

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# L'UNION MÉDICALE

## DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

L'UNION

paraît au commencement de chaque mois.

ABONNEMENT :

**\$3.00 par Année**

payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTIMS.



ADRESSE :

Boite 2040 Br. de Poste  
MONTREAL.

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

SOMMAIRE :

**TRAVAUX ORIGINAUX.** — LEÇONS CLINIQUES. — Hôpital Notre-Dame. — M. Laramée: De l'ataxie locomotrice progressive; M. Foucher: Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice, 559. — Hernie inguinale étranglée: kélotomie, guérison, par J. Robillard, M.D., Thurso, Ont. .... 572  
COMMUNICATION. — Acte médical; clause concernant les sages-femmes..... 573  
HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal. Kyste ovarique; ovariectomie; guérison. — Paraplégie traumatique; hémorragie médullaire probable. — Leucorrhée infantile ..... 576  
SOCIÉTÉS MÉDICALES. — Société Médicale de Montréal ..... 581  
**REVUE DES JOURNAUX.** — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Causes de l'albuminurie passagère. — Effets des pédiluves chauds. — Traitement du rhumatisme cérébral..... 587  
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Diagnostic des tumeurs abdominales. — De l'hémorragie après l'amyg-

dalotomie. — Traitement chirurgical des hémorroïdes ..... 591  
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Injection intra-utérine continue dans l'endométrite septique et traitement chirurgical de la métrite-péritonite puerperale. — Trois cas d'hémorragie, suite d'insertion vicieuse du placenta ..... 506  
HYGIÈNE. — Instructions sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde ..... 601  
FORMULES ET PRESCRIPTIONS. — Crayons d'iodoforme. — Rhumatisme articulaire chronique. — Gonorrhée. — Constipation habituelle ..... 602  
**BULLETIN.** — Législation sanitaire, 603. — L'acte médical et les sages-femmes, 604. — Brochures reçues ..... 605  
NOUVELLES MÉDICALES. — Statistiques vitales. — Poursuite. — Microscopic Club — Charlatan condamné ..... 605  
VARIÉTÉS. — Un pharmacien de 1752. — Nombre de médecins aux États-Unis. — Mariage. — Décès..... 606  
TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES..... 609

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

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

LA MALTINE, appliquée au traitement de la Phthisie, donne de meilleurs résultats qu'aucune des préparations d'Italie de Fiole de Morue et est en outre plus agréable au goût.

# LACTOPEPTINE

Démonstration évidente de sa supériorité comme agent de la digestion.

CERTIFICAT établissant la composition et les propriétés de la Lactopeptine, par le Professeur ATTFIELD, Ph.D., F.R.S., F.I.C., F.C.S., Professeur de Chimie pratique à la Société Pharmaceutique de la Grande-Bretagne.

LONDRES, 3 Mai 1882.

La LACTOPEPTINE ayant été prescrite par quelques-uns de mes amis, durant ces dernières années, et, ce me semble, avec des résultats très satisfaisants, j'ai été à même de bien connaître la formule et les caractères généraux de ce remède. Mais tout dernièrement, le fabricant de cet article m'a prié d'aller voir parmoi-même la préparation en grand du remède, de prendre quelques échantillons des substances qui entrent dans sa composition, de les examiner et les mélanger moi-même, enfin de préparer la Lactopeptine avec des ingrédients ainsi faits sous ma propre direction, le tout afin de pouvoir m'assurer que la Lactopeptine est bien ce que son fabricant la prétend être, et que les ingrédients dont elle est composée sont les meilleurs qu'on puisse trouver. J'ai fait tout cela et je puis certifier maintenant que la substance pulvérisée quasi-inodore et insipide appelée LACTOPEPTINE est un mélange des trois principaux agents de la digestion chez l'homme et les animaux. C'est-à-dire, la Lactopeptine est une heureuse et habile combinaison des divers principes qui servent à digérer la viande, les substances grasses et les amylacées; elle est rendue acide par l'addition subséquente d'une petite quantité d'acides qui se retrouvent toujours dans l'estomac à l'état de santé, le tout étant mêlé à un véhicule approprié qui est le sucre de lait pulvérisé. Les acides —lactique et hydrochlorique—dont on se sert à la fabrique sont les meilleurs possibles et sont combinés aux autres ingrédients de façon à former une préparation fixe et inaltérable; le sucre de lait est absolument pur: la poudre connue sous le nom de "diastase" et qui sert à la digestion des aliments féculents (pain, pomme de terre et pâtisseries), ainsi que la "pancréatine" qui sert à digérer les substances grasses, sont aussi bonnes que celles que je pourrais préparer moi-même, tandis que la Pepsine est de beaucoup supérieure à celle dont on se sert habituellement en médecine. De fait, quant à ce qui concerne ce dernier article, la Pepsine, je n'en ai rencontré qu'un seul spécimen—anglais ou américain—qui pût être comparé à celui dont se sert le fabricant de la Lactopeptine. Une suite d'expériences tout à fait semblables ont démontré qu'un poids donné de pepsine acidifiée seule, agit tout d'abord plus rapidement que ne le fait une quantité de Lactopeptine contenant le même poids de pepsine; cependant, tôt ou tard, l'action de la Lactopeptine égale puis dépasse celle de la pepsine pure, ce qui est dû sans doute à la présence de la pancréatine (agent digestif des aliments gras) dans la Lactopeptine. J'en conclus donc que la Lactopeptine est un agent digestif de la plus grande valeur et supérieure de beaucoup à la Pepsine seule.

JOHN ATTFIELD.

La LACTOPEPTINE renferme tous les principes digestifs qui agissent sur les aliments, depuis la mastication de ceux-ci jusqu'à leur transformation en chyle, et combine ainsi tous les facteurs d'une digestion normale.

Une de ses principales qualités (et à coup sûr celle qui doit lui assurer la prépondérance sur toutes les autres préparations digestives), est qu'elle représente exactement par sa composition les sucs digestifs naturels de l'estomac, du pancréas et des glandes salivaires, ce qui lui permet de dissoudre rapidement tous les aliments nécessaires à la restauration de l'organisme humain.

