dans le domaine de la chirurgie classique. Autrefois le chirurgien croyait avoir obtenu le meilleur résultat possible quand, par le repos, l'immobilisation et les contr'irritants, il était parvenu à guérir la maladie et à sauver le malade d'une amputation, lui conserver un membre immobile il est vrai mais encore utile.

L'empirisme, le charlatanisme s'étaient depuis longtemps emparé de cette classe d'affections, et les quelques succès obtenus par les *ramancheurs* (bone-setters) leur avait assuré un monopole qu'ils avaient soin d'exploiter. Tout en pratiquant l'extension forcée, ils avaient soin de persuader au malade qu'ils ne faisaient que remettre une dislocation.

Il est facile de s'imaginer à combien de résultats désastreux cette pratique donnait et donne encore lieu entre les mains du charlatan.

En effet, le choix des cas exige des connaissances exactes de pathologie et aujourd'hui même, avec toutes les notions d'anatomie pathologique que nous possédons, ce choix semble encore mal déterminé; c'est ce qui m'a engagé à vous soumettre le résultat de mon expérience personnelle, à titre de contribution à l'étude de cette méthode chirurgicale.

Sous cette dénomination d'articulations immobiles je n'inclus pas l'ankylose vraie ni l'ankylose fibreuse proprement dite, i.e. la lésion dans laquelle, à la suite de la disposition des cartilages articulaires, les surfaces osseuses dénudées ont été directement réunies par des bandes fibreuses, mais uniquement cette classe de cas dans lesquels la perte de mouvement reconnaît pour cause une hypertrophie, un épaississement inflammatoire des tissus qui entourent l'articulation y compris le ligament capsulaire, ou des adhérences inflammatoires s'étendant entre les cartilages articulaires.

La présence du cartilage articulaire est essentielle au rétablissement d'une mobilité efficace et permanente. L'état du cartilage peut généralement être déterminé par l'histoire clinique du cas ou, faute de

mieux, par une première tentative d'extension sous l'influence d'un agent anesthésique.

Pour la clarté de la description, j'ai divisé en cinq classes, suivant qu'ils sont plus ou moins susceptibles de traitement, tous les cas d'articulations immobiles.

1<sup>o</sup> Cas d'origine traumatique chez les sujets de constitution saine, survenant en général chez les adultes.

2<sup>o</sup> Perte de mouvement à la suite d'une inflammation rhumatismale de l'articulation.

3<sup>o</sup> Cas résultant d'une affection scrofuleuse de l'articulation.

4<sup>o</sup> Cas survenant à la suite d'une inflammation suppurative aiguë d'origine pyohémique ou à la suite d'inflammation suppurative dans le voisinage de l'articulation ou s'étendant jusqu'à elle.

5<sup>o</sup> Cas résultant de contractures musculaires.

La première classe comprend les cas qui reconnaissent pour cause les désarticulations réduites, les anciennes désarticulations non réduites, les fractures à l'intérieur ou dans le voisinage de l'articulation, les contusions suivies d'inflammation articulaire.

Ces cas sont en général favorables surtout s'il n'existe ni inflammation suppurative, ni ulcération des cartilages articulaires, et, dans la plupart des cas, une ou deux séances suffisent pour rétablir d'une manière permanente les fonctions de l'articulation.

Les cas de la deuxième catégorie sont aussi favorables à l'extension forcée, surtout si les cartilages articulaires ne sont pas ulcérés et s'il n'existe pas d'inflammation suppurative, or on sait que l'inflammation rhumatismale a très peu de tendance à la suppuration. Les cas d'inflammation rhumatismale aiguë cèdent avec la plus grande facilité. Ceux d'arthrite gonorrhéale sont aussi favorables s'ils sont traités au début, plus tard les cartilages d'encroûtement sont altérés et les résultats sont plus incertains.

L'arthrite gonorrhéale n'affecte en général qu'une seule articulation, et de préférence le genou et la hanche, elle dure assez souvent de quatre à six mois; aussi voit-on fréquemment se former de très fortes et nombreuses adhérences tant intra qu'extra capsulaires. Dans ces cas il convient de pratiquer l'extension graduellement, sans violence, à intervalles répétés de trois semaines. On se gardera bien, pour quelque motif que ce soit, de rétablir en une seule séance le jeu de l'articulation. Les cas de rhumatisme inflammatoire chronique sont d'autant plus favorables qu'ils sont moins longtemps différés. Les cas de la troisième catégorie sont défavorables et ne présentent quelques chances de succès que lorsque, sous un traitement judicieux, la maladie a été enrayée au début. On devra procéder par des mouvements passifs systématiques et ne pratiquer l'extension que doucement et pour ainsi dire en tâtonnant.

La quatrième catégorie n'est pas plus favorable, surtout dans les cas de pyémie. Quand la perte de mouvement est due à une inflammation suppurative développée dans le voisinage de l'articulation, il peut se faire que le cartilage articulaire n'ait pas été détruit, mais les adhérences sont tellement fortes que le succès est très incertain. Cependant, on peut tenter le traitement dès que l'inflammation aura disparu, mais procéder sans violence et à intervalles de trois semaines.

Dans la cinquième classe, l'extension forcée est non-seulement inutile

mais formellement contraindiquée, on devra recourir à la ténotomie ou à l'extension mécanique.

*Manière de procéder.*—Il n'est pas nécessaire de déployer une grande force dans l'extension des articulations, et quand cela est nécessaire, il n'y a que peu d'espoir d'obtenir des résultats satisfaisants et durables, car alors il est permis de supposer que les cartilages articulaires ne sont pas sains; en outre, ces efforts violents peuvent produire des fractures, des décollements épiphysaires, des ruptures artérielles, des lacérations de la peau et des tissus sous-jacents qui mettent l'articulation à nu, etc.

Au lieu donc de procéder par la violence et de vouloir tout obtenir du premier coup, il vaut mieux dans les cas graves procéder par étapes et se contenter à la première séance d'un mouvement très restreint, puis répéter l'opération à intervalles de deux à trois semaines, rompre les adhérences et augmenter graduellement l'étendue du mouvement. Après chaque séance, j'applique un pansement à l'eau chaude; j'emploie généralement la spongio-piline, et si c'est le membre inférieur qui est intéressé, je pratique l'extension continue au moyen de poids. Repos absolu, et si on le peut, bains de vapeur locaux, deux ou trois fois par jour. Par ce moyen je prévient la douleur et l'inflammation que produisent les tractions tant soit peu violentes.

