

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

L'UNION MÉDICALE

DU

CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE

PARAISANT TOUS LES MOIS

VOLUME XI



MONTREAL :

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

1882

L'EXTRAIT DE MALT a presque remplacé l'huile de Foie de Morue dans le traitement de la phthisie et autres maladies de ce genre à l'Hôpital de Bâle.—Encyclopédie de Ziemssen, vol. 16, page 474.

TROMMER EXTRACT OF MALT } APPROUVÉ PAR TOUTE LA PROFESSION. } PREPARATION MAGISTRALE.

"The Trommer Extract of Malt Company" garanti à la Profession Médicale l'excellence de la qualité et la pureté absolue de leur EXTRACT OF MALT et de tous ses composés.

Vol. 11

JANVIER 1882

No. 1

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr A. LAMARCHE,

Dr S. LACHAPELLE

et Dr E. H. DESROSIERS.

L'UNION

paraît au commencement de chaque mois.

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



Adresse de la Rédaction :

Boite 2040 Br. de Poste
MONTRÉAL.

ABONNEMENT :

\$3.00 par Année
payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTIMS.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. — La papille dans quelques affections cérébrales, par le Dr A. A. Foucher, prof à l'Université-Laval, Montréal (Suite). — Expertise médico-légale dans le procès Hayvern, par A. Vallee, M.D.L., Médecin-visiteur de l'Asile d'Aliénés de Beauport — Chimie médicale ; l'urine, par le Dr N. Fafard. 1	BULLETIN. — Avis. — Le Dispensaire de la Pointe Saint-Charles. — Hôpital Notre-Dame. 31
REVUE DES HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal, par le Dr E. H. Desrosiers, médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal. 18	NOTES ET COMMENTAIRES. — Traitement des brûlures par le bicarbonate de soude. — Traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Pilocarpine et diphthérie. — Propriétés antipyrétiques de l'acide carbonique. — Traitement du frisson de la fièvre intermittente. 36
REVUE DES JOURNAUX. PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES. — Litholapaxie ou lithotritie rapide avec évacuation d'après la méthode de Bigelow. 25	NOUVELLES MÉDICALES. — Banquet à l'Hôpital Notre-Dame. — Banquet au Dr E. P. Lachapelle. — Nominations. — Démission de M. Vulpian. — Démissions. — Livre reçu. — Brochures reçues. 39
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — Mixture de thymol contre la diphthérie. — Comment administrer le tannin. 30	VARIÉTÉS. — Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. — Université-Laval ; Faculté de Médecine. — Le professeur Bouillau ! — Naissance. — Mariage. — Décès. 42

Administration, à la Compagnie d'Imprimerie Canadienne
30, RUE SAINT-GABRIEL, MONTRÉAL.

A LA PROFESSION MEDICALE

LACTOPEPTINE

Nous avons réussi, après une longue série de soigneuses recherches à en produire les différents éléments à l'état de pureté absolue et exempts du goût et d'odeur désagréables (la couleur en a aussi été légèrement changée.) Nous nous flattons d'avoir par ce moyen grandement augmenté ses propriétés digestives et nous pouvons affirmer sans hésitation que la Lactopeptine telle que nous la produisons est un digestif aussi parfait qu'il est possible d'en produire.

FORMULE DE LA LACTOPEPTINE.

Sucre de lait.....	40 onces.	Diastase ou Ptyaline vég.	4 drachmes.
Pepsine	8 onces.	Acide lactique.....	5 fl. drachmes.
Pancréatine.....	6 onces.	Acide hydrochlorique.	5 fl. drachmes

La LACTOPEPTINE doit son grand succès entièrement à la profession médicale et se vend presque exclusivement par prescription. Son emploi presque universel par les membres de la profession est la meilleure preuve que nous puissions donner de ses qualités thérapeutiques.

Les soussignés ayant fait usage de la LACTOPEPTINE, recommandent son emploi.

- ALFRED L. LOOMIS, M. D., *Professeur de Pathologie et de Pratique de la Médecine, Université de la Cité de New-York.*
- SAMUEL R. PERCY, M. D., *Professeur de Matière Médicale, Collège Médical, New-York.*
- F. LE ROY SATTERLEE, M. D., Ph. D., *Professeur de Chimie, Mat. Med. et Therap. au Collège de Dent de New-York; Prof. de Chim. et d'Hygiène au Collège Vet. Am., etc., etc.*
- JAS. AITKEN MEIGS, M. D., Philadelphia, Pa., *Professeur des Institutes de médecine et de Jurispr. méd. au Coll. méd. de Jefferson, médecin à l'hôpital de Penn.*
- W. W. DAWSON, M. D., Cincinnati, Ohio, *Prof. de princ. et de prat. de Chirurgie au Coll. méd. d'Ohio, chirurgien à l'hôpital du Bon Samaritain.*
- ALBERT F. A. KING, M.D., Washington, D. C., *Prof. d'Obstétrique à l'Université de Vermont.*
- D. W. YANDELL, M. D., *Professeur de la science et de l'art de la Chirurgie et de Clinique chirurgicale à l'Université de Louisville, Ky.*
- L. P. YANDELL, M. D., *Professeur de Clinique médicale, de maladies des enfants et de Dermatologie, Université de Louisville, Ky.*
- ROBERT BATTERY, M. D., Rome, Ga., *Professeur Emérite d'Obstétric, Collège de Médecine d'Atlanta, Ex-Président de l'Association Médicale de Georgie.*
- CLAUDE H. MASTIN, M. D., LL. D., Mobile, Ala.
- PROF. H. C. BARTLETT, Ph. D., F. C. S. London, England.

LISTE DES PRIX.

LACTOPEPTINE (par bouteilles d'une once).....	à l'once	\$ 1.00
“ (par bouteilles 1/2 lb.).....	par doz.	10.00
“ (par bouteilles 1/2 lb.).....	par lb.	12.00

Nous préparons aussi la Lactopeptine combinée avec différents Elixirs ou Sirops.

ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE de NEW YORK,

10 et 12, PLACE DU COLLEGE, NEW YORK.

Agents en Gros: LOWDEN & CO., Toronto, Ont.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE
ET H. E. DESROSIERS.

Vol. XI.

JANVIER, 1882.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La papille optique dans quelques affections cérébrales.

Lecture faite à la Société Médicale par le Dr A. A. FOUCHER, Prof.
d'Ophthalmologie à l'Université-Laval. Montréal.)

Suite.

La névrite optique, bien qu'elle se présente dans le cours de certaines maladies autres que celles du cerveau, offre cependant des rapports très intimes avec les affections encéphaliques. La raison de ces rapports ne réside pas exclusivement dans le voisinage du nerf optique et du cerveau.

Les inflammations qui se propagent, par continuité de tissu, les névrites descendantes, sont rares. Le plus souvent, la névrite consiste en un œdème qui coïncide avec un état analogue du cerveau et avec l'hydrocéphalie.

Selon quelques auteurs, cet œdème du nerf optique serait dû à un épanchement qui fuserait entre les gaine externe et interne,

dans l'espace de Schawlbe. Toute affection cérébrale capable de provoquer l'hydrocéphalie et l'œdème peut produire, par là même, un œdème de la papille. Dans la méningite tuberculeuse il n'est pas rare de rencontrer la névrite optique; or, dans ces cas, l'épanchement ventriculaire est une complication fréquente et les lésions de la papille tiennent à l'hydrocéphalie et non pas à une altération du voisinage, à l'inflammation des méninges ou du cerveau (Parineau).

Ces assertions perdraient de leur valeur si elles n'avaient pas pour elles l'appui de l'anatomie pathologique. Heureusement, des autopsies nombreuses ont démontré que dans tous les cas où la méningite s'est compliquée de névrite optique l'hydrocéphalie existait, et le plus souvent, très abondante. Cependant l'hydrocéphalie peut exister sans produire cette névrite.

Dans ce cas, l'épanchement n'est pas en général très abondant, ou peut coïncider avec une boîte crânienne susceptible de se laisser distendre, comme chez les jeunes sujets, aussi longtemps qu'il n'y a pas consolidation des os. C'est pour cette raison que la névrite ne s'observe pas plus souvent dans l'hydrocéphalie congénitale. Pour que l'épanchement ventriculaire puisse développer la névrite, il faut qu'il trouve dans les parois du crâne une résistance suffisante pour augmenter la tension intra-crânienne.

Chez les jeunes enfants, les parois du crâne sont en grande partie membraneuses et se laissent distendre par le liquide, de sorte que le cerveau n'a pas à supporter une pression bien considérable. C'est probablement à l'absence de cette compression qu'il faut attribuer le peu d'obstacle apporté au développement physique et intellectuel des enfants atteints d'hydrocéphalie lorsque l'épanchement reste stationnaire. Parineau.

Les tumeurs cérébrales s'accompagnent souvent de névrite optique, mais ce symptôme n'est pas caractéristique de la lésion et lorsqu'il manque il peut encore exister une tumeur cérébrale. Si cette tumeur existe avec un épanchement, la névrite optique pourra alors faire son apparition.

Ainsi, pour qu'il y ait névrite optique il faut observer les symptômes suivants: épanchement, œdème cérébral, pression intra-crânienne. Pour que cette dernière se produise, il faut que les parois du crâne offrent une résistance suffisante et que l'épanchement soit suffisant.

Tel est du moins l'enseignement qui ressort de la généralité des faits observés jusqu'à ce jour et que vient confirmer l'observation suivante que je dois à l'obligeance de M. le Dr Desrosiers.

OBSERVATION II.

Abcès enkysté du cerveau. Névrite optique.

F. X. T....., age 43, d'apparence assez robuste, mais adonné à l'usage des alcooliques, est conduit à l'Hôpital Notre-Dame vers le 1er août. Il est encore sous l'influence des spiritueux. Pendant la nuit il est tombé du haut du mur de revêtement — sur la tête—Il y a lésion simple du cuir chevelu. Aucun symptôme cérébral. La blessure est pansée et le malade renvoyé chez lui. Depuis ce temps jusque vers le 6 Octobre, il se plaint presque continuellement de céphalalgie.

Peu de jours après l'accident il eut dit-on, un écoulement séro-sanguinolent par l'oreille droite, lequel fut remplacé ensuite par un écoulement purulent qui existait encore au moment où le malade entra à l'Hôpital pour la seconde fois, le 21 octobre.

Le 6 octobre la céphalalgie devint plus intense, mais les parents du malade ne remarquèrent rien de particulier encore du côté du cerveau et des autres organes. Le 20 le malade se réveille aphasique. Il a des vomissements pendant toute la journée. La céphalalgie est intense. Le 21, encore des vomissements dans la matinée. Dans le cours de l'après-midi le malade est interné, à l'Hôpital, salle St-Joseph, No 5, service de M le professeur Laramée.

Le pouls est à 72. Température 102°. Aphasie à peu près complète; le malade ne peut montrer sa langue quel qu'effort qu'il fasse. Les quelques mots qu'il parvient à articuler lui coûtent aussi des efforts inouïs.

Pas de vomissements, pas de convulsions: le malade est calme. On prescrit des applications froides sur la tête, et, à l'intérieur, le bromure de potassium à haute dose. Le soir, la température est à 103°. Même état général. Les selles et l'urine sont passées involontairement. On continue le même traitement, et de plus un vésicatoire sur la nuque. Le soir, le pouls est à 100. Température 103°. Face vultueuse. Conjonctives injectées.

Toujours aphasique, le malade n'articule aucun son. A l'ophtalmoscope la papille apparaît œdématisée. Les bords sont diffus, les vaisseaux nombreux et turgescents, indice d'une névrite optique.

Le 23 A. M., pouls 112. Température 102°. Respiration normale, même état général. Pas de vomissements. Dans le cours de l'après-midi la respiration s'accélère, la face devient plus vultueuse encore. Le malade est incapable de clore complètement les paupières.

A 7 hrs p. m. Pouls 144. Température 103°. Respiration 60. On perçoit des râles humides à la partie postérieure des deux poumons. Carphologie. L'examen ophthalmoscopique révèle un œdème de la papille plus considérable encore qu'hier soir et plus prononcé à droite qu'à gauche.

A 11½ hrs p. m. Pouls 160. Température 104°. Respiration 68. Le 24 vers 3 hrs a. m. le malade éprouve des mouvements convulsifs de tous les membres. Ces mouvements se répètent encore vers 6 hrs et le malade meurt à 7 hrs.

Autopsie le 26, 81 heures après la mort. Les méninges sont fortement congestionnées et les sinus gorgés de sang noir. On découvre quelques adhérences partielles entre les deux feuillets de l'arachnoïde, surtout au niveau de la scissure inter-hémisphérique.

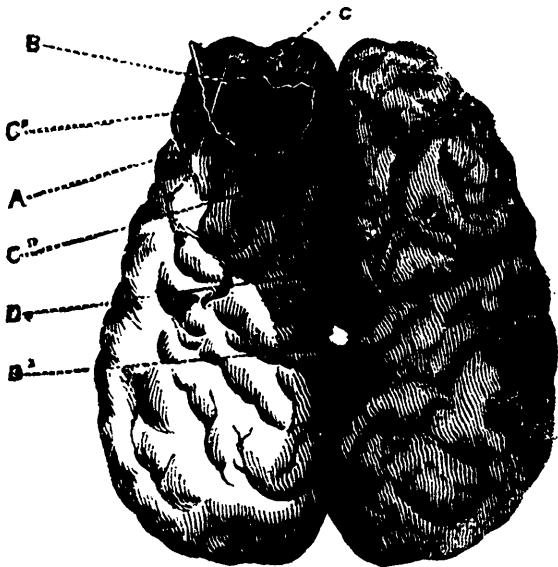


FIG. 2.

- A.—Cavité de l'abcès.
 B.—Paroi supérieure du kyste.
 C C C.—Zone infiltrée.
 D D.—Siège des adhérences membraneuses.

La partie antérieure du lobe gauche présente un ramollissement considérable et on y constate de la fluctuation. A cet endroit, sur un espace d'environ deux pouces carrés, les méninges

sont enflammées, épaissies et adhérentes les unes aux autres. En les enlevant on ouvre la cavité d'un abcès enkysté occupant le $\frac{2}{3}$ antérieurs du lobe frontal gauche et contenant une once de pus. Il y a une infiltration considérable de sérosité dans le tissu cérébral tout autour du foyer.

Une incision pratiquée dans ce tissu infiltré laisse échapper une grande quantité de sérosité.

Cette observation, outre qu'elle offre à l'étude un fait pathologique assez rare, l'abcès enkysté du cerveau, est intéressante à d'autres points de vue, celui des localisations cérébrales et des rapports qui unissent la névrite optique aux épanchements et aux œdèmes cérébraux.