## FORMULE DE LA LACTOPEPTINE.

Sucre de lait.....	40 onces	Diastase ou ptyaline végétale.....	4 drachmes.
Pepsine.....	8 "	Acide Lactique.....	5 "
Pancréatine.....	6 "	Acide Hydrochlorique.....	5 "

La LACTOPEPTINE se vend entièrement sur prescription des médecins, et l'usage général qu'en font les médecins est la plus forte garantie que nous puissions donner au sujet de sa valeur thérapeutique.

Pour de plus amples informations au sujet de la LACTOPEPTINE, nous prions MM. les Médecins de vouloir bien s'adresser à notre brochure de 32 pages, que nous enverrons sur demande.

Préparée par L'ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE DE NEW-YORK.

10 et 12, PLACE DU COLLEGE, NEW YORK.

AGENCE AU CANADA: H. P. GISBORNE, 10 Colborne St., Toronto.

TRAVAUX ORIGINAUX.  
—  
LEÇONS CLINIQUES.

HÔPITAL NOTRE-DAME.—M. LARAMEE.

—  
De l'ataxie locomotrice progressive.  
—

Messieurs,

Le malade qui occupe le No. 21 de la salle Saint-Jean de Dieu me fournit l'occasion de vous entretenir sur une maladie qui s'est présentée souvent à votre observation.

En effet, à différentes reprises, soit dans le cours de la visite, soit dans la salle des cliniques, j'ai appelé votre attention sur les symptômes les plus importants qui distinguent cette affection, et aujourd'hui je crois à propos de vous présenter un tableau clinique renfermant les causeries dont cette maladie a été l'objet ; en même temps ce résumé laissera dans votre esprit des souvenirs qui auront leur utilité quand vous aurez à vous préparer sur un semblable sujet.

Disons tout de suite que cette affection est connue depuis longtemps sous le nom d'*ataxie locomotrice progressive* et qu'elle doit ce nom à ses symptômes prédominants et à sa marche ; cependant, comme il s'est rencontré quelques cas qui sont restés longtemps stationnaires et même avec quelques amendements marqués, peut-être, à la rigueur, serait-on justifiable de supprimer l'épithète *progressive*. Cette affection est encore connue, d'après sa lésion anatomique, sous les dénominations de *scierose spinale postérieure*, *myélite chronique postérieure*, enfin, de *tabes dorsalis*. Mais cette dernière dénomination est impropre, vu qu'elle implique l'idée du dépérissement qui suit les pertes séminales, et que ce dernier symptôme isolé n'apparaît que dans les derniers temps de la maladie.

À une époque où les études anatomiques laissaient à désirer, les recherches du côté de la moëlle et du cerveau n'ayant rien fait trouver qui légitimât l'idée d'une lésion sérieuse en rapport avec les symptômes observés, on considérait l'ataxie comme une névrose, mais aujourd'hui il est bien établi que la moëlle épinière et le cerveau sont intéressés dans cette maladie. En effet, les recherches les plus accréditées ont mis

en lumière que, du côté de la moëlle, la lésion constante est une sclérose, c'est-à-dire une atrophie avec induration des cordons blancs postérieurs, des racines postérieures des nerfs, de la partie la plus reculée de la substance grise et des méninges qui avoisinent la lésion médullaire.

Les altérations envahissent les deux moitiés de la moëlle, mais c'est par exception qu'elles atteignent les faisceaux latéraux et les faisceaux antérieurs. Du côté de l'encéphale, les altérations, bien que fréquentes, ne présentent pas la même constance que du côté de la moëlle; cependant les lésions les plus ordinaires et les mieux connues sont, pour les sensitifs, l'atrophie des nerfs optique et auditif, et pour les moteurs, surtout celle des nerfs de la 3<sup>ème</sup> et de la 6<sup>ème</sup> paire. Quelque fois aussi, il y a sclérose plus ou moins avancée des pédoncules cérébelleux inférieurs, des corps restiformes et des couches optiques.

Le sympathique peut aussi avoir sa part dans ces altérations anatomiques dans les derniers temps de la maladie, s'il survient de l'atrophie musculaire avec dégénérescence granulo-graisseuse. Dans ce cas, le sympathique qui est essentiellement vaso-moteur est altéré, et alors la lésion spinale dépasse la substance blanche. Il est important de noter que la sclérose du sympathique se rencontre rarement, cependant elle peut compliquer la sclérose spinale postérieure, comme elle accompagne quelquefois la sclérose spinale antérieure lorsqu'elle coïncide avec des points de ramollissement.

Je pourrais prolonger cette digression sur le terrain de l'anatomie pathologique, mais je crois vous en avoir dit suffisamment pour vous démontrer que l'ataxie est loin d'être une simple névrose.

Maintenant, passons en revue, ou plutôt, faisons un groupe des symptômes fondamentaux de l'ataxie locomotrice progressive.

D'abord, ce sont des douleurs qui ouvrent la scène, mais des douleurs à caractère spécial et appelées, avec raison, *fulgurantes*, parce qu'elles sont rapides et éphémères comme l'éclair. Ces douleurs vagabondes sont instantanées et reviennent 10, 15, 20 fois par heure. Parfois, au lieu d'être *fulgurantes*, elles sont térébrantes, lancinantes et comparables à celles produites par un instrument enfoncé dans les chairs et qui les déchire.

Quelle marche ces douleurs caractéristiques suivent-elles? D'abord, leur première visite est ordinairement pour les membres inférieurs, ensuite elles gagnent le tronc, et, dans cette région, elles déterminent de véritables sensations constrictives; ce qui fait dire au malade que sa poitrine est comprimée.

comme dans une cuirasse, dans un étau, aussi ces contractions s'appellent-elles douleurs *en ceinture* ; plus tard, si la maladie envahit les membres supérieurs, ce qui est rare, alors les bras, comme du reste les jambes, sont quelquefois serrés comme par une ligature, et des douleurs s'annoncent aux doigts, surtout aux doigts auriculaire et annulaire. Enfin, les douleurs gagnent la face. Alors, il survient une névralgie continue ou intermittente du trifacial. On a encore noté comme survenant de bonne heure, des douleurs viscérales, comme par exemple des crises gastralgiques avec vomissements alimentaires, bilieux ou même sanguinolents, parfois aussi des douleurs lombaires avec rétraction testiculaire et vomissements comme dans une colique néphritique, enfin, très exceptionnellement il est vrai, des douleurs vésicales et urétrales comme dans le calcul de la vessie, douleurs qui quelquefois même envahissent le rectum. J'ajouterai, en passant, un autre symptôme très rare, mais qui n'en a pas moins sa valeur, puisqu'il a été observé : c'est un trouble spasmodique de la glotte avec toux convulsive et accès de suffocation. Dieulafoy dit que les douleurs des membres et du tronc dans la période prodromique sont dûes à une sclérose légère et limitée des racines postérieures, mais que l'explication des douleurs viscérales reste à élucider.