Dans les cas plus simples, une seule séance suffira souvent, mais en général il faut répéter deux ou trois fois.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

---

**Faut-il faire l'extraction du placenta après l'avortement?**—Si on s'en rapporte à l'opinion des auteurs, on en arrive à la conclusion que la rétention et par suite la décomposition du placenta après l'avortement constitue un danger imminent de septicémie, danger que l'accoucheur peut prévenir efficacement en faisant l'extraction de l'organe qui est devenu un corps étranger que l'utérus ne peut pas toujours expulser à temps. Cependant, si je m'en rapporte à ce que je vois pratiquer autour de moi et à ce que je pratique moi-même, la théorie, sur ce point, ne doit pas être interprétée trop rigoureusement et doit se prêter à certains accommodements qui, sans injurier la règle, en tempèrent la rigueur et en amoindrissent les difficultés d'exécution.

J'ai sous les yeux deux communications, l'une du Dr Parish, dans le *Philadelphia Medical Times*, en faveur de l'intervention manuelle immédiate, l'autre du Dr Sweringen, dans le *Cincinnati Lancet and Clinic*, en faveur de la non-intervention. Quelques extraits de chacune d'elles nous feront voir comment et jusqu'à quel point on peut diverger d'opinion sur cette question délicate. Je suis convaincu, dit le Dr Parish, que la vie de la parturiente est en danger tant qu'il reste dans l'utérus quelque débris du placenta ou des membranes, et que l'extraction judicieuse de ces débris de la conception supprime le danger en tout ou en partie. Ces débris sont souvent la cause d'hémorragies abondantes qui épuisent rapidement la malade quand elles ne la font pas succomber. L'hémorragie est souvent graduelle et il n'y a guère à craindre la syncope fatale, mais les forces s'épuisent et la malade

reste dans les conditions les plus propices à l'empoisonnement du sang et au développement de l'inflammation.

Les conditions dans lesquelles se trouvent l'utérus et le vagin à cette époque favorisent singulièrement la décomposition rapide après l'entrée de l'air; la chaleur, l'humidité et l'air atmosphérique se réunissent pour hâter la putréfaction. L'absorption commence probablement en même temps que la décomposition; cette forme de septicémie peut débiter en moins de vingt-quatre heures après le travail. L'empoisonnement du sang se produit graduellement et les symptômes en sont souvent si insidieux qu'ils ne se révèlent à l'observation qu'alors qu'ils sont devenus graves.

Dans l'avortement, le placenta est ordinairement plus adhérent à la paroi utérine que dans l'accouchement à terme; le corps de l'utérus se contracte moins fortement et les fibres circulaires du col ferment plus tôt le canal cervical après la sortie du fœtus, mais les dangers qui accompagnent la rétention du placenta ne sont pas moindres que dans l'accouchement à terme et l'issue fatale peut être aussi prompte. La grande majorité des cas ne se terminent pas par la mort; le placenta est finalement expulsé et les symptômes d'infection du sang ou d'inflammation se résolvent, mais en revanche l'involution de l'organe se fait incomplètement et donne lieu à des désordres prolongés, à la stérilité ou à des avortements répétés.

Je conclus donc qu'il est dangereux, criminel même, de laisser dans l'utérus une partie si petite qu'elle soit du placenta, avec l'espérance qu'il n'en résultera aucun accident ou que l'ergot en amènera sûrement et promptement l'expulsion. L'ergot, au lieu d'expulser au dehors le corps étranger, peut, en contractant le col, fermer toute issue au placenta jusqu'à ce que la putréfaction s'y soit établie.

Voyons maintenant le revers de la question. Le Dr Sweringen se pose carrément en adversaire de l'intervention manuelle ou instrumentale. Est-il permis de supposer, dit-il, que la nature, si prévoyante et si intelligente dans ses œuvres, soit prise au dépourvu dans ces circonstances et ne puisse se débarrasser elle-même des restes de la conception? Pour aider efficacement la nature il faut l'imiter. La question se résume alors à ceci: vaut-il mieux intervenir au moyen de la pince à faux germe ou de la curette, ou bien mettre la patiente dans les conditions hygiéniques et sanitaires les plus favorables, l'aider constitutionnellement à rejeter en temps opportun le corps étranger, et rendre non infectieux les produits de la décomposition du placenta et des membranes? Plus l'époque de l'avortement est rapprochée de celle de la conception, plus l'adhérence du placenta à la paroi utérine est considérable, et plus il faudra employer de force pour l'en détacher, et le danger de donner naissance à une inflammation et de la voir se développer et se propager rapidement sera proportionné à la force des tractions mises en œuvre pour détacher le placenta. Immédiatement après la rupture des membranes et la sortie du fœtus, le placenta adhérent devient un corps étranger destiné à être doucement rejeté au dehors par les forces reconstituantes de la nature, la *vis medicalrix naturæ*, et non pas à être arraché ou déchiré par la pince ou la curette d'un médecin trop pressé d'intervenir. La nature a un travail à accomplir; sur la surface vivante de l'utérus et sur la surface du placenta privé de vie, elle tracera une ligne de démarcation dans les limites de laquelle se formera une

oschare inoffensive qui détachera normalement le placenta. Pour cela il faut un certain espace de temps. Arracher le placenta, c'est produire un traumatisme et exposer la patiente à toutes les conséquences fâcheuses de cette lésion : l'inflammation, qui se propagera peut-être, la septicémie et la pyémie.

On intervient sous prétexte qu'il est urgent de prévenir la septicémie. Mais je soutiens qu'en règle générale le danger d'empoisonnement de sang est plus apparent que réel. L'état des organes dans les cas de ce genre oppose une barrière à l'absorption, l'utérus est dans une condition plus favorable à l'exosmose qu'à l'endosmose, au drainage qu'à la stagnation. De tous les moyens propres à amener les cas de ce genre à une terminaison favorable, le drainage tient le premier rang. Le traitement le plus rationnel consiste à aider la patiente à se débarrasser des produits de décomposition au fur et à mesure qu'ils se forment, et à instituer un traitement constitutionnel qui permette à l'organisme de détacher et d'expulser en temps opportun les organes privés de vie. S'il y a hémorrhagie, l'irrigation de la cavité utérine avec de l'eau aussi chaude que la patiente pourra la supporter, suffira non seulement à l'arrêter mais agira en outre comme un puissant antiseptique, antizymotique et comme agent détersif.

Telles sont les deux thèses ! Elles ne se ressemblent qu'à un point de vue, celui-ci : l'exagération d'une idée fixe soutenue envers et contre tous, sans tenir compte des cas particuliers et de l'immense étendue de territoire neutre qui sépare la théorie de la pratique.

Tous deux peuvent peut-être avoir raison théoriquement, mais tous deux aussi s'exposent à de fâcheux mécomptes au lit de la malade.

En somme, l'un intervient quand même par crainte de la résorption des produits de décomposition et de l'hémorrhagie. L'autre n'intervient pas par crainte du traumatisme et de ses conséquences, et par confiance dans les forces de la nature.