Depuis que Broca a rappelé l'attention des médecins sur les phénomènes qu'on observe du côté du langage articulé quand l'hémisphère gauche et plus particulièrement le bord supérieur de la scissure de Sylvius, dans la moitié ou le tiers postérieur de la 3^e circonvolution frontale est affecté, des faits pathologiques nombreux sont venus donner un grand poids aux idées émises par cet homme éminent. L'observation que je viens de relater paraît confirmer plus ou moins cette manière de voir.

En effet, la lésion cérébrale occupe l'hémisphère gauche du lobe frontal (des $\frac{2}{3}$ postérieurs), et nous avons constaté, pendant la vie, tous les signes de l'aphémie. Mais passons à ce qui a trait plus particulièrement au sujet qui nous occupe. L'anatomie pathologique démontre dans notre cas des relations évidentes entre la névrite optique et l'épanchement cérébral. Y a-t-il eu pression intra crânienne, nous l'ignorons, mais il y a eu collection purulente dans la substance cérébrale avec œdème cérébral au dessous du foyer et ceci nous paraît suffisamment concluant en faveur des idées qui ont cours dans l'état actuel de la science au sujet de l'étiologie de la névrite et de sa valeur diagnostique.

Il nous reste à examiner comment les épanchements peuvent produire la névrite.

On avait d'abord cru que la névrite dépendait d'une compression du sinus caverneux. Cette compression déterminait une gêne de la circulation dans la veine centrale de la rétine qui se déverse dans ce sinus et l'œdème papillaire résultait de cette stase veineuse. Mais il a été démontré que la veine ophthalmique communique avec la circulation faciale; d'un autre côté, on a fait observer que les parois du sinus sont ostéo-fibreuses et offrent ainsi une résistance considérable. Un obstacle à la circulation du sinus caverneux, quoique la veine centrale de la rétine trouve une voie nouvelle dans la circulation faciale, doit expliquer ces dilatations veineuses que l'on

remarque souvent au cours de quelques affections cérébrales sans qu'il y ait névrite.

Dans la névrite optique, si la dilatation veineuse ne résulte pas d'une compression du sinus caverneux, elle peut tenir à une compression de la veine centrale de la rétine par le liquide sous arachnoïdien refoulé dans l'espace vaginal du nerf optique. compression qui aurait pour effet d'augmenter la stase papillaire.

Si la pression intra crânienne contribue à la production de la névrite ce doit être par un autre mécanisme que par la compression du sinus caverneux, puisqu'on a vu des tumeurs d'un volume considérable siégeant à ce niveau, ne produire aucun symptôme de névrite.

Schwalbe, en décrivant l'espace compris entre les deux gaines du nerf optique, et en établissant les communications de cet espace avec la cavité crânienne, a ouvert la voie à de nouvelles théories.

Il paraît aujourd'hui démontré, par de nombreux faits cliniques, que cette communication existe. On a vu des liquides, tels que de la sérosité, du pus, du sang épanché dans le crâne, fuser dans l'espace en question. M. de Wecker cite le cas d'un cavalier qui jeté violemment hors de sa monture perdit la vue à la suite du choc qu'il éprouva à la tête. L'examen de la papille révéla l'existence d'une hémorrhagie venant de la gaine et se répandant à la partie supérieure du bord papillaire à l'image renversée, le sang suivant par conséquent, la voie la plus déclive.

Dans la névrite on trouve le gonflement de la papille et la dilatation des veines de la rétine, il est important de savoir si l'œdème est dû à la stase veineuse ou si la stase veineuse est due à l'œdème.

Il est plus probable que la dernière supposition est vraie car la stase veineuse se remarque dans plusieurs affections telles que les maladies du cœur, etc., sans qu'il en résulte d'œdème. L'œdème n'étant pas dû à la stase veineuse, quelques auteurs entr'autres Manz et Giraud Teulon, ont cru que les liquides céphalo-rachidiens refoulés par la pression crânienne trouvaient une issue dans le nerf optique et se rendaient jusqu'à la papille elle même. D'autres auteurs, parmi lesquels figurent Robin et Schwalbe, croient que l'œdème papillaire est dû à une gêne de la circulation lymphatique. Selon eux, le nerf optique contiendrait des vaisseaux lymphatiques qui iraient se déverser dans les espaces lymphatiques du cerveau les ventricules en particulier, qui formeraient de vastes réservoirs.

Le liquide céphalo-rachidien augmentant, la tension de la cavité qui le contient s'accroît et il se produit un obstacle à la circulation lymphatique de retour dans l'encéphale.

Les éléments de la lymphe sont retenus dans les tissus et produisent un œdème.

Tel serait l'œdème cérébral dans l'hydrocéphalie, tel serait l'œdème du nerf optique qui peut être considéré comme un véritable prolongement de l'encéphale. Si le nerf optique a une circulation lymphatique commune avec le cerveau, il est naturel qu'il participe aussi à l'œdème cérébral.

Ainsi comprise, la névrite optique peut se développer dans les affections cérébrales les plus diverses, parce que toutes peuvent se compliquer d'hydrocéphalie.

L'endroit du nerf où cet œdème est le plus favorisé est l'extrémité intra-oculaire. Un peu plus loin, dans toute l'étendue de son trajet intra-orbitaire, la gaine interne envoie des prolongements dans l'intérieur du nerf qui font l'effet d'un bandage compressif et qui empêchent la stase lymphatique dans le nerf lui-même et la favorisent au contraire à son extrémité périphérique. Un bandage compressif appliqué méthodiquement empêche l'œdème de se produire, ou fait disparaître celui qui existe déjà, mais si ce bandage ne comprend pas l'extrémité périphérique, il produira un effet absolument inverse.

Ainsi en est-il du nerf optique qui par sa texture particulière favorise et augmente l'œdème papillaire (Parinaud). Cette théorie de la névrite telle que développée par M. Parinaud est susceptible de quelques objections. Elle semble avoir pour elle l'appui de l'anatomie pathologique, mais il y a des faits qui nous commandent de l'accepter avec réserve. Ainsi, par exemple, un épanchement sanguin entre les gaines ne provoque pas de névrite, mais une simple atrophie. En outre, que de fois pendant la période d'état de la névrite, l'état cérébral reste tellement satisfaisant qu'il est presque impossible d'admettre qu'une infiltration de sérosité ait désorganisé la pulpe encéphalique.

Que penser, par exemple, de la névrite optique que l'on remarque dans le cours de la syphilis, de l'albuminurie, du diabète, de l'intoxication saturnine. Peut-on admettre que ces différentes maladies produisent la névrite par œdème et épanchement cérébral. lorsque, la plupart du temps, on remarque si peu de troubles du côté des fonctions du cerveau.

Pourtant, la névrite optique révèle l'existence d'une accumulation de liquide entre les deux gaines, et le microscope a démontré que ce liquide ne se formait pas sur place comme conséquence d'une inflammation des gaines. On est dès lors conduit

à admettre qu'il vient de l'intérieur du crâne et n'est autre chose que le liquide arachnoïdien qui a fusé dans l'espace vaginal.

Brown-Séguard, Jackson et Benedict admettent que l'inflammation des papilles est due à des troubles vasomoteurs, dépendant eux-mêmes de l'irritation de certaines parties du cerveau. Cette opinion est soutenue avec talent par M. le Dr Abadie, on réplique qu'elle ne peut être ni rejetée ni acceptée parce qu'elle est rationnelle, mais qu'elle demande confirmation par l'anatomie et la physiologie cérébrales. Telles sont, en résumé, les théories qui font le thème des discussions savantes pour interpréter la pathogénie de la névrite optique. Nous avons voulu ici les exposer et non les juger.

Ce qu'il nous importe de connaître, c'est que très souvent la névrite optique est symptomatique d'une affection cérébrale ou d'une maladie générale. Dans le premier cas, on trouve assez souvent des vomissements, des céphalalgies, des névralgies oculaires et périorbitaires. L'hémiplégie et les paralysies des muscles moteurs de l'œil, en particulier de la troisième paire, indiquent bien qu'il s'agit là d'une lésion cérébrale dont on peut même arriver à préciser le siège. D'après des statistiques faites sur des cas de tumeurs cérébrales, la vue est altérée à peu près dans le quart des cas environ. Galezowski, sur 50 cas de névrite optique par tumeurs cérébrales, a noté que les parties du cerveau étaient intéressées dans l'ordre suivant, par la fréquence et le siège d'élection; d'abord, le cervelet et ses pédoncules, puis, les hémisphères antérieurs du cerveau, le lobe postérieur, les couches optiques, le chiasma et le bulbe.

Les autres maladies susceptibles de produire la névrite sont l'albuminurie, la glycosurie, l'intoxication saturnine, alcoolique, l'empoisonnement par l'oxide de carbone, la syphilis, les lésions cardiaques et les traumatismes du crâne et de l'orbite. Mais de toutes ces causes les maladies générales diathésiques sont les plus rares et bien souvent la névrite dans ces cas, n'affecte pas une forme analogue à celle qui résulte des affections cérébrales. Ainsi, dans la rétinite de Bright, la papille n'atteint pas un degré aussi élevé que dans la neuro-rétinite. Si dans la névrite albuminurique la région péripapillaire proémine sensiblement dans l'œil, la saillie qu'elle fait ne tranche pas avec la périphérie qui est saine d'une façon aussi abrupte que dans la neuro-rétinite des tumeurs cérébrales. De plus, dans la maladie de Bright, on trouve souvent parsemées dans la rétine, et surtout à la région de la macula, des plaques blanches brillantes qu'on ne trouve pas dans la névrite de cause cérébrale.

Si la découverte de l'albumine dans l'urine peut nous fournir des renseignements précieux, il faut se rappeler qu'une tumeur cérébrale peut aussi se compliquer de maladie de Bright.

Quant à ce qui regarde les lésions du nerf optique dans les maladies de l'encéphale, nous terminons ce que nous avons à dire à ce sujet par des conclusions.

Ces conclusions sont tirées d'un mémoire important et très élaboré dû à M. Parineau et publié dernièrement dans les annales d'oculistique. Nous y joindrons les conclusions d'un autre mémoire de M. Panas.

Nous les reproduisons textuellement :

“ Les différentes affections intra-craniennes ne produisent la névrite œdémateuse (stauungs papille) qu'autant qu'elles se compliquent d'hydrocéphalie.”

“ Dans la méningite aigue en particulier, on ne peut établir aucun rapport entre l'intensité de l'inflammation et le siège des exsudats, les lésions encéphaliques et l'altération de la papille, qui par contre s'accompagnent constamment d'épanchement ventriculaire.”

“ Dans les tumeurs cérébrales le siège et le volume des productions morbides n'ont qu'une importance secondaire. La névrite optique peut manquer avec des tumeurs volumineuses et s'observer avec des néoplasies très petites si elles se compliquent d'hydrocéphalie.”

Pour produire la névrite optique, l'hydrocéphalie doit elle-même être assez abondante et trouver dans les parois du crâne une résistance suffisante pour modifier la tension intra-crânienne.”

“ Les différentes théories par lesquelles on a expliqué le retentissement de la pression crânienne sur la papille sont insuffisantes. Celle qui rapporte l'altération du nerf optique à la stase veineuse est à la fois contraire à l'observation clinique et aux résultats fournis par l'expérimentation. Il n'y a pas de relation immédiate bien évidente entre la pression intra-crânienne et la circulation du fond de l'œil.

“ La théorie de la névrite par migration, dans laquelle on admet le refoulement du liquide céphalo rachidien, ou des exsudats inflammatoires du crâne jusque dans la lame criblée et la papille, par l'espace sous vaginal ou le nerf lui-même, bien que plus conforme à l'observation, soulève encore des objections.”

“ On a attribué au liquide épanché dans l'espace sous vaginal une importance exagérée. La névrite optique se produirait tout aussi bien si cet espace n'existait pas. La pression intra-crânienne paraît à elle seule être insuffisante pour retentir sur la papille.

“L'hydrocéphalie ne produit la névrite optique que par l'œdème cérébral qu'elle provoque. L'œdème du nerf est de même nature que celui du cerveau; il est la conséquence de la stase lymphatique causée par l'épanchement ventriculaire. Le réseau lymphatique du nerf optique est une dépendance de celui de l'encéphale; il est naturel que le nerf ressent les effets de l'hydrocéphalie au même titre que l'encéphale lui-même.”

“La névrite étranglée qui serait mieux désignée sous le nom de névrite œdémateuse ou simplement d'œdème du nerf optique ne peut fournir aucune indication précise, sur le siège ni sur la nature des affections intra crâniennes qui le produisent. Elle n'a qu'une signification, l'existence de l'hydrocéphalie et de l'œdème cérébral.”

Il y a quelque temps, M. le prof. Panas a présenté à l'Académie de Médecine un mémoire sur la névrite optique d'origine traumatique. Ses observations ont porté sur des cas de fractures du crâne, commotion et contusion cérébrale, blessures de cet organe par armes à feu. Ce travail était fondé sur des observations cliniques et des autopsies. Les conclusions de cet important mémoire s'accordent avec celles de Parinaud, en démontrant que la névrite par traumatisme de même que la névrite accompagnant une tumeur ou une méningo-encéphalite peut reconnaître comme cause immédiate un épanchement dans la cavité crânienne.

Voici les principaux faits établis dans ce travail :

“1o. Malgré la présence d'une stase papillaire symptomatique d'une lésion traumatique du cerveau, l'acuité visuelle peut rester intacte, d'où la nécessité d'examiner indistinctement à l'ophtalmoscope tout individu blessé à la tête, qu'il se plaigne ou non de trouble de la vue.

“2o. Cette stase ne peut, par elle-même, nous faire connaître rien de précis sur la nature, ni la gravité de la lésion encéphalique. Son absence n'indique pas non plus que les lésions des centres offriront moins de gravité.

“3o. La seule conclusion à tirer de la présence de ce signe, c'est que du liquide s'est anormalement épanché dans les méninges ou ce qui revient au même que la pression intra-crânienne est accrue. Dans les deux cas la gaine du nerf peut être envahie par l'épanchement.

“4o. Si l'on se demande pourquoi dans certains cas l'acuité visuelle ne souffre que peu ou point de cette stase, on peut répondre qu'une certaine compression du nerf peut être suffisante pour gêner la circulation en retour du nerf sans l'être assez pour en détruire la conductibilité.”

Comme on le voit, Panas n'interprète pas de la même manière que Parineau la production de l'œdème papillaire.

Pour le premier, l'épanchement intra-crânien fuse entre les gâines du nerf optique et va stagner à l'extrémité intra oculaire de ce nerf.

Pour le second, le nerf optique est le siège d'un œdème de même nature que celui qui envahit conjointement le cerveau.

