

## 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.

LA MALTINE possède plus de propriétés Digestives et Nutritives qu'aucun des Extraits de Malt préparés avec l'orge et que toute autre préparation tirée de l'une quelconque des céréales.

**LA MALTINE** (Extrait de blé, d'avoine et d'orge maltés) est approuvée par toute la Profession. **Préparation Magistrale.**

**LA MALTINE**, appliquée au traitement de la Phthisie, donne de meilleurs résultats qu'aucune des préparations d'Haute

Vol. 11.

SEPTEMBRE 1882.

No. 9.

# L'UNION MEDICALE

## DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

DRS. A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE ET H. E. DESROSIERS.

L'UNION

paraît au commencement de chaque mois.

ABONNEMENT :

**\$3.00 par Année**  
payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTINS.



ADRESSE :

Boite 2040 Br. de Poste  
MONTREAL.

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

SOMMAIRE :

**TRAVAUX ORIGINAUX.** — Des injections trachéales, par J. I. Desroches, M.D., Montréal. — De l'emploi de la nitroglycérine dans le traitement de l'asthénie, par J. Marsil, M. D., Saint-Eustache. — Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux, par A. A. Foucher, M.D., professeur d'Ophthalmologie à l'Université Laval (Montréal). — Chimie médicale, par le Dr N. Fafard (*fin*). — Communication ..... 415

**HÔPITAUX.** — Hôpital Notre-Dame, Montréal ..... 429

**SOCIÉTÉS MÉDICALES.** — Société médicale des Hôpitaux, Paris ..... 432

**REVUE DES JOURNAUX.** — **PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.** — De la perte subite de connaissance : diagnostic différentiel. — De l'emploi thérapeutique de bromure de potassium. 434

**PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.** — Des précautions à prendre dans l'application des appareils à fracture. — Echarpe postérieure dans la fracture de la clavicule. — Sur les abcès froids. —

Oreille ..... 443

**OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.** — Traitement préventif de la métrite puerpérale. — Plusieurs cas de rétrécissement du bassin, à diamètre de 8 ou 8 centimètres un quart; accouchement spontané, accouchement par application du forceps, et accouchement artificiel ..... 447

**FORMULES ET PRESCRIPTIONS.** — Pommade contre la cystite du col chez la femme. — Potion contre la diarrhée. — Réactif du sucre dans les urines ..... 454

**BULLETTIN.** — Exercice illégal de la médecine. — Petite correspondance. — Bibliographie. — Brochure reçue ..... 455

**NOUVELLES MÉDICALES.** — Départ. — Contribution des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens, P.Q. — M. le Dr Roddick. — Montreal General Hospital. — Jugement. — Hygiène ..... 458

**VARIÉTÉS.** — Nombre des médecins. — L'âge moyen de l'existence juive. — Moyenne de la vie en Amérique. — Les chemins de fer ..... 461

**NÉCROLOGIE.** — M. Pidoux ..... 461

**NAISSANCES, MARIAGES, DÉCÈS** ..... 462

Ceux qui désirent communiquer verbalement avec l'administration peuvent s'adresser soit au DR A. LAMARCHE, No. 276, Rue Guy, soit au DR H. E. DESROSIERS, 70, rue St. Denis.



# TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## Des injections trachéales,

par J. I. DESROCHES, M.D., Montréal.

---

Le mode d'administration est une question pleine d'intérêt qui requiert une sérieuse attention. Chaque médicament exige une étude approfondie de ses effets pour en appliquer les résultats et en juger les avantages. Il faut le suivre pas à pas depuis son entrée dans l'économie jusqu'à son élimination. Il faut admettre en principe que le médicament ne produit ses effets thérapeutiques ou toxiques que quand il est entraîné dans la circulation artérielle, à la faveur de laquelle il atteint les points de l'économie où il doit exercer son action élective et en particulier l'axe cérébro-spinal. Mais pour lui donner toute sa puissance d'action dans l'économie, il faut du discernement dans le mode d'introduction. Administré par la bouche ou par le rectum, le médicament, avant de pénétrer dans la circulation générale, passe dans le foie qui peut ou l'éliminer, ou le détruire, ou l'emmagasiner pour un certain temps, puis passe ensuite dans le système pulmonaire et de là dans le cœur gauche. Ainsi certains alcaloïdes sont détruits par le foie : la nicotine et l'hyoseyamine. Le curare introduit par la bouche jouit d'une inefficacité absolue (Cl. Bernard). D'autres substances sont éliminées, au moins en partie, par la bile. Enfin l'atropine, la duboisine se fixent dans le foie pour être après un certain temps éliminées par l'intestin ou être déversées dans l'économie et produire leurs effets thérapeutiques ou toxiques.

La muqueuse pulmonaire élimine les substances volatiles : l'oxygène, l'acide carbonique, l'éther, le chloroforme, l'alcool, les huiles essentielles et les essences de baumes, enfin les antimonialux et l'ipéca. Sous la peau le remède est porté au cœur par le système veineux ou les lymphatiques. Par cette voie, il rencontre un obstacle, la muqueuse pulmonaire qui peut l'éliminer suivant qu'il est volatil. A ce propos, Ernest Besnier nous offre un fait clinique qui nous montre combien

les poumons sont éliminateurs. Il administre par la peau, pour provoquer le sommeil seulement,  $\text{ziii}$  à  $\text{ziv}$  de chloroforme, dose suffisante, en inhalation, pour produire l'anesthésie chirurgicale.

La thérapeutique hypodermique ajoute de l'activité et de la rapidité d'action au médicament. La grande partie de sa valeur est la facilité de son emploi et la rapidité de son efficacité; trois minutes peuvent y suffire, aussi bien que pour y déterminer localement ses effets. Cette méthode d'introduction joue un rôle considérable dans la clinique thérapeutique. Depuis sa mise en scène elle a été l'objet d'études sérieuses et incessantes. La pratique répond à la théorie et exalte l'action thérapeutique des substances mises à l'épreuve. Dans les hémorrhagies soit puerpérales, soit d'autre nature, quand l'ergot échoue par la voie ordinaire, en injections hypodermiques il nous donne la plupart du temps de bons résultats. Nous pouvons en dire autant de l'éther dans le cas où il faut réveiller la torpeur chez un individu exsangue ou abattu. La thérapeutique hypodermique est donc un moyen puissant dans beaucoup de circonstances, et qui se recommande à notre estime et à notre attention.

Nous sommes donc amenés à conclure que plus nous nous approchons du point de départ de la circulation générale, pour l'introduction du médicament, plus nous avons d'efficacité dans sa puissance d'action.

La muqueuse pulmonaire absorbe beaucoup et rapidement. Le chloroforme, en inhalation, produit l'anesthésie chirurgicale dans l'espace de quelques minutes. Ségalas et Gohier ont réussi à faire absorber par la surface pulmonaire, chez un cheval, jusqu'à 32 litres d'eau injectés par la trachée. Par la voie pulmonaire, l'activité du médicament est plus considérable. Gr  $\frac{1}{2}$  d'extrait de noix vomique injecté dans la trachée d'un chien suffit pour causer la mort dans dix minutes, tandis que gr  $\text{ij}$  par la voie ordinaire ne produisent aucun accident toxique. Claude Bernard parlant de l'efficacité de cette méthode fait rapport de la grande activité et de la rapidité d'action des alcaloïdes de l'opium. Il ajoute que cette méthode doit être admise en médecine, et que la pratique réfute les objections soulevées par la théorie alléguant une cause de phlegmasie. Jousset proclamant par des faits cliniques les avantages de cette méthode, dit avoir administré le chlorhydrate de quinine dans plusieurs cas des plus graves de fièvre pernicieuse et avoir obtenu des effets prompts et des résultats presque merveilleux. Dans l'un et l'autre cas, au bout de huit minutes le malade éprouva des bourdonnements d'oreilles, puis après dix

minutes les sueurs cessèrent et enfin après 18 minutes l'amélioration s'accrut et le pouls, d'imperceptible qu'il était, est devenu plus fort. Continuant ensuite l'administration du médicament par la voie ordinaire, les malades échappèrent à une mort imminente. Devant des faits cliniques aussi frappants et relatés par des hommes aussi judicieux, nous devons présager beaucoup de bien des injections trachéales.

Voici comment on pratique ces injections : On place le malade comme pour la trachéotomie ; de la main gauche on fixe le larynx, puis de la main droite, sur la ligne médiane, à un travers de doigt au-dessous du cartilage cricoïde on enfonce le petit trocart de la seringue hypodermique. Il est facile de reconnaître la pénétration dans la trachée qui nous donne une sensation analogue à celle qu'on éprouve en traversant un papier épais avec une épingle. On verse goutte à goutte le liquide médicamenteux. Par ce procédé on ne provoque ni suffocation, ni toux, ni phlegmasie. Espérons qu'avant longtemps les injections trachéales auront droit de cité dans la thérapeutique. N'hésitons pas surtout en présence de cas graves d'impaludisme, à employer par la voie pulmonaire le chlorhydrate de quinine.

---

## De l'emploi de la Nitro-glycérine dans le traitement de l'asystolie,

par D. MARSIL, M.D., St-Eustache, P. Q.

---

Il y a à peine quelques années, qui aurait osé croire que la Nitro-glycérine serait devenue un remède précieux et éluirait domicile dans le domaine de la thérapeutique ?

L'honneur de cette importante découverte revient incontestablement, je pense, au Dr W. E. Greene.

C'est en solution dans l'alcool que la Nitro-glycérine est employée. (Nitro-glycérine, 1 partie pour 100 parties d'alcool.)

*Action physiologique.*—C'est un stupéfiant du système vasomoteur qui donne lieu aux symptômes suivants : fluxion vers la face, battements violents aux tempes, pouls dicrote et précipité, nausées et même vomissements, céphalalgie violente ou seulement sensation de plénitude et de douleur à travers le front.

Les symptômes ne sont pas constants et ne sont généralement produits que par des doses quelque peu élevées. Cer-

tains malades peuvent prendre la nitro-glycérine sans éprouver ces symptômes désagréables.

*Dose* : Une à quinze gouttes, toutes les six ou huit heures, dans une cuillerée d'eau froide. Le Dr Greene dit qu'il n'a jamais administré ce remède à grande dose, à dose héroïque. Il ne donne jamais plus que une ou deux gouttes par dose.

Avec ces propriétés physiologiques, la nitro-glycérine devait trouver son application dans l'asystolie, que je ne considère pas, bien entendu, comme une entité morbide mais plutôt comme expression symptomatologique de nombreuses affections cardiaques. Quand la compensation n'existe plus dans la circulation; que le cœur est impuissant à contrebalancer la pression des vaisseaux sanguins, que pour une raison ou pour une autre, la synergie est entravée dans cette grande fonction, alors se manifeste la diathèse cardiaque avec son sinistre cortège de symptômes: irrégularité, fréquence, diminution, faiblesse dans les battements du cœur, angine de poitrine, congestion pulmonaire, rénale, hépatique, cérébrale, hydropisie, etc., etc.

Cet ensemble de manifestations morbides a de tout temps vivement préoccupé l'attention des grands maîtres, et mis à l'épreuve les plus beaux talents qui ont illustré la science médicale. Les maladies du cœur sont trop nombreuses, trop hétérogènes dans leur pathogénie pour être traitées spécifiquement ou empiriquement, ce n'est qu'en les combattant scientifiquement qu'elle deviendront de plus en plus justiciables du traitement thérapeutique, moral et hygiénique.

Je laisse là cette digression qui m'entraînerait trop loin et je vais rapporter un cas qui démontrera l'action physiologique et l'importance thérapeutique de la nitro-glycérine dans les maladies du cœur.

M. B. âgé de 79 ans, a toujours joui d'une constitution délicate; un régime on ne peut plus régulier en tout et partout lui a cependant permis d'atteindre une heureuse vieillesse, 79 ans pèsent lourdement sur l'existence; son cœur a accusé des désordres et des signes de faiblesse qui présagent qu'il va céder à la tâche et cesser ses fonctions.

Appelé auprès de M. B, le 13 février dernier, il me raconte que depuis quelque temps, il a souffert de fortes douleurs aux extrémités inférieures qui sont déjà considérablement œdématisées; qu'il a perdu l'appétit et le sommeil; que sa respiration est gênée; que depuis longtemps il n'a pu se coucher sur le côté gauche.

Il y a voussure accentuée à la région précordiale; le champ

de la matité a pris des proportions alarmantes en s'étendant vers la huitième côte.

Quoique je l'auscultai attentivement je ne pus saisir les bruits anormaux ni à la pointe, ni à la base du cœur, non plus qu'à l'appendice xiphoïde et au bord droit du sternum au troisième espace intercostal. Le pouls radial très irrégulier et faible ne donnait plus que 45 à 48 pulsations à la minute.

L'analyse des urines ne fournit aucun indication particulière. L'hypertrophie est manifeste; la compensation est profondément troublée; la pression est trop grande dans les vaisseaux sanguins pour la force défaillante du cœur. Y a-t-il dégénérescence graisseuse? A quoi bon chercher à résoudre cette question qui n'a de pratique que la déception? Au reste, j'avoue candidement que je ne suis pas de ceux qui ont l'heureux privilège de débrouiller magistralement ces difficultés pathologiques, sur le *vivant* bien entendu.

J'administrai :

Teint: digitale.....	3v
Bitart: potasse.....	5i
Eau.....	oj

Dose: Une cuillerée à bouche une heure et demie après chaque repas.

Ce traitement fut régulièrement suivi pendant près de trois semaines sans obtenir les résultats que j'en attendais. Vers le 3 avril, il survint des symptômes encore plus alarmants. L'hydropisie résistait opiniâtrement, les reins restaient réfractaires à l'action des diurétiques; l'oppression augmentait toujours; l'asphyxie s'annonçait menaçante par la pâleur du visage, la coloration bleue des lèvres, le refroidissement des extrémités; l'hématose n'apportait plus au sang son agent vivifiant et était impuissante à le débarrasser de sa surcharge d'acide carbonique qui le contaminait fatalement. C'est alors que le pouls, très irrégulier, tomba à 32 pulsations à la minute. Devais-je rapporter cet état à la sédation produite par la digitale? Je n'y songeai point. La digitale n'accomplit pas d'actes morbides d'un caractère aussi étrange. Le cœur allait cesser son action par faiblesse, par impuissance.