Je suppose un cas d'avortement à deux ou trois mois chez une femme d'une constitution ordinaire. Le fœtus a été expulsé, l'hémorrhagie si elle existe n'offre rien d'alarmant ; le col est dur et admet à peine l'extrémité du petit doigt, dois-je m'armer de la laminaire, de l'éponge, de la curette et aller extraire le placenta jusque là bien inoffensif ? Non, j'attendrai sagement l'effort de la nature, ou des symptômes plus pressants. Si l'hémorrhagie devient trop abondante, j'aurai recours à l'ergot. On dit que cet agent peut avoir pour effet de contracter les fibres circulaires du col et d'emprisonner le placenta, mais je le demande, est ce là son effet habituel, et si cet effet se produit, quelle est sa durée ? Ne vaut-il pas mieux tenter ce moyen que de pénétrer de force dans un organe énormément congestionné et dans lequel des manipulations intempestives peuvent développer des lésions mortelles ? Oserait-on sans des raisons très-graves passer la sonde utérine pendant l'époque menstruelle. Il est vrai que si la nature faillit à la tâche et que le placenta emprisonné se putréfie, la septicémie peut survenir, mais ces cas sont heureusement assez rares, soit que le corps étranger se séparant de la paroi utérine et se présentant à l'ouverture du col puisse être extrait par la curette, soit que les produits de décomposition ne s'absorbent pas, soit enfin qu'on prévienne les symptômes constitutionnels par un traitement judicieux. S'il fallait accuser de *mal-practice* tous ceux qui en agissent ainsi, le nombre des praticiens compétents serait considérablement restreint.

Supposez maintenant un de ces cas malheureusement trop nombreux où l'accoucheur est appelé pour une hémorrhagie abondante. A l'examen il trouve le col utérin ent'ouvert, plus ou moins flasque et dilatable et contenant le placenta que repousse le bout du doigt; résistera-t-il à la tentation si raisonnable d'extraire séance tenante le corps étranger qui met en danger la vie de la patiente et d'administrer conjointement une bonne dose d'ergot? Serait-il excusable, dans un pareil cas, de s'attarder à pratiquer des injections d'eau chaude et de laisser à la nature un travail qu'elle semble lui demander de compléter, quand même il aurait dans les propriétés hémostatiques, antiseptiques et antizymotiques de l'eau chaude une confiance que je suis loin de partager? J'admets qu'entre les deux cas que j'ai supposés, mais qui sont loin d'être des utopies, il y a des milliers de nuances; c'est ce qui me fait affirmer qu'entre l'opinion du Dr Parish et celle du Dr Sweringen il y a de quoi placer plus d'une feuille de rose, et ce qui confirme le dicton que l'accoucheur doit avoir l'œil.....et beaucoup de jugement au bout du doigt.

A. L.

**Un nouveau signe de grossesse.**—La coloration bleue du vagin et les autres signes de la grossesse au début n'ont en somme qu'une valeur équivoque. En voici un nouveau que nous fournit Jorissenne dans les *Archives de tocologie* et au moyen duquel on pourrait diagnostiquer la grossesse pendant les deux premiers mois. Nous traduisons du *Medical and Surgical Reporter*.

Jorissenne a constaté que tandis que la fréquence du pouls radial varie de dix à vingt pulsations suivant que le sujet est debout ou couché, pendant la grossesse le nombre des pulsations ne varie pas, quelque soit la position. Il a pu, par ce moyen, diagnostiquer la grossesse dès le premier mois, en l'absence de tout autre signe, excepté la suppression des menstrues.

Lorsqu'on cherche à constater ce signe chez une patiente, il faut procéder avec soin et compter le pouls radial pendant une quinzaine de secondes dans chacune des trois positions, debout, assise et couchée. On peut ensuite intervertir l'ordre de succession des trois positions, le nombre des pulsations restant toujours le même.

**Durée de la grossesse.**—Helen Edleson conclut de ses recherches à ce sujet que: 1<sup>o</sup> La durée de la grossesse est de 278 jours, presque quarante semaines. 2<sup>o</sup> Le sexe de l'enfant a une certaine influence sur la durée de cette période qui est plus longue pour les enfants du sexe féminin. 3<sup>o</sup> Plus le poids de l'enfant est considérable, plus longue est la durée de la grossesse (?) 4<sup>o</sup> Plus la mère est jeune, plus longue est la durée de la grossesse. 5<sup>o</sup> Cette durée est plus considérable chez les femmes mariées que chez celles qui ne le sont pas. 6<sup>o</sup> Les premiers mouvements du fœtus sont perçus, en moyenne, le cent trente cinquième jour, mais plus tard chez les primipares que chez les multipares.—(*American Pract.—Nashville Journal of Med. and Surg.*)

**Amygdalite.**—Un journal de médecine d'Australie conseille l'emploi du mélange suivant, — évaporisation — dans les cas d'amygdalite aiguë: Extrait fluide d'ergot m. 40: Acide carbolique m. 1: Eau  $\frac{1}{2}$  oz..

## TOXICOLOGIE.

**Empoisonnement par la Fougère Mâle.**— Nous traduisons du *Boston Medical and Surgical Journal* le rapport suivant d'un cas très intéressant au point de vue toxicologique et médico-légal et qui a été observé à Ceylon.

“ Un médecin d'excellente réputation avait sous ses soins un patient porteur d'un tœnia et auquel il avait déjà, mais vainement, administré plusieurs taenifuges. Voulant porter un dernier coup, ce médecin prescrivit *une once et demie* d'extrait éthéré de fougère mâle, combiné à trois drachmes de poudre de kamala et à trois drachmes de racine de grenadier, le tout dans un véhicule de mucilage, sirop et eau de cannelle. Le pharmacien omit la racine de grenadier et en informa le praticien. La moitié de cette dose fut prise au coucher, alors que le malade éprouva un fort malaise qui ne l'empêcha pas cependant de prendre le reste de la dose vers 2 hrs. a. m. ainsi que cela avait été prescrit. Le malaise augmentant, on fit venir le médecin, mais le malade mourait avant le jour, après avoir présenté les symptômes suivants: diarrhée, vomissements, crampes, collapsus etc. Le ver avait été expulsé. On donna un certificat attribuant la mort à “ la diarrhée cholériforme.” A l'autopsie on put constater les lésions de tissus propres aux irritants simples, une forte odeur d'éthers s'échappait de tout le canal intestinal. La défense fit valoir le fait que la prescription avait été prise dans l'ouvrage du Dr Napheys, “ *Medical Therapeutics*,” et était recommandée par le Dr Brunton, de Londres. On s'est demandé s'il n'y avait pas là quelque erreur typographique quant à la dose. Mais cela sembla douteux vu que l'ouvrage en est déjà à sa septième édition. En égard à la haute autorité sur laquelle le traitement avait été basé et à l'entière bonne foi du praticien, aucune poursuite ne fut intentée. On sait que la dose ordinaire de l'extrait éthéré de fougère mâle est de une drachme et demie à deux drachmes.”