Il n'y a divergence d'opinion que sur un point secondaire, le fait principal est admis par les deux : pour qu'une lésion cérébrale produise la névrite optique il faut que cette lésion se complique d'hydrocéphalie et que les parois du crâne offrent une résistance suffisante.

Expertise médico-légale dans le procès Hayvern.

Dans le numéro de novembre du *Canada Medical Record* le Dr Howard analyse et commente les témoignages des médecins entendus dans l'affaire Reg. vs Hayvern. Je n'ai pas l'intention d'entrer en discussion avec le Dr Howard, mais je veux expliquer le témoignage que j'ai rendu dans cette cause.

Il est admis que tout homme qui commet un acte criminel est présumé sain d'esprit jusqu'à ce que l'on prouve le contraire. Dans le cas d'Hayvern le Dr Howard avait été appelé par la défense à faire cette preuve de folie. Connaissant la vieille expérience du médecin visiteur de l'asile de la Longue-Pointe, j'étais en droit de m'attendre à une preuve sérieuse et inattaquable. Aussi quelle n'a pas été ma surprise d'entendre l'exposé de son diagnostic et ses théories sur l'impulsion dont le malheureux Hayvern aurait été victime. J'avoue n'avoir jamais vu établir un diagnostic de folie avec aussi peu de précision.

Les trois principaux symptômes que le Dr Howard a trouvés chez le prisonnier sont l'insomnie, la paralysie partielle des nerfs sensitifs et l'abaissement de la température. Les deux premiers symptômes peuvent être importants suivant les circonstances, mais ne sont certainement pas des *signes infail-*libles de folie comme l'a prétendu le Dr Howard. Il faudrait n'avoir pas vu d'autres malades que des fous pour soutenir sérieusement pareille opinion.

Quand à l'abaissement de la température, il se rencontre fréquemment dans l'aliénation mentale, il est vrai, mais avant

d'admettre une température de 92 05 chez un homme qui va et vient tranquillement dans sa cellule, il me faudrait une observation plus rigoureuse que celle faite par le Dr Howard. Comment après avoir trouvé une température aussi extraordinairement anormale, le Dr s'est-il contenté d'une seule application du thermomètre dans l'aisselle sans songer à recommencer l'expérience en changeant de thermomètre et en l'appliquant dans une cavité close. Une dépression quelconque de la température ne serait pas par elle-même une preuve de folie, mais dans tous les cas il faudrait commencer par mettre cette dépression hors de doute.

La conclusion du témoignage du Dr Howard c'est que le prisonnier avait agi pendant un accès de manie épileptique et que par conséquent il n'était pas responsable de son acte. Si l'on admet cette hypothèse ça ne pouvait être qu'un accès de vertige épileptique ou d'épilepsie larvée. Or le vague et l'obtusion des idées, la confusion extrême des souvenirs sont les caractères essentiels de ces attaques. On ne trouve rien d'analogue chez Hayvern. Les témoignages établissent hors de tout doute qu'il a prémédité son crime. Il choisit l'heure et la victime, donne après avoir frappé Salter le motif de son acte: "Tu ne m'appelleras plus C... S..." Le soir dans sa cellule il se rappelle très bien ce qu'il a fait et dit à son gardien qu'il avait voulu se venger. Dans les circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi le crime rien d'incohérent qui permette de soupçonner la folie. Enfin pour invoquer la folie comme moyen de défense encore faut-il qu'il y ait une raison plausible et malgré la meilleure volonté du monde je n'en vois aucune dans le cas qui nous occupe.

Je n'ai jamais dit comme le prétend le Dr Howard que le fait de distinguer le bien du mal était une preuve d'esprit sain; mais il est certain que si l'accusé avait agi sous l'influence d'un accès de manie épileptique il n'aurait pu faire cette distinction du bien et du mal. Quant à ce que m'impute le Dr Howard j'ai seulement dit, en réponse à une question directe qui m'était posée par l'avocat de la Couronne, qu'au moment de la perpétration de l'acte le prisonnier pouvait distinguer le bien du mal, ce qu'il n'aurait pu faire s'il eut été en proie à une attaque épileptique. J'aurais pu ajouter, pour compléter ma pensée, qu'il jouissait de son libre arbitre et qu'il pouvait choisir entre le bien et le mal.

Je sais tout aussi bien que le Dr Howard qu'un fou peu distinguer le bien du mal et j'ai admis cela implicitement en reconnaissant la possibilité de l'impulsion irrésistible. En effet dans l'impulsion irrésistible, le patient ne perd pas toujours

le sentiment du juste et de l'injuste, du bien et du mal, cependant il est irresponsable parce que la lésion intellectuelle dont il souffre le prive de son libre arbitre et qu'il obéit fatalement à une force supérieure à sa volonté. Ce que je prétends, c'est que rien de semblable n'existait chez le prisonnier Hayvern, au moins d'après les témoignages qui ont été produits devant la cour.

En résumé je conclus que la défense, voulant plaider folie, devait en faire la preuve par son expert. Or le Dr Howard a complètement failli à la tâche. On n'a pas même établi que le prisonnier ait été épileptique et d'ailleurs le seul fait d'être épileptique n'exclut pas la responsabilité. D'un autre côté si l'on accepte les témoignages donnés devant la cour on trouve dans la perpétration du crime une suite, une cohérence qui, de prime abord, semble incompatible avec tout soupçon de folie.

Grande est la responsabilité qui pèse sur le médecin dans une cause de vie et de mort. J'en ai senti tout le poids, mais je me suis dit : Si le médecin est tenu de rendre justice à l'accusé, il a aussi à remplir un devoir de protection et de défense envers la société ; sous peine de conduire celle-ci à un abîme il est une distinction essentielle que le médecin légiste ne doit pas perdre de vue. C'est qu'il ne faut pas confondre la corruption de la volonté, qui est le fait de la perversion, avec la perte du libre arbitre qui suppose une lésion complète ou partielle de l'intelligence. Dans le premier cas l'homme s'abandonne aux mouvements dépravés de la passion, dans le second cas, c'est un malade irresponsable qui n'a plus le moyen de résister aux entraînements qu'il subit.

A. VALLÉE, M. D. L.,

Médecin-visiteur de l'Asile d'Aliénés de Beauport.

Chimie médicale.—L'urine.

La grande préoccupation du médecin auprès de son malade est de poser un bon diagnostic—le reste, le plus souvent, va de soi. Pour cela il ne doit négliger rien de ce qui peut éclairer son jugement ; il est obligé parfois de faire appel à toutes les branches de la médecine. Or parmi les différentes sciences dont l'ensemble constitue la science médicale, il en est une qui a une impor-

tance majeure, et qui cependant—nous devons l'avouer—est généralement peu familière au médecin praticien. Je veux parler de la chimie. La chimie—personne ne l'ignore—a fait faire à la médecine, depuis les quinze dernières années, des progrès immenses. C'est à cette science que la pathologie et la thérapeutique sont redevables de leurs plus beaux succès.

La chimie médicale fournit au diagnostic un aide souvent indispensable; les médecins ne l'ignorent pas. Mais comment recourir à cette source de lumière, lorsque les soins de notre clientèle nous donnent à peine le temps d'étudier les parties essentielles de notre belle et difficile profession?

C'est pour combler cette lacune que je me présente aux lecteurs de l'*Union Médicale*. Je me propose de consacrer, tous les mois, quelques instants à la chimie médicale. Je laisserai de côté, et pour cause, les dissertations savantes sur ce sujet: me contentant d'exposer, le plus clairement possible, les procédés d'analyse que le médecin peut employer, tous les jours, souvent au lit même du malade.

Nous traiterons successivement de l'analyse de l'urine, des fermentations pour ce qui regarde la pathologie, des procédés à suivre pour la recherche de certains poisons, des moyens à employer pour reconnaître la fraude des substances alimentaires, etc.

Le sujet est vaste; mais que le lecteur ne s'effraie pas, nous ne parlerons que de ce qu'il y a de plus pratique pour le médecin.

Commençons par l'étude de l'urine.

L'urine est une excrétion des reins, qui a pour objet de séparer du sang les produits de la métamorphose régressive des tissus. On y trouve de l'eau en très grande quantité, des sels minéraux, des substances organiques azotées provenant de l'oxidation des matières albuminoïdes de l'économie.

TABLEAU des matières qui entrent dans la composition de l'urine normale de densité moyenne = 1,020.

EAU.	GRAM.
(Par kilogr. d'urine, 956 gr.)	956.00
MATIÈRES ORGANIQUES.	
Par kilogr. d'urine, 27 gr. 18.)	
Urée	25.37
Acide urique.....	0.40
Acide hippurique.....	0.35
Créatinine, créatine.....	1.00
Xanthine.....	0.004
Matières colorantes.....	traces.
Corps divers.....	traces.

MATIÈRES MINÉRALES.	}	Chlorure de sodium.....	10.6	
		Sulfates alcalins.....	3.1	
		Phosphates de chaux.....	0.314	
		“ de magnésie....	0.456	
		“ alcalins	1.43	
Par kilogr. d'urine, 16 gr.)	}	Corps divers. { Acide silicique... }	traces.	
		{ Aminoniaq., fer.. }		
		{ Acide azotique... }		
	}	Gaz { Acide carboniq... }	traces.	
		{ Oxygène, azote.... }		

Ces différentes matières sont en solution dans le liquide urinaire lorsqu'il y a harmonie entre l'assimilation et la désassimilation. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Sous l'effet de la maladie;

1^o Les caractères généraux de l'urine peuvent changer ;

2^o La quantité des principes normaux peut augmenter ou diminuer ;

3^o Certains principes anormaux peuvent apparaître, tels que sucre, albumine, sang, etc. ;

4^o On peut observer des sédiments et des calculs urinaires. C'est par l'analyse seule de l'urine qu'il nous est donné de nous rendre compte de ces phénomènes, et par là de porter un jugement satisfaisant sur la gravité de la maladie.

Avant d'aller plus loin, j'indiquerai les appareils et les réactifs, peu coûteux d'ailleurs, que le médecin doit avoir à sa disposition pour faire ces expériences.

1^o Appareils.—Une bouteille d'une chopine; un urinomètre; un verre cylindrique; une capsule en porcelaine 2½ oz.; un entonnoir en verre; Du papier à filtrer; quelques verres de montre; une douzaine de tubes à réactif.

2^o Réactifs.—Une douzaine de bouteilles 4 oz. contenant :

1. Acide chlorhydrique; 2. acide nitrique; 3. acide sulfurique; 4. acide acétique; 5. hydrate de potasse; 6. Liq. d'ammoniaque; 7. carbonate de soude; 8. nitrate d'argent; 9. alcool; 10. éther; 11. chloroforme; 12. Sulfate de cuivre.

Pour l'analyse il est bon de se procurer un échantillon de toute l'urine émise dans les 24 heures. Si nous voulons nous assurer de la présence ou de l'absence d'une substance particulière telle que albumine, sucre, etc., l'urine de digestion (*urina cibi*) ou l'urine du matin (*urina sanguinis*) est suffisante. L'examen doit être fait, autant que possible, 3 ou 4 heures après l'émission de l'urine, c'est-à-dire avant qu'il survienne une fermentation. Le liquide urinaire est versé dans un verre cylindrique, afin de pouvoir apprécier le dépôt. On le filtre, si c'est nécessaire, et on le soumet à l'analyse.

TABLEAU de l'analyse qualitative de l'urine (Dr DEEMS).

SECTION I.—GÉNÉRALITÉS.

1. Couleur de l'urine.

- | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|---|
| 1. Couleur normale... | } | Pâle ; incolore ou jaune paille.
Normale ; jaune d'or ou jaune d'ambre.
Très colorée ; rouge jaune ou brun noirâtre. | | | | | | | | | |
| 2. Couleur anormale. | } | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">Essentielle ;
provenant de
l'intérieur du
corps.</td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">Matières colorantes du sang ;
Pigments biliaires ;
Indican ;
Uroérythrine.</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;">Accidentelle ;
provenant du
dehors et
passant seule-
ment à travers
l'organisme.</td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">Diverses
matières
colorantes.</td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">Santonine, sené,
Rhubarbe, gam-
bodge, aloès,
goudron, acide
carbolique, etc.</td> </tr> </table> </td> </tr> </table> | Essentielle ;
provenant de
l'intérieur du
corps. | } | Matières colorantes du sang ;
Pigments biliaires ;
Indican ;
Uroérythrine. | Accidentelle ;
provenant du
dehors et
passant seule-
ment à travers
l'organisme. | } | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">Diverses
matières
colorantes.</td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">Santonine, sené,
Rhubarbe, gam-
bodge, aloès,
goudron, acide
carbolique, etc.</td> </tr> </table> | Diverses
matières
colorantes. | } | Santonine, sené,
Rhubarbe, gam-
bodge, aloès,
goudron, acide
carbolique, etc. |
| Essentielle ;
provenant de
l'intérieur du
corps. | } | Matières colorantes du sang ;
Pigments biliaires ;
Indican ;
Uroérythrine. | | | | | | | | | |
| Accidentelle ;
provenant du
dehors et
passant seule-
ment à travers
l'organisme. | } | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">Diverses
matières
colorantes.</td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">Santonine, sené,
Rhubarbe, gam-
bodge, aloès,
goudron, acide
carbolique, etc.</td> </tr> </table> | Diverses
matières
colorantes. | } | Santonine, sené,
Rhubarbe, gam-
bodge, aloès,
goudron, acide
carbolique, etc. | | | | | | |
| Diverses
matières
colorantes. | } | Santonine, sené,
Rhubarbe, gam-
bodge, aloès,
goudron, acide
carbolique, etc. | | | | | | | | | |

La couleur de l'urine peut donner une idée générale de la maladie et montre au médecin la marche à suivre pour des recherches subséquentes.

L'urine pâle se rencontre fréquemment chez des personnes bien portantes, après des libations abondantes (*urina potus*). Mais son existence continue indique au médecin, avec une certitude presque absolue, que le malade qui l'a émise n'est atteint d'aucune affection fébrile aiguë, et fait toujours conclure à un certain degré d'anémie (logocythémie).—Vogel.

Une urine foncée peut se rencontrer chez une personne en santé, à la suite d'un exercice violent et d'une transpiration abondante ; elle peut exister aussi après un repas copieux (*urina chyli*). Mais si elle reste pendant longtemps fortement altérée, elle présente un signe plus certain que le pouls, pour nous faire juger de l'oxidation et de la désassimilation des tissus.

Une urine foncée doit nous mettre sur nos gardes et nous engager à rechercher un pigment anormal.