Du côté de l'encéphale, les symptômes ordinaires sont des troubles oculaires, tels que strabisme, chute de la paupière supérieure, diplopie, c'est-à-dire des paralysies de la 3<sup>ème</sup> et de la 6<sup>ème</sup> paire. Ces troubles sont généralement passagers, sauf l'amblyopie qui, une fois établie, va en progressant jusqu'à l'amaurose. Au reste, je n'insisterai pas sur les troubles oculaires au sujet desquels M. le prof. Foucher aura bientôt l'occasion de vous entretenir.

Messieurs, j'attire votre attention sur ce fait capital, c'est que, de toutes les manifestations que je viens de vous tracer, les douleurs *fulgurantes* aux membres inférieurs sont les plus communes et par conséquent celles qui ouvrent la marche de ce cortège de symptômes avant-coureurs de l'ataxie.

Après un temps qui peut varier de quelques mois à des années, survient le manque de coordination du mouvement, c'est-à-dire l'ataxie, qui débute, comme les douleurs, par les membres inférieurs et s'étend progressivement au tronc et quelquefois aux membres supérieurs. Le malade a de la difficulté à marcher en ligne droite, il perd facilement l'équilibre, éprouve de la difficulté à marcher dans l'obscurité, ne peut tourner rapidement sur lui-même sans risquer de tomber ; plus tard la démarche devient de plus en plus difficile, le malade

ne peut plus marcher sans le secours d'un appui, et cependant sa marche est précipitée, il projette ses jambes à droite et à gauche en frappant le sol de ses talons; enfin, le désordre allant en progressant, la station finit par devenir impossible.

Que le malade soit dans son lit ou assis, il peut exécuter tous les mouvements possibles, chose qu'on ne rencontre pas dans la paraplégie, car dans cette dernière le malade est dans l'impossibilité d'exécuter ces mouvements. Dans l'ataxie, la force musculaire est conservée et ce qui fait défaut c'est le manque de coordination de cette force musculaire, cependant il ne faut pas oublier que, dans les derniers temps de l'affection, la paralysie peut survenir à titre de complication dans le cas où la sclérose a envahi les parties antérieures de la moëlle.

Si les membres supérieurs sont atteints par l'ataxie, on observe alors, des désordres en rapport avec l'usage de la main, mais cette propagation est rare et tardive. A ces divers troubles, il faut ajouter une certaine anesthésie de la peau, des maqueuses, des muscles et des articulations. L'anesthésie de la peau du pied est telle que le malade croit marcher sur du duvet ou sur un sol inégal, parfois même la malade n'a pas conscience de sa position, surtout de la position de ses jambes alors qu'elles se touchent et il se regarde pour s'en assurer.

Les sensations de douleur, de toucher sont donc généralement diminuées ou abolies à cette période, mais il y a exception pour la sensibilité au froid qui est, au contraire, exagérée. Quant aux troubles dont je vous ai parlé au début de cette description, ils peuvent reparaitre et quelquefois rester en permanence.

Chez la plupart des malades, non-seulement il y a spermatorrhée mais aussi abolition de l'énergie virile, quelquefois relâchement des sphincters, et, dans des cas très exceptionnels, de l'atrophie musculaire plus ou moins étendue et pouvant être suivie de dégénérescence graisseuse. Enfin, je pourrais ajouter qu'on a observé des éruptions cutanées, des arthropathies du genou, tantôt passagères, tantôt entraînant des désordres graves comme la luxation, etc. Un fait important c'est que, malgré tous ces désordres que je viens de vous énumérer, l'intelligence conserve son intégrité.

Il vous semble, peut-être, messieurs, que, grâce à cette succession de symptômes dont je viens de vous faire le tableau, il vous sera facile de diagnostiquer sûrement l'ataxie locomotrice, mais n'oubliez pas que cette maladie ne se présente pas toujours sous cette forme classique, elle peut aussi se manifester sous une allure qu'on a appelée avec raison forme *fruste*. Ainsi l'affection peut se traduire à son début par des

symptômes particuliers, tels qu'amblyopie progressive, paralysie oculaire, névralgie viscérale, troubles auditifs et même troubles laryngés, etc. Il est bon de noter que la maladie peut se trahir par un de ces symptômes isolés pendant des mois et des années avant que l'ataxie, c'est-à-dire l'incoordination des mouvements volontaires, soit établie. Le diagnostic est délicat dans ces circonstances, et vous voyez néanmoins l'importance de bien saisir ces signes isolés car s'il y a quelque chance de rendre service à ces pauvres victimes c'est peut-être à cette époque de l'affection. On dit que les maladies du cervelet peuvent déterminer quelques désordres dans l'équilibre, ressemblant à l'ataxie, avec accompagnement d'amblyopie, de strabisme. Mais les maladies du cervelet se distinguent par de la céphalagie occipitale, des vomissements et ne sont jamais accompagnées de douleurs fulgurantes dans les membres.

Il nous reste maintenant à revenir à notre malade et à vous rappeler quelle forme l'ataxie a revêtue chez lui. D'abord, notre homme raconte qu'il y a cinq ans il a commencé par éprouver des douleurs dans les reins et dans les organes génitaux, c'est-à-dire qu'il a ressenti des douleurs de reins avec rétraction testiculaire comme dans la colique néphritique; ces douleurs revenaient souvent; plus tard elles se faisaient sentir au bas des côtes et l'étouffaient.

