

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal,  
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie  
et des Dispensaires.

---

---

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

---

---

Vol. I.

JUILLET 1879.

No. 7.

---

---

## NOTRE ÉCOLE

---

C'est avec le plus vif plaisir que nous annonçons aujourd'hui la réouverture des cours de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université du Collège Victoria, pour la session 1879-80.

Nous devons tout d'abord nos meilleurs et nos plus sincères remerciements au Clergé Canadien qui, jugeant de la valeur de notre enseignement, a toujours soutenu et protégé notre Institution comme un œuvre patriotique, le rendez-vous de la Jeunesse ardente et studieuse qui se prépare avec courage à seconder le prêtre pour accomplir leur mission respective au lit du malade.

Nous devons reconnaître hautement l'appui cordial qu'a toujours prêté à notre Ecole la profession médicale, dont la plus grande partie se rappelle encore avec joie et bonheur les heureuses années passées dans cet asile de la science, en compagnie de Professeurs qui l'initiaient sûrement aux secrets, aux caprices et aux maladies de la nature humaine.

C'est encore avec les sentiments de la plus vive reconnaissance que nous rendons grâce à la population Canadienne et

Catholique qui a prodigué à notre Institution l'encouragement le plus généreux, en envoyant chaque année un essaim de jeunes intelligences, vives et brillantes, que nous lui renvoyions, après leurs études médicales, doué des plus belles qualités du Médecin : la science et l'honnêteté, et couronné des honneurs académiques.

Que dire maintenant pour remercier convenablement les autorités, et les Communautés religieuses, qui, en toutes circonstances, ont témoigné le plus vif intérêt au succès de notre Ecole ?

Nous reconnaissons avec gratitude l'appui, l'encouragement et la faveur dont nous ont toujours gratifié les gouvernements et les assemblées législatives, en votant, parmi les subsides, une somme destinée à notre Institution, pour nous aider à défrayer nos dépenses. Dieu veuille que leur générosité ne se démente jamais.

Grâce à la saine et brillante administration de Sa Grandeur Monseigneur Ig. Bourget, Evêque de Montréal, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal a pu obtenir des Communautés religieuses les avantages les plus grands et les plus importants.

C'est ainsi que depuis longtemps l'Ecole a le contrôle médical absolu de l'Hôpital Hôtel-Dieu, le plus beau, le plus vaste et le plus riche des hôpitaux dans toutes les possessions britanniques de l'Amérique du Nord, sous l'habile administration des Révérendes Dames Religieuses de St Joseph ; et elle entend conserver là les privilèges qu'elle possède.

C'est ainsi que, depuis la fondation des Hospices et des Dispensaires de la Providence, Institutions des plus considérables et des plus importantes, le contrôle médical le plus absolu est dévolu aux Professeurs de notre Ecole d'après les réglemens de la constitution ; et la constitution ne sera pas changée.

Il en est de même de l'Hospice Ste Pélagie, l'Hospice de ce genre le plus important qu'il y ait, dans toute la Con-

fédération, et que les Révérendes Dames de la Miséricorde administrent avec tant de générosité, de sagesse et de dévouement, sous la direction médicale de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Nous croyons devoir ne pas oublier les Révérendes Dames Grises, qui, elles aussi, ont fondé le Dispensaire de St Joseph, dont les bienfaits se répandent sur les pauvres des faubourgs St Joseph, St Antoine et Ste Anne.

Il n'y a pas de doute que Sa Grandeur Monseigneur Edouard Charles Fabre, Evêque de Montréal, marchant sur les traces de son illustre prédécesseur, comme il l'a promis (\*), s'efforcera de protéger notre Ecole contre les empiètements de toute institution étrangère à son Diocèse.

Cet encouragement dont notre Ecole a été gratifié, cette faveur publique dont elle a joui, nous espérons qu'ils nous sont acquis pour l'avenir. Appuyée sur les mêmes Communautés religieuses, possédant les mêmes avantages, composée des mêmes Professeurs, qui tous n'ont qu'une chose à cœur : le bien public et l'honneur de l'*Alma Mater*, et qui, comprenant le progrès, ont admis dans leur sein de nouveaux Professeurs, dont ils augmenteront encore le nombre cette année, notre Institution envisage l'avenir avec confiance, de même qu'elle contemple un passé sans tache. Aussi, espérons-nous que, dans les circonstances pénibles et difficiles que nous traversons, le Clergé verra toujours en notre Institution une œuvre nationale qu'il faut soutenir ; que le public continuera

---

(\*) *Extrait du Mandement d'entrée de Monseigneur Edouard Charles Fabre, Evêque de Montréal, en date du 19 Septembre 1876 :*

“ Enfin ce qui ranime notre confiance et notre courage, c'est le doux espoir de conserver encore longtemps avec nous le Père bien-aimé, l'illustre et Saint Evêque qui a formé ce Diocèse, afin de profiter de ses lumières et de sa longue expérience. Car Nous voulons, N. T. C. F., autant que nos forces Nous le permettront, marcher sur les traces de nos deux Illustres Prédécesseurs. ”—Page 5, ligne 29 et suivantes.

son encouragement, guidé en cela par la valeur des médecins que nous avons formés ; que la profession médicale, et en particulier, nos anciens élèves nous continueront leurs faveurs, car ils trouveront toujours en nous les défenseurs de la liberté, et les protecteurs du respect et de l'honneur de leur *Alma Mater*.

Les cours s'inaugureront le premier Octobre prochain par un discours d'ouverture.

---

#### Etude sur la valeur séméiologique de l'ecthyma chronique.

---

(Suite.)

L'ecthyma chronique, dont la valeur séméiologique fera l'objet des considérations renfermées dans cette seconde partie de ma correspondance, est une affection qui se distingue assez nettement de l'ecthyma aigu par sa marche, sa durée et par ses caractères anatomiques.

Au début, la lésion élémentaire est la même que dans cette dernière forme, c'est-à-dire qu'elle est constituée par une pustule phlyzasiée, arrondie, large de base, entourée d'une auréole inflammatoire plus ou moins étendue. Cette pustule ne se différencie en rien au début de celle qui marque la première période de l'ecthyma aigu, mais peu après son apparition, elle se modifie et prend un caractère tout-à-fait spécial. D'abord elle est plus large, plus aplatie, moins saillante. Le pus qu'elle renferme est une sorte de sérosité roussâtre colorée par la présence d'une certaine quantité de sang. Cette pustule n'a qu'une durée assez courte et lorsqu'elle disparaît par la rupture de la lamelle épidermique qui la constitue, on voit se former à sa place une croûte épaisse, aplatie, irrégulière.

lière, brune ou noirâtre dont les bords paraissent déprimés au-dessous de la peau environnante. Cette croûte repose sur une ulcération de profondeur variable, qui intéresse dans certains cas toute l'épaisseur de la peau, et qui d'autrefois ne constitue qu'une excoriation assez superficielle.

La chute des croûtes laisse voir cette ulcération arrondie, grisâtre, recouverte d'un pus épais et fétide, ou de bourgeons fongueux et de mauvais aspect. La réparation de cet ulcère exige un temps variable et qui est subordonné à la profondeur de la plaie et aux conditions générales de l'individu atteint. Elle peut se faire attendre des mois et même des années, lorsque la cause persiste, et lorsque les phénomènes généraux ne sont pas assez graves pour amener la mort. Lorsque l'ulcération est très-superficielle, il ne se forme pas, à proprement parler, de cicatrice, mais seulement une maculation brunâtre ou violacée qui persiste très-longtemps, surtout quand la lésion siège aux membres inférieurs. Mais lorsqu'elle est profonde et lorsqu'elle comprend plusieurs des éléments de la peau, elle donne lieu à une cicatrice qui ne s'efface pas avec le temps, et qui reste comme la trace ineffaçable de la lésion qui l'a précédée. Cette cicatrice présente des caractères spéciaux qui se modifient à la longue et qui peuvent fournir des indications très-utiles au point de vue du diagnostic rétrospectif de la nature de la maladie. Ces caractères résident principalement dans la forme de la cicatrice et dans sa coloration. Ainsi, dans l'ecthyma d'origine purement cachectique, elle présente une coloration brune ou violacée très-marquée et très-persistante. Dans l'ecthyma des scrofuleux, la coloration violacée est plus marquée encore ; la surface de la cicatrice n'offre pas un aspect lisse, elle est déprimée et parsemée de fines arborisations vasculaires.

L'ecthyma d'origine syphilitique est remarquable par la coloration brune et cuivrée, et par la surface lisse et le contour régulièrement arrondi de la cicatrice qui lui succède. Il

ne faudrait pas croire cependant que ces différents caractères comportent une signification absolue.

La marche de l'ecthyma chronique est lente comme l'indique son nom. Sa durée est subordonnée à la cause persistante et à l'état général. L'ecthyma chronique comme l'ecthyma aigü, se montre quelquefois par poussées successives qui prolongent de beaucoup la durée de la maladie. D'autres fois, il est d'une seule venue, et l'éruption ne se compose que d'une poussée unique qui n'est point suivie de la formation de nouvelles pustules. Quelque soit la forme sous laquelle il se présente, il peut s'accompagner de symptômes généraux lorsque l'éruption est étendue, et lorsque la suppuration qui s'établit à la suite de l'ouverture des pustules et de la chute des croûtes, persiste longtemps. Dans ce dernier cas on voit survenir un amaigrissement plus ou moins rapide, avec perte de force, prostration, sueurs nocturnes, diarrhées, etc. etc. On observe en même temps un mouvement fébrile très-prononcé qui offre tous les caractères de la fièvre hectique. Il n'est pas rare que ces phénomènes aboutissent à la mort. Mais c'est surtout chez les vieillards et chez les individus profondément cachectiques qu'on observe cette terminaison.

L'étendue et le siège de l'éruption, dans l'ecthyma chronique, présente des particularités qui sont en rapport avec certaines conditions générales ou locales. Dans l'ecthyma des enfants, l'éruption a beaucoup plus de tendances à se généraliser, et elle peut occuper presque toutes les régions, mais elle se montre de préférence sur le tronc, sur la face, sur le cou et sur les membres supérieurs. Dans l'ecthyma cachectique, l'éruption a plus de tendances à se localiser : elle ne se généralise que dans des cas exceptionnels, et alors on trouve des pustules disséminées un peu partout, sur le tronc, sur les membres supérieurs, jamais sur la face. Dans la plupart des cas, les pustules se développent presque exclusivement sur les membres inférieurs, au niveau des parties les plus déclives. Les pustules offrent des dimensions très-inégales : ici, très-

petites; ailleurs, au contraire, très-volumineuses. Les ulcérations peuvent acquérir une certaine étendue dans certaines régions, au niveau du siège, par exemple, sur les parties génitales. où elles sont toujours plus larges et plus profondes. Elles ont généralement une forme arrondie: mais dans certains cas, elles sont tellement rapprochées, qu'elles finissent par confondre leurs bords, formant ainsi de vastes plaies anfractueuses et irrégulières, dont le contour sinueux trahit la forme primitive des ulcères qui les ont produites par leur agglomérations. Le rapprochement d'un certain nombre d'ulcérations constitue un signe d'une certaine valeur, car il s'observe surtout lorsque la maladie est d'origine cachectique, et il est un des traits principaux qui permettent de reconnaître cette origine. La chute prématurée des croûtes et la formation d'ulcérations profondes indiquent toujours un état général grave. Dans les cas les plus graves, la chute des croûtes peut-être suivie d'ulcérations phagédéniques, dont la marche envahissante rappelle celle de certaines lésions d'origine syphilitique.