La chose n'en est pas restée là toutefois. Le Dr Brunton dans une communication adressée au *British Medical Journal* nie avoir jamais recommandé l'usage d'une dose aussi énorme de fougère mâle que celle administrée par le praticien de Ceylon.

**Empoisonnement par l'Hyosciamine.**— Le Dr H. Gibbons publie dans le *Pacific Medical and Surgical Journal* le rapport d'un cas de paralysie agitante au cours de laquelle l'Hyosciamine quoiqu'administrée à doses relativement faibles a produit des symptômes toxiques. Nous donnons à nos lecteurs un résumé de ce cas :

Une femme âgée de 75 ans souffrait, depuis quatre ou cinq ans, de paralysie agitante; sa santé avait été bonne avant cette époque. La main droite fut affectée d'abord, puis le bras et enfin la jambe de ce côté. Le sommeil était presque nul dans les premières semaines de la maladie, mais l'administration de quelques doses de chloral y mit bon ordre. La malade fut subséquemment sujette à de violents paroxysmes d'agitation nerveuse pendant lesquels elle ne pouvait absolument pas tenir en place. A la faveur des moyens thérapeutiques ordinaires, consistant en frictions sur les membres, usage du courant électrique, toniques, sédatifs du système nerveux etc, il se produisit quelque amélioration.

ration, mais seulement d'une manière transitoire. Tant que la malade était laissée seule et parfaitement tranquille, l'agitation ne se manifestait guère, mais elle ne tardait pas à se montrer dans toute son intensité à la moindre cause d'excitation ou contrariété.

Le pouvoir dépresso-moteur si bien connu de la jusquiame et de l'hyoscyamine en indiquant évidemment l'emploi dans ce cas, on administra l'alkaloïde à dose de  $\frac{1}{5}$  de grain sous forme de pilule, et combinée à deux grains de *quinquina*.

Le médicament ayant été donné à 7 h. p. m., la malade se mit au lit vers 10 h., sans qu'aucun symptôme étrange se fût manifesté. A 1 h. a. m., c'est à dire, six heures après l'ingestion de la pilule, on trouva la malade assise sur le bord de son lit, froide, presque inconsciente, incapable d'articuler distinctement aucune parole et presque entièrement privée du pouvoir musculaire.

L'application immédiate de fomentations chaudes et l'administration d'une petite quantité de vin conjointement avec dix gouttes d'esprit camphré et environ  $\frac{1}{2}$  de grain de sulfate de morphine la ranimèrent bientôt; elle s'endormit alors et put reposer assez bien le reste de la nuit.

Le matin, la parole était passablement revenue, mais il y avait encore un peu de confusion dans les idées. La malade ne put prendre qu'un peu de nourriture. L'agitation nerveuse des jours précédents avait tout à fait disparu sous l'influence de la jusquiame et ne se montra de nouveau qu'au bout de plusieurs jours. La patiente garda le lit pendant toute la journée. Les pupilles étaient très dilatées. Le soir, vingt-quatre heures après l'administration de l'hyoscyamine, les symptômes décrits plus haut se montrèrent de nouveau avec plus d'intensité. La malade semblant sortir d'un état de profonde indifférence se mit à converser avec plus de facilité et de vivacité qu'elle ne l'avait fait depuis des années et demanda à manger. Tout ce qui l'entourait lui paraissait être de couleur rouge; elle fit remarquer que sa fille avait la scarlatine et, quelques heures après, elle s'endormit et passa une excellente nuit. Le lendemain matin les effets de l'hyoscyamine avait complètement disparu. Le tremblement musculaire se manifestait de nouveau à un faible degré, et une semaine entière se passa avant qu'il fut revenu tout-à-fait.

**Empoisonnement par le gaz des fosses d'aisance.**—Le Dr J. T. Eckridge rapporte, dans le *Medical Times* de Philadelphie, le cas d'un individu qui étant descendu dans une fosse d'aisance dans le but de la nettoyer fut pris tout à coup de tous les symptômes d'un empoisonnement par les septiques. On eut recours aux divers modes de traitement usités en pareils cas, mais sans succès apparent, quand, en désespoir de cause, on pratiqua une injection intraveineuse d'ammoniaque, injection qui fut répétée douze fois successivement. Le malade guérit sous l'action de cette mesure héroïque.

L'auteur mentionne qu'avant de descendre dans la fosse, cet homme y avait descendu une bougie allumée, mais que celle-ci ne s'était pas éteinte. Ce fait, ajoute-t-il, ne prouvait en aucune façon qu'il n'y avait pas là de gaz délétère. L'empoisonnement, dans ce cas-ci, a dû être produit soit par l'hydrogène sulfuré, soit par la sulfure d'ammonium.

## FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

## Diarrhée.—(W. Thomson, New-York.)

R	Plumbi acetatis.....	gr xvi
	Pulv. camphoræ.....	gr xii
	Pulv. opii.....	gr iii
	Bismuthi subcarb.....	gr xii
	Extracti gentianæ.....	q. s.

M—Div. in pil, No 12.

Dose : Une pilule toutes les 2, 3, 4 ou 6 heures, *pro re nata*.

## Impuissance.—(Howe)

1o R	Extract. nucis vomicæ.....	gr $\frac{1}{4}$
	Phosphori.....	gr $\frac{1}{100}$

M.—Faites une pilule : à prendre après chaque repas.

2o R	Tr. cantharidis.....	
	Tr. ergotæ.....	
	Tr. nucis vomicæ.....	aa zi.

M—Dose : De dix à vingt gouttes, quatre fois par jour.

## Diphthérie.—(Dr C. E. Billington)

1o R	Tinct. ferri chlorid.....	fl zi
	Glycerinæ.....	
	Aquæ.....	aa fl zi.

M—Dose : Une cuillerée à thé toutes les heures, excepté durant la nuit.

2o R	Potassæ chloratis.....	ʒss
	Glycerinæ.....	fl ʒss
	Aquæ calcis.....	ʒ ʒiiss.

M—Dose : Une cuillerée à thé, aussi toutes les heures, alternant avec la formule précédente.

3o R	Acidi carbolici.....	mxv
	Aquæ calcis.....	fl ʒvi.

M—En insufflation au moyen d'un pulvérisateur, pendant quelques minutes après chaque dose des formules No 1 et No 2.

## Epilepsie.—(Séguin.)

R	Pot. bromid.....	ʒi
	Chloral. hydrat.....	ʒss
	Aquæ.....	ʒvii

M.—De quatre à six cuillerées à thé par jour.

## Constipation opiniâtre.—(Schæfer)

R	Extract. physostigmæ.....	gr i
	Glycerinæ.....	ʒiii.

M—Dose : Six gouttes toutes les 3 heures dans le courant de la journée.