Ces douleurs correspondent bien aux douleurs dites *en ceinture*. Depuis quelques mois il dit éprouver dans les membres inférieurs comme des décharges électriques, et, dans les membres supérieurs, il se plaint particulièrement de douleurs dans les doigts mais surtout dans les pouces, preuve que la sphère du nerf radial est lésée comme celle du médian et du cubital, c'est-à-dire que la sclérose spinale, chez ce malade, a envahi la région brachiale de la moëlle.

Du côté de l'encéphale, il y a à peu près deux ans, il est survenu des troubles oculaires, tels que amblyopie, strabisme, diplopie, mais ces derniers désordres sont disparus, tandis que l'amblyopie a continué à progresser jusqu'à perte totale de la vue du côté droit. Il y a aussi surdité du côté droit. A propos de la disparition du strabisme et de la diplopie, comme cette paralysie ou plutôt cette parésie disparaît d'elle-même il faut se mettre en garde contre la tentation d'attribuer ce changement à l'intervention de l'art; du reste, cette prétendue guérison peut être une bonne fortune pour le charlatan.

Chez notre malade, les nerfs crâniens de la 3<sup>ème</sup> et de la 6<sup>ème</sup> paire, ainsi que l'auditif sont donc intéressés, c'est-à-dire à l'état de sclérose. Je dois ajouter que les douleurs



lombaires sont disparues complètement, mais il continue de se plaindre de douleurs *fulgurantes* dans les jambes et térébrantes dans les bras, et de plus, il lui semble que tous ses membres sont serrés comme dans une ligature, cependant il peut encore marcher, mais sa démarche est exactement celle de l'ataxique. Vous l'avez vu dans nos salles, il projette ses jambes à droite, à gauche, en avant, en arrière, comme des jambes de pantin, il frappe le sol de ses talons et ne peut faire un pas sans être appuyé sur sa canne et aussi sans diriger sa vue du côté de ses pieds. En effet, c'est une nécessité pour l'ataxique de se regarder les pieds pendant qu'il marche; c'est du moins ce qui s'observe généralement. Vous vous rappelez qu'un jour je lui donnai la main et que par la nature de la pression que sa main exerçait sur la mienne il semblait disposé à la broyer; de même aussi il a pu soulever, avec la plus grande aisance, celui d'entre vous qui s'est assis une fois sur ses genoux. Cette vigueur musculaire se rencontre-t-elle dans la paralysie? Assurément non. Un moyen d'exploration qui a son importance, c'est l'expérience dont vous avez été témoins à plusieurs reprises, c'est-à-dire, que chaque fois que le malade se rapprochait les pieds l'un de l'autre, la station devenait difficile, mais dès qu'il se fermait les yeux, il perdait l'équilibre entièrement. Ce signe manque rarement.

Le malade est impuissant et a des pertes séminales presque continuelles.

Du côté de l'appareil digestif, il est incommodé par une digestion difficile et de la constipation, contrairement à la règle, car généralement l'ataxique mange bien et digère bien. L'anesthésie cutanée et musculaire est bien marquée, comme l'a prouvé l'expérience que je fis devant vous lorsque je promenais une aiguille sur une assez grande étendue de ses membres, le malade ne paraissait rien percevoir excepté quand j'enfonçais l'aiguille bien profondément, et encore, dans certaines régions, la douleur était peu marquée.

Messieurs, vous comprenez facilement qu'ici la maladie en est rendue à sa période d'état; cependant, si les renseignements fournis par cet homme sont fidèles, l'affection n'a pas suivi sa marche ordinaire, sa forme classique, puisque les douleurs, au lieu de s'annoncer par les membres inférieurs, ont débuté par les reins, ensuite par la sensation de ceinture abdominale, en troisième lieu par les douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, etc.; la sclérose spinale postérieure, ici, a donc revêtu la forme fruste.

Voyons maintenant si nous pouvons remonter au point de départ, à la cause de l'ataxie chez notre malade.

Il raconte qu'il a éprouvé beaucoup de misère, qu'il s'est exposé fréquemment à l'humidité, au froid, à cause de la nature de ses travaux; de plus il a fait des excès alcooliques, des excès vénériens de toute espèce.

On peut établir qu'en thèse générale l'ataxie reconnaît les mêmes causes que celles qui engendrent la myélite chronique.

Ainsi l'hérédité paraît jouer le plus grand rôle comme favorisant cette maladie, tantôt d'une manière directe, tantôt d'une manière indirecte, c'est à-dire que plusieurs membres d'une même famille peuvent être atteints d'ataxie locomotrice ou bien avoir une prédisposition héréditaire pour les maladies des centres nerveux. Parmi les causes pouvant déterminer l'affection on range le froid, le séjour prolongé dans des lieux humides, le refroidissement, les excès vénériens, la syphilis. Pour ce qui concerne les deux dernières causes, il faut avouer qu'elles doivent avoir leur bonne part dans la détermination de cette maladie, et même quelques médecins considèrent la syphilis et les excès vénériens comme les causes presque exclusives de l'ataxie, mais il faut se garder de tomber dans l'exagération, car le libertinage est tellement répandu dans tous les pays, que le nombre des ataxiques devrait se multiplier si cette triste étiologie devait être adoptée comme exclusive, comme si le grand nombre de sujets respectables et d'une conduite irréprochable qui sont visités par l'ataxie n'avaient pas assez du fardeau de leurs misères sans avoir l'humiliation de passer pour les auteurs de leurs souffrances. On cite encore l'alcoolisme, le rhumatisme, la goutte, mais ces causes sont comparativement rares.

On peut donc soupçonner que chez notre homme les excès vénériens, l'exposition prolongée au froid humide, et peut être l'abus des alcooliques, ont dû le préparer à contracter l'ataxie. Je dois vous rappeler qu'il n'a pas eu de syphilis, et il a été impossible d'apprendre par l'interrogatoire si l'hérédité devait être invoquée.

Ce malade n'est peut-être pas à bout de ses misères, car l'ataxie est généralement de longue durée: 15, 20 ans et plus. Cependant, si les renseignements qu'on a pu obtenir de lui sont exacts, la maladie a suivi une marche singulièrement rapide, puisqu'elle ne date que de 4 à 5 ans et qu'elle est réduite à sa période d'état, et si cette marche se continuait, la lutte de ce pauvre malade pourrait bien être abrégée.