L'ecthyma des enfants se rencontrent surtout chez ceux qui sont débilités, dont la constitution a subi une détérioration plus ou moins profonde. Chez eux toutes les maladies à tendance cachectique et débilitante, peuvent s'accompagner d'éruptions ecthymatiques: *gastrites, gastro euterites, diphtherie, muguet, &c.*

Si l'ecthyma chronique est une des affections cutanées que l'on rencontre le plus fréquemment chez les jeunes enfants, il constitue également une maladie très commune chez les vieillards. Dans le dernier cas son origine est presque toujours cachectique, et c'est dans les nombreuses causes de débilitation auxquelles les vieillards sont sujets, qu'il faut chercher l'explication de sa fréquence, et de la gravité particulière qu'il présente. L'ecthyma *sénie* a pour caractère principal de siéger presque toujours aux membres inférieurs, autour des maléoles sur la crête des tibias; les pustules sont très-



larges, noirâtres, le liquide qu'elles renferment est mélangé d'une grande quantité de sang ; les croutes sont épaisses, profondes. Les symptômes généraux qui accompagnent le développement de ces lésions, présentent quelques fois une gravité particulière et peuvent se terminer par la mort.

Cette affection vient quelque fois compliquer les phlegmasies des vieillards. Ces phlegmasies, sont, comme on le sait, lentes, torpides, insidieuses au lieu de susciter ces réactions franchement inflammatoires, semblent plutôt épuiser l'organisme et le jeter dans une adynamie plus ou moins prononcée qui prédispose aux éruptions ecthymatiques.

Dans les cas les plus graves, l'ecthyma peut revêtir la forme gangréneuse qui est toujours d'un pronostic funeste, et qui se termine habituellement par la mort.

L'ecthyma chronique se montre encore très-souvent comme conséquence de l'alcoolisme. L'influence des habitudes alcooliques doit être mise au premier rang parmi les causes qui prédisposent au développement de l'ecthyma. Cette influence peut s'exprimer de différentes façons, tantôt en imprimant à la circulation cutanée une suractivité qui prédispose la membrane tégumentaire aux congestions et aux phlegmasies, tantôt en exerçant sur les tissus une action dystrophique qui diminue leur résistance et leur activité nutritive. C'est en raison de ce dernier procédé que l'ecthyma prend bien plutôt une forme chronique et ulcéreuse, chez les alcooliques, qu'une forme franchement aiguë. Il faut remarquer, en outre, que la misère et les privations sont souvent compagnes de l'alcoolisme, et contribuent à engendrer la débilité et la cachexie.

Si toutes les causes qui sont susceptibles de produire un état cachectique, peuvent amener le développement de manifestations ulcéreuses, du côté de la peau, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on voie l'ecthyma apparaître chez les individus atteints de tuberculose, de cancer, de scorbut, d'albu-

minurie, de diabète, etc. etc. Toutes ces maladies favorisent le développement de l'ecthyma par la cachexie qu'elles préparent et qui en est le terme fatal et obligé.

La valeur que cette complication acquiert dans ces circonstances ne diffère pas essentiellement de celle qu'elle possède dans d'autres conditions, car son existence ne peut s'expliquer que par la détérioration subie par l'économie, par l'altération du sang, par cet état de misère physiologique qui résulte de l'évolution des maladies chroniques.

L'ecthyma d'origine syphilitique devant faire l'objet de considérations assez étendues, j'en réserverai l'étude pour une prochaine occasion.—*A continuer.*

DR. SYLVESTRE.

Sorel, 9 Juillet, 1879.

---

Incontinence d'urine depuis 2 ans. Douleur a chaque miction  
rétrécissement, catarrhe vésical, hématurie,  
guérison en trois mois

---

M. G. L.... Marchand de la Cité de Montréal, âgé de 45 ans, vient me consulter le 15 Mai 1878, pour une incontinence d'urine qui le faisait souffrir depuis 2 ans d'une manière atroce, et ne lui laissait pas un instant de repos; il me dit avoir consulté plusieurs médecins en renom de cette ville, et d'Ottawa, et qu'aucun n'avait pu lui procurer un soulagement permanent. Très inquiet de sa situation, et ayant fait rencontre d'un ami, chez qui j'étais le médecin de famille, cet ami me l'amena afin de voir si je ne pourrais pas faire quelques choses pour le soulager. Enfin voici en quelques mots le résumé de l'histoire de sa maladie.

Comme beaucoup d'autres, M. G. L. a été atteint dans sa jeunesse de plusieurs inflammations du canal de l'urèthre, Depuis plusieurs années, M. L. a remarqué peu à peu que le jet de l'urine diminuait de volume, et se divisait en plusieurs portions. Les envies d'uriner étaient plus fréquentes, et un dépôt de matières filantes s'attachaient au fond du vase. Plus tard, les douleurs, d'abord supportables, sont devenues excessivement vives chaque fois que le besoin d'uriner se faisait sentir, et ce besoin se manifestait depuis dix huit mois de vingt à trente cinq fois par vingt-quatre heures.

D'après ces renseignements, j'ai diagnostiqué une cystite aiguë du col vésical, cystite survenue, ainsi que cela se voit fréquemment, pendant l'existence d'un catarrhe chronique de la vessie ; le retrécissement du canal de l'urètre étant à mes yeux, la cause initiale des désordres fonctionnels que j'étais à observer.

Après avoir énergiquement, et efficacement combattu l'inflammation vésicale, et avoir fait cesser la plus grande partie des douleurs qui tourmentaient le pauvre malade, avec des préparations ferrugineuses, belladonisées, et des applications de pommade de belladone il m'a été possible de faire une exploration du canal urhétral afin de déterminer la situation, le degré de résistance et la longueur approximative de coarctation.

Je suis parvenu assez facilement, et à sa grande surprise, sans le faire trop souffrir à introduire mon explorateur qui est une sonde métallique, malléable, et à boule, représentant le numéro 6 de la filière française, mais il faut dire que j'avais fait une injection dans le canal à l'huile belladonisée, 4 ou 5 minutes préalablement à l'introduction de mon exporateur, voilà comment je me rends compte de la facilité que j'ai éprouvée. Mon patient ayant été témoin de l'insuccès de quelques confrères, ne pouvait pas croire qu'il fut possible de le sonder et il n'a consenti à l'être par moi que sur mes instances, et l'assurance que lui donnait son ami, de me faire cesser toute tentative qui deviendrait douloureuse.

Après quelques recherches, j'ai constaté qu'il existait un retrécissement dans la partie pénienne, à la partie antérieure de l'urètre, lequel me paraissait d'une dureté et d'une longueur moyenne. Le col vésical était d'une sensibilité extrême, le moindre contact provoquait des douleurs très vives et il s'écoulait un peu de sang à chaque introduction de la sonde, malgré la lenteur extrême et les précautions infinies que j'apportais à ces manœuvres.

Enfin je suis parvenu à émousser la sensibilité des parties et à introduire des dilateurs de plus en plus volumineux. Après quelques séances très bien supportées, mon patient qui pouvait aller et venir, fit une marche, se fatigua outre mesure, et pour mettre le comble, prit un repas pas mal trop copieux ; alors il fut pris d'une hémorrhagie que je parvins à maîtriser au moyen d'injections d'eau glacée, dans laquelle je faisais dissoudre un demi drachme d'alun par chopine, et que j'injectais en me servant d'un catheter à double courant. De plus je faisais suivre les injections de petites doses de terebenthine, médicament que je regarde comme très précieux dans ces cas.

Cet accident ayant cédé, je repris, après quelques jours, le traitement par la dilatation graduée, et j'ai pu avec de la persévérance restituer au canal son calibre normal.

Malgré cela, la vessie malade depuis si longtemps, avait perdu tout ressort et ne se vidait pas encore convenablement, les envies d'uriner étaient fréquentes. Enfin les fonctions de l'appareil urinaire n'avaient pas reconquis leur intégrité ; alors j'employai les toniques ferrugineux, la strichnine et les injections vésicales faites soir et matin, avec décoction d'écorce d'épinette rouge, dans laquelle j'ajoutais un drachme d'acide carbonique par chopine et une once de glycérine. Ce traitement a été préconisé et employé avec grand succès par un médecin de l'hôpital Necker. Après quelques semaines de ce traitement parfaitement supporté, mon patient n'urinait plus que sept ou huit fois par jour, et avec très peu de sensation

douloureuse. Pour enlever la douleur complètement, je me suis servi d'extrait fluide de belladone 3i, glycérine 3i, le tout mélangé parfaitement, et que je lui faisais appliquer matin et soir avec la main, sur le périnée et le pubis.

Aujourd'hui il est très bien, il s'occupe de son commerce, sans ressentir le moindre malaise. Voilà une observation pleine d'intérêt par les divers incidents que le malade m'a présentés, et par les traitements variés qu'il m'a fallu employer pour arriver à la guérison. Ce cas nous prouve une fois de plus qu'avec une grande patience, une douceur extrême, et de la lenteur dans les procédés, on parvient dans beaucoup de cas à faire cesser complètement des affections que beaucoup de médecins, quelquefois même de renom, regardent comme au-dessus des ressources de l'art. Il faut tenter scientifiquement, docilement et prudemment, et n'abandonner la partie que lorsque la science ne fournit plus rien à notre intelligence avide. Car l'étude des retrécissements de l'urèthre, et celle de leur guérison d'une manière lente et durable, est une des questions les plus importantes de la chirurgie. Cette importance a été comprise dès le premier âge de la médecine, et cela devait être, car les coarctations uréthrales, soit par leur nature ou leurs formes variées, soit par les désordres qu'elles apportent dans les fonctions physiologiques de l'appareil genito-urinaire, et par suite les diverses maladies que le dérangement de ces importantes fonctions amène fatalement avec lui, méritent plus qu'aucune autre question médicale les réflexions et les études les plus approfondies. *A continuer.*

J. A. S. BRUNELLE, M. D. V.

---

## De la Herniotomie.

---

(Suite et fin.)

A quoi attribuer l'insuccès de l'opération ? D'abord à l'âge avancé du patient, car à 72 ans la réaction vitale est déjà faible. Je ferai cependant remarquer que la vieillesse chez une bonne constitution, n'est pas une contre-indication, et, pour n'en citer qu'une preuve : un homme de 74 ans opéré par le Dr. Aribault dans de mauvaises conditions guérit heureusement. (Union Médicale du Canada, vol. 7 no. 8, page 357.) Mais la principale et peut-être l'unique cause de la mort de Mr. C....., fut le mauvais état du contenu herniaire, car la gangrène de l'intestin est bien une des complications les plus funestes.

Ensuite, la nécessité m'a forcé d'employer le chloral, bien qu'il soit un agent anesthésique, inférieur, du moins, pour la chirurgie ; car on peut dépasser son but, et dans le cas actuel, ce n'est que par des excitants assez énergiques et des efforts prolongés que j'ai pu triompher de son effet. Le chloroforme par voie atmidiatricque est l'agent héroïque du chirurgien. Je n'avais pas à ma disposition le bistouri courbe de Cooper, mais l'on peut y remédier assez facilement ; le débridement sur la sonde cannelée est toujours possible.