2. Odeur.

- | | | | | | |
|-----------------|---|---|-----------|---|---|
| 1. Essentielle. | } | Normale.— <i>Sui generis</i> . | | | |
| | } | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">Anormale.</td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">Petit lait—Diabète.
Ammoniacale—Décomposition.
Hydrogène sulfuré—Décomposition.</td> </tr> </table> | Anormale. | } | Petit lait—Diabète.
Ammoniacale—Décomposition.
Hydrogène sulfuré—Décomposition. |
| Anormale. | } | Petit lait—Diabète.
Ammoniacale—Décomposition.
Hydrogène sulfuré—Décomposition. | | | |

2. Accidentelle ;
provenant de
substances
odorantes in-
troduites dans
l'organisme. { Variant
beaucoup
par : { Asperges, essence de thérebentine,
cubèbe, copahu, baume du Ca-
nada, etc.

L'odeur de l'urine ne peut pas nous fixer sur la nature de la maladie. Néanmoins, l'odeur ammoniacale ou d'hydrogène sulfuré indique une fermentation dans l'un des réservoirs du système uropoétique, et un état plus ou moins grave de ces organes.

3. Aspect.

L'urine normale est toujours claire ; l'urine claire n'est pas nécessairement normale.

L'urine est trouble à l'émission ; *pus, mucus, epithéliums*, etc.

L'urine donne un sédiment ; voyez l'examen des sédiments.

Comme l'on voit, l'aspect seul de l'urine nous donne sur l'état de la maladie une idée générale importante.

Un examen plus attentif des séuiments pourra quelquefois donner au diagnostic une certitude absolue.

4. Réaction.

L'urine normale a une réaction acide, due probablement aux phosphates acides des alcalis.

- A. { Plongez dans l'urine deux
feuilles de papier de tournesol,
l'une bleue et l'autre rouge, et
attendez qu'elles soient com-
plètement saturées. { Les deux sont { Acide.
rouges. {
Les deux sont { Alcaline.
bleues. { Voyez B.
L'une est bleue et { Neutre.
l'autre rouge. {
- B. { Faites sécher les papiers
bleus à l'air libre. { La couleur { Alcalis { Potasse,
bleue per- { fixes. { Soude.
siste. {
Le papier { Alkali { Ammo-
reprend sa { vola- { niaque.
couleur { til. {
rouge origi-
nale. {

Le médecin doit toujours s'assurer de la réaction de l'urine avant tout essai d'analyse. Par elle-même la réaction est déjà

un signe important. Est-elle très acide, nous avons à craindre la formation des sédiments ou concrétions d'acide urique, ou au moins l'irritation des reins et de la vessie. Il est donc important de la corriger par des boissons adoucissantes, des sels de potasse, de soude, etc.

L'urine est neutre ou alcaline; cela peut dépendre du régime suivi par le malade. Dans ce cas l'alcalinité est passagère et l'urine reprend son état normal, quelques heures après le changement de diète.

Une urine qui est constamment alcaline indique un arrêt dans la métamorphose des muscles et un affaiblissement du système nerveux. Ræderer prétend qu'une personne dans cet état réclame l'emploi du fer et des toniques.

Quand on constate que l'alcalinité est due à la présence de l'ammoniaque dans l'urine, on a raison de craindre une fermentation dans le système uropoétique et des dépôts de phosphate ammoniac-magnésien dans la vessie. Quoi qu'il en soit, il est indispensable dans ce cas de soumettre l'urine à une analyse plus complète.

DR N. FAFARD.

(A suivre).

REVUE DES HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Déchirure du périnée. Périnéoraphie.—Cancer de la langue et du plancher de la bouche.—Rhumatisme articulaire aigu traité par la méthode de Davies.—Rupture de la sclérotique

Lumina D***, 35 ans, mariée depuis une douzaine d'années, accoucha de son premier enfant il y a dix ans; le médecin appelé alors dut appliquer le forceps; il n'y eut aucune déchirure du périnée. Deux ans après, autre accouchement. Cette fois le médecin était pressé d'en finir paraît-il et se servit encore du forceps. Il se produisit une *déchirure du périnée* assez considérable pour que la malade ne put, même durant la nuit qui suivit, retenir les gaz intestinaux et les matières fécales

liquides Cette incontinence des matières intestinales a toujours existé depuis cette époque. Depuis, aussi, la malade a eu cinq autres accouchements et quatre fausses couches, mais le tout s'est passé sans autre accident. Aucune méthode de traitement n'a été suivie jusqu'aujourd'hui.

En examinant la malade on voit que le vagin communique avec le rectum par une déchirure d'environ un pouce de longueur. Il y a incontinence complète des gaz intestinaux et des matières fécales liquides.

L'état général de la malade est passable, tempérament lymphatique.

Le 3 septembre, M. le PROF. BROSEAU pratique la *périnéo-raphie* suivant les procédés les plus améliorés : avivement à larges surfaces, suture métallique pour la cloison recto-vaginale, suture enchevillée pour le périnée, évitant toujours avec soin de comprendre la muqueuse rectale dans les sutures, etc., etc.

Le professeur fait observer que l'accoucheur pouvait très facilement prévenir une déchirure du périnée en soutenant celui-ci avec la main et en engageant la femme à modérer ses efforts. Le traitement des déchirures peut se résumer comme suit :

Les déchirures légères peuvent guérir spontanément en maintenant les jambes rapprochées.

Pour les déchirures complètes, l'intervention chirurgicale est indispensable.

Mais à quel moment convient-il d'opérer ? De suite, ou après l'état puerpéral ?

Dans les déchirures incomplètes, mais étendues, il faut *de suite* rapprocher les jambes de la malade et mettre de grosses serres fines à mors plats, ou encore, faire deux ou trois points de suture. Si l'on éprouve un échec on en est quitte pour opérer plus tard.

Si la déchirure est complète, c'est-à-dire si le périnée et une partie de la cloison recto-vaginale sont rompus, il faut attendre la cessation de l'état puerpéral afin qu'il y ait chance d'union par première intention, (la malade ayant repris ses forces et les lochies étant finies).

L'opération est indispensable, tant pour soustraire la femme à une infirmité dégoûtante que pour rendre aux organes du bassin leur support naturel, le périnée.

On devra donner à la malade des aliments très nutritifs, viandes rôties, bouillons, œufs, vin, etc., etc., mais en petite quantité.

La constipation devra être maintenue durant huit à dix jours. Ensuite on facilitera les évacuations par des lavements, etc.

Dans le cas présent la malade est maintenue pendant dix jours en décubitus latéral ou abdominal afin d'empêcher les mucosités de venir en contact avec la surface suturée.

Le 13 on enlève les sutures. Le succès sans être tout à fait complet est bien satisfaisant. On a réussi à former une cloison recto-vaginale complète et un périnée. Ce périnée de nouvelle formation est un peu mince, mais il suffit encore à soutenir l'utérus. Les matières fécales ne pénètrent plus dans le vagin, et la malade peut les retenir à volonté. Mais il n'en est pas de même des gaz qui s'échappent encore de temps en temps.

Trois cas de *cancer de la langue et de la bouche* ont été observés à l'hôpital dans le cours du mois dernier, tous trois chez des sujets d'âge avancé, de cinquante à soixante-et-cinq ans.

Dans deux cas on a tenté une opération : excision de la masse cancéreuse et cautérisation subséquente au thermo-cautère ou au chlorure de zinc. Chez l'un la maladie avait déjà atteint la gencive correspondante et elle recidiva. L'autre est encore sous observation. Quant au troisième cas, bien que l'affection ne date que de trois mois, elle a cependant envahi la moitié de la langue avec une partie du plancher de la bouche, après avoir débuté par une tumeur de la grosseur d'une fève sur le côté gauche de la langue. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont légèrement affectés. Le malade refuse énergiquement de se laisser enlever toute la langue—la seule opération qui eût eu quelque chance de succès,—il ne consentirait qu'à grande peine à sacrifier la moitié de l'organe. Dans ces conditions, le cas est jugé *inopérable*.

M. le Dr Brosseau fait, à ce sujet, les remarques suivantes.

On tend à ne reconnaître aujourd'hui, dans la langue, que le *cancer épithélial*. Le carcinôme y est excessivement rare et les preuves que l'on donne à l'appui de cette opinion sont tirées des notions histologiques et des observations cliniques. En effet, le cancer primitif des muscles est encore à démontrer, or la langue est essentiellement musculaire.

On peut dire que le cancroïde est la variété que l'on rencontre presque toujours à la langue.

Les productions morbides se dirigent vers les tissus *profonds* et dans les *interstices* des fibres musculaires.

Ce fait explique comment l'ablation de l'organe est restée insuffisante et pourquoi les récidives sont si fréquentes.

L'infiltration des éléments épithéliaux dans les vaisseaux lymphatiques explique leur transport jusque dans les ganglions.

Comme *causes locales* on a fait jouer un grand rôle à l'usage

Ju tabac, de la pipe, aux vieux chicots, aux pointes de dents. Mais il faut admettre en outre une véritable *prédisposition individuelle*.

L'épithéliôme de la langue débute, tantôt par une petite crevasse, une verrue, une plaque saillante et fendillée, tantôt par une petite tumeur de volume variable, dans la partie profonde de la muqueuse, occupant un des bords ou la base de l'organe.

La forme verruqueuse apparaît plutôt à la pointe ou à la partie antérieure de la langue. A mesure que la maladie se développe, la mastication, la déglutition, la phonation et la respiration sont rendues plus pénibles.

Le cancer de la langue passe par trois périodes : période d'état, période d'ulcération, puis période de généralisation et de cachexie.

Cette affection parcourt son évolution en moins de trois mois dans les formes les plus rapides; rarement elle dépasse cinq ans; sa durée moyenne est de deux ans.

Le cancer de la langue échappe aux efforts du chirurgien s'il n'est pris dès ses débuts. La récurrence à la suite des opérations est très fréquente; ce n'est cependant pas une objection absolue à l'intervention chirurgicale, car une opération bien faite peut donner au malade des mois et même des années de calme et de repos.

Comme traitement palliatif, il faudra calmer les douleurs, prescrire des gargarismes désinfectants, arrêter les hémorrhagies, (glace, perchlorure de fer, ligature).

Le traitement *curatif* comprend la *cautérisation*, la *ligature*, l'*écrasement linéaire* et l'*excision* par l'instrument tranchant.

Le *thermo-cautère* facilite beaucoup le procédé de la cautérisation.

La ligature des artères linguales retarde souvent les progrès de la maladie et mérite d'être tentée.

L'écrasement linéaire prévient l'hémorrhagie. On peut employer plusieurs écraseurs à la fois.

L'excision par l'instrument tranchant comprend plusieurs procédés suivant que l'on pratique l'ablation partielle ou complète.

Il faut opérer les cancers de la langue *le plus tôt possible* dès le début, car plus la maladie est limitée, moins les dégâts opératoires sont considérables et plus il y a de chances de se mettre à l'abri des récurrences.

Malheureusement, la plupart des cancers de la langue que nous recevons dans les hôpitaux ont été soignés pendant des mois par des moyens trop doux (cautérisation au nitrate d'ar-

gent, gargarismes, etc.), et lorsqu'ils nous arrivent, la maladie est trop avancée pour qu'il y ait chance d'opérer sans récidive.

Il va sans dire que l'on doit s'abstenir de toute opération si le cancer a envahi le voile du palais, les amygdales, le plancher de la bouche, les ganglions, etc. On ne doit opérer que lorsqu'on pense pouvoir enlever toutes les parties malades.

La *phonation* et la déglutition se font encore d'une manière étonnante après l'ablation de la langue.

Joseph D..., 19 ans, est admis le 30 novembre souffrant de *rhumatisme articulaire* aigu. La maladie s'est déclarée dans la nuit du 28 au 29. A son entrée à l'Hôpital, le malade est incapable de marcher seul. Les articulations des deux genoux et les deux coup-de-pieds sont très douloureux et tuméfiés. Pouls, 104; température, 102½. On prescrit un large vésicatoire sur chaque articulation malade et un autre sur la région précordiale. Le lendemain, les douleurs sont presque nulles dans les genoux et aux pieds. En revanche, le malade se plaint de douleurs lancinantes très aiguës à la région épigastrique, et il lui est impossible de prendre une longue inspiration. Pouls, 100; température, 102. On prescrit quelques doses de morphine pour calmer les souffrances.

Le soir, le pouls est à 112; température, 104.

Le 2 décembre, le malade a passé une bonne nuit. Les douleurs épigastriques sont moins intenses, mais la température reste à 104. L'articulation du poignet droit est envahie à son tour. On y applique un vésicatoire.

Le 3, la température tombe à 102° le matin pour remonter à 104½°, le soir. Le poignet gauche est envahi; on y met un vésicatoire. Les douleurs épigastriques ont disparu. L'auscultation ne révèle absolument rien du côté du cœur. Le 4, la température tombe à 102°, et, le 5, à 101°, matin et soir. Les douleurs articulaires ont complètement cessé, et leur disparition a suivi immédiatement l'application des vésicatoires.

Le 7, la température et le pouls sont revenus à la normale. L'appétit est bon. On prescrit 5 grs. d'iodure de potassium trois fois par jour.

Le patient, guéri, laisse l'Hôpital le 14. Aucun bruit de souffle ne s'est manifesté au cœur durant tout le cours de la maladie. Ce malade restera-t-il exempt d'affection cardiaque secondaire?

Plusieurs autres cas de rhumatisme articulaire aigu ont été ainsi traités par les vésicatoires, dans le service de M. le Dr Laramée, et, chaque fois, l'on a pu constater une diminution très considérable des douleurs articulaires dès la première

journée qui suivit l'application. Au bout de deux à trois jours, toute douleur avait disparu.

Au sujet de ce patient, M. le professeur Laramée fait les observations suivantes : Les douleurs vives dont le malade se plaignait à la région épigastrique, pendant quelques jours, étaient de nature musculaire. De fait, il y a assez souvent, dans le rhumatisme articulaire aigu, coïncidence de rhumatisme musculaire, mais cela s'observe le plus souvent dans la continuité des membres.

Dans le traitement par les vésicatoires, il est opportun que ceux-ci soient larges, surtout sur les grandes articulations et maintenus en place 8, 9, 10 heures. Il ne faut pas craindre, dans ces cas, l'absorption des cantharides, car le plus souvent les vésicatoires n'entraînent aucun désordre du côté des organes génitaux. Parfois il peut bien en résulter un peu de strangurie, mais cet accident est ordinairement passager.

Afin de favoriser l'écoulement séreux, il est à propos de remplacer les vésicatoires, quand le temps est arrivé, par des cataplasmes de graines de lin chauds. Davies insiste sur cette dernière précaution, et feu le Dr Larue, qui a tant préconisé cette méthode de traitement à Québec, ne se contentait pas de prescrire les vésicatoires sur toutes les jointures affectées, mais aussi, en vue de prévenir des complications cardiaques, il prescrivait sur la région du cœur un vésicatoire de deux pouces de largeur sur trois pouces de longueur.