Il est à propos de remarquer que cette maladie respecte ordinairement l'enfance et la vieillesse et qu'elle attaque spécialement l'adulte entre 20 et 45 ans. Notre malade a 51 ans, et par conséquent il aurait reçu la première visite de son hôte à 46 ans à peu près.

La terminaison est ordinairement fatale; quelquefois la maladie peut rester stationnaire ou même rétrograder, mais ces haltes sont de courte durée. La mort est accélérée par des eschares au siège, aux régions trochantériennes, mais surtout par des maladies intercurrentes, telles que phthisie, pneumonie, cystite ulcéreuse, paralysie, dégénérescence graisseuse, etc.

La plupart des moyens thérapeutiques échouent. Il se peut aussi que si la maladie était attaquée avant le développement de troubles musculaires, c'est-à-dire avant l'ataxie, il serait possible d'en enrayer la marche de la maladie. Comme vous le savez, ce malade a été traité par le bromure de potassium, l'iodure de potassium, l'électricité; il avait été traité antérieurement par la cautérisation au thermo-cautère et il est à peu près dans le même état aujourd'hui que lors de son entrée à l'Hôpital. Cependant les cas d'ataxie liés à la syphilis ont paru souvent se modifier sous l'influence du traitement spécifique. Le nitrate d'argent a donné des résultats tantôt satisfaisants, tantôt négatifs. On conseille encore l'hydrothérapie.

---

HÔPITAL NOTRE-DAME. — M. FOUCHER.

---

### Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice.

---

*Messieurs,*

Le malade qui doit faire l'objet de la clinique de ce jour est celui que vous avez vu au No 21 de la salle Saint-Jean de Dieu et dont M. le professeur Laramée a déjà analysé les symptômes en vous parlant de l'ataxie locomotrice. Je ne vous ferai pas l'histoire complète du patient, vous la connaissez déjà. Je veux seulement passer en revue les troubles oculaires que nous avons rencontrés chez lui et en général ceux qui peuvent apparaître dans le cours de l'ataxie. Cette étude n'est pas dépourvue d'intérêt, car il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquels des troubles visuels se trouvent associés à des altérations du système nerveux. Pour ne faire ici que la part de l'ataxie locomotrice, citons les symptômes suivants qui peuvent précéder ou accompagner la maladie: la chute de la paupière supérieure, liée à la paralysie de la 3<sup>me</sup> paire; la diplopie, causée par une parésie ou même une paralysie d'un ou de plusieurs muscles moteurs de l'œil; l'inégalité des pupilles, caractérisée par une contraction exagérée (myosis) ou une dilatation outre mesure (mydriase); l'affaiblissement

progressif de la vue, causée par des altérations du nerf optique et se traduisant par une diminution de l'acuité visuelle; un rétrécissement concentrique du champ visuel; une difficulté à reconnaître les couleurs (dyschromatopsie).

Des observations nombreuses citées par Charcot, Hardy et autres, ont démontré que les manifestations oculaires ci-dessus mentionnées jouent souvent le rôle de signes révélateurs et peuvent nous avertir plusieurs années à l'avance de l'invasion d'une ataxie, alors qu'il n'y a encore aucune douleur fulgurante, aucune incoordination des mouvements, aucun réflexe rotulien, tel que signalé par Westphall, de Berlin. Il serait difficile, pour le cas qui est sous vos yeux, de tirer des conclusions rigoureuses en faveur de ce que je viens de dire. Chez ce patient, les douleurs fulgurantes existent déjà depuis près de deux ans et il est difficile d'obtenir des renseignements exacts sur les troubles oculaires qu'il a pu observer antérieurement à cette date.

Cependant, je suis porté à croire qu'ici les yeux ont été les premiers à porter l'empreinte de la maladie. Le patient raconte qu'il y a plus de deux ans il a été sujet à une certaine fatigue qui se traduisait par un embrouillement de la vue et dont il se soulageait en portant la main à ses yeux. Il se peut que cette fatigue passagère ait été causée par une diplopie fugace telle qu'il s'en présente souvent dans le cours de l'ataxie. La diplopie, vous le savez, est caractérisée par la perception d'images doubles. Ce trouble de la vision résulte d'un dérangement dans la convergence des axes optiques principaux au point de mire.

Il n'est question ici que de la diplopie binoculaire, c'est-à-dire de celle qui résulte de l'action associée des deux yeux. Lorsqu'un des muscles moteurs de l'œil est atteint de paralysie ou de parésie, il se produit un dédoublement des images toutes les fois que ce muscle vient en action.

Supposons, par exemple, que le droit externe de l'œil droit soit atteint, le malade pourra regarder à sa gauche, et faire converger ses yeux sur un objet situé en face et près de lui sans qu'il y ait diplopie, mais aussitôt que l'objet s'écartera de la ligne médiane vers la droite, aussitôt il paraîtra double. L'écartement des deux images sera d'autant plus accusé que l'objet se portera plus vers la droite.

Règle générale, dans les paralysies oculaires, les images se dédoublent du côté des muscles paralysés; elles sont donc directes dans la paralysie des droits externes, tandis qu'elles sont croisées dans la paralysie des droits internes. On peut artificiellement produire cette diplopie en se servant d'un

prisme, et reconnaître quel est le muscle affecté en mettant un verre coloré devant un des deux yeux. Nous aurons occasion de revenir plus au long sur ce sujet en parlant des paralysies oculaires. Pour le moment, qu'il me suffise de dire que la diplopie est un symptôme de la plus grande valeur dans les paralysies oculaires et qu'il constitue pour le malade non seulement un inconvénient mais aussi un danger. Il cause le vertige, donne une fausse notion sur la situation des objets, leur grandeur et la distance à laquelle ils sont placés.

L'orientation sur la vue devient difficile. Les malades croient descendre lorsqu'il faut monter les marches d'un escalier ; au lieu de fuir le danger, une voiture par exemple, ils peuvent se précipiter au devant. Il résulte de la formation de ces images doubles un miroitement insupportable qui peut provoquer des syncopes, des vomissements, et faire croire à des accidents cérébraux. Notre malade avait peut être, à un degré plus ou moins prononcé, ce vertige oculaire dont il se soulageait en se portant la main aux yeux.