**Potion anti-scrofuleuse.**—(Guibout)

R Mucilag.....	ʒi iv
Pot. iodid.....	gr xviii
Tinct. iodin.....	ʒtt x—xx.
Acid. tannic.....	ʒgr xviii
Syrup. cinchonæ.....	ʒi.—M

Dose : Une cuillerée à table trois fois par jour.

**Chancroides.**—(Sands.)

R Acid. salicylic.	
Sodæ boratis .....	ʒ. ʒ. gr. xv.
Glycerinae .....	ʒi ʒ; —

M.—En lotions.

**Diarrhée de la fièvre typhoïde.**—(Clark.)

R Bismuthi subnit.....	ʒi
Morphiæ sulph .....	gr. i.

M.—Et div. in chart No 12.

Dose : De une à quatre par jour.

**Epilepsie.**

*Formule de Brown-Séguard, modifiée par le Dr S.-B. AYER.*

R Sodii bromidi.	
Pot. bromidi.	
Ammon. bromidi .....	aa. ʒiii
Pot. iodidi.	
Ammon. iodidi .....	aa. ʒip
Ammon. sesquicarb.....	ʒi
Tinct calumbæ .....	ʒi ʒip
Aquæ destill. ad.....	ʒi ʒviii

M.—Dose : Une cuillerée à thé et demie avant chaque repas, et trois cuillerées au coucher.

**Blennorrhagie.**—On recommande l'extrait fluide de Kava-Kava à dose de 20 gouttes, 3 ou 4 fois par jour contre la gonorrhée. Essayons encore celui-là !

**Cure de lait.**—Le Dr Weir Mitchell est en faveur du lait écrémé dans le traitement de la maladie de Bright. Il en fait donner de 8 à 10 chopines par jour et rien de plus.

**Curare et épilepsie.**—Le Dr Kunze recommande l'usage du curare dans le traitement de l'épilepsie. Il a, paraît-il, obtenu par ce moyen, six guérisons parfaites sur trente-cinq cas.—(Journal de Thérapeutique).

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JANVIER 1883.

---

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Troisième 2010, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Gay, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$100 par année, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Les seuls agents collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. Chérier pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. Légaré pour la ville de Montréal et la banlieue.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. Gallien et Prince, négociants-commis-sionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'Administration.

## Les améliorations faites au journal.

Il nous fait grand plaisir d'offrir à nos abonnés la présente livraison de l'*Union Médicale*, non pas que nous prétendions avoir le droit incontestable d'en être fiers, mais parce que nous croyons avoir résolu d'une manière satisfaisante le difficile problème d'améliorer et de faire marcher avec le progrès une publication dont la position financière n'a jamais permis de mentionner le mot "dividende" ou "profit pécuniaire."

Les rédacteurs qui nous ont précédés n'ont jamais abusé du mot "impossible"; ils nous ont donné un exemple de dévouement que nous sommes forcés de suivre si nous voulons rester à la hauteur de la position.

Si le lecteur veut bien se donner la peine de comparer la livraison de décembre avec celle-ci, il constatera qu'à part la toilette qui est toute fraîche et toute neuve, le texte du journal a été considérablement augmenté. Le format et le nombre des pages sont restés les mêmes, mais la longueur et le nombre des lignes du texte ont été augmentées, ce qui, tout bien calculé, donne dix pages de matière de plus à lire chaque mois.

Ce dernier changement nous a été imposé: par le nombre croissant des collaborateurs actifs du journal; par la quantité plus grande de matériaux cliniques que nous offrent nos hôpitaux; par le fait que plusieurs branches très importantes de la médecine telles que la gynécologie, la pédiatrie, la syphiligraphie, l'hygiène etc, devaient être négligées, faute d'espace; par la conviction que le nombre de nos col-

laborateurs est susceptible d'être augmenté comme nous le prouvent les travaux que nous sommes forcés de refuser, enfin par le désir que nous avons de marcher de l'avant. Dix pages, nous dira-t-on, c'est bien peu pour combler pareille lacune; mais un abonnement de trois piastres par an c'est bien peu pour faire davantage. En consultant nos livres, nous trouvons les noms d'une centaine de médecins canadiens français qui ont refusé le journal. Les embarras pécuniaires expliquent le refus de quelques-uns de ces confrères. Quant aux autres, les efforts que nous faisons pour donner au journal une bonne valeur intrinsèque les décideront ils à prendre, dans leur propre intérêt scientifique, l'abonnement qu'ils nous ont refusé comme encouragement de notre travail? Nous osons l'espérer; en tout cas, nous leur avons fait un nouvel appel.

C'est un métier difficile que celui de plaire à tous; quand on y vise, on n'arrive...qu'à plaire à personne. Plus d'une lettre rude, fortement épicée, féroce même orne les archives de la rédaction; qu'on n'aille pas croire que notre sérénité en soit troublée un instant; il y a ce qu'on appelle la grâce d'état du journaliste, contre laquelle viennent se briser bien des petites tempêtes. Cela n'empêche pas que nous mettons tout le soin possible à épargner de pareils ennuis à nos abonnés et à nos correspondants. Par malheur il arrive de temps à autre qu'il nous est impossible de concéder assez pour empêcher l'abonné de renvoyer le journal. Nous faut-il donc répéter pour la centième fois que l'*Union Médicale* est une œuvre de dévouement qui a pour principe de verser à l'avoir scientifique de la profession l'avoir de sa caisse quand pareille chose existe. A ceux que notre travail n'a encore pu satisfaire nous demandons un peu d'encouragement pour une œuvre professionnelle et nationale, encouragement qui seul peut nous permettre d'indemniser l'abonné de sa bonne volonté et d'atteindre le but scientifique et patriotique qui a présidé à la fondation du journal.

---

### L'imbroglio de Kingston.

---

La plupart de nos lecteurs savent déjà que la faculté de médecine de Kingston, Ontario, a été le théâtre d'un différend très grave entre les élèves des deux sexes que compte cette institution.

Voici les faits sommairement: Les élèves demoiselles, blessées de certaines remarques faites par un des professeurs au cours de sa leçon, se levèrent en masse et laissèrent la salle de lecture puis rédigèrent une pétition par laquelle elles demandaient la démission ou la destitution du professeur incriminé. De leur côté, messieurs les élèves firent une courte requête en faveur de celui-ci et de plus signifièrent aux autorités du collège qu'elles eussent à renvoyer de l'institution les personnes du sexe, et cela avant l'expiration de la vacance de Noël, à défaut de quoi eux-mêmes passeraient en corps dans une autre institution. N'ayant pas obtenu une réponse satisfaisante dans le délai voulu, ils se mirent en correspondance avec le Trinity College de Toronto et l'Université McGill de Montréal, ce qui ne fit qu'accroître le malentendu. Les choses en étaient là aux dernières nouvelles. McGill et le Toronto School of Medicine exigent des élèves des certificats en règle, tandis que le Trinity College est, dit-on, moins exigeant, et ne demande qu'un certificat de trois mois d'études médicales, afin d'empêcher les élèves de venir à Montréal.