Voici maintenant quelques considérations générales sur la herniotomie. Ces considérations, je les puise aux meilleurs auteurs de chirurgie, et surtout aux cliniques de notre savant professeur le Dr. Brosseau.

Arrivé près du malade, l'on doit s'enquérir des signes commémoratifs, afin surtout d'établir si la hernie est récente ou ancienne, etc. Puis l'on fait le diagnostic précis. Ce diagnostic présente quelquefois d'assez grandes difficultés. Ainsi l'on a quelquefois confondu une petite hernie avec un bubon, mais un peu d'attention suffit pour éviter une aussi grave

erreur. Le bubon se reconnaîtra par sa cause et la hernie par les symptômes généraux, locaux et surtout fonctionnels, tels que constipation, vomissements, etc. Il ne faudra pas confondre non plus la hernie avec une tumeur adipeuse, un abcès par congestion, l'hydrocèle du cordon, ou de la tunique vaginale ou enfin avec une funiculite.

Il importe peu d'établir si la hernie est directe ou oblique, ce qui est souvent impossible, puisque le manuel opératoire est toujours le même : l'on doit toujours débrider directement en haut.

Vouloir préciser mathématiquement jusqu'à quel temps le taxis doit être pratiqué est une hérésie chirurgicale. Ainsi l'on a opéré des hernies dont le contenu était sain après six, huit jours et même plus ; tandis que d'autres fois, au bout de quelques heures seulement, l'intestin était gangréné, comme le prouve le cas que j'ai rapporté. Voici cependant quelques règles qui pourront aider. Les principaux symptômes de la gangrène sont : rougeur de la peau, empâtement, emphyème du tissu cellulaire sous-cutané, vomissements fécaloïdes, diminution de la douleur, surtout si cette diminution coïncide avec aggravation des symptômes généraux.

Une fois le diagnostic bien établi, l'on procède au taxis qui se pratique sous l'influence du *chloroforme*. Toute la série des médicaments qui jusqu'à aujourd'hui ont tour à tour été proposés et employés doit être mise de côté. Comme nous disait le Dr. Brosseau : " Je ne vous mentionne la saignée, les bains, le tabac, les purgatifs, etc., que pour en blâmer l'usage. Ces moyens ont fait leur temps. Donnez le *chloroforme*, mais donnez le jusqu'à résolution musculaire complète, et si vous ne réussissez pas, tous les autres moyens échoueront." Cependant, l'on pourrait peut-être s'aider d'applications locales froides et de la suspension par les pieds.

Il est inutile et quelquefois nuisible de prolonger le taxis au-delà de 15 minutes. Voici comment se fait le manuel opératoire : " Il consiste à entourer le pédicule avec les doigts

“ d’une main, afin d’empêcher la hernie de s’étaler, en la  
“ dirigeant du côté de l’abdomen ; à placer les doigts de  
“ l’autre main sur le contour du corps de la tumeur, de façon  
“ à l’embrasser sur le plus grand nombre de points possible,  
“ et de refouler le corps de la hernie du côté de son pédicule.  
“ Le point capital est de presser sur le contour et le pédicule  
“ et non pas sur le fond de la tumeur, afin de ne pas décoller  
“ le sac herniaire, ce qui pourrait amener une réduction en  
“ masse.” (Clinique du Dr. Brosseau.) Une remarque assez  
importante à noter, c’est de ne pas oublier de produire le  
relâchement des muscles abdominaux par la flexion des  
cuisses.

Quand l’on a reconnu que la hernie est irréductible, l’on doit procéder à l’opération immédiatement, pendant que le malade est encore anesthésié, si c’est possible ; car le taxis aggrave la situation, et le temps qui le suit est précieux. Pour ce qui est de l’opération, l’on doit suivre à peu près la marche que j’ai indiquée plus haut.

Quand doit-on ouvrir le sac de la hernie ? Nul doute que l’ouverture du sac aggrave de beaucoup les suites. Quelques chirurgiens disent : ouvrez toujours le sac. D’autres, et je crois qu’ils ont raison, disent : ne l’ouvrez que quand il constitue, par son collet, l’agent constricteur de la hernie. Je dirai cependant qu’il est prudent de l’ouvrir chaque fois qu’on a du doute sur l’état du contenu.

Une remarque qui me paraît rationnelle est que généralement dans les hernies anciennes, l’agent constricteur est constitué par le collet du sac, tandis que dans les récentes, il est constitué par les parties environnantes.

Je dirai un mot en passant d’un nouveau procédé de réduction proposé par Mr. le Dr. Roussel. Ce médecin se sert d’un doigt artificiel de caoutchouc de dix à douze pouces, muni d’une tige d’appel, servant à fléchir l’extrémité de ce doigt à la manière d’une phalange. Il introduit cet index par l’anus



jusqu'à la partie élargie de l'ampoule rectale, puis va opérer des mouvements de traction sur l'anse intestinale herniée en longeant la paroi abdominale.

Ce mode de réduction n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience, mais il me paraît assez rationnel. Je crois qu'il peut rendre des services, et peut-être même dépassera-t-il les espérances de son inventeur.

Pour plus de détails l'on pourra lire dans l'Union Médicale du Canada, vol. 7, no. 5, page 213, l'article intitulé : Doigt artificiel pour la réduction, par le taxis rectal, des hernies étranglées, par Mr. le Docteur Roussel.

Je terminerai ce petit travail par quelques remarques quand à l'application de cette grande opération. En face d'une hernie étranglée, la plupart des médecins de la campagne envoient le patient chez un chirurgien de renom, s'il s'en trouve dans les environs, sinon le malade est voué à une mort certaine. Pas d'autre alternative. Et c'est un grand tort, car dans de pareilles circonstances, l'expectation est blâmable. Le véritable médecin de campagne doit être prêt à toute éventualité. En général l'on se fait une fausse idée de la herniotomie. L'on se fait une montagne infranchissable des difficultés et des dangers de cette opération qui quoique sérieuse ne devraient pourtant jamais faire faiblir le médecin devant son devoir.

De solides connaissances anatomiques, un bon œil, un peu de sang-froid, une étude sérieuse du manuel opératoire avec un esprit pas trop timoré, telles sont les qualités amplement suffisantes pour réussir.

ALBERT LAURENDEAU, M. D.

St. Gabriel de Brandon.

## Observation sur un cas de renversement de l'utérus.

Le renversement de l'utérus, dit M. Cazeau, dans son traité théorique et pratique de l'art des accouchements, est un accident dans lequel, le fond de l'organe, fortement déprimé, est plus ou moins renversé dans l'intérieur de sa cavité, et quelquefois même a traversé le col pour pendre dans le vagin et même, à l'extérieur de la vulve.

C'est cette dernière variété ou renversement complet qui est l'objet de cette observation.

Le 28 Juin dernier, M. P\*\*\* qui avait engagé mes services professionnels pour accoucher sa femme, vint me prier de me rendre chez lui, me disant que celle-ci souffrait beaucoup et depuis longtemps. Madame P\*\*\* est âgé de vingt-trois ans et primipare. Arrivé chez la patiente je trouvai auprès d'elle une sage-femme licenciée par une de nos écoles de médecine de Montréal. La sage-femme me dit que la malade depuis quelques heures faisait des efforts pour expulser le fœtus. Je constate, en effet, que la tête déjà engagée, poussait devant elle la poche des eaux qui ne tarda pas à se rompre sous un nouvel effort de la seconde période, ou période d'expulsion. Le col de l'utérus était complètement dilaté ainsi que la vulve. Il y eut expulsion prompte du fœtus, qui fut presque immédiatement suivie d'une contraction énergique de la matrice avec sortie du placenta. Je tenais encore à la main les ciseaux avec lesquels j'avais coupé le cordon. Quand je voulus enlever le placenta d'entre les cuisses de la femme, je trouvai qu'il était adhérent à quelque chose. En y regardant de plus près je recontraï une tumeur considérable, tout le sommet était caché par les grandes lèvres de la vulve. Le placenta y adhérait en totalité. Ma première idée fut de réduire cette tumeur ainsi que le placenta qui y était adhérent. La tumeur formée par le corps de l'utérus était trop considérable, et, il me fut impossible de la faire rentrer. Je fus donc forcé de séparer

le placenta du fond renversé de l'utérus. Je fus assez heureux de terminer cette opération sans avoir d'hémorrhagie, ni de symptômes généraux graves, tels que douleurs, pâleur, syncope. Après avoir complètement décollé la suite, je réduisis la tumeur, et mit ma main quelque temps dans la cavité utérine, pour empêcher que l'utérus ne se renverse de nouveau, et prévenir l'hémorrhagie, en provoquant les contractions utérines. J'administrai alors une dose d'extrait fluide d'ergot, et appliquai fortement le bandage abdominal, sous lequel je mis une pelote de coton assez épaisse entre le pubis et la tumeur formée par le globe utérin, après quoi j'ai laissé ma patiente comparativement bien, sous les soins de la sage-femme, à qui j'enjoignis de me faire prévenir, s'il arrivait quelque chose de grave.

Le 29 Juin à mon arrivée chez madame P\*\*\*, la garde-malade me prévient qu'elle pense que tout ne va pas bien chez la patiente. Celle-ci sent quelque chose dans le vagin et qui veut descendre. Il n'y a pas eu d'écoulement des urines ni selles. Un examen *per vaginam* confirme mes soupçons. L'utérus est de nouveau renversé et pend dans le vagin. Je tâche encore une fois de réduire la tumeur mais sans résultat. Les contractions toniques des fibres circulaires de l'utérus formaient un anneau trop serré pour laisser passer le fond de l'utérus, et, comme j'avais affaire à une patiente méticuleuse, qui en plus avait l'expérience des douleurs occasionnées par la réduction, la veille, il me fut impossible de réitérer aucune autre tentative, ce jour-là. Je me décide à demander au Dr E. H. Trudel de voir le cas avec moi. Avant mon départ j'ordonne le cathétérisme et une injection.

30 Juin, 9 heures A.M. Nous nous rendons chez la malade. Après examen il est résolu de mettre la femme sous l'influence du chloroforme. Lorsqu'elle fut complètement anesthésiée nous avons tâché de réduire la tumeur mais sans succès ; les fibres circulaires et profondes de l'utérus demeuraient dans un état de contraction tonique, infranchissable. Le chloroforme

n'avait eu aucun effet sur les contractions toniques des fibres circulaires de la matrice, et, il est certain que le tiraillement, occasionné par le poids renversé de l'organe, sur les fibres longitudinales de celui-ci, agissaient par action directe et irritante sur les fibres circulaires par voisinage et continuité de tissu. Comme le fond de l'utérus était viable, et la malade perdant une grande quantité de sang, nous crûmes, après avoir fait ce que nous jugions à propos, et comme il y avait une forte irritation de l'utérus, qu'il était convenable de remettre une autre séance à quelques heures plus tard.