Les paralysies que l'on rencontre dans le cours de l'ataxie locomotrice peuvent être simples, monoculaires, c'est le cas le plus fréquent. Les nerfs le plus souvent affectés sont par ordre de fréquence les 3ème, 4ème et 6ème paires. Toutes ces paralysies sont reconnaissables les unes des autres par la position des images doubles, s'il y a diplopie, et par l'épreuve de l'arc de rotation du globe oculaire dans la direction respective de chacun des muscles moteurs de l'œil.

On peut remarquer un affaiblissement de tous les muscles de l'œil ; l'examen en est très pénible parce qu'il se passe alors dans ces muscles une série de contractions et de relâchements, qui échappe à toute dénomination spéciale. En résumé, la diplopie résulte de la paralysie partielle ou totale des muscles moteurs de l'œil, et lorsqu'on la voit apparaître sans cause appréciable, il faut toujours songer au début d'une ataxie locomotrice progressive et si cette diplopie, cette paralysie, offre un caractère variable, intermittent, passager, le diagnostic d'ataxie locomotrice fait encore moins de doute.

Les troubles observés du côté de la pupille ne sont pas moins importants que les précédents. Comme ces derniers, ils peuvent se manifester au début de l'ataxie. Ils consistent en une contraction ou une dilatation exagérée du sphincter irien. Pour pouvoir bien apprécier la valeur de ce symptôme, il faut tenir compte de plusieurs faits qui peuvent en atténuer ou en augmenter l'importance. La pupille n'a pas le même degré de dilatation chez tous les individus. Tandis qu'elle est normalement grande chez les enfants et les myopes, les per-

sonnes faibles et anémiques, elle est au contraire rétrécie chez les personnes âgées. Il faudra donc tenir compte de ces influences diverses. Dans le cas qui nous occupe, le patient est âgé de 51 ans, ses deux pupilles sont contractées et ne réagissent pas à la lumière. Elles sont également contractées, quoique dans l'un des yeux la vision soit déjà totalement abolie.

Trousseau a admis l'existence du myosis au début de l'ataxie, mais on le rencontre aussi à une période plus avancée. Quand il existe de la mydriase, on peut songer à une altération du fond de l'œil, à une paralysie de la 3<sup>ème</sup> paire, ou encore à l'existence d'une crise douloureuse. Ce symptôme appartient donc à une période avancée de la maladie. Cependant il est impossible de formuler rien de précis à ce sujet. Règle générale, lorsque les pupilles sont dilatées et immobiles dans le cours de l'ataxie, on rencontre en même temps une atrophie papillaire et le malade est paralytique. A ces dernières périodes, je le répète, on peut encore rencontrer un myosis au lieu d'une mydriase dans la moitié des cas, et notre malade en est un exemple.

Le fond de l'œil nous fournit des indications précieuses dans le diagnostic de l'ataxie locomotrice. L'affaiblissement de la vue dont se plaignent les malades atteints de cette maladie est causé par une lésion du nerf optique. Cette lésion offre des ressemblances avec celle que l'on rencontre dans les cordons postérieurs de la moëlle. Elle a pour conséquences un rétrécissement concentrique du champ visuel une diminution de l'acuité visuelle et une difficulté à reconnaître les couleurs, surtout les teintes secondaires. Si vous examinez notre malade à l'ophtalmoscope, vous verrez que dans l'œil droit la papille du nerf optique a perdu sa coloration normale, qu'au lieu d'être rosée elle est devenue d'un blanc bleuâtre reflétant fortement la lumière.

Cette coloration bleuâtre est due à ce que les fins vaisseaux qui donnent à la section nerveuse sa couleur rose sont masqués par le tissu cellulaire opaque.

Le calibre des artères ne paraît pas être en relation avec le degré d'atrophie. Il n'y a pas d'excavation. Les bords de la papille sont nets et très distincts, et cette netteté des bords du disque papillaire permet de distinguer l'atrophie simple de celle qui est consécutive à une névrite. Dans ce dernier cas en effet les bords sont diffus et nuageux.

Dans l'œil droit de notre malade l'atrophie est complète, l'acuité visuelle et même la perception lumineuse sont nulles. Cependant, tout n'est pas perdu pour lui, l'amaurose tabétique a attaqué inégalement les deux yeux. La papille de

l'œil gauche présente elle aussi, mais à un degré moins prononcé, les apparences de l'atrophie, l'acuité visuelle égale  $\frac{1}{3}$ , le champ visuel est rétréci concentriquement par secteurs comme l'indique cette feuille. La courbe qui représente ses limites offre des contours irréguliers sous forme de secteurs dont le sommet aboutit à la papille. Le rétrécissement est concentrique, plus marqué en dehors qu'en dedans; il évolue plus rapidement que l'amblyopie, de sorte que les malades ont parfois une acuité visuelle satisfaisante alors que la sensibilité rétinienne est limitée à la macula. Ce signe constitue le meilleur moyen de distinguer l'atrophie au début des autres formes d'amblyopie.

La perception des couleurs est aussi altérée chez notre malade. Il existe chez lui de la dichromatopsie. Ce symptôme apparaît presque toujours au début de l'ataxie. C'est un signe certain d'altération des fibres du nerf optique, c'est un caractère appartenant en propre à l'atrophie parenchymateuse et qu'on ne retrouve pas dans l'atrophie interstitielle.

Les examens répétés que nous avons faits devant vous pour connaître la perception colorée de notre patient nous ont révélé une dyschromatopsie pour les teintes secondaires pâles et les teintes très foncées. Le violet n'est pas reconnu.

En résumé, l'aspect des nerfs optiques de notre malade, les lésions observées du côté du champ visuel et de la perception des couleurs constituent un ensemble de symptômes des plus probants en faveur de l'ataxie locomotrice. Supposant le cas où il n'existerait ici aucun autre symptôme général de la maladie que ceux que je viens de mentionner, la certitude du diagnostic serait suffisante. M. Charcot attache une grande importance à l'examen ophthalmoscopique dans l'étude des maladies nerveuses et surtout de l'ataxie, et voici comment il s'exprimait dans une de ses leçons cliniques à la Salpêtrière : "Ayant été témoin bien des fois de la sûreté, de la précision du diagnostic établi par des médecins versés dans l'ophtalmologie et le maniement de l'ophtalmoscope, je suis arrivé à partager, au moins en grande partie, la conviction qui les anime."