Quoiqu'il en soit de l'issue du procès, le fait que nous voulons mettre en relief est l'inopportunité d'admettre les femmes à l'étude de la médecine; en cela nous sympathisons de tout cœur avec les élèves de Kingston et nous objectons non seulement aux écoles de médecine mixtes, mais encore aux collèges de médecine exclusivement réservés aux femmes, tels qu'il en existe à New-York, Philadelphie, Chicago et Baltimore.

En parcourant le prospectus pour 1882-83 du collège de médecine des femmes, de Baltimore, nous y lisons que les raisons qui ont engagé les membres de la faculté à fonder l'institution sont: 1<sup>o</sup> Qu'ils ont constaté le fait que les femmes sont éminemment qualifiées pour traiter les maladies inhérentes à leur sexe et à l'enfance; 2<sup>o</sup> Que dans tous les âges les femmes ont pratiqué avec succès la médecine et les accouchements, et que de nos jours même elles peuvent rivaliser avec nos praticiens régulièrement qualifiés; 3<sup>o</sup> Qu'il est convenable que les femmes aient pour s'instruire les mêmes facilités qu'ont les hommes, et qu'il est à propos, pour que rien ne paralyse leurs efforts pour s'instruire, qu'il existe des écoles séparées pour leur usage exclusif, etc.

O Molière! à quoi donc ont servi tes leçons?

Nous ne voulons pas reprendre un à un ces trois avancés; qu'il nous suffise d'en récuser sommairement la justesse. Que les femmes soient éminemment qualifiées à pratiquer la médecine, rien ne nous le prouve encore que des arguments à priori, et rien, ce nous semble, ne nous autorise à le croire, bien au contraire. S'il existe, ce que nous sommes bien disposés à croire, des femmes véritablement compétentes en médecine, elles sont aussi rares que les Jeanne Hachette et les Jeanne d'Arc qui se sont illustrées dans les luttes sanglantes des siècles passés, et si tant est qu'elles soient susceptibles d'acquérir la véritable éducation médicale, ce serait un grand malheur que de leur en faciliter les moyens. Promenez la femme dans les salles de dissection et d'autopsies, dans les amphithéâtres de chirurgie, sans parler des hôpitaux de vénériens, faites lui toucher d'un doigt professionnel les plaies les plus hideuses de l'humanité, mettez le jargon médical dans son intelligence et sur ses lèvres et ce qu'elle y laissera de son caractère de femme en fera un être bien pauvrement doué pour charmer le foyer domestique et pour être le soutien moral de la famille. Mieux vaudrait voir Louise Michel faire école parmi son sexe; on ne prendrait pas ses adeptes au sérieux, malgré qu'on pourrait plus difficilement méconnaître leurs dispositions à l'art de la parole que leurs qualifications à l'étude de la médecine.

---

### Janvier!!

---

Ami lecteur, si ce mot vous rappelle, entre autres souvenirs plus agréables, que vous devez des arriérages au journal, permettez-nous de vous fournir une charmante occasion de nous souhaiter "une bonne et heureuse année" en vous invitant à solder la note.

Le moindre mot d'encouragement, un rien enveloppé d'un billet de banque ou d'un mandat-poste nous ira droit au cœur, "et nous ne cesserons de prier."

Les messieurs auxquels nous adressons le journal pour la première fois voudront bien se rappeler que, s'ils ne le renvoient pas avant la

réception de la livraison suivante, nous avons le droit de les considérer comme abonnés. L'an dernier, un confrère a attendu la réception de son compte d'abonnement pour nous renvoyer huit numéros avec la nouvelle qu'il ne désirait pas s'abonner. C'est abuser de la bonté et de la bourse des gens et un peu aussi des statuts. Nous ne voulons prendre personne par surprise, mais nous ne voulons pas qu'il nous en coûte si cher de profiter du privilège qu'ont les journalistes de solliciter des abonnements et de se prévaloir du proverbe : " Qui ne dit mot, consent."

### Changement dans le personnel de la rédaction.

Comme on le voit en tête de notre présente livraison, notre confrère et ami le Dr Sévérin Lachapelle a cessé de faire partie de la rédaction du journal.

Six années de travail à l'*Union Médicale* ont rendu le lecteur assez familier avec son nom et son dévouement aux intérêts scientifiques pour nous dispenser d'un éloge banal qui ne pourrait qu'amoindrir ce que les six derniers volumes de l'*Union* disent d'une manière plus éloquente.

Nous aurions lieu de regretter vivement la détermination qu'a prise notre collègue, si nous étions privés par là du fruit de son travail, mais heureusement, sa retraite n'est que nominale, car de rédacteur il devient collaborateur actif, ce qui pratiquement ne change rien à son ancienne position vis-à-vis de nous, mais lui permettra de se consacrer exclusivement à la spécialité qu'il désire depuis longtemps embrasser et que de fait il cultive depuis plusieurs années déjà. Son nom et son travail n'en seront pas moins souvent sous les yeux du lecteur.

### L'acte médical et les sages-femmes.

Nous recevons de M. le Dr E. Tremblay, de Windsor-Mills, une correspondance au sujet des dispositions de l'acte médical concernant les sages-femmes, correspondance que, à notre grand regret, nous ne pouvons publier aujourd'hui, vu l'abondance des matières.

M. Tremblay a, lui aussi, maints sujets légitimes de se plaindre de l'état de choses actuel, c'est-à-dire de l'incapacité notoire de la plupart des sages-femmes pratiquant à la campagne et de l'insuffisance des moyens légaux de répression mis à notre disposition contre les charlatans en général.

Dans l'opinion de notre correspondant, il ne devrait pas être nécessaire, pour motiver la mise en accusation et la condamnation d'un charlatan, de produire la preuve que ce charlatan s'est fait payer ou a reçu quelque promesse à cet effet. Le seul fait de pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique sans avoir au préalable obtenu une licence du Bureau devrait suffire, suivant lui, à justifier une poursuite et une condamnation.

Il n'y a là, croyons nous, rien que de très légitime. Ce que l'on veut punir, après tout, ou mieux avant tout, c'est l'exercice illégal de la médecine; ce que l'on veut prévenir, ce sont les dommages, irréparables bien souvent, qu'entraîne inévitablement la pratique de la médecine par ceux qui ne connaissent pas le premier mot de notre art.

Est-ce que Monsieur A. qui s'est fait mal *ramancher* le bras par le rebouteur de l'endroit souffrira un dommage moins grand parce que le susdit rebouteur n'aura pas été payé? Parce que tel autre charlatan n'aura voulu recevoir aucune rémunération pour les onguents et les fomentations simples qu'il aura prescrits à Monsieur B. dont la jambe broyée réclamait l'amputation, n'en reste-il pas moins établi que Monsieur B. a été pris de septicémie et a passé de vie à trépas? En un mot, l'exercice de la médecine est il moins illégal quand on ne s'y livre pas pour de l'argent? Il serait peut-être bon d'y réfléchir.