Il arrive quelquefois, après la vésication, que le malade ressent de légères douleurs, dans les articulations, pendant quelques jours ; 5 à 10 grains d'iodure de potassium suffisent ordinairement pour combattre ces douleurs.

Le malade qui fait l'objet de ces observations est à l'abri de complication cardiaque, du moins pour cette première attaque de rhumatisme, vu que généralement les affections articulaires et cardiaques suivent une marche simultanée, et comme l'auscultation pratiquée régulièrement n'a rien révélé du côté du péricarde ou de l'endocarde, il y a raison de croire qu'il est exempt de ces affections. On dit que le cinquième à peu près des rhumatisants souffre de complications du péricarde ou de l'endocarde, mais il est quelque sorte heureux que le péricarde ait sa part d'héritage, car si l'endocarde seul était intéressé, les lésions valvulaires du cœur seraient encore plus communes qu'elles ne le sont, vu le rôle si considérable que l'endocardite joue dans l'étiologie des lésions valvulaires du cœur.

Le traitement du rhumatisme par le salicylate de soude a eu une grande vogue à Berlin, en France, et il jouit encore d'une grande popularité aux Etats Unis et en Canada.

Le Dr Laramée l'a prescrit très souvent, il y a quelques années, à la dose de 10 grains toutes les deux heures. Le remède a souvent donné les résultats les plus satisfaisants, mais aussi dans quelques cas, il a échoué complètement.

Plusieurs confrères prescrivent le salicylate de soude, et un confrère, en particulier, déclare réussir d'une manière remarquable en le donnant à la dose de 9 grains, toutes les demi-heures, et cela pendant quatre à cinq heures; cependant, si le malade vient à éprouver des vertiges ou des nausées, il suspend le remède pour le reprendre plus tard, en éloignant plus ou moins les époques des doses. Aux États-Unis, on prescrit généralement le salicylate de soude dans le rhumatisme à la dose de 10 grains toutes les quatre ou cinq heures.

Avant de recourir au salicylate de soude, le Dr Laramée préfère instituer le traitement par les vésicatoires, ne serait-ce que pour donner la chance aux rhumatisants de guérir sans prendre des médicaments à l'intérieur, ou encore pour éviter la surveillance que nécessite le traitement par le salicylate de soude surtout quand les doses sont rapprochées.

A. L..., 27 ans, se présente à la clinique ophthalmologique le 26 décembre. Les paupières de l'œil gauche sont œdématisées et ecchymosées; la supérieure porte à la partie interne une blessure de 6 à 8 lignes de long dans le sens des fibres de l'orbiculaire. La conjonctive bulbaire est le siège d'une ecchymose très étendue et présente une solution de continuité à sa partie supéro interne. L'iris est masqué par une hémorrhagie dans la chambre antérieure. La perception visuelle est nulle. Le malade n'accuse aucune douleur; il raconte avoir reçu un coup de poing sur l'œil quelques jours auparavant.

La solution de continuité de la conjonctive à la partie supéro-interne se prolonge à la sclérotique rupturée dans le même sens et dans la même étendue. La choroïde est enclavée entre les lèvres de la plaie. On en fait l'excision, on prescrit l'atropine en instillations dans l'œil, puis, le bandeau compressif.

M. le Prof. Foucher fait observer que les blessures de la sclérotique qui résultent de l'action de corps piquants ou tranchants ne sont pas aussi graves que celles produites par un instrument contondant. La rupture de la sclérotique détermine presque toujours des désordres tels qu'elle peut être considérée comme l'un des accidents les plus graves qui puissent atteindre le globe oculaire.

Les causes les plus fréquentes de ces sortes d'accidents sont les coups de poing ou de bâton, une pierre lancée sur le globe de l'œil. D'autres fois, le malade se heurte à l'angle d'un

meuble. Un patient observé il y a quelques mois à la clinique offrait une rupture de la sclérotique produite par une balle de pistolet ayant frappé l'œil par ricochet après s'être aplatie sur une pierre.

La solution de continuité a généralement son siège à la partie supéro-interne de l'œil. La raison de ce siège d'élection est la suivante: à la partie interne de l'orbite, le globe oculaire est protégé par un plan osseux situé plus en avant que lui; à la partie externe, la paroi orbitaire va en fuyant et se trouve sur un plan postérieur à celui de l'œil. Si le choc vient du côté interne, le coup est paré ou amorti; s'il vient au contraire du côté externe la coque oculaire sera la première atteinte. La compression de l'œil entre l'agent traumatique et la paroi orbitaire interne détermine la rupture du côté de celle-ci.

Les ruptures de la sclérotique sont graves par les complications qui les accompagnent. La choroïde, le corps ciliaire, l'iris sont refoulés vers les bords de la plaie et peuvent y contracter des adhérences. La zonule de Zinn se rompt; le cristallin se luxé: sa nutrition est entravée et il devient opaque.

Les lésions des vaisseaux sanguins déterminent une hémorragie dans la cavité du globe (*hémophthalmos*), qui peut produire un décollement de la rétine, si ce décollement n'existe pas déjà. Dans la majorité des cas, les ruptures de la sclérotique sont suivies de la perte absolue de la vue et de la phthisie de l'œil.

F. H. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Litholapaxie ou lithotritie rapide avec évacuation d'après la méthode de Bigelow. par le docteur TERRILLON, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.—La lithotritie, depuis Civiale, semblait être une opération parfaitement réglée et à laquelle on ne devrait apporter que des modifications relativement insignifiantes. Cependant, depuis quelques années, elle semble subir une transformation radicale; c'est à Bigelow, chirurgien américain, et à Thompson qu'on doit ces modifications.

Avant de décrire la nouvelle méthode qui paraît être jugée très favorablement en Amérique et en Angleterre, il est bon de faire connaître les quelques principes qui ont amené dans la pratique l'emploi de ce nouveau mode opératoire.

La méthode de Civiale, qui consistait à répéter la lithotritie en plusieurs séances courtes et peu irritantes pour la vessie, avait donné dès le début d'assez beaux résultats pour qu'on pût la considérer comme remplissant les meilleures conditions. Malheureusement, on ne s'occupait aucunement de l'évacuation des fragments qui devaient être expulsés par les seuls efforts de la vessie. Cette évacuation défectueuse et souvent pénible avait dès le début vivement préoccupé les chirurgiens, et ils avaient posé comme principe qu'il ne fallait pas faire en une seule fois un broiement trop complet d'une pierre volumineuse, de peur que la vessie ne pût se débarrasser assez facilement de ces fragments si nombreux.

On fit bien des tentatives pour chercher à évacuer artificiellement les matériaux résultant du broiement, mais les différents appareils inventés par Morcier, Claver et Voillemier étaient trop défectueux et n'avaient pas donné de résultats satisfaisants.

Un premier pas fut fait dans la voie du progrès par l'emploi des anesthésiques. Longtemps proscrite, l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther était considérée comme nuisible, parce qu'elle privait, disait on, le chirurgien des renseignements que pouvait lui fournir le malade sur la sensibilité de la vessie. Mais bientôt on s'aperçut que l'anesthésie rendait la vessie plus tolérante, qu'elle permettait de prolonger les séances, et que, grâce à elle, on pouvait débarrasser le malade beaucoup plus rapidement de son calcul.

La réaction en faveur des anesthésiques fut telle, que plusieurs des chirurgiens qui l'avaient proscrite furent les premiers à la recommander et à l'employer presque dans tous les cas.

Déjà nous voyons le principe de Civiale légèrement modifié et la crainte qu'on avait jusqu'alors de dépasser la tolérance de la vessie, considérablement amoindrie. Quelques essais furent même tentés de nouveau pour évacuer au moins une partie des fragments produits par le broiement. Thompson extrayait la poussière calculuse en introduisant plusieurs lithotriteurs qu'il retirait, les mors chargés autant que possible de cette poussière. D'autres introduisaient une sonde volumineuse, et s'efforçaient de faire sortir une partie du calcul broyé.

Toutes ces tentatives étaient donc une préparation à la méthode plus rapide de Bigelow ; elles eurent surtout pour avan-

tage de démontrer que la vessie était moins irritable qu'on ne l'avait pensé sous l'influence des instruments, lorsqu'ils étaient adroitement maniés ; elles faisaient voir également que la chose la plus nuisible à la suite d'une lithotritie était la présence de fragments anguleux sur lesquels la vessie se contractait et se blessait, ainsi que le passage de ces mêmes fragments dans l'urèthre.

Bigelow semble avoir résolu le problème jusqu'alors insoluble du broiement complet en une seule soance, et de l'évacuation totale des fragments. L'opération, telle que la pratique ce chirurgien, comprend donc deux temps : l'un consiste dans le broiement le plus exact et le plus complet possible du calcul ; l'autre a pour but l'évacuation de tous les débris au moyen d'un appareil spécial. Le premier temps ne mérite aucune description particulière ; car on opère de la même façon, et au besoin avec les mêmes instruments que d'après l'ancienne méthode. L'évacuation seule mérite de nous arrêter.

L'appareil instrumental se compose de cathéters spéciaux et d'un appareil aspirateur s'adaptant au pavillon du cathéter.

Les cathéters métalliques recommandés par Bigelow sont en général de gros calibre ; ils correspondent aux numéros 27, 28, 29, 30, 31 de la filière Charrière ; ils sont donc notablement plus volumineux que ceux que nous employons ordinairement en France ; mais Bigelow fait remarquer que leur volume n'est pas exagéré, puisqu'il a été démontré anatomiquement que l'urèthre de l'homme pouvait supporter sans lésions un instrument correspondant au numéro 33 de la filière Charrière. Généralement ces instruments doivent être droits ; ils sont munis à leur extrémité d'un orifice latéral assez large pour laisser passer un corps ayant le volume de leur diamètre intérieur.

L'introduction de ces instruments est délicate, souvent difficile, et demande des précautions spéciales pour ne pas blesser l'urèthre ; c'est là leur principal inconvénient. Le cathéter chemine facilement dans la portion spongieuse jusqu'au cul-de-sac du bulbe ; mais on doit cependant agir très lentement, de manière à ce que la muqueuse se déglisse, et ne puisse se rompre. Chez quelques sujets, il faut pratiquer le débridement du méat.

Arrivé au collet du bulbe, l'extrémité de l'instrument se trouve arrêtée ; et pour lui faire franchir cet obstacle, il est nécessaire de pratiquer la manœuvre suivante : l'instrument est retiré légèrement en arrière ; puis maintenu dans cette situation, pendant qu'une traction suffisante tend la verge sur l'instrument. Celui-ci étant alors abaissé entre les cuisses du

malade de manière à devenir presque parallèle au tronc, on le pousse dans la direction de la vessie en lui faisant subir quelques légers mouvements de rotation : il traverse alors rapidement la portion membraneuse et prostatique et pénètre dans la vessie.

L'hypertrophie prostatique, au lieu d'être un inconvénient, rend souvent la fin de la manœuvre plus facile. En tout cas, si l'extrémité de l'instrument était gênée par le lobe du col de la vessie, on pourroit franchir l'obstacle en abaissant un peu le pavillon de l'instrument. Enfin, dans certains cas, on se trouvera bien de la manœuvre qui consiste à diriger le cathéter au moyen du doigt appuyé sur le périnée ou introduit dans le rectum.

L'appareil aspirateur inventé par Bigelow présente quelques inconvénients et n'est pas d'un fonctionnement très facile ; aussi nous ne décrivons que celui qui a été recommandé par Thompson ; il ressemble beaucoup à l'appareil primitif de Clover.

Cet appareil se compose d'un ballon en caoutchouc très épais, ovoïde, capable de reprendre sa forme primitive après avoir été comprimé. L'extrémité supérieure du ballon est munie d'un ajutage tubulé portant un robinet, et surmonté d'un petit entonnoir. L'extrémité inférieure est également garnie d'un ajutage métallique se terminant en bas par un réservoir en verre. Sur les côtés de l'ajutage est annexé un tube latéral auquel est adapté un robinet. Grâce à un jeu de robinets qu'il serait trop long d'expliquer ici, on peut introduire de l'eau dans l'appareil sans faire pénétrer l'air dans la vessie, ce qui constituait un inconvénient de l'appareil Bigelow et gênait l'évacuation.

Pour rendre les manœuvres plus douces, Bigelow interposait entre le pavillon du cathéter et l'instrument aspirateur un large tube de caoutchouc qui rendait les deux parties de l'instrument indépendantes, et empêchait la contusion de la vessie pendant l'évacuation des débris. Thompson a supprimé ce tube intermédiaire, le considérant comme inutile si l'on agit avec précaution.

Le perfectionnement de la méthode consiste donc à introduire le cathéter immédiatement après le broiement complet, et à évacuer tous les fragments en manœuvrant la poire en caoutchouc autant de fois qu'il sera nécessaire.

Bigelow et Keyes font dans une même séance plusieurs broiements et plusieurs évacuations successives. On cesse l'usage de l'évacuation lorsque aucun fragment ne sort, et on réintroduit ensuite le lithotriteur pour broyer le reste du calcul.

Quant à la durée des séances, on comprend qu'en principe elle ne puisse être limitée, puisque tous les fragments doivent être broyés et évacués avant d'abandonner le malade. Cependant les plus chauds partisans de cette méthode sont d'avis de cesser au bout d'une heure environ et de ne pas prolonger au delà.

Les chirurgiens américains donnent la préférence à l'éther sur le chloroforme comme anesthésique. Pour eux, l'anesthésie sur l'éther est plus facile à surveiller et à graduer; elle peut être prolongée plus longtemps sans inconvénient pour le patient, enfin elle ne nécessite pas un aide aussi expérimenté et aussi attentif que lorsqu'on se sert du chloroforme. Le seul défaut que présenterait l'éther serait l'agitation plus longue au début. Mais la mortalité presque nulle offrirait un grand avantage.

Les principes sur lesquels repose cette méthode et les procédés d'application sont théoriquement bien établis, et rien ne semble plus rationnel que de s'efforcer de débarrasser la vessie en une seule séance des débris d'un calcul même volumineux. Il nous faut voir maintenant quels sont les résultats qu'a fournis cette opération, et pour cela, examiner les statistiques publiées par les principaux chirurgiens.

Bigelow le premier a exposé les résultats de sa méthode sur dix malades soumis à une seule séance de lithotritie, après éthérisation. La séance s'est souvent prolongée une heure ou plus, et pendant ce temps, le chirurgien a pu broyer et évacuer tous les fragments. Ces malades ont rapidement guéri. (*American Journal of Med. Science*, janv. 1878, p. 117.)