L'indication me parut tranchée et décisive; il fallait tâcher de relever les forces de l'organe central de la circulation et de diminuer la trop grande pression dans les vaisseaux sanguins, de faire cesser enfin l'antagonisme entre ces organes. La nitro-glycérine devait me fournir ce précieux moyen puisqu'elle stupéfie le système vaso-moteur.

Je donnai :



Nitro-Glycérine (1 %)	.....	xxiv gouttes.
Eau	.....	̄iii

*Dose* : Une cuillerée à thé à 10 hrs a. m. et à 9 hrs p. m., dans un verre à vin d'eau froide.

Je débutais par une dose presque *timide* afin d'éviter les désordres que produit quelquefois ce médicament, tels que céphalalgie, nausée, vomissements, etc., etc.

Pendant trois ou quatre jours, il n'y eut aucune modification sensible dans l'état de mon malade. Je n'en continuai pas moins le traitement.

Vers le cinquième ou sixième jour de ce traitement, le pouls se releva un peu ; je comptai 36 pulsations à la minute, avec un peu plus de régularité.

Environ huit jours plus tard, comptant sur le suétudisme et la tolérance parfaite du remède, j'augmentai la dose à deux gouttes toutes les huit heures. Le pouls radial donna bientôt 50 pulsations à la minute avec régularité presque parfaite. La respiration devint facile, la sécrétion urinaire abondante, le sommeil et la digestion parfaite ; l'hydropisie céda rapidement à l'efficacité du traitement.

L'asystolie était vaincue, la compensation rétablie et le malade sauvé. Je continuai ce traitement jusqu'au 10 mai. La santé de M. B... s'est maintenue parfaite depuis.

St. Eustache, 8 août 1882.

---

## Considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement de quelques maladies des yeux,

par A. A. FOUCHER, M.D., professeur d'Ophthalmologie  
à l'Université Laval (Montréal). (1)

---

### *Conjonctivite granuleuse.*

Parmi les maladies des yeux que l'on rencontre le plus souvent, et qu'il importe de bien connaître, on peut citer, en première ligne, la conjonctivite granuleuse. Cette affection a son siège presque exclusivement sur la conjonctive palpébrale supérieure et détermine, à la longue, des complications cor-

---

(1) Voir nos livraisons de Juillet et Août.

néennes ou autres qui entraînent la perte de la vue ou qui compromettent les fonctions de l'œil d'une manière notable. Ces complications sont les suivantes: *pannus*, (*vascularisation de la cornée*) *abcès de la cornée*, *leucôme*, *iritis*, *renversement des paupières en dedans (entropion)*, *en dehors (ectropion)*, *retrecissement des voies lacrymales et dacryocystites*.

Les granulations sont fréquentes comparativement au grand nombre des autres affections oculaires. C'est ce que prouvent les statistiques de tous les dispensaires où l'on traite ces maladies. A l'Hôpital Notre-Dame, sur 876 patients pour les yeux, 34 étaient atteints de granulations, soit à peu près, 1 cas sur 26. Nous excluons de ce nombre les hypertrophies papillaires que l'on rencontre dans le cours des conjonctivites catarrhales et purulentes.

Dans un rapport récent de la clinique ophthalmologique allemande de A. Mooren on voit que sur 157,899 patients 8,011 étaient granuleux ; soit, 1 cas sur 20.

Relativement à la fréquence des granulations, il y a une différence à établir entre la statistique des hôpitaux et celle de la pratique privée. Le chiffre de cette maladie est beaucoup moins élevé parmi les riches que parmi les pauvres. Ceux qui ont visité les cliniques ophthalmologiques de Paris ont dû remarquer que les granulations abondent à l'Hôtel-Dieu, chez Galezowski, etc., tandis qu'ailleurs elle font presque complètement défaut, chez M. le prof. L. de Wecker entre autres. Ce fait doit être attribué au centre qu'occupent ces cliniques et à la condition des patients qui les fréquentent.

On reconnaît l'existence des granulations à plusieurs symptômes qui rendent le diagnostic en général très facile. Si on se trompe souvent c'est parce que l'on néglige d'examiner la paupière supérieure dans les cas de complications mentionnées plus haut.

Quand les granulations existent déjà depuis quelque temps, les paupières paraissent lourdes, elles sont tombantes et quelquefois déformées. Souvent la fente palpébrale est rétrécie, les yeux sont à demi fermés. La cornée a perdu son aspect brillant, elle est dépolie, vitreuse; si l'on y regarde de plus près, on voit sur cette membrane des taches plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, résultant d'ulcérations cicatrisées.

La cornée est quelquefois le siège d'abcès, d'ulcères à facettes. Les vaisseaux sanguins qui, à l'état normal, n'existent pas dans la cornée, s'y développent sous l'influence des granulations. Ces lésions se remarquent exclusivement à la moitié supérieure de la cornée, et reconnaissant pour cause le

frottement réitéré de la conjonctive palpébrale chargée d'aspérités, de granulations. Lorsque la maladie est à son début et que les complications dont nous venons de parler n'existent pas, il n'y a que l'examen de la conjonctive palpébrale qui puisse permettre de poser un diagnostic précis. Dans ce but, on saisit les cils de la paupière supérieure avec le pouce et l'index de la main gauche; on fait regarder le malade en bas et l'on renverse la paupière en appuyant soit avec l'index de la main droite, soit avec le manche d'un petit pinceau, sur la paupière, immédiatement en arrière du tarse. Cette manœuvre en apparence très facile exige cependant un peu d'exercice. Il peut se présenter des cas, lorsque les cils manquent ou que le tarse est dégénéré, où cette pratique est même très difficile. Elle sera rendue encore plus difficile si le malade ne regarde pas en bas, ou si la paupière n'est pas attirée et maintenue dans cette direction avant d'être renversée. Quand la conjonctive palpébrale est ainsi mise à découvert il faut la maintenir dans cette position pendant quelque temps afin d'explorer soigneusement l'état de la muqueuse et y appliquer immédiatement le remède s'il y a lieu. Dans ce but, on prendra un point d'appui avec la main gauche sur le dessus de la tête et avec le pouce de la même main on pressera sur le bord ciliaire de la paupière renversée en le comprimant légèrement sur le globe oculaire.

Il est rare qu'en agissant de la sorte, le malade puisse réussir, même en y mettant de la bonne volonté, à faire lâcher prise. Toutes les fois que l'on constate l'existence d'abcès, d'ulcères, de vascularisations de la cornée, d'opacités localisées à la moitié supérieure de cette membrane, de conjonctivites intenses, toutes les fois que les malades accusent la sensation de sable ou la présence de corps étrangers dans les yeux, il ne faut pas négliger de renverser les paupières; la présence de granulations sous la conjonctive nous donnera souvent la clef du traitement convenable à instituer dans ces cas.

La conjonctive peut être le siège de lésions qui au premier abord ressemblent aux granulations mais qui en diffèrent entièrement. Il ne faut pas confondre l'hypertrophie des papilles avec la conjonctivite granuleuse. L'hypertrophie papillaire se rencontre surtout dans la conjonctivite catarrhale et purulente; elle est caractérisée par la présence, sur la conjonctive palpébrale, d'une foule de petites élevures d'un rouge vif, de forme régulière et serrées les unes contre les autres, de telle sorte qu'on ne peut distinguer la surface de la conjonctive au-dessous. Quelques fois, certaines papilles hypertro-

phiées se développent plus que leurs voisines ; elles prennent alors l'apparence de bourgeons charnus, et saignent au moindre contact. Leur siège de prédilection est aux angles de l'œil près du pli retrotarsal où elles apparaissent sous forme de verrues et prennent des proportions considérables.

Ce sont ces différents états de la conjonctive que l'on a décrits dans les traités d'ophtalmologie sous les noms multiples de *granulations conjonctivales*, *granulations des paupières*, *blépharite granuleuse*, *ophtalmie militaire*, *des armées*, *ophtalmie d'Égypte*, *hypertrophie papillaire*, *trachome*, *aspritudines*. Cette synonymie démontre que tous les auteurs ne s'entendent pas pour fixer la véritable nature de la conjonctivite granulaire. Ce qui a contribué à cette confusion c'est que les granulations vraies s'accompagnent souvent d'hypertrophie papillaire et de sécrétion catarrhale.

Ce n'est ni le lieu ni le moment d'entrer dans de plus amples détails sur l'interprétation qu'il faut donner à la synonymie que nous venons d'énumérer. Nous ne nous arrêterons pas davantage à discuter si la granulation est un néoplasme ou un produit analogue au tubercule comme l'affirment quelques auteurs. Disons seulement qu'au point de vue clinique il y a une différence à établir entre l'hypertrophie des papilles et la conjonctivite granulaire.

La granulation a une tendance à se transformer sur place en tissu cicatriciel. Son évolution est essentiellement chronique, interrompue parfois par des poussées inflammatoires.

On a divisé les granulations vraies en plusieurs sortes mais la division la plus simple est celle-ci : 1<sup>o</sup> granulations simples ; 2<sup>o</sup> granulations mixtes ; 3<sup>o</sup> granulations diffuses.

Les *granulations* sont dites *simples* lorsqu'elles se développent sur une conjonctive exempte d'inflammation. On aperçoit alors sur la conjonctive palpébrale supérieure des groupes irréguliers de grains ronds de couleur grisâtre. Les plus nombreux occupent l'angle interne ou la partie moyenne du tarse.

Les *granulations* sont *mixtes* lorsqu'elles se développent sur une conjonctive enflammée et qu'elles s'accompagnent d'une hypertrophie papillaire. Il ne faut pas considérer les granulations mixtes comme la deuxième phase de l'évolution des granulations. Les granulations peuvent être mixtes dès leur début, c'est-à-dire qu'elles peuvent se développer en même temps qu'une conjonctivite et une hypertrophie papillaire.

Les *granulations* sont *diffuses* lorsqu'elles ont perdu leur forme arrondie circonscrite et que la muqueuse est infiltrée dans ses parties profondes. Les granulations de grises qu'elles

étaient sont devenues rouges et se confondent avec les papilles qui ont l'aspect de tubercules pédiculés.

La conjonctive peut être infiltrée au point de constituer une véritable tumeur. C'est à la suite de granulations diffuses que se produisent l'atrophie du tissu sous muqueux et les déformations du tarse qui ont pour conséquence le renversement en dedans du bord palpébral et des cils.

Pendant l'évolution de ces trois variétés de conjonctivite granulaire, les malades accusent les symptômes suivants : sensation de pesanteur, de brûlure, de sable dans les paupières.

Le pronostic des granulations est assez sérieux si l'on considère la durée de la maladie, les complications graves qu'elles entraînent du côté de la cornée. Cependant, convenablement traitée et surtout prise au début, cette maladie guérit souvent sans que les malades s'aperçoivent ultérieurement qu'ils en ont été atteints.

La conjonctivite granuleuse est par excellence la maladie des pauvres. Elle se développe dans les mauvaises conditions hygiéniques qui résultent d'un séjour dans un air vicié, d'une alimentation insuffisante et du manque de soins de propreté.

**TRAITEMENT.**—En traitant cette affection il faut se proposer de suivre la voie que nous trace la nature. Un certain degré de vascularisation est nécessaire pour produire la résorption des granulations, il faut donc provoquer et maintenir un certain degré d'irritation dans la conjonctive. Cette irritation aura pour effet de produire un afflux sanguin plus considérable et de faciliter la guérison.

Tous les irritants sont bons à employer, mais le degré d'irritation à produire varie avec les différents cas de granulations chroniques. Les caustiques en usage sont le sulfate de cuivre, le nitrate d'argent, l'acétate de plomb. Le plus employé est le sulfate de cuivre. On le trouve préparé en crayons dans quelques pharmacies.

Il faut toucher, avec la pointe de ce caustique, les plis hérissés des granulations. Il est inutile d'appuyer fortement sur la conjonctive, cette pratique est douloureuse et rend le traitement redoutable au malade. Immédiatement après la cautérisation on passe un pinceau trempé dans l'eau froide sur la conjonctive afin de calmer les douleurs.

Ce traitement aura besoin d'être renouvelé aussitôt que l'irritation causée par la cautérisation précédente aura disparu, c'est-à-dire au bout de 2 à 3 jours.

Lorsqu'il s'agit de granulations à l'état aigu, comme il existe déjà un degré d'irritation suffisant il faut se garder de faire des applications de sulfate de cuivre ou d'autres caustiques.

Il vaut mieux, dans ce cas, prescrire des calmants, appliquer des sangsues aux tempes, l'iode morphiné autour de l'orbite. Quand les granulations durent depuis longtemps et que le sulfate de cuivre a été employé pendant quelque temps il est bon de varier un peu et de remplacer le sulfate de cuivre par l'acétate de plomb puis par le nitrate d'argent. On a remarqué qu'au bout d'un certain temps le même caustique ne produit plus guère d'effet.

Les complications ne doivent pas être négligées. S'il existe conjointement un catarrhe ou une ophthalmie purulente, il faudra agir comme il est conseillé dans ces cas. L'étréotiesse de la fente palpébrale devra être corrigée par le débridement de la commissure externe (cantoplastie). Contre les complications cornéennes, les pannus, les abcès, les ulcères, il faudra faire un emploi méthodique de l'atropine, de l'esérine, des compresses chaudes, de l'oxide jaune de mercure, etc., de la péritomie ou même de l'inoculation de pus blennorrhagique selon les cas.

Nous parlerons plus tard de ses divers traitements dans un article sur le pannus.

Il faut, en commençant à traiter un granuleux, faire comprendre au malade que ce n'est que par une grande persévérance dans le traitement qu'il pourra trouver la guérison. Il faut l'encourager à ne pas désespérer si cette guérison est quelquefois retardée par quelques rechutes plus ou moins inévitables.