Quant à ces excellentes sages femmes de campagne, M. Tremblay nous rapporte un cas qui édifiera sans doute plus d'un de nos lecteurs.

" Il y a quelque temps, dit-il, j'étais appelé auprès d'une femme qui, après s'être laissée endoctriner par une *accoucheuse* célèbre de l'endroit, avait juré ses grands dieux que jamais elle ne se servirait du médecin pour l'assister dans ses couches. Je me rends en toute hâte chez cette malade. On m'informe immédiatement que " la sage-femme " avait bien fait tout son possible, mais qu'en fin de compte elle avait " fini par avouer n'y rien comprendre." Cette sage-femme s'empresse elle-même de me renseigner sur l'état des choses en disant: " Ce qu'il " y a de curieux ici, c'est que la poche des eaux est rompue; je sens bien " la tête, mais rien ne descend. Je suis certaine que la poche des eaux est " rompue, ayant été obligée de la rompre moi-même au moyen de ciseaux, " tant elle était dure." Là-dessus, je fis un examen et constatai que la sage-femme, croyant perforer les membranes, avait tout simplement (?) ouvert le crâne de l'enfant. J'étais en face d'une craniotomie. Et pourtant la sage-femme en question passe pour une merveille du genre. *Elle marche pour rendre service*, dit-elle, ne se fait pas payer, et a la vogue en dépit des accidents."

Ce cas de M. le Dr Tremblay peut être rapproché de ceux relatés par le Dr Lippé dans notre livraison de décembre 1882. Tous nous prouvent que la pratique de l'art obstétrical devrait être laissée aux seuls médecins et aux sages-femmes dûment licenciées et ayant donné des preuves évidentes de leur savoir faire. Faut-il donc attendre que de nouveaux malheurs soient arrivés avant que de songer à y porter remède?

---

### Les enlèvements de cadavres.

---

Le retour des froids d'hiver et de la neige, a ramené les " expéditions " traditionnelles des étudiants en médecine. La violation des cimetières et la démolition nocturne des charniers ne laissent rien à envier aux années passées sous le point de vue de l'audace et du succès.

L'insaisissable carabin, que presse le défaut de matériaux de dissection et qu'encourage le succès, entreprend sans hésiter, presque de cœur-joie, ces rudes excursions où il compromet sa santé et sa vie. Pendant ce temps-là, les cadavres non réclamés des hospices, de la morgue, des prisons et pénitentiaires dorment en paix sous six pieds de terre et sous l'égide du fameux acte d'anatomie, et les étudiants s'instruisent "*unguibus et rostro*."

---

## Projet de loi sanitaire.

La convention sanitaire continue ses travaux avec la plus louable activité.

Un projet de loi beaucoup plus complet que tout ce que nous avons possédé jusqu'à ce jour vient d'être terminé par MM. Boxer et Beaudry, et soumis à la considération du comité et du public. La nouvelle loi contient 439 clauses. Ceux de nos lecteurs qui désireraient en avoir une idée peuvent la voir sur le *Star* de Montréal du 28 décembre dernier. Quant à nous, l'espace disponible ne nous permet pas de reproduire ce projet de loi et nous attendrons que la législature ait sanctionné ce document pour le communiquer à nos lecteurs sous forme de supplément.

## Brochures reçues.

*Announcement of the Medical and Surgical Staff of St Mary's Hospital, St Mark's Avenue, Brooklyn, N. Y.*

*Fourth Annual Report of the State Board of Health of Illinois.*

*The Invalids Paradise; where to go this winter. Monterey, Mexico.*

*Constitution médicale de Cannes pendant l'année 1881-82, et note sur la fièvre typhoïde, par le Dr Bernard, de Cannes.*

## NOUVELLES MÉDICALES.

Le Dr St. Jean a été ré-élu maire d'Ottawa.

Sir Thomas Watson, Bart., M. D., F. R. S., l'éminent auteur des *Lectures on the Principles and Practice of Physic* est décédé à Reigate, Angleterre, le 12 décembre dernier, à l'âge avancée de 90 ans.

Le Dr Samuel Santoire, de Brooklyn a été nommé chirurgien principal du département des maladies des articulations au St Mary's Hospital qui vient d'être fondé à Brooklyn, N. Y., le 17 décembre dernier. Nos félicitations à notre estimé confrère et compatriote.

**Hopital Notre-Dame.**—Le rapport de l'Association des Dames Patronesses de l'Hôpital Notre-Dame pour l'année 1881-82 vient d'être publié.

Comme un certain nombre de nos lecteurs le savent déjà, cette Association a pour but principal de subvenir aux frais d'entretien général de l'Hôpital, savoir: lingerie, literie, ameublement, nourriture etc. etc.

Les Dames Patronesses font, à tour de rôle, une visite hebdomadaire dans les salles de l'Hôpital. Ce sont elles qui chaque année donnent aux malades le dîner dit *du premier de l'an*.

Le Bureau de direction de l'Association est composé comme suit:

Présidente: Mme J. P. Rottot; Vice-Présidente Mme A. Prévost;

Trésorière, Mme J. R. Thibaudeau; Secrétaire, Mme J. A. Laraméo; Conscillères: Mmes J. Leclair, Frs Leclair, Duncan McDonald, L. A. Jetté, A. Laberge, Ve A. Malhiot, R. J. Devins, H. R. Gray, H. Dumas, C. S. Rodier, Chs Selby, L. J. Forget, C. A. Dugas, J. E. Borthelot, J. Leduc, et G. Leclère.

L'Association compte actuellement au-delà de cent membres.

**Ultimatum.**—On rapporte que les élèves en médecine de l'Université McGill peu satisfaits de la manière dont le Révd W. Wright, professeur de Matière Médicale et de Thérapeutique donne ses leçons, ont présenté aux autorités universitaires une pétition demandant des réformes immédiates dans l'enseignement de cette partie des cours, ou la résignation du professeur. On se plaint, entre autres choses, du fait que le cours de Matière Médicale est donné plutôt au point de vue pharmacologique qu'au point de vue thérapeutique, et qu'il convient beaucoup plus à ceux qui se destinent à la pharmacie qu'aux véritables étudiants en médecine; que le professeur s'y étend fort au long sur les propriétés physiques et les caractères botaniques, mode de culture, récolte etc, de chaque médicament, ce qui fait que l'élève est forcé de surcharger sa mémoire d'une foule de détails et de minuties qui ne lui seront d'aucune utilité et qui lui font négliger des sujets beaucoup plus importants, etc., etc.