Le Dr. W. Hingston fut invité à nous accompagner. A cinq heures de l'après-midi nous nous rencontrons tous trois chez la malade qui fut de nouveau mise sous l'influence du chloroforme. La réduction de la tumeur se fit avec plein succès. L'hémorrhagie du matin, et la débilité qui en avait été la conséquence, avaient ramolli les fibres musculaires de l'utérus, et distendu l'anneau qui formait un obstacle si grand le matin. Les doigts réunis en cône, alternativement avec un instrument analogue au bâton de M. Depaul, firent rentrer peu-à-peu le fond et le corps de l'organe à travers son orifice, et retourner à sa position primitive. Nous prescrivons à la garde-malade de surveiller la patiente et d'empêcher tout mouvement, et comme il y a beaucoup d'odeur exhalé par les lochies, nous ordonnons des injections d'acide carbolique une partie pour quarante, et un cinquième de grain de morphine pour combattre le symptôme douleur, de même que pour aider la circulation périphérique.

10 heures du soir. La femme est bien et témoigne de sa joie d'avoir consenti à subir l'opération, et des heureux résultats qu'elle en avait retirés.

1 Juillet, 9 heures A. M. La femme a passé une excellente nuit, n'a senti aucune douleur; il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Puls 120, faible, nerveux. Les pressions abdominales ne provoquent aucune douleur. Les lochies s'écoulent comme après un accouchement naturel, mais ont encore un mauvais odeur.

Continuer les injections phéniquées. Comme la malade n'a pas uriné, cathétérisme, et énéma pour empêcher tout effort pour aller à la selle à cause de la constipation, la langue est saburrale.

5 heures P. M. Le cathétérisme et l'injection ont amené un grand soulagement en débarrassant la vessie et la dernière portion de l'intestin. Pouls 120, faible, langue nette, humide. Pas de douleur, l'écoulement des lochies reprend l'odeur *sui generis*.

Ordonnance : bouillon, vin.

2 Juillet, 9 heures A. M. Madame P\*\*\* a passé une bonne nuit. Pouls 120, faible. Langue pâle, la femme se plaint qu'elle a la chair de poule : un peu de frisson. Lochies comme la veille, pas de douleurs.

Ordonnance : bouillon, vin, quinine gri. toutes les deux heures.

6 heures P. M. Pas de changement, traitement continué.

Juillet 3, pouls 100, augmentant en volume, langue pâle, digestions bonnes. Ecoulement involontaire des urines par atonie du col de la vessie.

Ordonnance, régime plus substantiel.

6 heures P. M. Pouls plus plein, madame P\*\*\* vient de prendre une tranche de bœuf rôti et du vin.

4 Juillet. Pouls 100, encore faible, langue pâle. La vessie a repris sa tonicité, il n'y a plus écoulement involontaire des urines, constipation.

Ordonnance : énéma, brandy et régime fortifiant.

Madame P\*\*\* a toujours été de mieux en mieux depuis lors, et n'est troublée par rien.

## Cas de grossesse gémellaire.

Le 18 Juin dernier, entre 9 et 10 heures a. m., accompagné d'autres confrères, j'étais appelé pour un accouchement. Je fus très-étonné en voyant une jeune femme de 16 ans et 7 mois, de taille aussi petite et d'apparence aussi délicate, je fus étonné, dis-je, de voir qu'une personne de cette stature pouvait donner naissance à un enfant vivant. Il me fut facile de vérifier par l'auscultation que l'enfant était vivant. Après un examen vaginal, je reconnus de suite que l'enfant se présentait par le sommet : position occipito-iliaque gauche antérieure. Tout alla bien jusqu'à 2 heures p. m.

Comme la tête était à s'engager dans la vulve, subitement les douleurs cessèrent, et ne reparurent qu'à longs intervalles. A 5 heures p. m., comme on craignait pour l'enfant, on fit mander le Dr. N. B. Desmarteau, qui s'empessa de se rendre à notre désir. Après examen, le Docteur constatait, comme nous l'avions fait nous-mêmes antérieurement, que l'accouchement pouvait se faire naturellement, mais que, vu la faiblesse de la mère, il valait mieux l'accoucher de suite. Il pria Mr. Th. Cypihot d'appliquer le forceps, ce que ce Mr. fit avec succès. L'enfant était vivant.

Aussitôt que la tête fut dégagée, Mr. Cypihot me pria de faire la délivrance. J'observai que le cordon ombilical était très-court, que les pulsations étaient très-fréquentes et très-régulières ; et, comme je me préparais à l'extraction du placenta, je vis immédiatement l'abdomen se gonfler et l'utérus se contracter. Au même instant, une nouvelle poche des eaux se forma ; de la rompre fut l'affaire d'un instant, tout aussitôt je sentis la tête d'un second enfant, qui déjà s'engageait dans la vulve. L'accouchement se termina heureusement dans l'espace de 5 à 10 minutes.

En terminant, j'ajouterai que les placentas étaient unis par une fausse membrane et tenaient très-peu ensemble. Cepen-

dant, tout alla bien pour la mère et les deux grosses filles qui sont en parfaite santé.

J'ai cru devoir rapporter ce cas, bien que tout se soit passé naturellement, vu l'âge peu avancé et la stature de la mère, et parceque les deux enfants se présentaient tous deux par la tête.

J. R. C. DELORIMIER.

---

### Dispensaires de l'Asile de la Providence.

---

Fondé le 1er Juin 1863 par les Révérendes Dames de la Providence et l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, sous les auspices et avec le haut patronage de Sa Grandeur Monseigneur Bourget, Evêque de Montréal, le Dispensaire de l'Asile de la Providence a toujours, depuis là, répandu sur les pauvres de la ville de Montréal, les bienfaits de son intarissable charité.

Les Messieurs du Séminaire de Saint-Sulpice ont généreusement contribué, dans le principe, à l'entretien de ce Dispensaire par des sommes prises sur le revenu destiné au soutien des *pauvres* de Ville-Marie.

Les médecins de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal ont fait le service dans ce Dispensaire, dont le contrôle médical leur est entièrement dévolu, suivant les règlements de la constitution. Ils se sont ensuite adjoint quelques jeunes médecins, pour le service actif, chacun des Professeurs demeurant médecin consultant.

Les médecins actuels de ce Dispensaire sont MM. les Drs. A. A. Meunier, F. X. Trudel, Jos. Gagnon, G. O. Beaudry, E. A. Paquet, A. Piché, A. B. Champagne et A. A. Lefavre.

Les médecins honoraires sont MM. les Drs. Ed. Mount et Avila Demers.

Durant les cinq premières années après la fondation de ce Dispensaire, 42,502 prescriptions ont été remplies par les religieuses, et 3,431 visites ont été faites par les Médecins de l'établissement.

Du 1er Juin 1868 au 1er Juin 1873, le nombre des prescriptions était de 69,197, et celui des visites de 2,627.

Dans le cours des cinq dernières années, 114,155 prescriptions et 8,631 visites.

Durant l'année finissant au 1er Juillet, les statistiques de l'Institution établissent qu'il y eut 26,227 prescriptions et 1,700 visites.

Ce qui donne un total 237,295 prescriptions et 14,389 visites dans le cours des seize années depuis la fondation de ce Dispensaire.

Les dépenses faites dans le cours de l'an dernier pour le soutien de ce Dispensaire, s'élèvent à plus de \$2,000. A part \$200, fournies par le Séminaire Saint Sulpice l'entretien du Dispensaire est entièrement aux frais des Dames de la Providence, qui le soutiennent par leur dévouement et leur industrie.

Les Révérendes Dames de la Providence ont, en outre, fondé le 1er Juillet 1874, un autre Dispensaire, connu sous le nom de Dispensaire du Sacré-Cœur, et situé sur la rue Fullum, dans la nouvelle paroisse de St. Vincent de Paul.

1ÈRE ANNÉE.—1874.-75.

Ordonnances .....	405
Visites.....	150

2ÈME ANNÉE.—1875.-76.

Ordonnances.....	366
Visites.....	150

3ÈME ANNÉE.—1876.-77.

Ordonnances.....	584
Visites.....	194



## 4ÈME ANNEE.—1877.-78.

Ordonnances.....	1120
Visites.....	141

## 5ÈME ANNEE.—1878.-79.

Ordonnances.....	1231
Visites.....	170

Ce qui donne un total de 844 visites et 3706 ordonnances.

Pour donner une faible idée du bien fait par ces Dispensaires, il suffit de citer l'extrait suivant, emprunté à un document officiel publié en 1877, et mentionnant les œuvres faits par la Communauté dans le cours d'une seule année :

“Les Médecins du Dispensaire ont fait neuf cent vingt-sept visites gratuites, lesquelles, à une piastre chaque, forment neuf cent vingt-sept piastres (\$927,00).

“Elles ont rempli gratuitement, à leur dispensaire, vingt cinq mille cinq cent quarante-sept prescriptions données par les médecins de cette ville, et que les porteurs étaient trop pauvres pour aller acheter aux pharmacies. Ces prescriptions coûtent rarement moins de vingt cinq centins, très-souvent elles valent au-delà d'une piastre. Quels que soient les prix des médicaments, elles sont toujours remplies gratuitement. Estimons-les seulement à \$0,25 chacune, ce qui est le *minium* de leur valeur, et nous avons la somme de six mille trois cent quatre-vingt six piastres (\$6,386,00).”

Total des ordonnances dans les deux Dispensaires depuis leur établissement : 254,777; total des visites : 17,329.

Si on évalue le total des soins donnés aux pauvres par ces Dispensaires, on voit, par conséquent, que, durant leur seize années d'existence, les médecins de ces Dispensaires ont fourni gratuitement \$17,329,00 aux pauvres par leurs visites, et la valeur de \$63,694,00 de médicaments ont été distribués gratuitement par les Dames de la Providence sur la prescription des médecins du Dispensaire : soit un total de \$81,023,00.

## De la Dyspepsie.

(Suite et fin.)

*Traitement.*—Il y a peu de conditions morbides où il soit plus essentiel de considérer la *cause* du dérangement que la dyspepsie. Une guérison complète est le résultat de l'éloignement de la cause dans un nombre considérable de cas, comme on peut l'observer dans les cas de "dyspepsie par les ingesta."

A part connaître la cause du trouble fonctionnel, la partie la plus essentielle du traitement est de régulariser le régime du malade ; on ne peut espérer de guérison permanente sans cela.

Généralement parlant, on peut poser les règles suivantes pour le régime des personnes dyspeptiques :

I. *La nourriture du malade doit consister d'aliments de digestion facile.* A cette classe appartiennent les soupes, préparées de matériaux amylacés, le thé de bœuf—pourvu qu'il ne soit pas trop fort, et qu'il ne contienne pas beaucoup de gras—aussi le lait, et surtout le lait de beurre, les œufs crus ou bouillis à la coque, le blanc d'œuf dur n'est pas tout-à-fait digéré aussi promptement ; de plus, la venaison et la chair de pigeons et de volailles, quelques espèces de poisson, le jambon fumé, s'il est tendre, le pain blanc, etc. Parmi les substances qu'on ne doit jamais servir à la table d'un dyspeptique, on peut mentionner les suivantes : les légumes, le pain de seigle, les pâtisseries, le jambon fumé dur, le thé de bœuf ou autre espèce de viandes avec une grande quantité de gras, le fromage, etc.

II. *Chaque fois que le malade mange, il ne doit prendre qu'une petite quantité à la fois,* son estomac ne doit jamais être entièrement rempli, il ne doit jamais laisser la table avec la sensation que son appétit est complètement satisfait. Il est surtout important chez les enfants de régler avec soin la quantité de

nourriture qu'ils peuvent prendre en un repas, comme ils sont, dans la plupart des cas, tout-à-fait incapables de juger par eux-mêmes de la juste quantité de nourriture.