M. le Dr Abadie dans une communication récente adressée aux Annales d'oculistique de Bruxelles recommande un traitement radical et efficace contre les granulations de la conjonctive. Ce traitement consiste à transformer la conjonctivite granulaire en conjonctivite purulente par l'inoculation de pus blennorrhagique. Cette pratique, toute barbare qu'elle puisse paraître, rend des services incontestables dans les conjonctivites granuleuses accompagnées de pannus complet de la cornée.

M. le Dr Abadie propose d'en faire une application plus générale et croit qu'on peut transformer toutes les conjonctivites granuleuses ou purulentes pour peu qu'elles soient chroniques, rebelles et que la cornée soit altérée. Pour se résoudre à adopter ce mode de traitement il faut être bien sûr de pouvoir maîtriser les complications cornéennes que détermine l'ophthalmie purulente. L'expérience démontre que l'ophthalmie blennorrhagique surtout s'accompagne trop souvent de la destruction de la cornée en dépit du traitement le plus

judicieux, pour qu'on s'empresse de substituer une affection aussi grave à la conjonctivite granulaire.

Des expériences ultérieures démontreront peut-être qu'on peut doser le virus blennorrhagique de manière à provoquer sur la conjonctive une affection susceptible d'être enrayée plus facilement. Alors seulement le traitement de M. Abadie pourra s'appliquer à tous les cas de conjonctivite granuleuse.

---

## Chimie Médicale.—L'urine.

---

(Suite et fin.)

Examen des calculs urinaires (Witham).

1

Chauffez au rouge une partie du calcul sur une feuille de platine.

- a. Elle est complètement volatilisée. Voyez 2.
- b. Il reste un résidu. Voyez 5.

2

Humectez une portion du calcul avec de l'acide nitrique, évaporez presque à siccité et ajoutez de l'ammoniaque.

- a. Il se produit une couleur rouge. Voyez 3.
- b. Aucune couleur rouge. Voyez 4.

3

Traitez une portion du calcul avec de la potasse, sans chauffer.

- a. Il se dégage une odeur ammoniacale: Acide urique.

4

a. La solution d'acide nitrique devient jaune à l'évaporation. Ce résidu jaune devient rouge jaunâtre si on y ajoute de la potasse, et, en chauffant avec cette potasse, rouge-violet: Xanthine.

b. La solution d'acide nitrique devient brun foncé à l'évaporation: Cystine.

5

Traitez comme au No 2.

- a. Il se produit une couleur rouge. Voyez 6.
- b. Il ne se produit pas de couleur rouge. Voyez 9.

6

Chauffez au chalumeau sur une feuille de platine.

- a. Elle fuse. Voyez 7.  
b. Elle ne fuse pas. Voyez 8.

7

- a. Colore la flamme en jaune : Urate de soude.  
b. Colore la flamme en violet : Urate de potasse.

8

Le résidu du No 6

a. Se dissout dans l'acide chlorhydrique dilué, avec effervescence. La solution forme un précipité blanc avec l'oxalate d'ammoniaque : Urate de chaux.

b. Se dissout avec une légère effervescence dans l'acide sulfurique dilué. La solution neutralisée par l'ammoniaque donne un précipité blanc avec le phosphate de soude Urate : de magnésie.

9

Traitez comme au No 6.

- a. Elle fuse. Phosphate ammoniac-magnésien.  
b. Elle ne fuse pas. Voyez 10.

10

Le résidu du No 6, humecté avec de l'eau est

- a. Alcalin. Voyez 11.  
b. N'est pas alcalin : Phosphate de chaux tribasique.

11

La substance originale se dissout dans l'acide chlorhydrique.

- a. Avec effervescence : Carbonate de chaux.  
b. Sans effervescence : Oxalate de chaux.

En suivant bien la marche de ce tableau nous arrivons toujours à connaître la nature de n'importe quel calcul urinaire.

Avec ce tableau nous terminons ce que nous avons à dire touchant l'analyse de l'urine. Prochainement nous commencerons une étude sur les fermentations considérées au point de vue de la médecine.

DR N. FAËARD.



## Communication.

---

*Messieurs les Rédacteurs,*

Vous me permettrez, sans doute, de toucher un peu à l'éternelle question du charlatanisme qui disparaît d'un point du pays pour renaître subitement ailleurs.

Vous obligerez un grand nombre de médecins, je crois, en répondant aux questions suivantes :

Convient-il qu'un médecin *licencié* et *enregistré* conformément à la loi, rencontre en consultation un prétendu médecin, qui n'a ni licence ni diplôme, bien qu'il ait étudié quelque peu la médecine ? En cette province, si je ne me trompe, on n'est médecin que lorsqu'on tient une licence du Bureau des Médecins et Chirurgiens. Or comment se fait-il que, pendant que ce même bureau poursuit A. H. Whiteher, de Stanstead, pour infraction à la loi, on permette à certain individu, aussi coupable que ce charlatan, de pratiquer la médecine à Sherbrooke au vu et su de certains officiers du bureau ? La loi doit elle être mise en vigueur dans certains cas et ignorée dans quelques autres ?

Cet individu, qui a même eu recours à la presse pour se faire annoncer, a-t-il versé sa contribution annuelle, a-t-il placé dans le trésor du bureau la somme requise pour l'obtention d'une licence de médecin ? Cet homme ne trompe-t-il pas le public en se donnant comme médecin ? S'il s'est conformé en tous points à la loi il a droit sans aucun doute à tous les privilèges dont jouissent les médecins, mais, dans le cas contraire, *n'aurait-il pas également droit de jouir du châtiment* infligé par la loi ? S'il n'en est pas ainsi où est la protection que nous avons raison d'attendre du bureau ?

Un ou deux gouverneurs du bureau et notre *collecteur* même étant au fait de toute l'affaire, est-il nécessaire que des médecins fassent une plainte à ce sujet ?

La personne autorisée à intenter des poursuites au nom du bureau, lorsqu'elle tient tous les documents nécessaires, doit-elle avertir les coupables qu'ils aient à cesser de pratiquer ou doit-elle les poursuivre sans avis préalable ?

Ces questions, M. le Rédacteur, sont, je crois, d'un intérêt général pour la profession et pour cette raison j'ai cru devoir prendre la liberté de vous demander de les insérer dans votre revue.

SHERBROOKE.

## HOPITAUX.

## Hôpital Notre-Dame, Montréal.

*Tumeur cérébrale d'origine syphilitique; convulsions; mort.—  
Anesthésie chloroformique.*

*Tumeur cérébrale d'origine syphilitique; convulsions; mort.*  
— Dame M. A..., 39 ans, est admise à l'Hôpital le 10 août, salle Ste Marie, No 31, service du Dr Desrosiers. Depuis la veille, elle souffre de convulsions épileptiformes, les mouvements convulsifs se répétant à de très courts intervalles, à peu près toutes les demi-heures et souvent tous les quarts d'heure. Dans les intervalles des accès, la malade reste plongée dans le coma. Les convulsions ont tout le caractère de celles que l'on rencontre dans l'épilepsie et l'éclampsie. La patiente cependant ne mord pas sa langue et ne jette pas le cri initial. Elle entre tout d'abord en convulsions toniques qui ne durent que quelques secondes et font place à des mouvements cloniques peu étendus et de courte durée; puis la respiration devient *soufflante*, accélérée. Les convulsions se succédant à de courts intervalles, la malade n'a pas le temps de reprendre connaissance suffisamment pour pouvoir donner les renseignements voulus. On parvient cependant, quelques heures après son entrée, et dans un intervalle plus long que les autres, à savoir qu'il y a quelques années elle a souffert de syphilis et a suivi pendant un certain temps un traitement mercuriel. Une parente de la malade dit que celle-ci se plaignait de violents maux de tête depuis quelques semaines.

L'examen de l'urine indique l'absence de l'albumine. Il n'y a d'œdème ni à la face ni aux extrémités. De même on ne constate aucun symptôme de paralysie soit à la face soit aux membres. Les pupilles sont d'égales dimensions et se contractent assez facilement à la lumière.

Le fait que cette personne a souffert de syphilis il y a quelques années joint à la céphalalgie dont elle se plaignait depuis un certain temps et à cet autre fait qu'elle n'a jamais, avant aujourd'hui, souffert de convulsions, excluent l'épilepsie et rendent assez probable dans ce cas l'existence d'une tumeur

cérébrale de nature spécifique (gomme). L'absence d'albumine dans l'urine et d'œdème, aident encore à exclure les convulsions urémiques telle qu'on les rencontre dans le cours de la maladie de Bright, bien que dans certain cas de cette dernière affection, on puisse dans les périodes ultimes constater l'absence d'albumine dans l'urine.

On prescrit le chloroforme en inhalations continues, la malade devant être tenue sous l'influence de l'agent anesthésique tant que les convulsions auront tendance à se montrer. À l'intérieur, on donne l'iodure de potassium à haute dose, combiné au bromure, et administré par le rectum tant que la patiente sera dans le coma.

*Samedi, 12.*—En dépit de l'administration constante du chloroforme, les convulsions se sont succédées toute la nuit, quoique à de plus longs intervalles, c'est-à-dire toutes les heures, ou même toutes les heures et demie. Elles continuent dans le cours de la journée. Vers 11 hrs a.m. la malade a repris quelque peu sa connaissance et se dit mieux. Elle accuse encore beaucoup de céphalalgie. Il n'y a pas de vomissements.

La respiration et le pouls sont accélérés; la température normale. On continue le même traitement que ci-haut.

Vers 4 hrs p.m. les convulsions semblent plus intenses et les accès plus rapprochés, et la malade meurt à 5 hrs.

*Autopsie*, dix huit heures après la mort. La rigidité cadavérique n'est pas prononcée. En enlevant le cuir chevelu on constate une perforation du frontal siégeant au niveau de la bosse frontale droite. En y introduisant un stylet on voit que cette perforation n'intéresse que la table externe de l'os.

Le cerveau est ensuite mis à découvert. La dure-mère adhère à la face interne du crâne dans une bonne partie de son étendue, surtout au niveau de la commissure hémisphérique. Elle est épaissie mais non ramollie.

Au niveau de la bosse frontale droite, et de la perforation dont on vient de parler, la table interne du frontal est cariée sur une étendue d'à peu près un pouce carré. À cet endroit la dure-mère présente une gomme demi-molle, du volume d'une grosse noisette. Cette gomme a envahi l'arachnoïde et la pie-mère. Outre cette gomme méningée, une autre gomme siége dans la partie antérieure du lobe frontal, au niveau de la précédente. Elle est considérablement ramollie et aussi grosse qu'un œuf de poule.

Les autres parties du cerveau sont intactes. Il n'y a pas d'effusion dans les méninges ni dans les ventricules. Les vaisseaux méningés et cérébraux sont gorgés de sang veineux, fait qui s'explique par le genre de mort de la malade (apnée).

*Anesthésie chloroformique.*—Dans le cours des deux dernières années, aucun accident n'est survenu à l'Hôpital durant l'anesthésie chirurgicale. Une seule fois il y a eu *alerte*, dans le cas d'un individu sourd-muet, auquel on amputa sept doigts dans une seule séance; le malade ayant fait des efforts de vomissements, on a lieu de croire que quelques parcelles de matières alimentaires se seront introduites à l'entrée des voies respiratoires et auront produit un commencement d'asphyxie par spasme de la glotte. Cette fois on eut recours à la respiration artificielle, flagellation de la face, et à l'emploi de l'électricité (courant faradique).

Jamais le chloroforme n'est confié à un élève. Un médecin responsable, généralement l'interne, en est exclusivement chargé et a ordre de ne s'occuper que de son rôle.

Le système des intermittences, tel que mis en honneur par M. Gosselin, à Paris, est celui qui semble mieux convenir à la plupart des cas. La respiration du patient est toujours surveillée avec grand soin pendant le sommeil chloroformique, et c'est d'elle, et non pas du pouls, que l'on attend les premiers signes du danger.

L'administration d'un stimulant est regardée, ici, comme étant un adjuvant puissant de l'anesthésie, surtout chez les sujets affaiblis ou dont le système nerveux a subi un choc considérable, comme dans les grands traumatismes, etc. On a remarqué qu'avec l'aide d'un stimulant alcoolique administré quelques minutes avant l'anesthésie, le sommeil vient plus rapidement, la période d'excitation étant presque nulle: le malade, en outre, ne vomit pas la plupart du temps; enfin la quantité de chloroforme employé est réduite de moitié. Il va sans dire que par là même on remédie à la syncope et à l'anémie cérébrale dont cette syncope n'est souvent qu'un symptôme.

On se sert rarement d'éther à l'Hôpital Notre-Dame. Quelquefois dans des opérations de longue durée (ovariotomie), on commence l'anesthésie avec le chloroforme, et une fois que la malade est anesthésiée on continue avec l'éther.

## SOCIÉTÉS MÉDICALES.

## Société médicale des Hôpitaux, Paris. (1)

SÉANCE DES 7 ET 28 JUILLET 1882.

Presidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

M. GUYOT communique deux cas de *gangrène spontanée*. Le premier, survenu chez un vieillard de 77 ans, glycosurique et cardiaque, a été précédé de douleurs très vives, qu'on a pu calmer par la morphine; les parties se sont détachées peu à peu et la guérison a été obtenue. Dans le second cas, on était en présence d'un jeune homme atteint de fièvre typhoïde; la gangrène s'est accompagnée de douleurs intolérables, l'amputation a été faite et la mort a été amenée par une hémorrhagie secondaire. L'examen des jambes malades a montré chez le glycosurique une thrombose artérielle, chez le typhique une artérite manifeste.