Puisque l'ophtalmoscope peut nous être d'un grand secours, il importe donc d'en bien connaître le maniement afin d'empêcher les examens d'être inexacts, et de ne pas donner une fausse interprétation aux symptômes révélés. Il ne faudra donc pas trop vous hâter de conclure à une atrophie du nerf optique, en vous rapportant à un symptôme isolé, à la coloration blanche, par exemple. Le nerf optique offre, à l'état normal, différents aspects qui peuvent quelquefois en imposer au premier abord pour des lésions pathologiques. Ainsi

la papille peut être pâle et même excavée sans qu'il y ait la moindre altération. Le diagnostic différentiel entre l'atrophie non tabétique et celle qui résulte d'une névrite n'est pas toujours facile à faire. Pour toutes ces raisons et beaucoup d'autres que j'omets, il vaut mieux en se servant de l'ophtalmoscope, surtout au début, se garder d'être trop absolu.

M. Abadie divise les atrophies papillaires en parenchymateuses, et en interstitielles. Cette division établit dans le nerf optique une distinction semblable à celle qui existe déjà pour les affections du rein et du foie. Ces deux formes d'atrophies papillaires correspondraient à deux affections génératrices d'un processus bien différent, le tabes et la sclérose en plaques disséminées. Dans l'ataxie locomotrice, vous le savez, la lésion porte d'abord sur l'élément nerveux lui-même; au contraire, dans la sclérose en plaques, la lésion porte d'abord sur le tissu conjonctif qui, en proliférant, vient étouffer les tubes nerveux. Dans le tabes, le tube nerveux disparaît, tandis que dans la sclérose un certain nombre de tubes nerveux peuvent encore servir à la conductibilité nerveuse. Nous devons ces détails à Charcot. On en voit la déduction pratique : dans un cas la vue se perd complètement, dans l'autre la conductibilité est diminuée mais la vue n'est jamais totalement perdue. La clinique confirme ces données; dans l'ataxie, l'amaurose étant complète au début, les couleurs ne sont pas distinguées tandis que dans la sclérose en plaques l'acuité visuelle reste relativement bonne ainsi que la perception des couleurs.

M. Luys en nous démontrant le premier le siège des lésions dans l'ataxie locomotrice nous a aussi révélé la nature des lésions histologiques du nerf optique. Il a constaté la vascularisation de ce tronc nerveux, sa diminution de consistance, le ramollissement, l'atrophie, sa transformation en un cordon fibreux et la dégénérescence grise. Le plus souvent, la périphérie du nerf est seule prise, tandis que le centre est encore intact comme si la maladie marchait de la périphérie au centre. Le rétrécissement concentrique du champ visuel explique ce fait pathologique. La dégénérescence peut débiter isolément par les nerfs optiques ou encore simultanément avec des foyers de dégénérescence dans l'encéphale, sans connexion entre ces foyers. A la périphérie, les fibres nerveuses se transforment en tissu cellulaire. Les gaines ne sont nullement altérées. On ne rencontre pas de dilatation considérable des vaisseaux, ni l'épaississement de la membrane adventice comme dans la moëlle.

L'analogie entre les lésions de la moëlle et celles du nerf optique n'est donc pas parfaite. Le nerf optique peut



être dégénéré à son extrémité terminale. Charcot cite des cas où l'induration grise s'est propagée depuis les bandelettes jusqu'aux corps genouillés. La physiologie pathologique de l'atrophie tabétique sera interprétée ailleurs qu'ici. Les lésions observées du côté des nerfs moteurs oculaires sont ceux de la dégénérescence grise du nerf optique.

Les symptômes oculaires dans l'ataxie sont très fréquents, il n'est pas hors d'intérêt de préciser.

Quelle est la fréquence de l'atrophie tabétique ?

D'après plusieurs statistiques, on la rencontrerait à peu près dans la moitié des cas. Charcot affirme que la grande majorité des femmes qui sont admises à la Salpêtrière comme atteintes de cécité amaurotique, offrent, tôt ou tard après leur admission dans l'établissement, des symptômes plus ou moins manifestes d'ataxie locomotrice.

D'après une statistique de Cyon, sur 203 malades examinés par lui, on a rencontré 106 fois des symptômes oculaires répartis comme suit :

Amblyopie.....	33
Paralysie musculaire.....	30
Mydriase.....	3
Myosis.....	9
Amaurose et paralysie musculaire.....	16
Amaurose et mydriase.....	3
Amaurose et myosis.....	1
Paralysie musculaire et mydriase.....	4
Amaurose, mydriase et paralysie musculaire.....	2
	106

Les cas d'amaurose avec myosis ont compté pour l'exception ; le cas que nous avons sous les yeux est à ce titre un cas rare.

## Hernie inguinale étranglée.

### Kélotomie.—Guérison.

par J. ROBILLARD, M. D., THURSO, Ont.

Le 29 septembre dernier, je fus appelé auprès d'un malade porteur d'une hernie inguinale depuis 20 ans, M. B..... âgé de 67 ans, cultivateur par état et trappeur dans ses loisirs. Soit par négligence, soit par insouciance du péril, il ne s'était jamais décidé à porter un bandage, malgré de nombreuses atteintes d'étranglement pour lequel il avait toujours été son propre médecin. Enfin, comme les jours se suivent mais ne ressemblent pas, il arriva ce qui arrive ordinairement en ces cas, notre homme fut, le 26 septembre, pris d'un étranglement irréductible.