On ajoute que les élèves ont résolu de ne plus assister au cours du Révd prof. Wright, et même de laisser tout à fait l'Université si celle-ci refuse d'acquiescer à leur demande.

---

#### NAISSANCES.

BARCELO.—En cette ville, le 17 décembre dernier, l'épouse du Dr H. M. Barcelo, un fils.

ARCHAMBAULT.—En cette ville, le 18 décembre dernier, l'épouse du Dr Gaspard Archambault, un fils.

LÉONARD.—En cette ville, le 19 décembre dernier, l'épouse du Dr J. A. R. Léonard, un fils.

---

#### MARIAGE.

JACQUES-DUCHESNAY.—A l'Evêché de Montreal, le 4 janvier, N. Jacques, Ecr, M.D., de Worcester, Mass., à Marie-Angélique Duchesnay, veuve de feu M. James L. Starnes.

---

#### DÉCÈS.

O'LEARY.—A St-Pascal, le 22 novembre dernier, à l'âge de trois mois et sept jours, Marie Anne Theresa, enfant de James O'Leary, M. D.

O'LEARY.—A St-Pascal, le 6 décembre dernier, à l'âge de 55 ans, Dlle Marie Flore O'Leary, deuxième fille de feu James O'Leary, M. D.

MARIEN.—A la Pointe aux Trembles, le 16 décembre dernier, à l'âge de 39 ans et 3 mois, Dame Joséphine Simard, épouse du Dr Amédée Marien.

OLIVIER.—A St-Ferdinand d'Halifax, le 22 décembre dernier, à l'âge de 34 ans L. E. Olivier, Ecr M. L. L., ex-député du comté de Megantic à la chambre des Communes.

DIONNE.—A St. Denis, de Kamouraska, le 25 décembre dernier, à l'âge de 57 ans et 3 mois, dame veuve Narcisse Dionne, mère de M. le Dr Dionne, rédacteur en chef du *Courrier du Canada*.

FAFARD.—En cette ville, le 4 Janvier, à l'âge de 9 mois, Maria Thersille, enfant du Dr Chas Fafard.

MIGNAULT.—A la Longue-Pointe, le 4 janvier, à l'âge de 43 ans, M. le Dr. Alfred Mignault.

# SOMMAIRE.

<b>TRAVAUX ORIGINAUX.</b> —CLINIQUE CHIRURGICALE.—Hôpital Notre-Dame.—M. Brosseau.—Affections chirurgicales des voies urinaires, 3—Du diabète sucré; par G. Archambault, M. D., Montréal..... 7	<b>OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.</b> —Faut-il faire l'extraction du placenta après l'avortement? 34—Nouveau signe de grossesse.—Durée de la grossesse... 37
<b>CHIMIE MÉDICALE.</b> —Des fermentations; par A. N. Fafard, M. D., prof. à l'Université Laval, Montréal..... 14	<b>TOXICOLOGIE.</b> —Empoisonnement par la fougère mâle, 38—Empoisonnement par l'hyoscyamine, 38—Empoisonnement par les gaz des fosses d'aisance 39
<b>COMMUNICATION.</b> —S. Lachapelle, M. D. 17	<b>FORMULES ET PRESCRIPTIONS.</b> —Diarrhée.—Impuissance.—Diphthérie.—Épilepsie.—Constipation opiniâtre, 40—Potion anti-scrofuleuse.—Chancroïdes.—Diarrhée de la fièvre typhoïde.—Épilepsie..... 41
<b>HÔPITAUX.</b> —Hôpital Notre-Dame..... 18	<b>BULLETIN.</b> —Les améliorations faites au journal, 42—L'imbroglio de Kingston, 43—Janvier, 44—Changement dans le personnel de la rédaction, 45—L'acte médical et les sages-femmes, 45—Les enlèvements de cadavres, 46—Projet de loi sanitaire, 47—Brochures reçues 47
<b>SOCIÉTÉS MÉDICALES.</b> —Société de Chirurgie, Paris..... 21	<b>NOUVELLES MÉDICALES.</b> —Le Dr St Jean.—Sir Thomas Watson.—Le Dr Samuel Santoire.—Hôpital Notre-Dame, 47—Ultimatum.—Naissances.—Mariage.—Décès..... 48
<b>REVUE DES JOURNAUX.</b> —PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—De la pleurésie, 23.—Traitement du croup par le turbithe minéral, 25—Action thérapeutique du zinc, 26—Emploi de la caféine dans les affections du cœur, 26—Traitement de la péritonite par l'opium..... 28	
<b>PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.</b> —Des opérations graves chez les septuagénaires, 28—Examen rectal dans les cas de pierre dans la vessie, 32—De l'extension forcée des articulations; manière de procéder..... 32	

**Avis aux Médecins!**

**LOUIS R. BARIDON**

CHIMISTE - PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

**Pharmacie Saint-Denis**

803, RUE SAINTE-CATHERINE, 803

(Entre les rues Saint-Denis et Sanguinet)

**MONTREAL.**

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux États-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,  
L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et  
L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

**⚡ Veuillez mentionner l'UNION MEDICALE DU CANADA. ⚡**

*L'administration de l'UNION MÉDICALE DU CANADA  
achètera les numéros détachés suivants :*

NOVEMBRE ET DÉCEMBRE	- - -	1876
OCTOBRE	- - - - -	1877
FÉVRIER ET AVRIL	- - - - -	1879
JANVIER ET FÉVRIER	- - - - -	1882

*Expédiez comme paquet-poste et adressez :*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA,  
*Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal.*

---

## PHARMACIE ST. JACQUES

**646, Rue Ste. Catherine, 646**

**MONTREAL.**

---

Le soussigné désire appeler l'attention de MM. les Médecins de la Province sur la qualité de ses Drogues et la modération de ses prix. Il fait une spécialité de remplir leurs commandes et s'applique à donner à tous la plus grande satisfaction.

Les commandes peuvent être envoyées par la poste, pour les endroits éloignés, et elles seront remplies aussi promptement que possible.

**S. LACHANCE**

**PHARMACIEN**

**646, Rue Ste Catherine, 646**

---

## MANUEL DES MALADIES DES FEMMES

Leçons cliniques professées par LOMBE ATHILL, Prof. à l'Hôpital de la Rotonde,  
Ex-Président de la Société Obstétricale de Dublin.

---

Ouvrage traduit sur la sixième édition anglaise, par le Dr J. P. LAVOIE  
(de Québec), avec figures dans le texte. Prix, franco: **\$1.25**

---

En vente : à Montréal, chez CADIEUX & DEROME, 207, Rue Notre-Dame; à Québec, chez DROUIN & FRÈRES, 96, Rue St. Joseph (St. Roch); à la Librairie Contemporaine de A. O. RAYMOND, 46, Rue la Fabrique (haute-ville); ou s'adresser au Dr J. P. LAVOIE, 157, Rue des Fossés, St. Roch.