M. CADET DE GASSICOURT lit un travail sur le *rétrécissement de l'artère pulmonaire*. Il rappelle l'observation présentée il y a quelques mois par M. Duguet, et avoue de bonne grâce que les critiques qu'il fit alors à l'interprétation de son collègue viennent d'être démenties par le fait nouveau qu'il apporte à la Société. Un enfant de 2 ans, chétif et malingre, né de parents rhumatisants et cardiaques, est apporté dans son service. On apprend qu'il est venu au monde avec une cyanose très prononcée, et qu'il n'a jamais cessé d'être malade. L'examen de la région précordiale ne révèle ni voussure, ni matité exagérée, ni frémissement cataire, mais on entend un souffle systolique, rude, au niveau du deuxième espace intercostal gauche; ce souffle se prolonge en haut et à gauche, mais disparaît à droite. Le diagnostic fut: rétrécissement de l'artère pulmonaire avec cyanose, sans hypertrophie du ventricule droit, avec communication entre les deux cœurs. Pouls à peu près normal. Dépérissement extrême qui fait admettre la tuberculose. L'enfant succombe, et, à l'autopsie, on trouve une tuberculose généralisée, un cœur plutôt petit qu'hypertrophié, un rétrécissement très notable de l'artère pulmonaire et

1) Nous empruntons ces notes au *Progrès Médical*.

de l'orifice tricuspide, et une communication entre les deux ventricules. Les valvules qui, à l'œil nu, paraissaient très épaissies, n'ont présenté au microscope aucune lésion appréciable. L'examen histologique a été fait par M. le Dr Balzer, médecin des hôpitaux,

M. MARTINEAU lit un nouveau mémoire sur les injections hypodermiques de *peptones mercuriques ammoniques*. Il a traité plus de 600 malades et fait 11,000 injections. Pour lui la méthode des injections est parfaite, sans inconvénients, sans contre-indication, sans accidents d'aucune espèce. Pas de phlegmon, pas d'abcès, pas d'eschare, même chez les diabétiques. Presque jamais il n'a observé de salivation ou de stomatite mercurielle, de troubles gastriques ou intestinaux. Cette méthode a une action plus efficace, plus rapide, plus énergique que toutes les autres méthodes. Sous l'influence du traitement, on voit le poids et les globules des malades se multiplier. Insistant, à la fin, sur la rapidité d'action de ce traitement, l'auteur fait ressortir l'intérêt budgétaire qu'il y aurait à le propager dans les hôpitaux civils et surtout militaires. Suivant lui, on aurait là un moyen infallible de diminuer le séjour des malades à l'hôpital, 3 à 4,000 soldats étant constamment soignés pour des maladies vénériennes, il en résulte que plus de 1.200,000 journées sont perdues pour l'armée française et pour le pays!

M. d'HEILLY présente le lobe gauche du *cerveau d'un aphasique* ayant eu, pendant la vie, des signes que, depuis Kussmaul, Wernicke, Kahler et Pick, l'on appelle *cécité et surdité verbales*. Une jeune femme, tuberculeuse, devient subitement aphasique sans paralysie de la motilité ni de la sensibilité. Elle voit, elle entend, mais ne paraît pas comprendre ce qu'elle lit ni ce qu'elle entend; elle a un vocabulaire des plus restreints, mais ne montre aucune de ces impatiences habituelles aux aphasiques. La mort arrive par les progrès de la tuberculose pulmonaire et on trouve à l'autopsie l'intégrité absolue de la circonvolution de Broca. En revanche, il existe un ramollissement superficiel occupant la lobule pariétal inférieur, le pli courbe et la partie postérieure de la première circonvolution temporale. Le foyer est cortical, n'intéresse pas les faisceaux pédonculaires; la quatrième branche de la syvienne gauche est oblitérée par un caillot. C'est donc un exemple d'*aphasie sensorielle* à ajouter à ceux que les auteurs allemands et français ont rapportés.

M. GOUGUENHEIM communique un cas de *granulie pharyngée* guéri par l'*iodoforme*. Les angines tuberculeuses, bien décrites par Isambert, étaient considérées par lui comme fatales.

Dans l'observation actuelle, les applications d'iodoforme ont amené très rapidement la guérison des ulcérations; il est vrai qu'il y a eu deux récurrences, mais la guérison paraît aujourd'hui durable. M. Gouguenheim a employé l'iodoforme mélangé avec l'éther, mais il admet très bien l'insufflation de poudre d'iodoforme sur les surfaces malades. Il conclut de ses observations que l'iodoforme est un modificateur très puissant des ulcérations tuberculeuses.

M. ZUBER, médecin-militaire, a généralisé l'emploi de l'iodoforme au Val-de-Grâce; il se sert de poudre, de crayons, etc., et il proclame que tous les ulcères atoniques sont heureusement modifiés par ce médicament qu'un Allemand a nommé l'anti-tuberculeux par excellence.

M. DAMASCHINO a constaté la guérison d'une angine tuberculeuse par l'iode et l'iodure de potassium; la mort est survenue plus tard par tuberculisation pulmonaire.

M. GUGUENHEIM, partisan convaincu de l'iodoforme, a vu cependant ce remède échouer dans les ulcères syphilitiques tertiaires, s'il n'était pas aidé par l'iodure de potassium à l'intérieur.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

### **PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.**

---

**De la perte subite de connaissance: diagnostic différentiel.** Par R. O. BEARD, M.D. (Traduit du *Chicago Medical Journal and Examiner*.) Il est surprenant de constater qu'un sujet comme celui du "diagnostic différentiel des différentes causes de syncope" ait attiré si peu jusqu'à présent l'attention des médecins; car malgré que la perte de connaissance ne soit qu'un symptôme d'une maladie ou d'un trouble de la vie, elle ne constitue pas moins un fait d'une conséquence sérieuse et souvent un danger si imminent, que la terminaison heureuse ou fatale dépend fréquemment du diagnostic prompt et des soins intelligents du médecin. Même dans les cas où il n'y a pas de tendance à un danger immédiat,—comme par exemple, un cas d'ivresse ordinaire—même dans ces cas, disons-nous, nous ne devons pas oublier que le diagnostic et

L'opinion du médecin peuvent nuire non seulement à sa propre réputation, mais aussi au caractère d'un individu peut-être innocent.

Des erreurs de ce genre ont été faites, même par des praticiens distingués, et plus d'une victime conséquemment est morte sans soin, sans traitement, vengée seulement à l'autopsie qui révélait une lésion organique, comme cause du coma d'abord, puis de la maladie elle-même.

La nécessité d'une étude attentive des différentes causes de ce phénomène fréquent est donc d'une importance majeure, puisque leur distinction est susceptible d'en mettre plus d'un dans l'embarras.

Dans cet article, je me propose de ne considérer que les conditions dans lesquelles le coma est prompt, non accompagné de prodromes marqués, mais suffisamment prononcé pour rendre le patient incapable de donner les renseignements nécessaires. Je vais essayer de tracer les symptômes distinctifs qui s'observent dans ces cas et pour rendre le diagnostic plus facile, je donnerai à la fin, comme appendice, un tableau qui pourra être de quelque utilité.

On doit toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de la co-existence de deux ou plusieurs maladies pouvant donner naissance au coma, ou d'une maladie pouvant venir comme complication de cet accident et vice-versâ.

L'apoplexie ou un coup de soleil peut arriver dans un état d'alcoolisme aigu; la congestion cérébrale, ou l'embolie peut être accompagnée d'une légère hémorrhagie. Une attaque apoplectique a été reconnue dans certains cas faisant suite à une convulsion épileptique, enfin la contusion, la commotion et la compression du cerveau peuvent être les résultats d'une blessure grave.

Sous le terme générique de *apoplexie*, cette relique de la nomenclature du vieux temps, on peut grouper certains cas présentant le coma, mais à des degrés assez distincts pour indiquer les différents sièges et les caractères de la lésion qui en est la cause. Ces cas sont la congestion cérébrale, l'hémorrhagie cérébrale et l'hémorrhagie méningée.

*Congestion cérébrale.*—Dans la congestion cérébrale, la perte de connaissance est rarement le symptôme initial. Elle est généralement précédée de symptômes hyperémiques et ce n'est que dans quelques cas qu'il y a au début apparence de troubles fonctionnels. La forme distinctive est celle-ci: paralysie partielle, fréquemment bilatérale, mais rarement, si jamais, hémiplegie, contraction de la pupille avec réaction faible, température continuellement plus



élevée qu'à l'état normal, respiration lente et difficile, mais n'ayant pas ce bruit d'expiration accompagné de souffle, de gonflement des lèvres et des joues, qu'on remarque dans l'hémorragie cérébrale, distension des veines de la face et du cou et retour comparativement prompt des facultés physiques et intellectuelles.

Cet état est souvent accompagné par surcroît d'un coup de soleil ou de la stimulation alcoolique, et peut, en se prolongeant, se terminer par effusion sereuse et la mort.

L'existence ou la non-existence de l'hypertrophie du cœur, comme cause excitante, devra être déterminée et pourra servir au diagnostic.

L'opinion soutenue par Trousseau qu'une congestion soi disant apoplectique, est toujours de nature épileptique, est insoutenable non seulement parce que plusieurs des symptômes généraux sont essentiellement différents, mais aussi parce qu'une attaque épileptique accompagnée d'un coma aussi prolongée que dans la plupart des cas de congestion cérébrale constitue la forme la plus grave de cette maladie et entraîne à des convulsions si fréquentes que toute erreur est impossible.

*Hémorragie cérébrale.*—L'hémorragie cérébrale, contrairement à la congestion, est toujours accompagnée de perte subite de connaissance. L'âge du malade a une importance réelle pour le diagnostic, vu que l'hémorragie arrive rarement avant quarante ans. Les signes les plus importants de l'hémorragie cérébrale sont : suspension complète de l'intellect, de la sensibilité et du mouvement volontaire et réflexe, apparition de la véritable hémiplegie, relâchement, ou paralysie des sphincters, respiration stertoreuse et souillante, température variée, inégalité et insensibilité des pupilles et déviation latérale fréquente des yeux et de la tête vers le côté non paralysé.

Les cas rares où le pont de varole est le siège de l'hémorragie sont plus difficiles à diagnostiquer, parce que les pupilles sont susceptibles d'être également contractées, la respiration n'a pas le stertor caractéristique et la paralysie est retardée et souvent bi-faciale. Cet état pathologique en particulier ressemble au narcotisme de l'opium.

*Hémorragie méningée.*— Cette hémorragie quoique très rare est une cause de coma soudain et profond. Ses symptômes diffèrent bien peu de ceux de l'hémorragie cérébrale.

Une tendance au retour des attaques, l'apparition ordinaire d'une paralysie générale motrice et sensitive au lieu d'hémiplegie, le manque de diminution de l'action réflexe, tels sont les seuls points différentiels qu'on observe et malgré qu'ils

puissent indiquer l'envahissement des méninges, il n'est pas facile de déterminer si la lésion méningée est primitive, ou si elle n'est pas consécutive à une hémorrhagie cérébrale envahissante.

*Embolie cérébrale.*—Cette maladie est une autre cause ordinaire de coma. Quoique pouvant arriver à tout âge, cependant la jeunesse d'un patient pourrait être regardée comme une présomption évidente en faveur d'une embolie plutôt que d'une hémorrhagie. L'existence d'une endocardite, ou d'une lésion valvulaire du cœur présente aussi des dispositions à l'embolie.

Généralement une hémiplegie du côté droit survient dans ce cas, parce que l'artère cérébrale moyenne gauche est le siège ordinaire de l'embolie. Cette hémiplegie avec perte partielle du sentiment, et les symptômes généraux mentionnés dans l'appendice, nous donnent les caractères distinctifs de l'embolie. D'après Erlenmeyer qui est une autorité, la pupille est à l'état normal.

Le retour à la santé ne tarde pas à avoir lieu, et la paralysie disparaît en même temps que le coma. Une absence complète de paralysie, et l'apparition de convulsions épileptiques ont été signalées dans quelques cas.

*Cérébrite.*—La cérébrite ne devrait pas être mentionnée ici, cependant il est certain cas dans lesquels le coma est survenu brusquement par la rupture d'un abcès et sa sortie dans la substance cérébrale. Dans ces circonstances on remarque de légères convulsions d'un seul côté, l'apparition du pus aux ouvertures de l'oreille, du nez ou des yeux, ce qui, avec l'évidence des autres symptômes est suffisant pour établir le diagnostic.

*Syncope.*—La syncope est un état pathologique si familier à tous qu'il est à peine nécessaire de le décrire. Elle n'a d'importance ici que parce qu'elle se rencontre avec d'autres causes de perte de connaissance. Dans tous les cas la syncope est due à une suspension des fonctions de la substance corticale du cerveau, par le manque de son stimulant artériel, soit que ce manque soit dû à une anémie générale ou locale, à un arrêt prochain de la circulation, à un arrêt temporaire de l'action du cœur ou à une hémorrhagie séreuse.

*Epilepsie.*—L'épilepsie ne devrait pas avoir sa place ici, les symptômes sont bien connus et dans les cas ordinaires facilement compréhensibles. Après que l'état de convulsion est passé et que le coma est profond, son diagnostic peut cependant présenter quelques difficultés.

L'apparence livide fait place à une couleur cendree ; le pouls

devient faible et irrégulier; la température se maintient élevée — dans quelque cas  $105^{\circ}$  F. — les pupilles sont contractées et une salive écumante quelquefois striée de sang provenant de la morsure de la langue apparaît sur les lèvres.

La paralysie n'est pas habituelle dans l'épilepsie, mais on se souviendra "qu'une attaque d'épilepsie peut agir comme cause excitante d'une attaque d'apoplexie." Un cas de ce genre est rapporté dans un récent numéro du *New-York Medical Record*.

*Catalepsie.*—La catalepsie est la cause d'une forme particulière de perte de connaissance comparativement facile à reconnaître.

Elle appartient presque invariablement au sexe féminin, son caractère tient du paroxysme, sa durée est incertaine, et sa réapparition constante; elle est accompagnée d'une rigidité, d'une contraction musculaire remarquable; avec ces symptômes il y a peu d'erreur possible.

La respiration et le pouls faibles, mais réguliers, la température normale, les pupilles dilatées et sensibles, les paupières ouvertes et tremblotantes, l'anémie de la rétine sont autant de détails dont il faut se souvenir.