III. *On ne doit permettre au malade de ne manger que lorsque la nourriture prise auparavant a été bien digérée et a laissé l'estomac.* Chez les adultes, la nourriture de qualité ordinaire prend de quatre à six heures pour être digérée ; dans les cas de dyspepsie cela peut prendre beaucoup plus longtemps. On ne doit jamais allaiter les enfants à des intervalles plus courts que toutes les deux heures.

IV. *Le malade doit vivre avec une nourriture frugale,* abandonnant la bonne chère, et on ne doit servir que peu de plats sur sa table. Il doit éviter de prendre son repas tard le soir, et ne doit jamais se retirer au lit l'estomac plein.

Si l'estomac est *surchargé*, il faut employer quelques remèdes qui favorisent la sécrétion du suc gastrique, et qui retardent la décomposition de la nourriture dans l'estomac. C'est une coutume ancienne et généralement une bonne habitude que de prendre une petite quantité de stimulant alcoolique à la fin d'un repas riche et copieux. Malheureusement cette coutume est dégénérée en abus ; le public pense avoir droit de surcharger l'estomac parce qu'il y a de la bonne eau-de-vie (brandy) à la cave. Enfin, la réplétion habituelle de l'estomac, et l'usage fréquent des boissons alcooliques produisent un catarrhe gastrique chronique, souvent compliqué d'un état catarrhal des petits intestins. Il semblerait que, après l'introduction d'aliments très-gras, une petite quantité de liquide concourrait à émulsionner la matière grasse. On doit abolir cette habitude délétère de boire de grandes quantités d'eau, et ceux qui prennent, à jeun, de l'eau tiède pour entretenir la liberté des intestins, devraient consulter un médecin pour le faire triompher de cette habitude. Je ne mentionnerai qu'une circonstance qui prouve combien de mal on peut faire en adoptant la méthode d'hydropathie pour régulariser les intestins. La constipation habituelle chez les femmes dépend

souvent d'anémie générale ; l'usage de l'eau tiède, ou d'autres laxatifs, en soulageant momentanément l'obstruction des intestins, accroît toujours la lésion première, tandis que, *quelque légère préparation de fer*, ou l'usage de l'eau de Pyrmont surmonte fréquemment la seconde difficulté d'une manière permanente, en améliorant la qualité du sang.

Si le manque d'acide hydrochlorique dans le suc gastrique est la cause du dérangement, il est bien de l'administrer de la manière suivante :

R. Acide hydrochlorique..... gttss. X.  
 Eau..... ℥ IV.  
 Sirop simple..... ℥ I.

M. Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si la nourriture a subi la fermentation, les substances décomposées doivent être enlevées de l'estomac, soit au moyen de la pompe à estomac, ce qui est le mieux, soit par l'emploi d'émétique ou de laxatif. Lorsque l'organe a été vidé, il faut employer quelques remèdes pour prévenir la fermentation de la nourriture dans l'estomac. J'estime l'usage du sulphite de soude :

R. Sulphite de soude..... ℥ss à ℥jss.  
 Eau..... ℥ IV.

M. Une cuillerée à soupe trois ou quatre fois par jour,  
 Ou 20 gouttes de benzine dans de l'eau sucrée, ou la créosote :

R. Créosote..... gttss VI.  
 Eau sucrée ..... ℥ IV.

M. Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Dans *les maladies fébriles*, nous ne sommes que rarement capables de traiter la dyspepsie en elle-même, mais nous devons choisir, en considération de l'état de l'estomac, les remèdes qui doivent être employés contre la maladie principale. Le médecin doit prendre soin de choisir les préparations pharmaceutiques qui sont le plus facilement assimilées. Dans

les cas de fièvres intermittentes accompagnées de dyspepsie, on doit préférer l'hydrochlorate de quinine au sulfate, parce qu'il est mieux supporté par l'estomac.

Si la dyspepsie est due à une *altération de l'innervation*, et s'il y a ce qu'on appelle une irritabilité de l'estomac—vomissement persistant de presque toute espèce de nourriture, dégoût de toute sorte d'aliments, il y a indication des narcotiques en vue de diminuer l'irritabilité de l'organe (hydrochlorate de morphine, eau de laurier-cerise, teinture de noix vomique). On doit augmenter les propriétés digestives du suc gastrique—qui n'est sécrété qu'en quantité moindre—par l'administration de petites doses d'acide hydrochlorique, L'air frais des montagnes, l'exercice extérieur modéré, les bains généraux fréquents, et d'autres moyens pour améliorer la santé générale du malade, aideront au traitement des symptômes gastriques. La pepsine de porc à la dose de 5 à 10 grs. avec ou sans acide hydrochlorique, prise trois fois le jour immédiatement avant le repas, est souvent avantageuse. *On ne doit donner de fer sous aucune forme* aussi longtemps que les puissances digestives de l'estomac sont affaiblies. Si le dérangement fonctionnel de l'estomac est considérablement diminué, on peut donner des eaux légèrement ferrugineuses, telles que Pyrmont, Driburg, Schmalbach, Elster, mais on doit prendre soin de ne pas les administrer à un temps trop rapproché de la maladie. Même avec un degré modéré d'irritabilité, l'estomac ne peut supporter aucunes préparations de fer ou eaux ferrugineuses. Les toniques amers conviennent dans les cas de dyspepsie typhoïde; je préfère donner le calamus aromatique, le columbo, le quassia et la teinture de gentiane composée. S'il n'y a aucun désir de nourriture, et si l'estomac a perdu toute sensibilité, j'ai souvent obtenu de bons résultats de doses modérées de fruits à la glace—non pas la crème à la glace—et de petite quantité de très-vieux vin fort, pris avant le repas. Dans les cas de "dyspepsie nerveuse," cependant, on ne peut établir aucune règle positive

qui fasse dans tous les cas. On doit toujours observer certaines indications essentielles—régulariser le régime, etc.,—mais en outre de cela, il est nécessaire d'individualiser chaque malade, et il y a un vaste champ laissé ouvert pour des tentatives attentives.

L'estomac capricieux souvent ne peut être contrôlé par le traitement le plus scientifique, et la maladie cède quelquefois aux remèdes les plus absurdes.

---

Antagonisme de l'Atropine et du Jaborandi sur les sécrétions salivaires et sudorales.—M. Vulpian.

---

L'action sialagogue du jaborandi, très-nettement établie par l'expérience clinique, a été l'objet d'expériences physiologiques nombreuses dans le laboratoire de M. Vulpian; un médicament aussi actif devait être étudié expérimentalement, et il importe que l'on sache comment et pourquoi il détermine la salivation et la sudation. Or des expériences communiquées à la Société de biologie par M. Carville (voy. *Gas. hebdom.*, 1874, p. 789 et 838) démontrent que l'action sialagogue du jaborandi n'est pas le résultat de l'influence de cet agent sur les nerfs vaso-moteurs des glandes sous-maxillaires. De plus, M. Carville a démontré ce fait, que le sulfate d'atropine injecté sous la peau d'un animal arrête la salivation produite par le jaborandi, d'où cette conséquence que l'atropine est antagoniste du jaborandi en ce qui concerne l'action sur la sécrétion salivaire.

M. Vulpian a recherché si cet antagonisme, très-évident pour la salivation, existait pour la sécrétion des sueurs. L'action du sulfate d'atropine sur les sueurs profuses des phthisiques

est très-manifeste ; cette propriété antisudorifique de l'atropine existerait également contre la sudation déterminé par le jaborandi.

En effet, chez un malade agant pris 1 milligramme de sulfate d'atropine, M. Vulpian administre l'infusion de jaborandi (4 grammes pour 150 grammes d'eau) ; quelques minutes plus tard, la salivation, les sueurs se manifestent, mais l'une et l'autre sont peu abondantes et cessent au bout d'une heure. Or, avec la même dose de jaborandi, la salivation et les sueurs durent plusieurs heures ; il a paru à M. Vulpian que l'atropine avoit considérablement diminué l'action sialagogue et sudorifique du jaborandi.

Ainsi, le sulfate d'atropine arrête les sueurs produites par le jaborandi comme il supprime la salivation résultant du même médicament. En se plaçant au point de vue thérapeutique, ces expériences ont pour résultat de mieux mettre en relief la puissance de l'atropine contre la salivation et contre la transpiration sudorale. En outre, comme nous l'avons annoncé, elles donnent lieu à des déductions physiologiques très-intéressantes ; mais, le sujet étant fort complexe, il devient nécessaire de résumer tout d'abord les notions les plus précises que nous possédions sur les sécrétions des glandes sous-maxillaires, et sur le rôle de la corde du tympan par rapport à la sécrétion de la salive. Cette courte digression est indispensable à une exposition compréhensible pour ceux de nos lecteurs qui ne sont pas particulièrement édifié sur cette partie de la physiologie. Nous avons, dans un article du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE (voy. *Glandes sous-maxillaires*, t. V, 2e série, p. 249), résumé en deux théories principales les résultats des expériences si nombreuses faites sur la sécrétion salivaire.

La première théorie, qui a eu pour bête les remarquables recherches de M. Cl. Bernard sur l'action vaso-motrice de la corde du tympan, considère la sécrétion glandulaire comme la conséquence d'une action paralysante de la corde du tym-

pan sur les nerfs vaso-moteurs sympathiques, laquelle amène la dilatation vasculaire et la sécrétion.

La seconde théorie, soutenue par Ludwig et M. Vulpian, s'appuyant sur les expériences d'Eckhard, Adrian, Wittich, Gianuzzi, Heidenhain, considère l'action du système nerveux sur la glande comme directe et non dépendante des phénomènes circulatoires; elle n'est pas en réalité contredite par les expériences de M. Cl. Bernard, qui montrent que dans l'excitation de la corde du tympan, les deux phénomènes, l'activité sécrétoire et la dilatation vasculaire, sont simultanés. En effet, M. Vulpian a fait voir que la simultanéité n'entraînait pas la connexité, et qu'en définitive les expériences d'Heidenhain, de Wittich " conduisent à admettre que la " sécrétion provoqué par l'excitation directe ou reflexe des " nerfs, qui se distribuent aux glandes se produit sous l'in- " fluence d'une action directe de ces nerfs sur les éléments " propres de la glande, et qu'il existe par conséquent dans ces " nerfs des fibres qui sont de véritables éléments nerveux " sécréteurs." (*Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, p. 423).

En somme, des deux sortes de nerfs que reçoit la glande sous-maxillaire, les uns, provenant du sympathique cervical, agissent sur les vaisseaux; les autres, provenant de la corde du tympan, seraient, pour M. Vulpian, les véritables nerfs présidant à la sécrétion, et leur action réciproque peut être exprimée par les conclusions suivantes qui nous sont fournies par M. Vulpian lui-même :

" Nous savons déjà que très-probablement les fibres vaso- " dilatatrices de la corde du tympan agissent sur les vaisseaux " de la glande en suspendant l'activité des ganglions vaso- " moteurs qui provoquent ou entretiennent le tonus de ces " vaisseaux. Ce sont des fibres modératrices ayant une action " analogue à celle des nerfs vagues sur les ganglions excita- " teurs des mouvements du cœur. De même on pourrait " supposer que les ganglions qui sont en relation avec les " éléments propres de la glande y entretiennent une sorte d'état



" d'excitation empêchant l'action sécrétoire de se déployer  
 " complètement. La faradisation de la corde du tympan  
 " aurait sur ces ganglions une influence analogue à celle  
 " qu'elle exerce sur les ganglions vaso-moteurs ; elle suspend  
 " leur activité, et alors privée de toute action nerveuse et pour  
 " ainsi dire paralysée pourrait manifester toute son énergie  
 " sécrétoire.