Plus tard, Bigelow réunit dans un volume tous les détails de sa pratique et l'indication des perfectionnements qu'il avait introduit dans le manuel opératoire (*Litolapaxie et Lithotritie*, Berlin, 1 vol. in 8°, 1878).

A cette époque, il avait fait dix-sept opérations, à la suite desquelles il n'y eut qu'un cas de mort. Cette nouvelle méthode lui avait permis d'extraire facilement, sans broiement préalable, quatre-vingt-deux graviers sur un de ses malades, et de détruire en trois séances seulement une pierre de 108 grammes.

Bientôt plusieurs chirurgiens américains ou anglais employèrent cette méthode en y apportant quelques modifications, mais en s'en déclarant, pour la plupart, très satisfaits. Les deux principaux sont Thompson et Keys.—*Bulletin général de Thérapeutique*.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Mixture de thymol contre la diphtérie.—M. J. H. Warren emploie la mixture suivante comme remède des plus efficaces contre la diphtérie.

R. Glycérine.....	70,00
Thymol.....	0,3 à 0,5
Chlorate de potasse.....	10,00
Bisulfate de quinine.....	2,00 à 4,00
Cognac.....	250,00

Pour les enfants de 2 à 5 ans, une cuillerée à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures. A un âge plus avancé, cette dose peut être portée à une cuillerée à soupe. Autant que possible, on administre cette mixture sans addition d'eau; par ce moyen on obtient une action excitante, irritante même sur les parois buccales.

Cette mixture peut aussi être employée comme agent prophylactique contre la diphtérie et contre la malaria. Par l'addition de quelques gouttes d'eau d'une teinture ferrugineuse à chaque dose, elle agit comme tonique et peut être employée avec succès dans la fièvre typhoïde avec diarrhée.

Pour les inhalations on emploie la formule suivante :

R. Glycérine.....	35,00
Thymol.....	0,05 à 0,7
Borate de soude.....	20,00
Eau camphrée.....	70,00
Eau de goudron.....	200,00

—*Le Siècle Medical.*

Comment administrer le tannin.—Le tannin administré en poudre ou en solution aqueuse produit souvent des résultats désagréables, soit qu'il manque son effet ou qu'il produise de la douleur ou autres signes d'irritation de l'estomac ou des intestins. On évitera ces accidents et on aura un mélange astringent efficace et d'un goût agréable, parfaitement acceptable aux enfants en préparant un albuminate de tannin d'après la formule suivante :

R Acide Tannique.....	2 parties
Eau.....	à 100
Solution d'un blanc d'œuf.....	1 parties

M. Agitez bien le mélange.—*Med. & Surg. Reporter.*—*Drugg. Circ. & Chem. Gazette.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1882.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE.
ET E. H. DESROSIERS.

AVIS.

Les correspondants et les échanges de l'*Union Médicale* sont priés de prendre note du changement survenu dans la rédaction et d'adresser dorénavant tout ce qui s'y rapporte au Dr A. LAMARCHE, Boîte 2040, Bureau de Poste, Montréal.

Ce qui concerne l'administration devra, comme par le passé, être adressé à la Compagnie d'Imprimerie Canadienne, No. 30, Rue St-Gabriel, Montréal.

Avec cette livraison commence le onzième volume de l'*Union Médicale*. Pour les journaux comme pour les hommes, les premières années sont les plus difficiles à traverser, puis chaque année qui s'écoule supprime un écueil, illumine la route et développe les forces.

Un travail persévérant, une lutte continuelle contre les embarras financiers, contre l'apathie qui caractérise notre classe, contre toutes les difficultés qui accompagnent les débuts d'un journal de médecine ont fini par convaincre nos confrères de la nature philanthropique de notre œuvre et de son utilité pratique.

Si l'*Union Médicale* ne compte pas sur sa liste d'abonnés les 900 ou 1000 médecins Canadiens-Français dispersés sur le continent américain, elle peut au moins s'en orgueillir du concours de la plupart des médecins les plus en évidence et de toute la partie studieuse de la jeune génération, tant dans la Puissance qu'aux Etats-Unis. Chaque année agrandit notre cercle et nous donne à espérer que bientôt l'*Union* pourra être considérée comme l'organe de toute la profession médicale canadienne française.

C'est là son unique but et elle y touche presque. Quant au succès financier, on sait qu'il n'en peut être question qu'en tant que la subsistance et le progrès du journal en lui-même y est concerné, les dividendes n'en vaudront pas de sitôt la façon.

Si nous jetons un coup d'œil sur la carrière de l'*Union Médicale*, depuis le jour où elle fut fondée par MM. les Drs Rottot, Dagenais et L. J. P. Desrosiers, on y trouve amplement de quoi motiver l'encouragement qu'elle réclame et qu'on lui accorde si généreusement. Sans en réclamer tout le mérite, n'a-t-elle pas contribué pour une large part aux nombreuses réformes qui se sont opérées dans la décade qui vient de finir ? N'eut-elle pas même ce mérite, le lecteur y trouverait encore son avantage. Dans un pays comme le nôtre où il n'existe qu'une seule bibliothèque publique (à Ottawa) bien pauvre en livres de médecine et inaccessible à la presque totalité des médecins, aucune source de renseignements, si humble qu'elle soit, n'est à dédaigner. La plupart des praticiens, peu favorisés de la fortune sont forcés de se livrer tout entiers au soin de leur clientèle pour subvenir aux besoins de la famille. Eussent-ils même le moyen de se procurer tous les livres nécessaires qu'ils ne pourraient ni se livrer à l'étude d'une spécialité, parce que la population n'est pas assez nombreuse pour faire vivre des spécialistes, ni se renseigner efficacement, faute de temps, sur toutes les branches de la médecine. En sorte qu'une publication mensuelle, peu dispendieuse et qui contient, sous une forme pratique et concise, un peu de tout ce qui concerne nos médecins sous le double point de vue scientifique et corporatif, rencontre, croyons-nous, un besoin impérieux.

Tenant compte des faits que nous venons de mentionner, nous évitons de reproduire les longues études expérimentales et les théories spéculatives très agréables aux savants et aux chercheurs mais d'une utilité secondaire au praticien. *Primo sanare, dein philosophari.*

Avec la nouvelle année s'opère un grand changement dans le comité de rédaction : Mr le Dr E. P. Lachapelle en retire son nom et nous lègue le journal qui lui est si redevable sous tous les rapports. Mais hâtons-nous de le dire, le nom seul disparaît, ce n'est qu'à cette condition que nous avons accepté l'onéreux héritage. Si le Dr Lachapelle nous passe la rédaction, dont ses occupations ne lui permettent plus de se tenir responsable, il ne rompt pas pour cela avec "l'Union" ; nous aurons bien soin de nous aider de son expérience et de ses conseils que nous avons appris à apprécier depuis que nous sommes en rapport avec lui et que nous partageons ses tra-

vaux. Il est un des généreux médecins qui ont souscrit le fond de garantie qui assurait l'existence du journal pendant ses trois premières années ; en 1876, il en a assumé seul la responsabilité dans des conditions financières déplorable et pendant plus de cinq ans il lui a consacré une large part de son temps et toute son énergie et a su le remettre à un niveau qui lui permet d'envisager l'avenir avec confiance. On n'abandonne pas une œuvre avec laquelle on s'est ainsi identifié. Le soldat, dans la force de l'âge, qui laisse le service pour porter ailleurs son énergie, ne regardera pas la lutte d'un œil indifférent, c'est ce qui nous rassure. Nous le retrouverons au besoin dans le corps de réserve.

Le nouveau comité de rédaction s'est adjoint M. le Dr E. H. Desrosiers dont le mérite personnel et la position de médecin interne de l'Hôpital Notre-Dame assurent au journal une collaboration des plus utile et un soutien savant et dévoué.

Du reste rien ne change et nous continuerons à adhérer strictement aux principes de nos prédécesseurs. "L'Union médicale" malgré les opinions personnelles de ses rédacteurs, n'est l'organe d'aucun parti ni d'aucune institution, mais tient à rester l'organe de la profession médicale du pays et à ne donner accès dans ses colonnes qu'à ce qui peut être d'un intérêt général. A ce propos, nous rappellerons à nos confrères que le journal est ouvert à toute communication ou discussion scientifique et que nous sommes très heureux, quand ils veulent bien se prévaloir de notre hospitalité.

Comme on l'a vu plus haut, Mr le Dr N. Fafard a bien voulu prêter son concours à la rédaction et se charge de fournir chaque mois quelques pages sur la chimie dans ses rapports les plus usuels avec la médecine. Nous ne doutons pas que ces notions pratiques sur une des branches les plus négligée, mais non la moins utile de la médecine n'intéressent nos lecteurs.

A dater du mois prochain nous mettrons à la disposition de nos abonnés quelques pages pour les renseignements dont ils pourraient avoir besoin. Notre but en ceci est d'être utile au praticien qui, vivant à la campagne, loin des confrères et des centres d'instruction et ne possédant pas de bibliothèque, voudra se procurer par cette voie des informations sur un sujet particulier de médecine sur des livres, instruments, etc. En mettant à contribution l'expérience et les bibliothèques de nos confrères, nous espérons pouvoir rendre quelques services.

Le Dispensaire de la Pointe Saint-Charles.

Il est question de transformer en dispensaire chirurgical le "West end Free Dispensary" fondé il y a deux ans et situé rue Wellington, Pointe St-Charles. A ce dispensaire seraient transportés tous les blessés des grandes manufactures, des moulins, ateliers du Grand Tronc et autres du quartier ouest. Les malades seraient là pansés, opérés, clissés, suivant le cas, puis transportés à domicile ou à l'hôpital. Quatre chirurgiens anglais dont deux de la Pointe St-Charles, un du Griffintown et le quatrième de la rue St-Joseph formeraient le personnel de l'établissement qui serait relié à leur bureau par le téléphone. Il va sans dire qu'on demande pour la nouvelle institution une subvention du gouvernement.

Nous ne savons pas positivement si le projet est émis par une corporation ou si c'est une entreprise privée; quoiqu'il en soit, il ne paraît pas convenir à tous nos confrères anglais, comme on l'a vu par les correspondances des Drs Armstrong, Jenkins et Spencer publiées coup sur coup ces jours derniers. Voici sommairement sur quelles raisons se base l'opposition :

1^o Il ne serait ni charitable, ni avantageux de transporter un blessé de l'un quelconque des ateliers à ce dispensaire, puis après avoir pansé ses blessures de le transporter, souvent par le même chemin, chez lui ou à l'hôpital. Ce serait lui infliger des souffrances inutiles et s'exposer à voir les appareils se défaire en route. Si la demeure du blessé, et ce serait souvent le cas, était plus rapprochée de lieu de l'accident que le dispensaire pourquoi ne pas transporter de suite le malade chez lui et laisser à la famille le choix du chirurgien ?

2^o Les quatre médecins en question sont absents de leur bureau pendant cinq des dix heures de travail des ouvriers, se mettra-t-on à leur recherche par les rues de la ville ou laissera-t-on le blessé sans secours au dispensaire ?

3^o La plupart des ouvriers auxquels est destiné ce dispensaire reçoivent un salaire qui varie de 25 à 90 piastres par mois et n'ont pas besoin de la charité publique, et n'y ont pas droit dans le cas où ils seraient disposés à l'accepter. Bien d'autres en ont plus grand besoin.

4^o Une institution de ce genre n'a pas sa raison d'être quand Montréal possède, pour les mêmes fins, trois institutions permanentes (l'Hôpital Notre-Dame, l'Hôtel-Dieu et le General Hospital) fournies de tous les appareils nécessaires et où le

malade peut rester jusqu'à sa guérison aux conditions pécuniaires de son choix.

5° A quel titre le public subventionnerait-il un dispensaire ayant pour but de concentrer, entre les mains de quatre chirurgiens, la meilleure clientèle des nombreux praticiens du quartier-ouest?

6° De quel droit ces quatre chirurgiens s'empareraient-ils des clients de leurs confrères? car la chose équivaut virtuellement à cela.

Comme on le voit, il y a là matière à discussion, et les promoteurs auront peut-être de la difficulté à s'en tirer. S'ils ont la charité pour but, il ne manque pas de meilleurs placements que celui-là; si c'est pour faire de la pratique ou de la clientèle, l'étiquette médicale et les confrères ne sauraient qu'en souffrir, et les fonds publics ne doivent pas y contribuer.

Un moyen plus pratique et plus libéral de porter secours aux blessés ne serait-il pas de déposer dans différents endroits de la ville (dans les dispensaires, les stations de police ou ailleurs) des instruments et appareils de chirurgie d'urgence que tout médecin pourrait réquisitionner au besoin? Si nous sommes bien informés, c'est ce qui se pratique en Europe.

Hôpital Notre-Dame.—Nous regrettons que certaines personnes bien placées et qui s'occupent d'affaires publiques ignorent encore les principes qui régissent l'Hôpital Notre-Dame. A l'assemblée annuelle de l'Association des commis-voyageurs, tenue le 28 décembre, à la Salle des Artisans, MM. Dugas et Piché ayant fait motion que le montant que l'Association donne aux pauvres fut également partagé entre le *General Hospital* et l'Hôpital Notre-Dame, M. Forbes crut de voir s'y opposer sous prétexte que la première de ces deux institutions est la seule qui reçoive les malades sans distinction de nationalité ou de religion; rien ne put le convaincre du contraire.

Il n'y a pourtant qu'à regarder la liste des bienfaiteurs de l'institution et à parcourir ses salles pour savoir à quoi s'en tenir à ce sujet.

Bien plus, cette institution est la seule, croyons-nous, qui permette à ses malades payants d'employer un médecin étranger à son bureau médical.

NOTES ET COMMENTAIRES.

Traitement des brûlures par le bicarbonate de soude.—Le traitement des brûlures au moyen du bicarbonate de soude, mis en honneur depuis quelques années continue à être en faveur. Troizki, entre autres, déclare que ce médicament constitue la meilleure application possible dans les cas de brûlures de tout genre et à quelque degré que ce soit. Les bons effets produits par ce mode de traitement se résument ainsi : Soulagement marqué de la douleur ; rapidité de la guérison, très souvent, absence de cicatrices consécutives et d'altération des fonctions de la partie malade. Ce sont là des avantages qu'il importe d'apprécier, car nos méthodes actuelles de traitement des brûlures ne font guère autre chose que laisser la guérison presque entièrement aux soins de la nature.