*Hystérie cérébrale.*—Dans certains cas rares, l'hystérie est caractérisée par une perte de connaissance subite qui dure plusieurs heures avec de légers intervalles. C'est une maladie de jeunesse presque sans exception. Il n'y a pas de paralysie, et elle ne présente qu'une suspension partielle de l'intelligence, de la sensibilité et des organes. La patiente peut être mise debout temporairement mais elle retombe immédiatement. Il y a peu de trouble dans la circulation et la respiration. La connaissance revient assez facilement sous l'action d'une douche d'eau froide.

*Insolation.*—Le coup de soleil, quoique facile à reconnaître, vu l'existence de la cause occasionnelle, est obscur dans sa pathologie. L'insolation varie dans sa durée et son intensité. Dans certains cas il y a hémorrhagie cérébrale; on la reconnaît aux symptômes de cette dernière affection. Le pouls varie toujours, la respiration rapide et stertoreuse est quelquefois accompagnée d'un son plaintif; la température varie de  $104^{\circ}$  à  $110^{\circ}$ ; la peau est particulièrement rude et chaude, et les pupilles contractées et insensibles. Le vomissement et la diarrhée sont des symptômes dangereux.

*Empoisonnement urémique.*—Cet empoisonnement est une cause discutable de perte de connaissance, mais on rencontre certains cas dans lesquels aucun prodrome n'a été signalé avant les convulsions et le coma.

Les convulsions ont le type épileptiforme et sont susceptibles de retour. La présence de l'anasarque, l'odeur urineuse de l'haleine, les pupilles dilatées et indolentes, la respiration lente et stertoreuse d'un caractère labial particulier, différente des sons gutturaux caractéristiques de l'hémorrhagie cérébrale et de la compression, enfin l'abaissement progressif de la température descendant quelquefois jusqu'à 91.5 F., tous ces signes établissent un diagnostic évident. Si l'analyse de l'urine est possible, la découverte de l'albumine et des tubules mettra la question hors de doute.

Je ne puis passer sous silence le fait que le professeur Flint donne une opinion bien différente concernant la température dans ce cas-ci. Il prétend qu'une élévation considérable de température, quelquefois 105° F, se rencontre dans l'empoisonnement urémique.

Cette opinion est soutenue dans l'Encyclopédie de Zeimssen où une explication en est donnée à propos de la nature épileptique des convulsions et de la température élevée dans la véritable épilepsie. Cependant il est juste de remarquer que, quoique épileptiformes, les convulsions ne sont pas épileptiques, et l'analogie cesse quand on considère la grande différence qu'il y a dans les causes et les effets de ces deux maladies.

L'exercice musculaire excessif ne doit pas faire croire non plus qu'il y a là une cause suffisante d'élévation de température. Considérant le fait que tous les autres agents toxiques qui produisent le coma — parmi lesquels on peut classer le poison urémique — n'agissent qu'en abaissant la température, on doit conclure que l'opinion de Flint doit être encore moins exacte. Vu l'absence de lésions *post-mortem* pour soutenir la preuve clinique, je me permettrai de faire observer l'apparition de la méningite comme une complication occasionnelle de l'urémie et comme cause d'une élévation de la chaleur animale. Cette complication pourrait expliquer la divergence d'opinion existant entre les auteurs.

*Asphyxie.*— Cette affection est classée à propos parmi les conditions comateuses d'origine toxique, mais est trop familière à chacun pour que j'en fasse mention spécialement. Elle est bien définie comme étant "une suspension de la vie, dûe au non changement du sang veineux en sang artériel." Il y a trouble d'abord dans les poumons plutôt qu'au cerveau.

(à continuer.)

**De l'emploi thérapeutique du Bromure de Potassium.**—Sous la signature du Dr Paul. Gerne, nous trouvons dans le *Concours Médical* un excellent article où est résumée l'action physiologique et thérapeutique du Bromure de Potassium. Nous en extrayons la dernière partie où il est question des usages externes et internes de ce remède.

L'USAGE EXTERNE du bromure de potassium n'est pas encore très répandu.—C'est surtout M. Peyraud (de Libourne), qui en a préconisé l'emploi comme topique. Il a utilisé les *proprictes caustiques* contre une tumeur cancéroïdale, les chancre, les fongosites du col, les tumeurs lacrymales, les granulations des paupières, la carie dentaire; il faut employer le bromure finement pulvérisé. En solution plus ou moins concentrée, M. Peyraud l'a utilisé sous forme d'injections contre l'ozène et de gargarismes. Nous avons signalé l'année dernière, à propos du traitement de la *diphthérie* que notre confrère avait préconisée, les badigeonnages au bromure comme un traitement presque spécifique de la diphthérie. Cette méthode essayée à Paris par MM. Cadet de Gassicourt et Féréol ne leur a pas donné de résultats satisfaisants.

M. Cambillard s'est fait l'apôtre des injections uréthrales de bromure de potassium dans la *blennorrhagie*, surtout dans les formes douloureuses accompagnées d'érections fatigantes.

Quatre fois par jour, et la dernière immédiatement avant le coucher, on fait séjourner une ou deux minutes dans le canal une injection suivant la formule.

Eau	150 grammes,	℥v
Glycérine	10 —	ʒiiss
Bromure de potassium	3 —	ʒii grs. v
Laudanum de Rousseau	2 —	ʒss

L'USAGE INTERNE est en réalité le seul véritablement répandu. Nous ne pouvons énumérer toutes les affections dans lesquelles on l'a employé; il faudrait faire défiler les trois quarts de la nosographie. Je vais citer seulement les tentatives faites depuis ces dernières années et qui n'ont pas encore été consignées dans les livres classiques, et je ne m'étendrai que sur l'action du bromure dans les grandes névroses, le seul point vraiment capital de la question.

Nous voyons que le bromure a triomphé des *vomissements incoercibles de la grossesse* à deux reprises, à la dose de 25 grains répétée trois fois par jour.

Les premiers expérimentateurs avaient conçu de grandes espérances sur l'action du bromure comme *anesthésique général*, personne ne l'emploie plus dans ce but.

Modérateur de l'irritabilité réflexe, le bromure est un utile adjuvant pour le traitement des affections des voies respiratoires à caractère spasmodique dans la genèse desquelles le système nerveux joue le principal rôle, la *coqueluche* et l'*asthme*, surtout la première; car les accès d'asthme ne cèdent jamais aussi bien au bromure qu'à la morphine en injections hypodermiques comme l'a démontré M. Huchard.

Tous les *Spasmes*, particulièrement ceux qui affectent les muscles sous-jacents à une muqueuse, peuvent être amendés ou guéris par le bromure; tels l'œsophagisme, le vaginisme, etc... Car le bromure agit d'une part en diminuant l'excitabilité du système nerveux qui commande aux muscles contracturés, et, en même temps, il anesthésie la muqueuse dont l'hyperesthésie amène, par voie réflexe, la contracture du muscle sous-jacent.

La *spermatorrhée*, la *colique néphrétique*, les *tics* douloureux, l'appareil nerveux qui accompagne l'invasion de la plupart des maladies de l'enfance se trouvent bien du bromure. Il en est de même de certaines *migraines* à forme congestive. Le *nervosisme* ou éréthisme nerveux, l'*excitation cardiaque*, fréquente chez les gens émotifs, les fumeurs et les alcooliques, l'*insomnie* par tendance congestive du cerveau chez les arthritiques et les hommes d'étude, cèdent parfois merveilleusement au bromure.

L'action anaphrodisiaque peut être utilisée dans bien des cas, notamment contre les érections de la blennorrhagie. On doit y recourir dans certaines *intoxications par des substances convulsivantes*, notamment le *strychnine*.

C'est à cause de cette propriété sédative des manifestations convulsives qu'on emploie le bromure dans les grandes névroses caractérisées par une exagération du pouvoir excito-moteur des centres nerveux.

#### LE BROMURE DANS LES GRANDES NÉVROSES.

1<sup>o</sup> *Tétanos*. Pour ne parler que des faits récemment observés, nous trouvons une observation de tétanos traumatique guéri par le bromure (Highet, en 1879. — M. Landouar a publié dans sa thèse une quinzaine d'observations de tétanos d'intensité moyenne guéris par des doses très élevées, 10 à 20 grammes par jour. Toutefois, jusqu'à nouvel ordre, nous donnons la préférence au chloral, auquel M. Verneuil a dû plusieurs guérisons à notre connaissance.

2<sup>o</sup> La *Chorée* a été traitée avec succès par le bromure dès 1864, et, en sa faveur, on peut invoquer les témoignages de Gallard, J. Worms, Vulpian, Bucquoy, Blache père qui faisait autorité dans la médecine des enfants. Il disait hautement n'avoir

jamais rencontré aucun médicament aussi utile dans la chorée. Gubler aimait également à raconter que dans un cas de chorée si violente, chez une femme enceinte, qu'après quarante-huit heures de séjour à l'hôpital, un drap de lit était usé par le frottement de ses talons, cinq jours de traitement bromuré à  $\text{ʒi}$  ou  $\text{ʒiiss}$  avaient ramené le calme. Quelques médecins ont cependant résisté à l'opinion générale, et je me souviendrai toujours que je fus rudement malmené à mon examen de thérapeutique par l'un des illustres professeurs de la Faculté, le regretté Chauffard, pour m'être fait l'avocat du bromure dans le traitement de la chorée contre le tartre stibié qui avait ses préférences. Je dois dire que, depuis lors, j'ai rencontré deux cas de chorée grave contre lesquels le bromure avait échoué et qui ont cédé à la médication stibiée. Tant il est vrai que l'exclusivisme thérapeutique est condamnable.

3° *L'Épilepsie* est, personne ne le conteste plus, le triomphe du bromure de potassium, et, quand on songe qu'il y a en France 40,000 épileptiques, quand le bromure n'aurait d'efficacité que contre cette seule névrose, il n'en resterait pas moins, par les services qu'il rend ainsi à la société, un de nos plus grands médicaments

Le bromure n'a pas seulement, en effet, comme l'a démontré notre excellent maître, M. Legrand de Saullé pour avantage de diminuer ou supprimer les attaques convulsives (ce qui est un bienfait pour l'épileptique lui-même), mais aussi de modifier le caractère dangereux des épileptiques en diminuant ou en faisant disparaître les impulsions homicides si fréquentes chez les malades.—et ceci est un bienfait pour la société toute entière.—Tout épileptique bromuré cesse de devenir dangereux, c'est presque un axiôme désormais.

Nous ne ferons pas ici l'historique de la médication bromurée dans l'épilepsie. Rappelons seulement que c'est Locock, en Angleterre, qui en a été l'initiateur, que sa vulgarisation en France a été due à Bazin, Brown-Séquard, Legrand du Saullé, Voisin, etc.

On doit commencer par une dose faible, 30 à 40 grains par jour, et augmenter progressivement de 10 à 15 grains jusqu'à ce qu'on ait constaté l'amélioration. Quelques médecins poussent jusqu'à  $\text{ʒiiss}$  à  $\text{ʒiii}$ . Nous croyons ces doses exagérées, parce qu'elles plongent rapidement l'épileptique dans un état d'hébétude incompatible avec l'accomplissement de la vie sociale; or c'est un point de vue qu'il faut sans cesse envisager. Il ne s'agit pas, en effet, de guérir l'épilepsie; nous ne croyons pas qu'on guérisse l'épilepsie; il s'agit de *supprimer les attaques* et de rendre ainsi l'épileptique

capable de mener l'existence de tous. On y arrive très bien en général avec des doses de 5i à ʒiiss. Le bromure guérit si peu l'épilepsie que les attaques reparaisent lorsqu'on en cesse absolument l'emploi; de là l'indication de tenir habituellement le malade sous l'influence du bromure. Pourtant chez certains sujets, l'élimination se faisant parfois très rapidement, il y a tout avantage à suspendre de temps à autre la médication, afin d'éviter les effets cumulatifs, et s'il est vrai que le bromure, suivant l'expression de Voisin, doit être un aliment pour l'épileptique, ce n'est cependant pas un aliment dont il ne peut être privé quelques heures ou quelques jours. (Gubler).

Dès qu'un épileptique a été un an sans crise, on donne encore le médicament de deux jours l'un, pendant la première quinzaine de chaque mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Après dix-huit mois de suspension convulsive, on donne le bromure de trois jours l'un, pendant la première quinzaine, et tous les jours pendant la seconde. Enfin après deux ans, on le prescrit encore de quatre jours l'un, pendant la première quinzaine du mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine, et ainsi de suite.

Un grand inconvénient dans le traitement bromiqué chez les hommes épileptiques et mariés, c'est l'anaphrodisie qui en résulte et qui les porte trop souvent à renoncer au bénéfice du médicament pour reconquérir leurs capacités conjugales.

---

## **PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.**

---

**Des précautions à prendre dans l'application des appareils à fracture.**—J'ai placé ce matin un appareil pour une fracture du corps du radius, en ayant soin de refouler les muscles dans l'espace interosseux et de les y maintenir par une compression légère, mais permanente, afin de tenir écartés de l'os resté sain les fragments de l'os brisé, notamment le fragment inférieur, que le muscle carré pronateur tend constamment à rapprocher du cubitus.

En effets, lorsque les fragment du radius se trouvent entraînés vers le cubitus, on a grande chance de voir le cal venir adhérer à l'os non fracturé. L'indication est encore plus formelle lorsque les deux os de l'avant bras sont brisés, parce qu'alors les quatre fragments tendent à se souder les uns aux



autres par un cal unique. De plus j'ai appliqué un bandage à jour, afin de pouvoir parer, en resserrant les bandelettes de diachylon, au relâchement qui se produit au bout de trois ou quatre jours.

Je ferai remarquer que le malade est ici depuis cinq jours et que c'est seulement aujourd'hui que je me suis déridé à lui appliquer son appareil. Car, si un bandage contentif est placé le premier jour, et qu'il soit tant soit peu serré, du gonflement survient sous l'appareil et s'accompagne de souffrances inutiles à infliger au malade. De plus, que les artères soient un peu faibles, il n'en faut pas davantage pour donner lieu à la formation d'eschares et à la gangrène; accident qui n'auront d'autre origine qu'un bandage appliqué trop tôt et qui n'a pas été desserré à temps.