" La corde du tympan contiendrait donc des fibres ner-  
 " veuses sécrétoires qui agissent sur la glande sous-maxillaire  
 " en suspendant l'activité restrictive des ganglions en rapport  
 " avec les éléments sécréteurs. Il y aurait ainsi une sorte  
 " d'identité d'action des fibres vaso-motrices et des fibres  
 " sécrétoires, les vaisseaux ne pouvant pas dans l'état normal  
 " se dilater complètement parce qu'ils sont soumis à une  
 " action constrictive permanente (celle qui produit le tonus),  
 " et les glandes sous-maxillaires ne pouvant pas sécréter libre-  
 " ment parce qu'elles sont dans une sorte d'état de tonus  
 " produit par l'activité des ganglions et des nerfs qui les  
 " inervent

" L'électrisation de la corde du tympan produit sur les deux  
 " ordres de nerfs un effet analogue ; sous l'influence de cette  
 " électrisation, l'état d'activité tonique des ganglions vaso-  
 " moteurs et des ganglions glandulaires cesse ; les vaisseaux  
 " se dilatent et la glande sécrète abondamment."

Des données précédentes, si l'on admet la théorie de M. Vulpian, il résulte que la corde du tympan est, par rapport à la glande sous maxillaire, un nerf modérateur ; son action sur la sécrétion est comparable à celle du nerf pneumogastrique qui agit sur le cœur, c'est-à-dire qu'elle paralyse les ganglions qui président au tonus vasculaire et ceux qui empêchent le développement de l'activité sécrétoire.

Tels sont les faits physiologiques qui permettent de comprendre l'action du jaborandi et celle de l'atropine sur la sécrétion salivaire. L'atropine agit dans le sens des ganglions

glandulaires des nerfs glandulaires qui s'opposent à la sécrétion; le jaborandi, au contraire, agit dans le sens de la corde du tympan excitée, c'est-à-dire paralyse ou modère l'action des ganglions et nerfs glandulaires, d'où l'hypersécrétion, la salivation. L'antagonisme existe pour l'atropine et le jaborandi, comme il existe entre le mode d'action de la corde du tympan et des ganglions des nerfs glandulaires.

On remarquera que dans cette explication physiologique il n'est nullement nécessaire de faire intervenir les vaso-moteurs et l'expérience de M. Carville avait montré que l'action du jaborandi s'exerce sur la glande sous maxillaire en dehors de l'action des nerfs vaso-moteurs.

L'expérimentation et la théorie sont donc d'accord en ce qui concerne la sécrétion salivaire des glandes sous-maxillaires.

Nous pouvons maintenant revenir sur le point capital de la communication de M. Vulpian, c'est-à-dire sur l'action antagoniste de l'atropine et du jaborandi par rapport à la sécrétion sudorale. L'atropine arrête ou amoindrit les effets sudorifiques du jaborandi, le fait est expérimentalement démontré; nous pensons, comme M. Vulpian, que l'analogie des phénomènes cliniques et expérimentaux autorise à concevoir des comparaisons physiologiques et anatomiques par rapport à la fonction sécrétoire des glandes sudoripares comparée à celle des glandes salivaires.

Les phénomènes que nous avons signalés pour les glandes salivaires, lorsqu'un animal est soumis à l'action du jaborandi et de l'atropine se reproduisent pour la sécrétion de la sueur; l'atropine arrête l'action du jaborandi, ces deux substances influent en sens contraire sur les nerfs sécréteurs, et par suite on peut supposer que les glandes sudoripares, comme les glandes salivaires, reçoivent des nerfs qui modèrent l'action des ganglions et des nerfs qui déterminent le tonus glandulaire, en d'autres termes, pour les glandes sudorales comme pour les glandes salivaires, l'action des nerfs vaso-moteurs

doit être distinguée de celle des nerfs glandulaires ; l'atropine augmente le tonus glandulaire des glandes sudorales et diminue l'excrétion de la sueur ; le jaborandi paralyse les ganglions et nerfs glandulaires et amène l'hyperc sécrétion sudorale.

A. HÉNOCCUE.

---

### JABORANDI.

---

Dans une discussion survenue à propos de ce remède nouveau à la Société Médicale de Madrid, le Dr. Pedro Esquerdo dit qu'il a choisi des cas de rhumatismes, de pleurésie, de péricardite, d'hydropisie, d'épistaxis, etc., pour essayer l'action de ce médicament. Les résultats les plus importants qu'il a observés étaient l'irrégularité et l'inconstance de son action, et le grand nombre d'accidents qui sont survenus durant son administration. Comme sudorifique, entre ses mains, il n'a pas produit les effets qu'il en attendait. Au lieu d'expectoration et de salivation abondante, il surve-nait de la diarrhée, des vomissements, la syncope et une grande prostration. Ces effets, et d'autres aussi sérieux, ce sont produits chez différents patients ; et même le montant de la salivation et de la transpiration variait aussi chez les diverses personnes.—*Virg. Med. Mont.*

---

## EXOPHTHALMIE. (Maladie de Graves.)

Clinique du Dr. Wm. PEPPER, Philadelphie.

Nous donnons ce nom à un groupe de symptômes, dont les principaux sont : augmentation de la glande thyroïde, proéminence des globes oculaires et troubles cardiaques. Ce n'est pas simplement l'augmentation de volume de la glande qui constitue cette maladie, car vous n'ignorez pas que le goître, même à des degrés exagérés, est très commun dans certaines parties du monde, et cependant, on ne peut en aucune manière regarder ces cas comme identiques à la maladie de Graves. Dans le goître simple, on trouve que l'augmentation est progressive, et consiste en une simple hypertrophie de la glande, sans pulsation, ni frémissement; en outre, il y a absence d'exophtalmos et de troubles cardiaques. De plus, les causes du goître simple sont souvent endémiques, comme en Suisse, quoique l'affection se présente aussi sous la forme sporadique; mais dans ces cas, les influences particulières qui favorisent le développement de la maladie de Graves font défaut. Nous pourrions même apprécier ces divers points de vue par l'étude de quelques cas.

1<sup>ER</sup> CAS.—Madame J. L....., 56 ans, mariée, née en Allemagne. Elle eut douze enfants, dont le plus jeune a quatorze ans. La plupart de ses accouchements, surtout le dernier, furent laborieux. Elle a été gravement affectée par la perte de son mari, mort d'une blessure pendant la guerre. Elle eut de fréquentes attaques de rhumatisme. La ménopause arriva il y a deux ans, à l'âge de 54 ans. Depuis ce temps, elle fut sujette à des palpitations, chocs nerveux, vision étérée, enfin, exophtalmos. Elle est d'un tempérament très-nerveux, et s'effraye avec grande facilité. Elle se plaint de vertiges de temps à autre. Il y a bruit de souffle, murmure anémique dans l'artère pulmonaire. Pouls 140. Point de murmure valvulaire, augmentation de la glande thyroïde avec pulsation et léger frémissement.

2<sup>EME</sup> CAS. Wm. S..., 17 ans, né dans le comté de Buck, Pennsylvanie, eut une attaque sérieuse de pneumonie typhoïde à l'âge de 14 ans. Six mois après, il faillit se noyer et eut alors un choc nerveux très-grave. L'été dernier il fut frappé d'un léger coup de soleil. Après avoir couru le danger de se noyer il devint très-nerveux et se troublait ensuite facilement. En six mois, la palpitation du cœur parut, puis augmentation marquée de la glande thyroïde. Il a souvent souffert de gonflements soudains de la glande thyroïde avec frémissements et pulsation. Grande agitation cardiaque, mais sans murmure valvulaire, léger exophthalmos.

Les causes de cette maladie sont : soucis excessifs, anxiété, travaux forcés, surtout si l'on y ajoute une nourriture impropre ou insuffisante. Dans quelques cas il semble que la maladie soit amenée par la grossesse ou l'accouchement, et assez souvent chez les femmes, la cause prédisposante se rapporte à des maladies internes graves ou à des désordres menstruels. J'ai parlé des trois symptômes, mais un coup d'œil sur les cas qui nous occupent, fera voir que ces symptômes existent à différents degrés dans les différents cas. Par exemple, l'augmentation de la glande, peut être modérée, ou même légère, ou bien elle est énorme. Dans ces derniers cas, il peut y avoir des sensations occasionnelles de constriction, ou une grande difficulté de déglutition, due à la pression que la glande hypertrophiée exerce sur la trachée ou sur l'œsophage. Il arrive habituellement que le degré d'augmentation varie de temps à autre. (1) La glande thyroïde est très-vasculaire, les artères qui y arrivent sont très-flexueuses. C'est pourquoi, lorsqu'il y a une grande surexcitation artérielle on peut s'attendre à trouver des pulsations et du frémissement dans la glande. Ces phénomènes sont fréquents dans la maladie de Graves, tantôt périodiquement, tantôt d'une manière continue ; quelquefois ils ne se manifestent pas.

(1) Règle générale les deux lobes sont également affectés, quoique l'un puisse l'être plus que l'autre.

Les caractères de l'augmentation de la glande thyroïde indiquent qu'elle est due à l'état de la dilatation des vaisseaux, avec hypertrophie du tissu glandulaire et fibreux, et peut-être aussi avec un degré variable d'effusion séreuse interstitielle. Ajoutons, pour être complet, qu'il existe souvent de violents battements des carotides et de leurs branches.

L'exophthalmos n'est pas moins variable en intensité ; dans quelques cas il est si léger qu'il passe inaperçu, tandis que dans d'autres, il est si excessif que les globes oculaires ne sont plus recouverts par les paupières, et qu'il est nécessaire de les protéger contre l'injure de l'air et de la poussière. La protrusion semble être due à la distension des vaisseaux du tissu post-oculaires, avec infiltration et peut-être aussi hypertrophie des tissus cellulo-adipeux de la région postérieure du globe.

Les troubles cardiaques constituent le plus constant et souvent le premier symptôme qui apparaisse. Il est variable dans ses degrés. Il y a rarement maladie organique au début, mais après une longue période de palpitations excessives, survient une hypertrophie considérable. L'action du cœur est rapide—de 91 à 130 pulsations par minute—elle est sujette à des paroxysmes de palpitations irrégulières, quelquefois pour des causes les plus légères. Grâce à l'anémie qui prévaut fréquemment, on trouve souvent des murmures anémiques marqués à la base du cœur, sur le parcours de l'artère pulmonaire et les jugulaires cervicales.

Le diagnostic de la maladie de Graves présente peu de difficultés, si l'on fait attention aux traits caractéristiques indiqués plus haut. C'est réellement une affection curable dans un grand nombre de cas, pourvu qu'elle soit traitée au début et que les conditions hygiéniques soient améliorées ; même si la cure est impossible, on peut diminuer l'intensité des symptômes.