On peut appliquer le bicarbonate de soude en poudre fine sur les surfaces brûlées, mais ce mode n'est applicable qu'aux brûlures du premier degré. Pour celles du second degré, on se sert de linges imbibés d'une solution du sel (1 partie pour 50 parties d'eau,) que l'on applique sur la surface brûlée et que l'on maintient constamment humide en y versant de temps à autre une certaine quantité de la solution, et prenant bien soin de ne pas enlever les linges. De la sorte on évite d'irriter la plaie qui est toujours si douloureuse. Quant aux brûlures du troisième degré, on les traite également au moyen de linges imbibés de la solution alcaline, mais ici il faut enlever les pièces de pansement chaque fois qu'elles ont besoin d'être humectées de nouveau, et profiter de l'occasion pour bien laver la surface en suppuration, afin que le pus ne stagne pas sous les linges. Ceux-ci doivent au reste, être remplacés par d'autres aussitôt qu'ils commencent à se dessécher.

Troizki pense que le bicarbonate de soude agit ici grâce au dégagement de son acide carbonique dont tout le monde connaît les propriétés anesthésiques et désinfectantes locales.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.—Le Dr Carpani (*annali universali*, juillet 1881) divise en quatre groupes les divers modes de traitement du rhumatisme articulaire aigu : 1^o par le salicylate de soude, 2^o par la quinine,

3^o par l'acide benzoïque, 4^o par les vésicatoires. Il pose ensuite les règles suivantes : 1^o Le salicylate agit bien dans les cas de rhumatisme aigu polyarticulaire avec mouvement fébrile très prononcé, son emploi est contraindiqué par l'existence simultanée d'une maladie organique du cœur ou de troubles du côté, des reins, du tube digestif et du système nerveux ; 2^o le sulfate de quinine doit être employé quand le rhumatisme est lié à l'intoxication paludéenne ; 3^o l'acide benzoïque est efficace dans les cas de rhumatisme articulaire aigu compliqué de néphrite ; 4^o quand le rhumatisme affecte une ou quelques articulations seulement, il cède certainement à l'application des vésicatoires. (méthode de Davies et de Dechilly.)

Ces derniers sont plus théoriques que pratiques. Si d'un côté l'expérience montre qu'il est impossible de guérir ou même d'améliorer tous les cas de rhumatisme articulaire au moyen d'un seul médicament, elle nous prouve aussi, d'un autre côté, qu'une thérapeutique basée sur la division que nous venons de voir ne saurait non plus convenir à tous les cas. Pour n'en citer qu'un exemple, nous dirons que nous avons un cas de rhumatisme polyarticulaire radicalement guéri par le traitement de Davies. Il n'est pas inutile, au reste, que de telles divisions soient faites. Elles peuvent servir de points de repère quand il s'agit d'instituer un plan général de traitement dans un cas donné. Nous rappellerons à ce sujet la division proposée par Bartholow, division basée sur la constitution générale du malade lui-même, et qui nous semble d'une utilité pratique beaucoup plus grande que celle de Carpani. Contre le rhumatisme articulaire aigu se déclarant chez un sujet fort vigoureux pléthorique, Bartholow conseille l'acide salicylique et le salicylate de soude. Si au contraire le malade est faible, anémique nerveux. B. emploie de préférence la teinture de fer muriaté, et occasionnellement, l'application de vésicatoires sur les articulations envahies. Enfin, chez les sujets gras et flasques (*flabby*) et en particulier chez les buveurs de bière, il faut songer au traitement par les alcalins.

Pilocarpine et diphthérie. — On est actuellement à expérimenter les effets curatifs de la pilocarpine dans le traitement de la diphthérie. Il ne semble pas que l'on soit jusqu'ici arrivé à des résultats merveilleux. Tout le monde sait que le jaborandi et son principe actif, la pilocarpine, activent en général la plupart des sécrétions, entr'autres celles de la salive et de la sueur. Or ce serait à la faveur de l'augmenta-

tion de sécrétion des glandes salivaires ainsi que des glandes muqueuses de la bouche et du pharynx, que la pilocarpine agirait favorablement dans le traitement de la diphthérie et cela en favorisant l'expulsion des fausses membranes. Suivant quelques-uns, l'abaissement de la température et la sédation générale produite par des doses un peu élevées de pilocarpine auraient également leur part d'action dans les effets obtenus. D'après les expérimentations qui ont été faites, nous voyons que dans la plupart des cas où la pilocarpine semble avoir produit d'heureux résultats, la maladie était assez bénigne et se serait probablement terminée d'une manière heureuse sous l'action de n'importe quelle autre méthode de traitement.

M. Archambault, médecin de l'Hôpital des enfants malades a communiqué dernièrement à la *Société de Thérapeutique* le résultat de ses recherches à ce sujet. Du 20 mai à la fin de juin, vingt et un malades atteints de diphthérie ont été soumis au traitement par la pilocarpine. Sur ce nombre on a eu 9 guérisons et 12 décès, "résultat absolument déplorable, dit M. Archambault, et, je crois, plus mauvais que celui qu'on "pourrait obtenir à l'aide de l'expectation simple." Il se trouve que, d'après les observations, les 9 malades qui ont guéri sont notés comme ayant une diphthérie bénigne. Pour les douze cas qui ont été suivis de mort, continue M. Archambault, ils étaient très graves et je n'aurais pas hésité à considérer la pilocarpine comme un agent doué d'une grande efficacité si seulement la moitié des enfants avait été sauvée par ce médicament." Si peu nombreuses que soient les observations faites par M. Archambault, celui-ci les considère comme suffisantes pour lui démontrer l'inefficacité de la pilocarpine dans ces cas.

Propriétés antipyrétiques de l'acide carbolique.—

Si on en croit les résultats obtenus par quelques expérimentateurs l'acide carbolique serait un antipyrétique de premier ordre. Administré à dose de 15 grains par jour dans des cas de fièvre typhoïde, il amène bientôt, d'après M. Raymond, (communication à la *Société de Biologie*) un abaissement assez marqué de la température, abaissement variant de 3 à 4 degrés centigrades, ainsi qu'une diaphorèse assez abondante. Des doses supérieures à 15 grains par jour auraient donné lieu à des symptômes d'empoisonnement avec réduction de la température à 34° cent. et carbolurie. A la suggestion de M. Vulpian, on a, en certains cas, remplacé l'acide phénique par le carbolate de soude à dose de un gramme et demi (22 grains).

Les effets antipyrétiques ont été les mêmes sans que cependant aucun symptôme toxique se soit manifesté. D'après M. Raymond, le remède ne limite en aucune façon la durée des diverses périodes de la fièvre typhoïde. Mais quand cela serait, il n'en est pas moins vrai que ce nouveau mode de traitement de la fièvre typhoïde mérite d'être étudié.

Comment agirait ici l'acide carbolique? Probablement en vertu de ses propriétés désinfectantes et antiseptiques, c'est-à-dire en s'opposant à l'évolution des germes-microbes particuliers à la fièvre typhoïde.

Traitement du frisson de la fièvre intermittente.

—A l'Hôpital Bellevue (New-York) on prévient le frisson de la fièvre intermittente par les moyens suivants : 1o Injection hypodermique de pilocarpine $\frac{1}{2}$ gr. 2o. Inhalation de 5 à 6 gouttes de nitrite d'amyle toutes les 20 ou 30 minutes. 3o. Administration de chloroforme et d'eau de vie, $\frac{1}{2}$ oz. de chaque.

E. H. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Banquet à l'Hôpital Notre-Dame.—Le 4 courant a eu lieu dans les deux salles respectives de l'Hôpital Notre-Dame un banquet donné par le comité des dames patronesses aux malades de cette institution. Le menu ne laissait rien à désirer, et le repas a été accompagné de la gaieté la plus franche. On remarquait parmi les convives, à part les malades, les Révs. MM. Rousselot, Lévêque et Vacher, M. E. A. Généreux, MM. les Drs E. H. Desrosiers, médecin interne, Rottot, Lachapelle, Brosseau, Ricard, Laramée, Duval, Dagenais, Filia-trault, Lamarche, Berthelot, Sévérin Lachapelle, Foucher et Desroches.

Les convives furent servis par les dames patronesses elles-mêmes, mesdames J. Leclair, A. Provost, J. R. Thibaudeau, Laramée, Généreux, Dunkin McDonald, Rottot, J. Grenier et dame veuve Laberge, et mesdemoiselles Généreux, Lafram-boise, Alice Lamothe, Mount, E. Raymond, De Santos, T. Raymond. St Denis, Provost et Tavernier.

Tous les convives ont à se féliciter d'avoir pris part à ce banquet, dont l'organisation fait honneur aux dames patronesses de l'Hôpital Notre-Dame.

Banquet au Dr E. P. Lachapelle.—Mercredi, le 4 janvier, MM. les Professeurs de l'Université Laval se réunissaient au *Terrapin*, où un banquet avait été préparé en l'honneur du Dr E. P. Lachapelle, pour le remercier des services rendus à la Faculté de Médecine de Montréal.

Un marbre précieux représentant le gladiateur mourant, copie d'un chef-d'œuvre antique, fut présenté à l'hôte estimé, par ses confrères, comme gage de l'estime qu'ils lui portent bien cordialement.

Les santés suivantes furent portées, inutile de le dire, avec l'entrain que savent y mettre les membres de la profession quand l'occasion se présente: "A notre hôte," Dr J. E. Rottot. Le Dr E. P. Lachapelle répondit à cette santé en faisant un résumé historique de la fondation de la succursale de Laval à Montréal; il s'appliqua à faire ressortir surtout les raisons principales qui ont présidé à cette fondation et à démontrer que tôt ou tard la force des circonstances devra faire approuver un mouvement qu'on avait jugé à propos de combattre. Il remercia ses amis en leur disant que l'union qui avait toujours existé entre eux avait plus fait pour la cause qui leur était commune que toutes les démarches réunies.

"A l'Université Laval," S. Lachapelle.

"Au succès de l'Hôpital Notre-Dame, E. H. Desrosiers, *interne*.

"Au doyen," N. Fafard.

"Au comité d'organisation," MM. Brosseau et Berthelot.

"A l'Union Médicale," A. Lamarche.

"A l'avenir de la profession médicale en Canada," A. A. Foucher.

Nominations.—M. le Dr L. D. Mignault, gradué de l'Université McGill, vient d'être nommé professeur agrégé d'Anatomie à l'Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.

M. le Dr Azarie Brodeur vient d'être nommé interne titulaire des hôpitaux de Paris. Encore un Canadien-français qui ne semble pas être de trop sur le sol de la mère-patrie. Nos plus sincères félicitations.

MM. les Drs J. A. Roy, Fred. Demers, E. J. Bourque, F. X. Girard et L. D. Mignault viennent d'être nommés médecins de l'Hôtel-Dieu.

M. le Dr St-Jean a été élu maire d'Ottawa par acclamation.

M. Pasteur vient d'être admis membre de l'Académie française en remplacement de Littré.

Démission de M. Vulpian.—Les journaux de Paris nous apprennent que dans l'assemblée de la Faculté de Médecine du 17 novembre, M. Bouchardat a lu une lettre de M. Vulpian dans laquelle ce dernier annonce à ses collègues qu'il s'est démis de ses fonctions de doyen. La décision suivante a été immédiatement votée: "A l'unanimité, la Faculté exprime à son ancien doyen ses regrets de le voir résigner ses fonctions, et ses remerciements pour les services qu'il a rendus pendant son décanat."

Un arrêté du ministre de l'Instruction Publique et des Cultes, en date du 19 novembre, nomme M. Bécлар, doyen de la Faculté de Médecine.

La démission de M. Vulpian a été provoquée par l'arrivée de M. Paul Bert au ministère de l'Instruction Publique et des Cultes.

Démisions.—Nous reproduisons de la *Minerve* du 20 décembre, la communication suivante:

Montréal, le 19 décembre 1881.

Monsieur le Rédacteur,

Je dois informer le public que j'ai résigné comme professeur agrégé à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, pour des actes d'injustice qui ont été commis. Ma résignation a été acceptée sans aucune réponse aux accusations que j'avais portées dans une lettre envoyée antérieurement au président de la dite Ecole.

N. B. DESMARTEAU, M.D.

Médecin de la prison de Montréal.

M. le Dr Gaspard Archambault, professeur agrégé et professeur libre de Dermatologie à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, médecin de l'Hotel Dieu et du dispensaire de la Providence, a envoyé sa démission à l'École le 24 décembre dernier.

Livre reçu.

The Opium Habit and Alcoholism.—A treatise on the habits of opium and its compounds; Alcohol; chloral hydrate; chloroform; bromide of potassium; and cannabis indica: including their *Therapeutical Indications*: with suggestions for treating various *Painful complications*. By DR FRED. HEMAN HUBBARD. Editors: A. S. Barnes & Co., New York.

Brochures reçues.

Chronic Clubfoot successfully treated without tenotomy by continuous extension and stretching. by JAMES S. GREEN, M. D.

Observations on the origin, character and treatment of oinomania, by T. L. WRIGHT, M. D., Bellefontaine, O.

VARIÉTÉS.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

PROGRAMME DES EXAMENS PRÉLIMINAIRES.

SUJETS OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Les Commentaires de César*, liv. III et IV.—“*Enéide*” de Virgile, liv. I et II.

ANGLAIS.—Le “*Vicaire de Wakefield*” de Goldsmith.—“*Jules César*” de Shakespeare.

FRANÇAIS.—Les “*Aventures de Télémaque*” de Fénelon ; “*Athalie*” de Racine et “*Les Femmes savantes*” de Molière.

BELLES-LETTRES.—La connaissance de la littérature des siècles de *Périclès en Grèce*, d'*Auguste à Rome*, d'*Elizabeth en Angleterre* et de *Louis XIV en France*.

HISTOIRE ET GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur ces deux sujets, avec connaissance spéciale de l'*histoire* et de la *géographie* de l'*Angleterre*, de la *France* et de la *Puissance du Canada*.

ARITHMÉTIQUE.—L'arithmétique doit comprendre les *Fractions simples et décimales*, les *Proportions simples et composées*, l'*Intérêt simple et composé* et le *Percentage*.

ALGÈBRE.—L'algèbre doit comprendre les *Fractions* et les *Equations simultanées du premier degré*.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres de la *géométrie d'Euclide* ou la partie de la *géométrie plane* correspondant à ces trois livres.

SUJETS AU CHOIX DU CANDIDAT.

GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade* d'Homère, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans la physique de Loomis ou de Ganot.

PHILOSOPHIE.—Notions générales, telles que dans *Tongiorgi* ou le traité de morale de Stewart.