Je pourrais vous citer nombre d'observations de ce genre, dont quelques-unes ont donné lieu à des procès intentés par le malade à son médecin. Ne mettez donc le premier jour votre appareil de fracture qu'à la condition de le surveiller matin et soir; sinon vous exposez votre malade à des accidents graves.

En réalité, du reste, il n'y a aucun avantage à l'appliquer avant que la période inflammatoire ait cessé. C'est pourquoi vous m'avez vu différer chez mon malade jusqu'à ce matin.—*Gosselin in Le Médecin Praticien.*

—

**Echarpe postérieure dans la fracture de la clavicule.**—E. M. Moore, M. D. de Rochester, a bien démontré les défauts du traitement de la fracture de la clavicule par le coussin axillaire. Malgré que la théorie de son traitement soit assez correcte, cependant son bandage—"un châle," ayant huit pouces de large lorsqu'il est plié—paraît être un peu embarrassant et chaud; en passant au dessus et en avant de l'épaule fracturée il repose sur le fragment déprimé, et empêche l'examen de la fracture, et lorsque l'on essaye une forte extension la pression semble se faire sur le fragment qui est déjà enfoncé.

On évite ces inconvénients au moyen d'un bandage ainsi disposé :

Appliquez contre l'omoplate du côté sain le chef d'un bandage roulé, conduisez le sous l'avant-bras du côté malade près du coude (le membre étant en demi flexion et fortement repoussé en arrière) contournez l'avant-bras, ramenez le bandage obliquement sur le dos jusqu'à l'aisselle du côté sain, remontez en avant et par dessus l'épaule pour revenir au chef. Il n'est pas nécessaire que le bandage soit classiquement croisé

sur le dos, mais une bande postérieure à lignes parallèles, quoique moins fatigante, est moins solide.

Maintenant, au lieu de supporter la main par une écharpe antérieure fixée au-dessus de la clavicule brisée, il nous semble préférable d'appliquer une étroite bandelette en travers du thorax depuis le poignet jusqu'à la bande postérieure. De cette façon on évite le poids et le frottement du bandage sur l'épaule saine.

Ce pansement n'empêche pas d'appliquer et de fixer au moyen d'une bandelette adhésive une compresse sur le fragment interne, cependant ceci n'est indiqué que lorsque la clavicule est brisée en plus de deux fragments, vu que l'écharpe postérieure retirant l'humerus en arrière produit une traction sur la portion claviculaire du grand pectoral, et contrebalance l'effet des fibres claviculaires du sterno mastoïdien.

On se servira avec avantage pour ce nouveau mode de pansement d'une courroie de cuir large et mince, qui aura pour effet de ne pas se plisser et portant une boucle à son chef.—*Canada Lancet.*

**Sur les abcès froids.**—par M. TRÉLAT.—Les abcès qui méritent actuellement ce nom sont indépendants de ceux qu'on rencontre autour des corps étrangers, de l'ostéo myélite, dont la caractéristique est la chronicité. Ceux dont parle M. Trélat sont ceux que l'on appelait autrefois, à tort, *ossifluents*, dont on ne connaît guère la nature que depuis quelques années. Il sont communs et nombreux.

Leur pronostic était très grave il y a encore un petit nombre d'années; ils produisaient des fistules multiples et interminables: l'altération des liquides de leur cavité engendrait la septicémie et la mort. La thérapeutique fut longtemps, sinon impuissante, du moins très hésitante, et les résultats fournis peu satisfaisants; la cautérisation, l'aspiration par divers moyens, étaient seules utilisées avec quelque succès.

Cependant la guérison pouvait survenir, et Bouvier, il y a quelque vingt ans, rappelait même qu'au siècle dernier, David, de Rouen, avait dit que certains abcès froids pouvaient guérir spontanément.

Lister, il y a quelques années, fit faire un pas immense à cette thérapeutique en appliquant au traitement des abcès froids sa méthode de pansement: mais l'ouverture, la désinfection, le drainage de abcès ne suffisaient pas encore.

Depuis, le progrès accompli est immense et date d'un travail de Briessaud et Josias, publié il y a deux ans, sur les gommés

tuberculeuses. Les recherches de Charcot sur l'évolution du tubercule et de Grancher sur le tubercule naissant, puis de Lannelongue sur la pathogénie des abcès froids, montrèrent que ces abcès sont primitivement des gommes tuberculeuses, qui s'accroissent de proche en proche, envahissent tous les tissus, perforent les aponeuroses et les os, etc.

Toutes les idées émises par Lannelongue ont été vérifiées par Trélat, qui les a toujours trouvées exactes sur les pièces pathologiques recueillies à son service à l'hôpital Necker. De là sont nées une doctrine pathologique nouvelle et, par suite, une thérapeutique nouvelle. L'abcès froid étant une tumeur composée d'une paroi fibreuse et d'un contenu variable, il fallait enlever cette tumeur ou l'ouvrir et racler sa paroi, en faire une plaie simple et la traiter antiseptiquement. Dans la plupart des cas, la maladie se traite alors comme un simple lipome. Quand les os sont cariés, il faut aller jusqu'à l'altération osseuse et la traiter en conséquence; il ne faut pas oublier les diverticules, les fusées de l'abcès, qui sont des causes fréquentes de récurrence; si celle-ci survenait, il faudrait la traiter comme on a traité la tumeur principale. M. Trélat cite plusieurs cas de sa pratique, traités et guéris rapidement par cette méthode. Il montre pourquoi le *listérisme* simple appliqué aux abcès froids était inefficace, c'est parce qu'on négligeait de curer la poche dont la paroi était infiltrée de tubercules.—*Le Médecin Praticien*.

—

**Orchite.**—Je ne connais aucun remède qui puisse calmer la douleur et subjuguier l'inflammation dans l'orchite aussi efficacement qu'un cataplasme de tabac et de graine de lin. Cette application était employée par les chirurgiens de New-York longtemps avant qu'elle ne fut connue du public médical, c'est à Van Buren et à Keyes que nous devons sa vulgarisation. Un cataplasme de graine de lin chaud auquel on a préalablement mêlé un demi-paquet de tabac à chiquer (fine cut) est appliqué deux ou trois fois par jour jusqu'à disparition de la douleur et du gonflement. Le tout est recouvert d'un morceau de soie huilée pour empêcher l'évaporation. Ce cataplasme donne un prompt soulagement et en quelques jours le gonflement est tellement diminué qu'un bandage suspenseur peut être convenablement appliqué.—*Philadelphia Med. Times.—Canadian Journal of Med. Science.*

—

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Traitement préventif de la métrite puerpérale.**—Le Dr Camino, médecin colonial de la circonscription de Gastu, Algérie, publie dans le *Praticien* une étude intéressante sur le traitement préventif de la métrite puerpérale, nous en reproduisons le texte entier.

Frappé, au début de ma carrière, ainsi que la majorité des praticiens, de l'analogie qui existe entre la métrite puerpérale et la résorption purulente, j'ai naturellement pensé que les moyens les plus efficaces d'empêcher l'absorption des liquides contenus pendant les suites de couche, dans la cavité utérine, seraient aussi ceux qui prévien draient le mieux le développement de cette terrible maladie. Or les conditions défavorables dans lesquelles se trouve la nouvelle accouchée et qui la prédisposent à l'absorption sont de deux ordres : l'une dépend de la circulation générale et provient de la vacuité relative des vaisseaux, vacuité qui favorise l'endosmose et reconnaît pour cause soit la diminution de volume de l'utérus qui cesse brusquement d'exercer sur le système vasculaire de l'abdomen une pression à laquelle il était accoutumé depuis plusieurs mois ; l'autre, locale, tient à l'état nouveau dans lequel se trouve après la parturition, la face interne de la matrice qui baigne, avec les orifices béants des vaisseaux utéro placentaires, dans des liquides qui ont perdu le droit d'existence normale et subissent des transformations de diverses natures : les lochies ne sont-elles pas souvent, plus ou moins putrides, irritantes, suppuratives même ?... (Cette suppuration des lochies qui a quelque chose d'antiphysiologique, d'anormal, de maldif, est due ordinairement à l'action irritative qu'elles exercent sur la caduque utéro-placentaire, ou, dans certaines circonstances mais plus rares qu'on se l'imagine, à un traumatisme plus ou moins accentué.

Quels sont les phénomènes de chimio biologique, d'attraction capillaire ou d'endosmose qui se produisent au niveau des sections des vaisseaux qui fournissent à l'œuf ou dans leurs anastomoses si larges dans l'épaisseur des parois utérines ?...

Je laisse à d'autres, plus autorisés que moi, le soin de les préciser, Mais admettant leur existence et pensant qu'ils ont une très large part dans le développement de la maladie qui nous occupe, j'en ai conclu qu'il faut, à tout prix, s'opposer à leur développement.

Il m'a semblé, à priori, que le plus sûr moyen de remplir cette indication était de vider d'une manière continue la cavité de la matrice et d'oblitérer les bouches absorbantes de cet organe en provoquant et entretenant ses contractions d'une façon à peu près continue aussi.

Voici comment je procède, depuis de longues années, avec un plein succès :

Aussitôt après l'accouchement, j'administre à ma malade une décoction de deux à trois grammes de seigle ergoté, selon le plus ou moins de contractilité de la matrice : c'est-à-dire, selon le plus ou moins de tendance à l'inertie : je vais même, dans certains cas, jusqu'à cinq et six grammes dans les vingt-quatre heures et dans quelques circonstances j'y reviens dans le cours des lochies. En attendant que l'action du seigle se manifeste je pratique des frictions modérées sur le fond de l'organe jusqu'à ce qu'il survienne des contractions et une diminution très évidente de volume ; j'emploie aussi ces frictions les jours suivants, comme adjuvant de l'ergot, si la dose a été faible et s'il y a encore tendance au relâchement.

Pour que ces frictions soient bien faites, il faut que la main entraîne avec elle, les parois de l'abdomen et que ce soient ces parois, elles-mêmes, qui frappent sur le fond de l'utérus qui doit se durcir, s'élever, se rétrécir en tous sens et descendre vers le pubis.

Les frictions bien employées ont momentanément une grande valeur : je les ai vues suffire à maîtriser des hémorrhagies foudroyantes.

Il n'est pas nécessaire, ainsi que l'a dernièrement préconisé l'École de Lyon, de pratiquer, immédiatement après l'accouchement un massage violent, énergique de la matrice pour arriver à la dégorgement du sang qu'elle contient.

Ces manœuvres brutales, qui n'ont qu'un résultat momentané, pourraient bien être suivies de relâchement, d'inertie ; ainsi que cela arrive pour le procédé arabe, sur lequel elles semblent avoir été calquées, ont quelque chose de théâtral et de traumatique, qui ajoute inutilement aux souffrances de la mère et à son ébranlement nerveux, offrayent les assistants et sont de nature à compromettre la réputation de l'accoucheur s'il survenait une complication.

Sous l'influence des frictions et du seigle ergoté, sagement employés, les contractions utérines se développent et se continuent régulièrement, du fond vers le col, la cavité se vide, les parois se resserrent, s'expriment comme ferait une éponge que l'on presse dans la main ; aussi, point d'hémorrhagies secondaires, point de ces caillots, quelque-fois énormes, dont la for-

mation a épuisé la mère en pure perte, caillots qui causent de violentes douleurs et dont l'extraction est souvent fort pénible, surtout quand le col est déjà refermé, ce qui n'arrive que lorsque l'art vient régulariser la marche des contractions : enfin les lochies qui ne s'accumulent pas, sont moins fétides, et par-tant, moins dangereuses, elles sont moins abondantes et durent moins longtemps.

Le moyen qui s'adresse à la circulation générale et qui a pour but de s'opposer aux phénomènes endosmotiques, en remplissant les vaisseaux, appartient à l'honorable et si judicieux Dr Trallier, professeur d'accouchement à l'école d'Alger et dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne. Il consiste dans une alimentation suffisante, abondante même, mais convenable, au moyen de panades, commencée dès les premières heures et continuée sans interruption à moins de contrindications sérieuses qui reconnaîtraient alors, pour causes, un état pathologique étranger à la parturition.

Par ce régime doux et substantiel, M. Trallier a obtenu des succès fort remarquables : non seulement il a vu disparaître de la maternité d'Alger la métrite-péritonite, qui y était endémique avant lui, mais, chose très remarquable, les cas arrivés du dehors ne se communiquaient plus.

Pendant un internat de six mois dans cet hôpital il ne me souvient pas qu'un seul cas s'y soit déclaré.

Tels sont les moyens préventifs dont une expérience déjà longue m'a démontré l'efficacité et qui peuvent se résumer ainsi :

S'opposer à l'absorption des liquides contenus pendant les suites de couches dans la cavité utérine et y subissant des altérations de diverses natures ; 1<sup>o</sup> en remplissant le système vasculaire au moyen d'une alimentation abondante et facile à digérer ; 2<sup>o</sup> en favorisant le dégagement des parois de la matrice et vidant d'une manière à peu près continue sa cavité au moyen de contractions que l'on provoque et entretient par les frictions et le seigle ergoté administré de temps en temps à doses décroissantes.

Je puis affirmer n'avoir jamais eu à regretter l'emploi de ce médicament et jamais après son administration je n'ai vu se développer de métrites, même après des opérations sérieuses ou graves : applications de forceps, versions laborieuses, extractions de placentas adhérents, embryotomies.

Plusieurs cas de rétrécissement du bassin, à diamètre de 8 ou 8 centimètres un quart; accouchement spontané, accouchement par application du forceps, et accouchement artificiel.—Voici une clinique de M. le Prof. Depaul, qui présente un intérêt particulier et que nous fournit le *Praticien*. Cette clinique contient des leçons pratiques, comme sait toujours en donner le célèbre accoucheur français.