Dans les cas avancés, ou si la cause persiste, les symptômes s'aggravent. L'anémie devient intense, suivie de dilatation

du cœur avec dégénération de sa fibre musculaire, la circulation tombe, l'hydropisie arrive et la mort survient par suite d'épuisement et d'anasargne générale.

Pour le traitement, on doit éloigner les causes avec le plus grand soin, procurer du repos, une nourriture convenable, le changement de scène, et l'abandon de tout souci : on doit surveiller soigneusement les diverses fonctions, et empêcher chez les femmes, les désordres locaux par un traitement approprié.—Les remèdes auxquels j'ai recours avec le plus de confiance sont : la digitale, le fer, l'ergot et le bromure de potassium. Ils répondent aux différentes indications qui peuvent se présenter.

La digitale est précieuse pour contrôler les troubles fonctionnels du cœur. On peut poursuivre son emploi pendant une longue période à la dose de 10 à 15 gouttes, trois ou quatre fois par jour.

Le fer est d'urgence s'il y a anémie comme c'est souvent le cas, et lorsque cette condition se présente, recourir à de hautes doses dans la forme qui convienne le mieux au système. L'ergot est pour moi d'une grande valeur ; non-seulement à l'intérieur pour influencer la contractilité des parois des artérioles, mais encore en injection (ergotine diluée) dans la glande hypertrophiée. On introduit l'aiguille à une profondeur d'un demi à un pouce, et on injecte six à dix gouttes d'une solution contenant quatre-vingt seize grains d'ergotine pour une once d'eau distillée. Le bromure de potassium est souvent requis, parfois en vue de l'état nerveux général, mais surtout pour aider la digitale ou l'ergot, à contrôler l'action irrégulière du cœur et des artères.—*Medical Record.*

---

## TRAITEMENT RATIONNEL DE LA COQUELUCHE,

PAR LE

Docteur A. de WOLKENSTEIN.

La coqueluche, dit l'auteur, est une affection dans laquelle une toux spasmodique s'accompagne de catarrhe de la trachée et des bronches, et il admet comme établi que la toux spasmodique dépend d'une excitation du nerf laryngé supérieur. La première indication à remplir consiste donc en conséquence à diminuer l'excitabilité de ce nerf.

Dans le but d'étudier ce point, il a fait plusieurs expériences avec les narcotiques, chez les chiens, les chats et les lapins. Il leur injecta, soit sous la peau, soit dans le tube digestif, les substances suivantes : 1o bromure de potassium ; 2o belladone ou atropine ; 3o chloroforme ; 4o hyoscyamine ; 5o aconit ; 6o alcool ; 7o morphine ; 8o cyanure de potassium ou eau distillée d'amandes amères ; 9o calomel ou sublimé ; 10o hydrate de chloral.

Il fixait d'abord le pouvoir réflexe chez l'animal sain en mesurant le temps qui s'écoulait entre les excitations et les réflexes. Puis l'animal était empoisonné avec une dose suffisante des médicaments cités plus haut, pour que les réflexes cessassent, on faisait alors deux plaies à la trachée ; l'une immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, l'autre au niveau de l'angle saillant du thyroïde.

Si l'on excitait alors avec les barbes d'une plume la muqueuse du larynx, il en résultait immédiatement une toux réflexe violente avec fermeture de la glotte.

Après l'emploi de quelques-uns des médicaments sus-énoncés la toux n'avait pas lieu ; le plus actif fut la morphine, la belladone ne donna pas de résultats, il en fut de même du chloroforme, de l'aconit, de l'hyoscyamine, du sublimé et du calomel. Donc, au point de vue de leur puissance, l'auteur rangerait ces médicaments dans l'ordre suivant : morphine, hydrate de chloral, bromure et cyanure de potassium. Sur des malades il obtint des résultats analogues. (*Centralblatt medicinisch.*)



### Albuminate de Santonine et de Sodium.

---

Selon Pavesi, une combinaison de santonine et de bicarbonate de soude avec l'albumine soluble forme un vermifuge efficace. La préparation se fait comme suit : on fait chauffer 1 partie de santonine, 4 parties de bicarbonate de soude, et 2 parties d'albumine soluble desséché dans une quantité suffisante d'eau à 60° ou 70° jusqu'à solution parfaite, qu'on fait évaporée à siccité à une douce chaleur. L'albuminate de santonine et de sodium forme des écailles d'un blanc brillant, solubles dans l'eau. Les acides minéraux précipitent la santonine et l'albumine, avec dégagement d'acide carbonique. Voici les raisons pour lesquelles Pavesi préfère cette combinaison à l'emploi exclusif de la santonine. On obvie ainsi aux effets consécutifs de la santonine, entre autres, celui de dyschromatopsie. Cette préparation ne se décompose pas dans l'estomac, parce que le bicarbonate de soude dans cette combinaison tient le santonine en solution, l'albumine ne se coagule pas, on introduit dans l'économie des sels de sodium légèrement purgatifs, et enfin, une digestion active se produit par le dégagement d'une petite quantité d'acide carbonique.

On devrait examiner par des recherches plus étendues les propriétés et les vertus de cette préparation.—*Chemist & Druggist.*

---

### Valeur séméiologique de l'aspect de la Langue.

---

Les médecins considèrent l'aspect de la langue, en santé et en maladie, comme fournissant des indications plus exactes de l'état de la constitution et de la santé générale, que l'examen de toute autre partie de la bouche.

On assure, cependant, que l'examen des lèvres et des gencives fournissent des indications aussi marquées et aussi certaines que la langue.

On ne peut nier que l'examen de ces parties peut faire reconnaître aussi bien que la langue l'état et la qualité du sang.

On prétend que les effets produits sur la muqueuse de la langue par la maladie dans toute autre partie du corps, sont analogues à ceux produits sur le tégument en général.

Ainsi, ses variations en couleur, consistance, humidité et température sont semblables à celles de la peau.

On sait que les changements de son enduit vont de pair avec les changements analogues de la perspiration, et que ces phénomènes sont plus marqués dans les maladies aiguës que chroniques.

Les indications de diagnostic et de pronostic des maladies par la langue varient suivant le tempérament et les prédispositions constitutionnelles de l'individu.

Le médecin doit se familiariser avec son aspect en santé pour se rendre capable de déterminer ses indications durant la maladie.

Il doit de même s'informer des changements produits à son apparence par certaines conditions morbides de l'économie.

Chez quelques personnes, la langue est toujours légèrement chargée et sèche, surtout à sa base ; chez d'autres, elle est toujours nette et humide ; chez quelques-uns, elle est toujours rouge, chez d'autres, pâle.

Le Professeur Schill divise les signes de la langue en objectifs et subjectifs. " Aux signes objectifs appartiennent les changements de volume, forme, consistance, couleur, température, sécrétion, puissance et direction du mouvement ; aux subjectifs, les sensations anormales du goût.

En énumérant les signes pathognomoniques de la langue, l'hypertrophie, l'inflammation ou la congestion peut causer

son élargissement. Le gonflement inflammatoire, survenant pendant des maladies aiguës, tel que l'angine, l'inflammation de poumons, la rougeole, la variole, fournit un pronostic défavorable.

Même le gonflement non-inflammatoire de la langue est un phénomène dangereux dans les maladies aiguës, surtout les affections cérébrales accompagnées de coma.

Si le gonflement est la conséquence du mercure, de l'abus des spiritueux, d'inflammation gastrique, de chlorose, de syphilis, ou s'il survient dans l'hystérie ou l'épilepsie, le pronostic n'est pas dangereux ; mais la maladie est toujours plus grave si la langue se gonfle que si elle ne le fait pas.

La langue est en outre tuméfiée dans le cancer et la dégénérescence.

La diminution du volume de la langue a lieu lorsqu'il y a amaigrissement considérable. Elle est alors molle et mobile.

Si, dans des maladies aiguës, la langue devient petite et, en même temps, dure, rétractée et pointue, l'irritation est très-grande et le pronostic mauvais.

Ce signe survient plus spécialement dans le typhus, le choléra oriental, l'inflammation de poumons, et les affections aiguës du cerveau.

Dans l'épilepsie et l'hystérie, ce phénomène n'a rien de défavorable.

Les maladies internes causent rarement des variations de volume de la langue.

Le changement le plus simple qui survient à la suite d'irritations chroniques de l'estomac, de dyspepsie chronique et d'exanthème aiguë, est l'élargissement de ses papilles.

Dans la dyspepsie grave, les bords de la langue se fendillent parfois, et dans la paralysie et l'épilepsie, ils deviennent allongés.

Dans les maladies aiguës, une langue molle est une indication favorable. Sa flaccidité est symptomatique de faiblesse. L'humidité de la langue est un signe favorable.

La sécheresse survient dans les inflammations et irritations aiguës et violentes, et plus particulièrement si elles sont situées dans le canal intestinal et les organes respiratoires.

Ceci survient aussi dans la diarrhée, le typhus, la pneumonie, la gangrène du poumon, la pleurésie, la péritonite, l'entérite, le catarrhe gastrique, la gastrite, l'inflammation des jointures, etc.

Parmi les degrés les plus élevés de sécheresse, une langue rugueuse, fissurée, brûlée, fournit des indications encore plus défavorables. Si ces signes ne sont pas accompagnés de soif, ils pronostiquent une terminaison fatale.

La fin et la crise de la maladie est indiquée parce que la langue devient humide.

Une langue rugueuse, sèche, et même chargée, se voit chez quelques dyspeptiques qui dorment la bouche ouverte, et quoiqu'elle indique une irritation des organes digestifs, elle n'est pas de mauvais augure.

Les personnes bilieuses, souvent, quoiqu'elles soient sans symptôme manifeste de dérangement gastrique ou intestinal, ou sans trouble fonctionnel apparent, ont la langue chargée le matin.

La pâleur de la langue est un signe d'une condition sereuse du sang, de chlorose, de grande perte de sang, de désordres chroniques, d'affaiblissement des forces dans les maladies aiguës, prenant une forme ataxique, comme le typhus et la scarlatine maligne.

On la rencontre aussi, dans l'entérite et la dyssenterie, quand il n'y a que peu de fièvre.

Les personnes lymphatiques présentent souvent cette pâleur de la langue, qui peut, par conséquent, se rencontrer chez les gens en bonne santé.—(A continuer.)