N. B.—Le candidat doit avoir une bonne connaissance de la grammaire de chacune des langues ci-dessus. L'ignorance du latin, de l'arithmétique ou de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié du "*Vicaire de Wakefield*" et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique d'*Athalie* et des *Femmes savantes*. De même, les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Molière et Racine, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié de *Télémaque* et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique du drame de *Jules César*. Les pièces dramatiques anglaises ou françaises pourront être changées chaque année, à l'exception toutefois de *Télémaque* et du *Vicaire de Wakefield*. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout candidat surpris à copier ou se servant de notes, livres, etc., sera immédiatement renvoyé.

TEMPS ET POINTS ACCORDÉS A L'EXAMEN.

Latin.....	2	hrs.,	300	points.	Arithmétique.	1½	hrs.,	150	points.
Anglais.....	1½	"	150	"	Algèbre.....	1½	"	150	"
Français.....	1½	"	150	"	Géométrie.....	1½	"	150	"
Belles-lettreg.	1	"	100	"	Grec.....	1½	"	150	"
Histoire et					Physique.....	1½	"	150	"
Géographie.	2	"	200	"	Philosophie...	1½	"	150	"

W. ASPINWALL HOWE,
H. A. VERREAULT,
M. MILLER,
J. CL. K. LAFLAMME.

Université-Laval, Montréal — Faculté de médecine.—Les jurys d'examen pour les épreuves trimestrielles de l'année scolaire 1881-82 sont composés comme suit :

Pathologie interne, Pathologie externe et Tocologie.—MM. les Drs ROTTOT, BROUSSEAU, DAGENAI et LARAMÉE.

Matière médicale et Thérapeutique, Ophthalmologie, Médecine légale et Toxicologie.—MM. les Drs RICARD, FOUCHER C. M. FILIATRAULT et H. E. DESROSIERS.

Pathologie générale, Physiologie, Histologie et Hygiène.—MM. les Drs E. P. LACHAPPELLE, BRODEUR et S. LACHAPPELLE.

Anatomic, Chimie et Botanique.—MM. les Drs LAMARCHE, DUVAL, N. FAFARD et BERTHELOT.

Durant le second terme qui commence le 9 janvier 1882 pour se terminer à Pâques, les cours de la Faculté de Médecine seront donnés dans l'ordre suivant :

Physiologie.—Prof. S. DUVAL, (suppléant du Prof. E. P. LACHAPELLE) : 8 hrs A.M. tous les jours.

Ce cours se donne en entier durant le terme.

Chimie organique.—Prof. N. FAFARD : 9 hrs A.M. tous les jours.—Généralités : Cellulose et ses dérivés ; Matière amyliacées ; Sucres ; Fermentation ; Alcools et leurs dérivés ; Acides organiques ; Alcaloïdes ; Essences ; Résines ; Corps gras ; Teintures ; Chimie animale ; Analyse des urines.

Anatomie descriptive.—Prof. A. LAMARCHE : 10 hrs A.M. tous les jours :—Splanchnologie ; Angéiologie ; Neurologie ; Organe des sens.

Anatomie pratique.—Prof. J. E. BERTHELOT : 2 à 4 hrs P.M. jusqu'au 5 mars :—Démonstrations quotidiennes d'anatomie ; Dissection ; Enseignement pratique de la Splanchnologie, de l'Angéiologie et de la Neurologie.

Médecine opératoire pratique.—Prof. A. T. BROUSSEAU : 2 à 4 hrs P.M. tous les jours depuis le 5 mars :—Procédés opératoires de petite chirurgie : Ligatures ; Amputations ; Résections ; Ovariectomie.

Pathologie interne et Thérapeutique spéciale.—Prof. J. P. ROTIOT : 3 hrs P.M. tous les jours :—Maladies des organes digestifs ; Maladies du système nerveux ; Fièvres.

Matière médicale et Thérapeutique générale.—Prof. H. E. DESROSIERS, (suppléant du Prof. RICARD) : 4 hrs P.M. tous les jours.—Toniques névrossthéniques ; Stimulants ; Excitants spéciaux ; Altérants.

Tocologie.—Prof. A. DAGENAIS : 5 hrs P.M. tous les jours :—Grossesse ; Maladies de la grossesse ; Avortement ; Accouchement ; Mécanisme de l'accouchement ; Dystocie ; Eclampsie ; Fièvre puerpérale

Pathologie externe et Médecine opératoire théorique.—Prof. A. T. BROUSSEAU. 6 hrs P.M., tous les jours.—Fractures, Luxations, tumeurs, hernies.

HÔPITAL NOTRE-DAME, 31 Rue Notre-Dame.

Médecin.—M. LARAMÉE.—Service à 11 hrs A.M.—Visite au lit des malades le lundi ; Conférences cliniques le mercredi et le vendredi.

Chirurgien.—M. BROUSSEAU.—Service à 11 hrs A.M.—Conférences cliniques le mardi et le jeudi ; Visite au lit des malades le samedi.

Oculiste.—M. FOUCHER.—Service à midi tous les jours : visite des malades : le vendredi, examens à l'ophtalmoscope ; le samedi, conférences cliniques.

Le professeur Bouillaud de Paris, vient de mourir à l'âge de 86 ans.

"..... M. Bouillaud, dit le Dr Brochin, plein de verveur encore, malgré son âge avancé,—il était dans sa quatre-vingt-sixième année,—était déjà devenu pour nous, depuis longtemps, un ancien. Bien qu'il se soit posé souvent en victime et en incompris, il n'en a pas moins eu le temps de jouir en réalité de sa gloire. Il a été, en effet, et il restera une des gloires médicales de notre époque. Ainsi que M. Béclard le disait naguère d'Andral, son ancien émule, il était de ceux qui avaient préparé le temps présent; il appartenait à cette génération du commencement du siècle qui n'avait cessé de lutter pour le triomphe de ses idées et dont les efforts féconds, comme les fautes mêmes, font aujourd'hui une bonne part de notre expérience.

"A l'époque où je fus nommé à une chaire d'enseignement clinique (1831), dit-il dans la préface de son *Traité de nosographie médicale*, les principes fondamentaux de la grande réforme que Broussais avait fait subir à la doctrine le plus généralement adoptée avant lui, avaient fini par remporter une victoire décisive. Mais qu'il restait à faire encore pour appliquer ces principes à toutes les maladies déjà connues! Que de maladies dont les éléments divers n'avaient pas encore été suffisamment analysés et précisés, sans compter celles qui n'avaient pas encore été découvertes! Le principe même de la localisation, pour une foule de maladies, était en défaut comme non avenu.

"C'est son honneur d'avoir cherché à remplir ce programme et d'être parvenu à en réaliser une partie. Tel a été, en effet, le but et telle a été la portée réelle de ses belles recherches cliniques qui l'ont conduit à la découverte de l'endocardite rhumatismale et de la loi de coïncidence à laquelle son nom reste attaché; les notions nouvelles qu'il a introduites dans la science sur l'artérite, sur la phlébite et l'oblitération des veines sur la formation des hydropisies partielles, sur les localisations cérébrales à la détermination desquelles il a fait concourir les expérimentations physiologiques avec les observations cliniques, en particulier sur les fonctions du cerveau considéré comme organe de coordination des mouvements, sur la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau, plus exactement et plus complètement précisée depuis; ses recherches sur les altérations du sang dans les fièvres, dans la chlorose et dans les anémies. Signalons encore les découvertes qu'on lui doit dans le diagnostic des maladies du cœur et des gros vaisseaux, grâce à ses persévérantes recherches d'auscultation, et la part qui lui revient à côté de

celle que l'histoire a faite déjà à cette brillante pléiade de ses contemporains, Petit et Sorres, Louis, Chomel, Bretonneau, Forget, etc., dans l'un des plus grands et des plus incontestables progrès de la médecine moderne, la réduction des anciennes espèces febriles continues en un type unique, l'affection typhoïde.

La plupart de ces recherches et de ces découvertes, toutes si connues aujourd'hui, ont été consignées dans un grand nombre de mémoires insérés aux recueils de l'époque, d'articles de dictionnaires et d'ouvrages importants, devenus classique pour la plupart et que nous aurions à peine besoin de rappeler ici : le traité clinique et physiologique de l'encéphalite, le traité clinique et expérimental des fièvres prétendues essentielles, publiés en 1825 et 1826; le traité clinique des maladies du cœur, 1835 et 1841 : l'essai sur la philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale, 1837; la clinique médicale de la Charité, 1837; le traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie 1840 : le traité de nosographie médicale, 1846; le traité de la chlorose et de l'anémie, 1859, etc.

Mais ce n'est pas dans ses œuvres écrites seulement qu'il faut chercher les titres de Bouillaud et les éléments d'appréciation de l'influence qu'il a exercée sur son époque. C'est dans son enseignement, c'est dans les nombreuses polémiques qu'il a soutenues et souvent engagées lui-même dans la presse, c'est dans les discussions académiques auxquelles il a si souvent prêté sa parole brillante, qu'il faudrait le suivre et l'étudier pour donner, de sa valeur et du rôle important qu'il a eu dans les choses médicales de notre temps, une suffisante idée, et de sa personne une esquisse physiognomique quelque peu ressemblante. Mais c'est là une tâche que le temps ne permet pas d'accomplir. Nous ne pouvons qu'à peine indiquer ça et là quelques traits.

Dans l'enseignement, qu'il a commencé jeune et qu'il a continué avec éclat pendant de longues années, tout en pouvant se réserver un repos si légitimement acquis dans une vieillesse honorée, M. Bouillaud a apporté,—et c'est un des grands mérites qu'il lui faut reconnaître,—les habitudes de précision, de rigueur dans l'observation et dans l'application des procédés d'exploration, qui ont jusqu'à un certain point justifié l'épithète un peu prétentieuse d'école exacte dont il s'était constitué le chef. Il a formé à ses habitudes toute une génération d'élèves dont quelques-uns sont devenus depuis des maîtres éminents à leur tour. Il y a répandu avec une sorte

de prodigalité les enseignements qui ressortaient de ses propres découvertes et des travaux de ses deux maîtres favoris, Bichat et Broussais ; mais il les mêlait trop souvent à ces discussions passionnées, à cette polémique ardente contre de prétendus adversaires dont l'opposition ou les simples résistances l'irritaient au plus haut degré. De là, sans doute, ces surexcitations de l'orgueil qui lui faisaient repousser avec une sorte d'indignation le rôle de sectaire de la doctrine physiologique qu'on lui attribuait généralement, pour se proclamer lui-même chef d'école : " Je ne suis de l'école de personne," dit-il un jour fièrement à la tribune de l'Académie ; " je suis de mon école."

" Puisque nous sommes naturellement amené par ce souvenir à l'Académie de médecine, passons rapidement sur la fin de son enseignement de la Charité, où le peu de succès d'imitation qu'avaient eu ses méthodes thérapeutiques, en particulier sa méthode des saignées coup sur coup, malgré ses prétentions hautement exprimées de savoir seul traiter les fièvres, où le vide qui commençait à se faire dans son amphithéâtre avaient jeté une teinte sombre et un air de mélancolie sur ses dernières leçons, qui semblaient empreintes de l'idée dominante d'ingratitude et de persécution, et rappelons en quelques mots quelle a été sa participation aux travaux de cette compagnie savante.

" L'Académie a été la première confidente naturelle de la plupart des travaux que nous avons rappelés plus haut. Mais dans ces dernières années, où il n'avait plus de découvertes ni d'observations nouvelles à exposer devant elle, c'est par la part qu'il a prise aux grandes discussions sur les questions de doctrine, de pathologie générale, d'étiologie, etc., qu'il a continué à donner son apport à la science et à payer largement sa dette de reconnaissance comme académicien et ancien président. Personne n'a oublié ses discours toujours brillants, sinon toujours justes, et toujours pleins de souvenirs et d'érudition, sur l'organicisme et le vitalisme, sur la nomenclature médicale, sur la physiologie du cœur, sur l'apoplexie et la congestion cérébrale, et les derniers débats à l'occasion des récents travaux de M. Pasteur. Disons qu'en général, dans ses discours académiques et surtout dans ses dernières discussions, M. Bouillaud avait considérablement modifié sa manière et son ton. En présence des égaux devant qui il parlait, bien qu'il fût un des premiers parmi eux, ce n'était plus ce ton arrogant du professeur des premières années, ni les accents aigris et plaintifs des derniers échos de sa chaire. A l'Académie, sa discussion était digne, courtoise, véritablement académique, souvent même bienveillante et de bon goût ; et, s'il restait encore

rigide sur les principes et quelque peu intolérant à l'endroit des opinions qui n'étaient pas les siennes, il savait respecter les personnes et adoucir la forme de ses objections. "Je le crois," dit-il un jour à un de ses collègues, qui venait de rapporter un fait de magnétisme, qu'il mettait au même rang que la quadrature du cercle et le mouvement perpétuel, "je le crois parce que vous me le dites ; mais, si je l'avais vu, je ne le croirais pas."

"Du reste, cette aménité que montrait M. Bouillaud dans ses rapports publics avec ses collègues était devenue avec les progrès de l'âge le fond de son caractère, et on la retrouvait dans les rapports privés. Celui qui écrit ces lignes, et qui plus d'une fois a usé à son égard de ses droits de critique, en a souvent recueilli des gages touchants. L'incompris et le persécuté d'autrefois, s'il lui restait peut-être le souvenir de quelques illusions perdues, a dû revenir sur ses anciennes impressions et reconnaître que tout sentiment de justice n'était pas éteint chez ses contemporains, quand il s'est vu de plus en plus entouré du respect de tous, à l'Académie, à la Faculté, parmi tous ses confrères de la ville et de la province, par toutes les générations successives des étudiants, et, enfin, lorsque, il y a quelques années, il lui fut décerné spontanément et avec une unanimité peut-être sans précédent dans l'histoire de la médecine, la présidence d'honneur du Congrès international où s'étaient réunies toutes les célébrités médicales du monde entier. Sa famille a pu recueillir avant-hier le témoignage vivant de cette admiration respectueuse que l'avenir ratifiera, pour l'homme illustre qu'elle vient de perdre, en voyant l'affluence qui se pressait autour de son cercueil....."

NAISSANCE.

—Au Saint-Esprit, le 14 courant, la dame de V. J. Elzéar Brouillet, Ecr, M.D.V., d'une fille.

MARIAGE.

A St. Sébastien, Iberville, le 21 novembre, par le Révd Messire Jeannotte, Supérieur du Collège de Ste Marie de Monnoir et beau-frère du marié. M. le Dr T. A. Dufort à Dlle Marie P., fille de H. C. O'Donoughue, Ecr. ex-principal de l'Académie St. Patrice de Montréal.

DÉCÈS.

A St-Clet, P. Q., M. le Dr S. R. Smallwood, âgé de 34 ans, fils de feu le Dr C. Smallwood, de cette ville.