J'ai déjà eu, cette année, l'occasion de vous parler à plusieurs reprises de différents cas de rétrécissement du bassin, dus soit à un état rachitique, soit à une amplitude générale moindre, sans aucun vice de forme, soit enfin à une déformation de squelette. Le nombre des femmes atteintes de rétrécissement du bassin, qui depuis le commencement de l'année scolaire, a passé par cet hôpital, est assez considérable, et en ce moment même nous en avons encore plusieurs dans nos salles.

Tout d'abord je vous parlerai de celle qui est arrivée enceinte pour la seconde fois, et se trouve couchée au numéro 1 ou 2. Son premier accouchement s'est fait à terme, spontanément et très rapidement, il a eu lieu en ville. L'enfant est venu vivant; il n'était pas très gros, il est vrai; du moins au dire de sa mère qui ne peut nous renseigner davantage, et ignore le poids qu'il avait au moment de sa naissance.

Cependant nous avons affaire ici à une femme rachitique, au bassin rétréci et dont le diamètre antéro-postérieur ne mesure pas plus de huit centimètres un quart. Aussi un premier accouchement heureux, spontané et à terme rendrait-il cette femme dangereuse pour les jeunes praticiens qui, se basant sur quelques faits semblables, croiraient en pareilles circonstances pouvoir toujours attendre tranquillement la fin de la grossesse sans intervenir. Ceci soit dit tout de suite en passant et en attendant que nous y revenions dans quelques instants.

Cette femme présentait aussi la particularité suivante sur laquelle M. le docteur Doléris a cru devoir appeler mon attention; l'angle sacrovertébral était un peu déjeté à gauche, d'où l'un des deux diamètres obliques était un peu plus favorable que l'autre. C'est heureusement dans cette direction que la tête se trouvait placée.

Prise des premières douleurs à minuit, elle est entrée à neuf heures du matin pour accoucher à huit heures quarante-cinq minutes du soir, c'est-à-dire après vingt heures et demie environ d'un travail qui n'a rien présenté de particulier.

L'état général était bon et lorsque je l'ai vue à cinq heures du

soir, la poche des eaux faisait saillie à travers le col, la tête était immédiatement au dessus, séparée seulement du col utérin par une couche de liquide peu épaisse. A ce moment-là, la dilatation n'était pas encore complète.

Le palper abdominal indiquait, comme situation de l'enfant, le dos tourné à droite et le plan antérieur regardant à gauche.

L'auscultation montrait que le summum d'intensité des battements du cœur de l'enfant était à droite.

Tout paraissant marcher convenablement, que devions-nous faire? Fallait-il hâter l'accouchement? Dans quel but? L'enfant était bien portant, les bruits du cœur étaient très-nettement perceptibles. Je prescrivis d'attendre la rupture des membranes jusqu'au moment où la dilatation du col serait complète, et, si à ce moment la poche des eaux ne s'était pas rompue spontanément, il serait toujours temps d'intervenir en donnant issue au liquide amniotique comme dans le cas de vice de conformation du bassin, lorsque dans le voisinage vous ne rencontrez ni le cordon ni l'un quelconque des membres; cette dernière condition est absolue.

Mais, me direz-vous, combien de temps faut-il attendre? Je vous répondrai que l'on peut très bien différer pendant plusieurs heures, 6, 8, et même 10 heures, pourvu, bien entendu, qu'il n'existe ou ne survienne aucune complication.

Bref, j'ai donc prescrit chez cette femme d'attendre la rupture des membranes ou tout au moins la dilatation complète du col de l'utérus. Bien m'en a pris, du reste, puisque, à 7 heures et demie du soir, c'est-à-dire deux heures et demie environ après ma visite, la poche des eaux s'est rompue spontanément et une heure un quart plus tard l'accouchement se terminait spontanément aussi, de lui-même, sans aucune intervention, par la naissance d'un bel enfant relativement volumineux. En effet il pesait 3,470 grammes, près de sept livres.

—Par contre, nous avons eu peu de temps auparavant une femme présentant les mêmes conditions de rachitisme, d'étroitesse du bassin (8 centimètres à 8 centimètres un quart environ), chez laquelle nous avons dû intervenir pour l'accoucher par une application du forceps, malgré le volume moindre de l'enfant, lequel ne pesait que cinq livres et demie au lieu de sept que nous trouvons ici. Il est vrai que la femme au petit enfant était primipare, tandis que celle dont je vous parle avait déjà eu un premier enfant.

Peut-être y a-t-il chez cette dernière des conditions spéciales que nous ne pouvons pas apprécier dans la conformation de son bassin, qui puissent expliquer cette facilité à accoucher ainsi deux fois de suite spontanément, malgré l'étroitesse



de son bassin et son rachitisme. Toujours est-il que tout s'est passé ici très régulièrement et que l'enfant est vivant.

—Au No. 34, nous avons une femme syphilitique, dont le bassin est également rétréci, un peu moins cependant que la précédente. Il mesure en effet, sans aucune déduction, neuf centimètres trois quarts, c'est-à-dire en réalité huit centimètres et demi comme diamètre antéro-postérieur, de l'angle sacro-vertébral à la symphyse pubienne.

Cette femme est déjà accouchée une première fois à terme. Aujourd'hui le travail n'a pas été long, la présentation était en occipito-iliaque droite antérieure. L'accouchement s'est fait spontanément, l'enfant, né très-bien vivant, pesait 3,720 grammes, c'est-à-dire près de 7 livres et demi, et mesurait 53 centimètres de longueur. C'est là un enfant plus volumineux que les deux dont je viens de vous parler, en tous cas un peu au-dessus de la moyenne.

Le travail, l'accouchement et la délivrance ne nous ont rien présenté de particulier à vous signaler.

—Troisième fait. Celui-ci concerne la femme No. 5 dont le bassin mesure encore huit centimètres un quart, et chez laquelle j'ai dû pratiquer l'accouchement prématuré artificiellement.

Cette femme accouchée antérieurement déjà 3 fois, a perdu les deux enfants qui étaient nés à terme. En 1877 elle était venue me voir à l'ancien hôpital de la Clinique et je l'avais fait accoucher avant terme d'un enfant-vivant.

Aujourd'hui, et en raison même des succès remportés en 1877, tandis que les deux délivrances à terme avaient été suivies de la naissance d'enfants morts, je n'avais pas à hésiter, j'ai donc de nouveau provoqué chez elle l'accouchement prématuré. L'enfant est venu vivant, très-bien portant, et pesait 3,350 grammes, près de sept livres.

Malheureusement il est mort 24 heures après sa naissance, sans cause connue; l'autopsie n'a rien fait découvrir, nulle malformation, et sa mort reste pour nous absolument inexpiquée.

Mais ce n'est pas sur cet incident malheureux que je veux appeler votre attention, c'est bien plus particulièrement sur la diversité de terminaisons de l'accouchement que nous venons d'observer sur plusieurs femmes atteintes d'un rétrécissement du bassin à peu près semblable.

Ainsi sur trois cas, auxquels nous pouvons joindre celui dont je vous ai dit seulement quelques mots, c'est-à-dire donc sur quatre cas, nous avons: deux accouchements spontanés à terme, un accouchement prématuré artificiel et un accouchement à

terme au moyen d'une application de forceps, tous quatre se terminant heureusement par la naissance d'un enfant vivant.

De ces trois accouchements à terme n'allez pas conclure que dans tous les cas de rétrécissement du bassin, dont le diamètre antéro-postérieur oscillerait entre 8 centimètres et 8 centimètres un quart, il est inutile d'intervenir en provoquant l'accouchement prématuré; votre enthousiasme—l'enthousiasme des jeunes gens a toujours besoin et en toutes choses d'une petite sourdine — se tromperait dangereusement pour vos clientes.

J'ai vu maintes fois pareil rétrécissement nécessiter l'emploi du céphalotribe, lorsqu'on laissait la femme arriver au terme naturel de sa grossesse. Tout cela dépend des conditions où l'on se trouve. Je vous en ai déjà parlé à plusieurs reprises, j'y reviendrai de nouveau lorsque l'occasion s'en présentera.

Je dirai seulement que le volume de l'enfant peut varier beaucoup, vous aurez quelquefois affaire à des enfants très volumineux, d'un poids de beaucoup au-dessus de la moyenne, pouvant atteindre, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et même 14 livres! Oui, 14 livres!

J'en ai pesé un de pareil volume. Il y a de cela assez longtemps déjà, et aussitôt l'accouchement terminé, j'allai trouver mon maître Paul Dubois et l'en informai. "Mon cher enfant si ce n'était pas vous qui me le disiez, je ne le croirais pas" me répondit-il. "Cette méfiance ou mieux cette demi confiance me peine vivement, lui-dis-je, aussi vous me la paierez en venant voir, aujourd'hui même avec moi, la mère et l'enfant."—C'était la femme d'un commissionnaire en marchandises du faubourg St-Denis; quelques heures plus tard Paul Dubois, pesant à son tour l'enfant, vérifiait son poids de 14 livres et confirmait le fait le lendemain même à sa clinique.

Dans la statistique de Mme La Chapelle qui comprend quatre-vingts et quelques milliers d'accouchements, je n'ai trouvé que deux faits d'un pareil poids.

Il y a peu de temps, j'ai eu l'occasion aussi d'accoucher, au boulevard Malesherbes, une femme dont l'enfant pesait onze livres. Cela ne vous paraît peut être rien, onze livres, mais lorsqu'on assiste à la sortie d'un pareil enfant, c'est à n'y pas croire, tant c'est gros.

Il m'a paru intéressant de rapprocher les faits que je viens de vous faire connaître afin de vous montrer que tous les accouchements sont loin d'être les mêmes, bien que l'on se trouve dans les conditions de bassins rétrécis à peu près semblables. Tous, rappelez-vous le bien, ne peuvent pas aller à

terme; loin de là, dans la majorité des cas vous éprouveriez des difficultés sérieuses, si vous attendiez jusque-là sans intervenir. Rapportez vous-en à l'expérience de ceux qui comptent aujourd'hui de pareils faits par centaines. Pour moi dans ces cas de rétrécissement du bassin, à diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres à 8 centimètres 1/4 j'ai recours le plus souvent à l'accouchement prématuré artificiel, surtout s'il s'agit de femmes primipares.

## FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

### Pommade contre la cystite du col chez la femme.

Axonge ou vaseline.....	ʒi
Camphre pulvérisé.....	ʒss
Extrait de belladone.....	ʒii grs v

Enduire de cette pommade un tampon d'ouate que l'on introduira matin et soir dans le vagin.

### Potion contre la diarrhée (J. Simon)

Sous nitrate de bismuth.....	ʒi
Diascordium .....	grs xv à xxx
Laudanum de Sydenham.....	1 goutte
Julep gommeux .....	ʒiii à v

On prescrit une goutte de laudanum à un enfant de moins d'un an, deux gouttes à un enfant de deux ans et ainsi de suite.

### Réactif du sucre dans les urines (Dr Oppenheimer).

R Sulfate de cuivre cristall.....	1 grain
Glycérine purifiée.....	1 once M

Une drachme de ce mélange suffit pour déceler la présence d'un grain de glucose dans un alcali caustique. Mettez deux ou trois gouttes du mélange dans un tube à réactif et ajoutez une demi once de liqueur de potasse, chauffez jusqu'à ébullition, ajoutez quelques gouttes d'urine et faites bouillir de nouveau. Si l'urine est diabétique le sucre sera précipité sous forme d'oxide cuivreux jaune-brun. Ce réactif est plus fidèle que celui de Trommer; il peut servir au dosage du sucre l'albumine ne trouble en rien son action. Il peut se conserver indéfiniment.—*Medical Brief; Cinc. Lanc. and Clin.*

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, SEPTEMBRE 1882.

*Comité de Rédaction :*

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE,  
ET H. E. DESROSIERS.

---

## Exercice illégal de la médecine.

---

Nous nous empressons de répondre à la lettre signée "Sherbrooke" qui a traité à la fameuse question du charlatanisme et que nous publions au commencement de ce numéro.

Et d'abord, établissons que l'ennemi qu'il y a à combattre ici, ressemble bien un peu à ces fameuses bêtes que la mythologie nous représente comme invincibles. Si le charlatanisme n'est pas invincible, il est certainement difficile de l'atteindre immédiatement et en même temps partout où il existe. Ce qui doit nous consoler c'est que la lutte est commencée, que plus d'un adversaire est déjà tombé blessé sur le champ de bataille. L'on pourra voir plus loin en effet la liste des charlatans traînés devant les tribunaux et condamnés comme ils le méritaient.

On se souvient des préliminaires interminables de cette réforme commencée déjà depuis plusieurs années, des amendements nombreux qu'il a fallu faire à la loi avant qu'elle put devenir réellement en force; on n'est pas sans ignorer combien il a fallu lutter pour obtenir le résultat relativement satisfaisant que nous avons sous les yeux, et qu'on le sache bien, il n'y avait pas que le charlatan, le véritable ennemi du dehors, qu'il s'agissait de combattre; l'ennemi du dedans n'était point le moindre. Ainsi le cas de notre correspondant est une magnifique illustration de nos paroles.

C'est bien le cas, en effet, qu'il existe à Sherbrooke un étudiant en médecine, à qui un de ses professeurs même aurait, nous assure-t-on, conseillé d'aller s'établir dans cette localité, et qui, contre la loi, qui n'a pas encore sévi, pratique la médecine sans crainte, affichant la réclame par tous les moyens possibles. Nul doute que cet étudiant est en contravention avec l'article 7 des règlements concernant les devoirs de la

profession médicale, des écoles particulièrement, et du Bureau des gouverneurs.

Néanmoins, étant établi le fait que les choses se sont passées comme il est dit plus haut, nous ne pouvons certainement nous empêcher d'attirer l'attention de notre correspondant sur le fait que l'indignation légitime qu'il manifeste devrait avec raison rejaiilir sur les personnes qui ne craignent pas d'abuser de leur position au point d'induire leurs subordonnés en d'aussi regrettables erreurs. Mais *ce ne sont pas les conseillers qui sont les payeurs* et nous pouvons certifier que la personne en question a été notifiée de payer immédiatement, sinon que les procédés ordinaires seraient pris contre elle.