**Statistiques Vitales de la Cité de Montréal pour le  
mois de Juin 1879.**

SEXE.		QUARTIERS.	
Masculin .....	159	Ste. Anne.....	44
Féminin .....	179	St. Antoine.....	42
<b>Total .....</b>	<b>338</b>	St. Laurent.....	32
		St. Louis.....	41
		St. Jacques.....	77
		Ste. Marie.....	66
		Ouest.....	1
		Centre.....	2
		Est.....	5
		Inconnus.....	3
		Hôpital Civique.....	1
		Hôtel-Dieu.....	14
		Hôpital Anglais.....	5
		Autres Institutions.....	5
		<b>Total .....</b>	<b>338</b>
CONDITIONS.			
Mariés .....	47		
Veuufs.....	7		
Veuves .....	14		
Célibataires .....	42		
Enfants .....	228		
<b>Total .....</b>	<b>338</b>		
NATIONALITÉS.			
Canadiens-Français.....	218		
Canadiens-Anglais.....	86		
Irlandais.....	19		
Anglais.....	6		
Écossais.....	5		
Autres nationalités.....	2		
Inconnues .....	2		
<b>Total .....</b>	<b>338</b>		
		MORT-NÉS.	
		Canadiens-Français.....	3
		Catholiques parlant l'anglais.....	2
		Protestants.....	4
		<b>Total .....</b>	<b>9</b>
		Masculin 5 ; Féminin 4.....	9

AGES.	Canadiens-Français.	Catholiques parlant l'anglais.	Protestants.	Total.
Au-dessous d'un an .....	120	11	21	152
De 1 à 5 ans.....	40	6	14	60
“ 5 à 10 “ .....	5	4	2	11
“ 10 à 15 “ .....	1	1	2	4
“ 15 à 20 “ .....	6	2	1	9
“ 20 à 30 “ .....	11	8	3	22
“ 30 à 40 “ .....	4	8	6	18
“ 40 à 50 “ .....	6	4	4	14
“ 50 à 60 “ .....	6	3	1	10
“ 60 à 70 “ .....	11	0	6	17
“ 70 à 80 “ .....	2	4	2	8
“ 80 à 90 “ .....	6	3	0	9
“ 90 à 100 “ .....	2	1	0	3
Inconnu .....	1	0	0	1
<b>Total.....</b>	<b>221</b>	<b>55</b>	<b>62</b>	<b>338</b>

CAUSES DE LA MORTALITÉ.			
<i>1re Classe.—Maladies Zymotiques.</i>		Autres maladies Cerveau et système nerveux..... 16	
Variole.....	20	Maladies des org. de la circ.....	12
Scarlatine.....	1	Bronchite.....	7
Diphthérie.....	14	Pneumonie.....	11
Croup.....	4	Maladies des org. respiratoi.....	5
Copueluche.....	3	Maladies des org. digestifs.....	16
Fièvres Typhoïdes.....	1	Autres maladies Locales....	7
Autres Fièvres.....	0	Total.....	95
Dyssentérie.....	3	<i>4me Classe—Mal. de Développement.</i>	
Diarrhée.....	32	Naissance prématurée.....	10
Choléra Infantum.....	19	Débilité Infantile.....	36
Autres maladies Zymotiques	1	Dentition.....	12
Total.....	98	Vieillesse.....	6
<i>2me Classe—Mal. Constitutionnelles.</i>		Débilité Chronique.....	5
Cancer.....	4	Autres maladies de Développement.....	1
Phthisie.....	46	Total.....	70
Autres maladies Constituti.....	9	<i>5me Classe—Décès par Violence.</i>	
Total.....	59	Accidentelles.....	3
<i>3me Classe—Maladies Locales.</i>		Autres causes.....	2
Céphalite.....	5	Inconnues.....	11
Apoplexie.....	0	Total.....	16
Paralysie.....	5	Grand Total.....	338
Convulsions.....	11		

## BUREAU DE SANTÉ, MONTRÉAL, Juillet, 1879.

Il y eut 338 décès durant le mois de Juin dernier—66 de plus que dans le mois de Mai, mais 48 de moins qu'en Juin 1878.

338 décès pour le mois représentent une proportion annuelle de 30 par 1000 de la population.

221 décès eurent lieu chez les Canadiens-Français, 55 chez les Catholiques parlant l'anglais, et 62 parmi les protestants.

Il y eut 14 décès par la diphthérie—3 de plus que dans le mois précédent—et 5 de plus qu'en Juin 1878. 1 décès eut lieu par les fièvres typhoïdes, 3 de moins que dans le mois précédent, mais même nombre que dans le mois correspondant de l'an dernier.

20 décès furent causés par la variole—1 de plus que dans le mois précédent—mais 30 de moins qu'en 1878—De ce

nombre 15 n'étaient pas vaccinés, 5 rapportés comme ayant été vaccinés—18 furent parmi les Canadiens-Français, et 2 parmi les Catholiques parlant l'anglais. 18 de ces décès eurent lieu dans la partie Est de la ville et 1 dans la partie Ouest, 1 à l'Hôpital Civique. Les rues dans lesquels il y eut le plus de décès sont les rues St. Christophe 2, Jacques-Cartier 2, Logan 2, Panet 3.

J'ai cru devoir présenter à l'assemblée du Bureau de Santé, qui eut lieu vendredi, le 27 Juin dernier, le rapport de la mortalité de la ville pendant le premier trimestre de cette année, c'est-à-dire du 1er Janvier au 31 Mars. Il y eut pendant ce trimestre 927 décès, soit 31 de plus que pendant le trimestre correspondant de l'an dernier. Ce chiffre représente une mortalité de 27 par 1,000 de la population. La plus basse proportion que nous ayons jamais atteinte dans nos statistiques. La moyenne de la température pendant le trimestre susdit a été de 16.20. Pendant le trimestre correspondant de l'année 1878, elle avait été de 22.29. Il y eut 174 cas de variole, 50 de plus que l'année précédente; 26 décès ont été causés par la diphthérie, 66 de moins que l'année dernière. Les quartiers où il y a eu le plus de mortalités furent les suivants: St Jacques, 195, Ste Marie, 180, St Antoine, 158.

La plus forte proportion des décès a été dans les quartiers St Jacques et Ste Marie; dans une superficie de terrain borné au nord par la rue Ste Catherine, au sud par la rue Craig, à l'est par la rue Seaton, et à l'ouest par la rue Jacques-Cartier. Dans cet espace de terrain il y a eu 237 décès, représentant une proportion annuelle de 37 par 1,000 de la population, et sur une superficie de 63 acres de terrain bâti, tandis que dans les autres parties de ces deux quartiers, contenant une superficie de 269 acres bâtis, il n'y a eu que 138 décès donnant une proportion annuelle de 25 par 1,000. De plus nous avons constaté que le plus grand nombre de décès du district susmentionné eut lieu depuis la rue Dorchester jusqu'à la rue Craig.

La lisière de terrain depuis le chemin Papineau à la rue Jacques-Cartier, et la partie sud de l'espace entre les rues Dorchester et Lagachetière était autrefois au marais.

Les canaux de cette partie de la ville sont en bois et dans un état de vétusté très avancée. Les égouts devraient être reconstruits et mis en correspondance avec le grand collecteur de la rue Craig qui a été spécialement construit pour assainir la ville. Dans le quartier St Antoine, il y a eu pendant le trimestre 158 décès, dont 120 ou les  $\frac{2}{3}$  eurent lieu dans la partie basse du quartier contenant une superficie de 104 acres, c'est-à-dire depuis la rue Bonaventure à la rue St Joseph, et de la rue McGill aux limites de la cité.

Cette mortalité représente une proportion annuelle de 43 par 1,000, tandis que dans l'autre partie du quartier sur une superficie de 494 acres bâtis il n'y eut que 38 décès donnant une proportion de 12 par 1,000. Cette partie du quartier St Antoine était autrefois marécageuse et fut considérablement élevée par des dépôts de terre. Le poids de la terre a fait effronder les canaux vu la nature du sol qui y est mouvant. Ce qui explique jusqu'à un certain point l'insalubrité de cette localité. Plusieurs canaux ont été reconstruits mais il en reste beaucoup qui sont défectueux. Dans les rues St George, Hermine, des Jurés et dans les environs, les égouts sont mal construits et n'ont pas la pente voulue. Ces canaux devraient être reliés au tunnel de la rue Craig.

On devrait nommer un comité de personnes d'expérience qui s'occuperaient spécialement de l'amélioration des égouts et qui se mettraient en communication directe avec l'ingénieur du département des chemins.

A. B. LAROCQUE, M. D.,

*Officier de Santé.*



## Bulletin Météorologique pour le mois de Juin 1879.

## OBSERVATOIRE DU COLLEGE MCGILI.

HAUTEUR AU-DESSUS DU NIVEAU DE LA MER : 187 PIEDS.

Dates.	THERMOM.		BAROMET.		Pression moyenne de la vapeur.	Humidité relative moyenne.	VENT.		Etat nuageux du ciel.	Pluie.
	Max.	Min.	Max.	Min.			Direction Générale.	Vitesse moyenne en milles p. h.		
Dimanche 1	73.7	52.7	.....	.....	.....	.....	N. E	11.4	.....	0.16
2	57.0	49.8	30.016	29.827	3740	88.1	N. E	10.2	10.0	0.91
3	63.4	50.0	30.023	29.872	4265	87.1	E.	8.0	10.0	0.10
4	64.0	53.6	29.843	29.712	4010	83.0	S. O	9.9	7.6	0.01
5	68.4	53.0	29.861	29.639	4122	80.2	O.	12.7	6.1	0.80
6	59.5	41.9	29.896	29.616	2761	76.6	O.	11.1	6.4	0.10
7	57.0	38.5	30.074	29.912	2066	63.9	N. O	15.6	5.5	.....
Dimanche 8	66.8	42.0	.....	.....	.....	.....	N. O	10.0	.....	.....
9	66.2	47.6	30.018	29.874	3341	69.4	S.	6.4	7.6	0.10
10	68.8	53.8	29.834	29.746	4730	93.4	E.	8.3	10.0	0.10
11	78.8	55.1	29.842	29.744	5120	83.0	O.	6.4	6.0	0.83
12	76.2	61.7	29.765	29.644	4761	66.6	O.	9.6	6.6	0.09
13	69.0	52.1	29.874	29.778	2966	56.5	N. O	9.7	1.4	0.17
14	71.4	53.0	29.818	29.618	3394	58.2	S. O	13.9	6.9	.....
Dimanche 15	62.6	50.6	.....	.....	.....	.....	N. E	8.5	.....	Inapp.
16	62.0	48.8	29.752	29.495	3319	76.5	E.	7.7	9.4	0.21
17	55.0	46.6	30.030	29.740	3286	85.1	N. O	6.2	8.7	0.07
18	63.0	48.8	30.186	30.028	3344	77.1	N.	3.9	5.9	0.18
19	68.1	47.8	30.276	30.161	3616	71.6	.....	4.3	3.1	0.06
20	72.9	54.9	30.155	30.055	4000	64.2	S. O	14.7	1.5	Inapp.
21	78.0	50.3	30.092	29.935	4491	63.4	S. O	12.3	5.9	.....
Dimanche 22	76.5	64.0	.....	.....	.....	.....	S. O	12.6	.....	.....
23	70.4	55.0	30.038	29.944	4022	68.9	N. O	4.9	3.7	.....
24	84.3	57.6	30.104	30.040	5069	68.0	S. O	9.9	4.2	.....
25	87.1	67.7	30.093	29.945	6237	66.4	S.	6.1	1.4	.....
26	81.0	67.9	29.969	29.867	6645	80.9	S. O	5.9	8.9	0.16
27	80.7	66.0	29.842	29.687	6131	76.9	S. O	9.9	6.5	Inapp.
28	72.1	64.8	29.660	29.561	6274	86.9	O.	9.7	9.3	0.90
Dimanche 29	69.9	63.4	.....	.....	.....	.....	N.	6.6	.....	Inapp.
30	71.0	56.4	30.096	29.819	3628	62.1	N.	5.8	3.8	0.02
...	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Moyenne.....	69.83	54.14	.....	.....	4225	74.16	.....	9.07	6.26	.....