Nul doute que dans ces cas d'illégalité de pratique de médecins, on devrait procéder, comme on procède contre toute personne en contravention avec la loi, — c'est-à-dire immédiatement sans notification — ici on s'est écarté de cette règle, on a fait une différence entre le charlatan et l'étudiant en médecine; a-t-on eu tort? Oui; car la loi en aucun cas ne saurait faire des exceptions, et nous ne saurions, pour aucune considération, recommander l'indulgence, encore moins la faiblesse, d'autant plus qu'il s'agit du privilège le plus essentiel au bon fonctionnement de la profession.

---

### Petite Correspondance.

---

Quel est votre traitement de la gastro-entérite aiguë des enfants?

A. H.

Très difficile, à cause de la grande irritabilité de l'estomac il faut donc recourir aux lavements pour arrêter les vomissements, c'est là la première indication. Nous employons le laudanum le plus souvent; cependant le chloral que nous avons essayé depuis quelque temps nous a donné de magnifiques résultats. Nous le donnons à la dose de cinq grains par lavement pour un enfant de 5 à 6 mois. La chlorodyne à la dose de trois à quatre gouttes, pour le même âge produit aussi l'effet voulu.

Le lavement sera donné à très petite dose et après une selle, et pourra être répété 2 à 3 fois par jour.

En même temps les contre-irritants légers seront appliqués sur la région épigastrique et le ventre. L'eau fraîche est donnée librement au petit malade, et doit constituer une diète véritable. Ce n'est que lorsque l'irritation est bien calmée que nous conseillons l'alimentation.

---

## Bibliographie.

---

**MANUEL DES MALADIES DES FEMMES.**—*Leçons cliniques professées par Lombe Atthill, professeur à l'Université de la Rotonde, etc.—(avec figures dans le texte.) Ouvrage traduit sur la 6e édition anglaise par le Dr J. P. LAVOIE, professeur agrégé à l'Université Laval, Québec.*

Nous accusons réception de l'ouvrage ci-dessus qui nous est adressé par notre confrère et concitoyen le Dr Lavoie.

Dans un pays où on entend parler si fréquemment les deux langues par le même individu, il semblerait tout d'abord que le rôle de traducteur n'offre pas grande difficulté; cependant il est très facile de constater, en médecine au moins, que c'est là un ouvrage ingrat, dont le succès constitue un mérite sérieux. M. le Dr Lavoie pour premier essai, a choisi un sujet très important et des plus pratiques, nous avons constaté en effet que très peu d'entre nous possèdent beaucoup de connaissances pratiques en gynécologie, et que, soit difficulté de sujet, soit rareté de matériaux cliniques, soit caractère moral de notre population, cette branche de la science médicale, n'a pas parmi nous marché de pair avec les autres. Le nom du clinicien de la Rotonde est assez favorablement connu pour se dispenser de nos éloges. Nous avons souvent entendu reprocher la brièveté de ses descriptions, mais si c'est là un défaut pour le gynécologiste expérimenté, c'est peut-être une qualité pour l'immense majorité des praticiens, et surtout pour les élèves en médecine.

Nous croyons donc que M. le Dr Lavoie a fait là une œuvre utile, et nous ne faisons en cela que couronner les éloges qui lui ont déjà été faits en Europe par des autorités compétentes.

Nous recommandons donc ce petit manuel qui sous une forme concise (345 pages) et élégante, résume les connaissances élémentaires les plus pratiques et les plus nécessaires au médecin. Le traducteur nous informe que l'ouvrage sera sous peu mis en vente dans nos librairies de Montréal. On aura d'ailleurs les renseignements nécessaires à ce sujet, dans la prochaine livraison de l'*Union*.

---

### Brochure reçue.

---

*The presence of the Micrococcus in the Blood of Malignant Measles; its importance in treatment, by JOHN M. KEATING, M.D., Philadelphia.*

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

Départ.—M. le Dr J. P. Rottot, doyen de la Faculté de Médecine à l'Université Laval (Montréal) est parti samedi le 2 septembre pour l'Europe.

---

Contribution des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens P. Q.—A la séance du 10 mai dernier, il a été résolu par le Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens, que M. C. E. de Lamirande serait désormais seul autorisé à collecter la contribution annuelle des membres du Collège.

Nous avertissons en conséquence nos confrères qu'ils devront désormais s'adresser à C. E. Lamirande, 55 rue St Jacques, Montréal.

---

M. le Dr T. G. Roddick a remplacé M. le Dr Molson à la rédaction du *Canada Medical and Surgical Journal*.

---

Montreal General Hospital.— Le rapport du bureau des gouverneurs de l'institution sus-mentionnée pour le quartier finissant le 31 juillet constate que :

579 patients ont été admis pendant ce quartier, dont 570 ont suivi un traitement complet ; qu'il y a eu 43 décès, dont 13 dans les trois jours qui ont suivi l'admission. Nombre total de jours à l'hôpital 11,863, soit une moyenne de 20-81 jours par patient.

Patients restés du quartier précédent 113 ; admis pendant le quartier 579 ; congédiés pendant le quartier actuel 527 ; morts 43 ; restant à l'hôpital 127.

Les 570 patients traités pendant ce quartier se classifient comme suit : hommes 359, femmes 211, patients ordinaires 427, payant dans les salles publiques, 125, patients privés. 18 ; catholiques romains 251, protestants 302, autres religions 17

Le revenu pendant le quartier a été de \$5,752.74 la dépense de \$9,084.89.

---

**Jugements.** — Liste des jugements rendus en faveur du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, depuis le 1er mai 1881 jusqu'au 1er juillet 1882.

**CHARLATANS.**—John Rosco, Montréal, jugement rendu en mai 1881. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison.

Richard Birch, East Templeton, jugement rendu en novembre 1881. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison. L'individu a laissé la province.

Denis Dragon, Montréal, jugement rendu en juin 1881. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison. L'individu a laissé la province.

Joseph Quintal, Longueuil, jugement rendu le 31 octobre 1881. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison.

Joseph Randpré, Ste Anne de la Pérade, a confessé jugement le 11 juin 1881, et payé \$25 et les frais.

Gabriel Courchène, La Baie, Yamaska, a confessé jugement le 25 octobre 1881. A payé \$25 et les frais.

Jérôme Fiset, Québec, jugement rendu en novembre 1881. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison.

Mathieu Souvielle, Montréal, a confessé jugement et a payé \$25 et les frais, 25 oct. 1881.

Dame Jean Rousselle, alias Le Petit, Québec, jugement rendu le 14 février 1882. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison.

John F. Gove, Stanstead, a confessé jugement le 2 mai 1882 et a payé \$25 et les frais.

Michel Garon, Montréal, jugement rendu en novembre 1881. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison.

Jean Jacques *alias* Leblond, St Pierre les Becquets, jugement rendu le 7 avril 1882. Pénalité \$25 et les frais ou 8 jours de prison.

John Rasco, Hull, P. Q., jugement rendu en janvier 1882. Pénalité \$25 et les frais ou 30 jours de prison. L'individu a laissé la province de Québec.

Dame Ant. Guertin, Montréal, a confessé jugement et payé \$10.00.

Théodore Davis Whiteher, Beebe Plain, jugement rendu le 30 juin 1882. Pénalité \$100 et les frais ou 30 jours de prison.

**SAGE FEMME.**—Dame Margaret McIntosh, Montréal, a confessé jugement et payé \$20 en oct. 1881.

**SAGE FEMME SANS LICENCE.**—Dame Emélie LeBrun, Saint Benoît, a confessé jugement. A payé \$15 et les frais, 8 octobre 1881.



**Hygiène.** — L'Académie de Médecine de Paris, dit le *Journal d'Hygiène*, vient de décider sur la question suivante, posée par le ministre de l'Instruction Publique : " combien de temps un élève atteint de maladie contagieuse doit-il être éloigné de ses camarades ? " Que le temps requis de la *quarantaine* devait être de *quarante jours*, ni plus ni moins." Cette décision a donné lieu à une critique mordante de l'habile rédacteur du journal d'Hygiène, le Dr de Pietra Santa, qui déclare hautement que cette décision touche de plus près le ridicule que la prudence, vingt-cinq jours au plus d'après lui étant suffisants.

Ce serait peut-être le cas de dire avec Pietra Santa le fameux proverbe : Qui veut trop prouver ne prouve rien.

---

## VARIÉTÉS.

---

**Nombre des médecins.**—D'après des calculs faits par l'Académie de Médecine de Paris, il y a actuellement 189,000 médecins dispersés à la surface du Globe. Ils se repartissent comme suit : Etats-Unis, 65,000 ; France, 26,000 ; Allemagne et Autriche, 32,000 ; Grande Bretagne et ses colonies, 35,000 ; Italie, 10,000 ; Espagne, 5,000.

---

Il y a au Canada un médecin par 1,200 habitants pendant qu'en Angleterre il y en a un par 1,672 et en Allemagne un par 3,000. Mais aux Etats-Unis il y en a un par 600. Il en est de même des avocats. Il est bien connu qu'en Amérique il y a trop d'hommes de profession.

---

Il est établi que les juifs respectant et suivant partout les lois de Moïse, vivent plus longtemps, ce qui prouve la supériorité hygiénique des lois du grand législateur : D'après le Dr Richardson la mortalité des enfants, par exemple, qui est si élevée partout, surtout à Montréal, ne dépasserait pas chez eux 10%. L'âge moyen de l'existence juive est de 48 ans. Un quart des juifs atteignent 71 ans, un quart 59 ans 10 mois. Ces chiffres

sont plus qu'éloquents, et il est curieux de constater qu'il faut remonter au temps le plus reculé, à l'époque biblique pour trouver les vraies notions sanitaires les plus utiles à l'homme.

**Moyenne de la vie en Amérique.**—Nous trouvons dans les statistiques officielles du Massachussets, le tableau suivant faisant connaître la moyenne de la vie humaine en Amérique, qui est supérieure à celle que nous fournit M. Villerme, sur la vie humaine en France :

Gentlemen.....	68 ans.	Charpentiers.....	49 ans.
Juges.....	65 —	Maçons.....	48 —
Fermiers .....	64 —	Voyageurs.....	46 —
Agriculteurs .....	64 —	Tailleurs .....	44 —
Banquiers .....	64 —	Peintres.....	43 —
Officiers publics.....	57 —	Mécaniciens .....	43 —
Prêtres.....	56 —	Éditeurs .....	40 —
Marchands .....	51 —	Musiciens .....	39 —
Médecins.....	51 —	Pharmaciens .....	39 —
Bouchers .....	50 —	Professeurs, etc.....	34 —

**Les chemins de fer.**—Au dernier Congrès international de Londres on a vivement discuté la question de *l'influence des chemins de fer sur le système nerveux des voyageurs*. Croyez-vous que cette question puisse avoir beaucoup de vogue aux Etats-Unis ?

**Nécrologie**—M. PIDOUX (Hermann), ancien médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, ancien inspecteur des Eaux-Bonnes, est décédé jeudi le 10 août, dans sa soixante-quatorzième année.

Né en 1808 à Orgelet (Jura), il vint faire ses études médicales à Paris, où il fut reçu docteur en 1835. C'est au début de sa carrière qu'il se lia, avec Trousseau, d'une amitié qui, malgré leur différence de caractère, de talent et de tempérament, ne se démentit jamais, et dont le principal résultat a été un *Traité de thérapeutique et de matière médicale* que l'on trouve dans toutes les bibliothèques médicales en France, aussi bien qu'à l'étranger. La première édition de cet ouvrage est de 1839. Pidoux a publié divers mémoires empreints d'un spiritualisme consolant, et dont la forme élégante a été remar-

quée. Son dernier livre sur le *Sang*, publié en 1879, mérite d'être lu. Il avait été reçu de l'Académie en 1864, prenait part souvent aux discussions lorsqu'un sujet touchant à la philosophie de la médecine se trouvait engagé. Il était écouté de ses collègues. Pidoux laisse la réputation d'un médecin intègre et consciencieux. Ses obsèques ont eu lieu samedi dernier et M. Dujardin-Beaumetz a prononcé sur sa tombe les paroles d'adieu de l'Académie.

### NAISSANCES.

BOUCHARD.—En cette ville, le 10 août, au No 57 rue Visitation, la dame du Dr J. B. Bouchard, une fille.

PHÉNIX.—A Saint-Sébastien, le 24 août, la dame du Dr T. Phénix, une fille.

### MARIAGES.

DEBLOIS-DUGAL.—Le 13 août à l'Eglise St-Roch, Québec, le Dr Philius DeBlois, de St-Henri, conduisait à l'autel Mlle Marie Virginie Mathilde Dugal, fille de Sieur Ignace Dugal, de St-Roch.

Le mariage a été célébré par M. l'abbé C. Légaré, V. G., oncle de la mariée.

PAINCHAUD-RICARD.—En cette ville à l'église Notre-Dame, lundi le 21 août, par M. l'abbé Desrochers, Romuald-Edouard Painchaud, écr. marchand, à Mademoiselle Maria-Julie-Elizabeth Ricard, fille aînée de Arthur Ricard écr. M. D. de Montréal.

### DÉCÈS.

ARCHAMBEAULT.—A Saint-Antoine, rivière Chambly, le 6 août, à l'âge de quatre mois et douze jours, Marie-Nadine-Marguerite-Hélène, enfant du Dr J. A. Archambeault.

MIGNAULT.—A Acton Vale, le 9 août chez son grand-père, à l'âge de dix mois et quinze jours, Pierre-Lucien-Victor, enfant du Dr Victor Mignault, de Lawrence, Mass, E. U.

CRAIG.—A Montréal, le 24 août, à l'âge de 80 ans et 1 mois, Dame Marie-Louise Lebœuf, veuve de feu André Craig, Ecr., et mère de M. le Dr A. B. Craig, de Montréal.

LANCOT.—A Saint-Henri de Montréal, le 30 août, Marie-Clara-Geraldine, âgée de cinq mois, enfant de J. Lanctot, Ecr., M.D.