Après force manipulations, infructueuses de la part du patient à qui l'habitude avait acquis une certaine dextérité, je fus mandé vers la soixante douzième heure après le début des accidents. L'anxiété du malade était extrême; il y avait douleur violente à l'estomac avec vomissement de matières fécales etc. Bref, je conclus à la nécessité urgente d'une réduction quelconque sous le plus court délai. Je n'osai pas pratiquer le taxis avec acharnement, pour les raisons ci-haut mentionnées. J'appelai mon confrère le docteur Melcalfe, de Thurso, et, après chloroformisation suivie de taxis méthodique sans succès, nous en vîmes à l'opération du débridement de la manière suivante: Incision de la peau en ligne oblique, parallèlement à la tumeur, dénudation du sac herniaire par la division sur la sonde de tous les tissus sous jacents à la peau; puis, après avoir encore fait le taxis pendant quelques minutes sans résultat, nous fîmes la section du péritoine, puis le débridement de l'anneau inguinal, alors que l'intestin fut lentement repoussé dans la cavité abdominale.

L'opération fut suivie d'un pansement simple retenu en position au moyen d'un bandage inguinal. Le patient fut maintenu dans l'immobilité autant que possible, et, au bout de 48 heures, il y eut passage naturel de matières fécales. La guérison se fit graduellement, par suppuration lente, sans fièvre ni douleur. Aujourd'hui, l'homme est bien, il marche et commence même à vaquer à ses occupations.

J'aime à citer ce cas comme un exemple de la puissance de la *vis medicatrix naturæ*, cet homme ayant échappé à une péritonite imminente, sans traitement prophylactique, l'âge et la débilité du malade permettant à peine une diète modérée.

18 Novembre, 1882.

---

## COMMUNICATION.

---

### Acte médical.

#### Clause concernant les sages-femmes.

---

*Messieurs les Rédacteurs,*

Dans l'acte pour amender et refondre de nouveau les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la province de Québec, nous voyons à la fin du paragraphe 17 qui a rapport aux sages-femmes: "Rien dans cette section, ou dans les règlements qui seront faits, n'empêchera, comme cela se

fait souvent, les femmes dans les campagnes de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements, sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements; mais elles devront obtenir un certificat d'un médecin dûment licencié, constatant qu'elles ont les capacités suffisantes."

Mais si ces femmes ont les capacités suffisantes, pourquoi n'iraient elles pas devant un bureau d'examineurs; et si elles ne les ont pas, pourquoi laisser au premier licencié venu le droit de donner des certificats de capacité à ces femmes?

On ne doit pas oublier que parmi nous il s'en trouve qui n'ont du médecin que le titre. Qui nous assure que ce médecin licencié agit par des motifs toujours louables?

Dans chaque paroisse, il y a un certain nombre de pratiques qui donnent bien plus de trouble que d'argent. Pour se débarrasser de ces *mal payants*, on donne un certificat de capacité à la première venue. Ou bien, c'est un confrère voisin que l'on n'aime pas; pour le taquiner, on donne des certificats à une, deux, trois femmes de sa paroisse, lesquelles, non contentes d'enlever une partie du gain de ce docteur, le discréditeront auprès des gens pour tâcher d'attirer quelques nouvelles pratiques à leur protecteur. Moyennant finance, on peut vendre des certificats à la douzaine. Ou encore, c'est une veuve, une ancienne amie, à qui l'on donne un certificat, et que l'on envoie pratiquer dans une paroisse éloignée. Le médecin, surpris, dénonce cette sage femme au Bureau; on intente une poursuite, et... l'action est déboutée: madame a un permis. Et combien d'autres inconvénients peuvent résulter d'un semblable système.

Et puis, nos vraies paysannes aiment leur vie et leur santé comme les autres et si je ne me trompe pas, l'acte médical a en vue, non seulement les intérêts des médecins, mais aussi ceux des patients, en les arrachant des mains des spéculateurs ou des charlatans. Comment cet acte pourra-t-il supprimer les charlatans, si un seul niais peut en créer des centaines qui seront hors la portée de la loi.

Si nos législateurs savaient toutes les manœuvres que nos braves sages-femmes emploient; s'ils connaissaient seulement la centième partie des infirmités, des accidents, qui résultent de leur maladresse, de leur présomption et de leur hâte intempestive, ils n'auraient jamais songé à mettre une clause en leur faveur. Car enfin, cette espèce de restriction, "elles devront obtenir un certificat d'un médecin licencié," est, avouons-le, fort peu gênante; on trouvera toujours un médecin disposé à donner de tels certificats.

Je ne puis résister à la tentation de rapporter une aventure

qui m'est arrivée dans le commencement de ma pratique. On vint me chercher pour faire un accouchement dans une paroisse voisine. Quatre voitures étaient sur le chemin. Le premier cheval, mené outre mesure, faillit tomber étouffé à ma porte; heureusement qu'une autre voiture n'était pas loin. Ce second cheval était en meilleur état que le premier; nous voilà à la belle course sur les roches, en charrette à poches. Tout à coup, un bandage laisse la roue en dedans, et ne fait pas moins de huit à dix tours au-dessus de ma tête avant qu'on puisse arrêter le cheval. Nous jetons le bandage à terre, et comme la troisième voiture ne devait pas être loin, nous continuons nonobstant; un morceau, deux morceaux du ceintage volent en éclats; enfin, rendus au troisième cheval, la pauvre roue n'a plus que des raies qui tiennent à peine au moyeu. Le reste du chemin est fait sans accident.

En entrant dans la maison, j'aperçois cinq ou six femmes; je cherche la malade des yeux, et ne puis la connaître. Pour un médecin, ne pas connaître la patiente dans une telle circonstance, ce n'est pas flatteur; ma pipe m'aide à dissimuler mon embarras, et, par quelques questions incidentes et pertinentes, je me fais désigner la malade dans le groupe. "Vous n'avez pas l'air enceinte du tout," ne puis-je m'empêcher de lui dire tout de suite. Néanmoins je fais un examen; je trouve les parties externes passablement tuméfiées, le col égratigné et très sensible, et l'utérus en antéversion; mais d'enfant, aucun indice. La femme avait été toute la nuit sous les soins pressés de deux sages-femmes—dont une était sans pareille dans le canton, qui tantôt la tenaient couchée sur son lit de misère, tantôt la faisaient marcher ou mettre sur l'eau chaude. Le matin la femme n'en pouvait plus; c'est alors qu'on envoya chercher le docteur. Je déclarai positivement que, loin d'être en travail, cette malade n'était pas même enceinte. "Ils nous semblait, dirent alors les deux sages-femmes, qu'elle n'était pas comme les autres."

Voici la cause de leur erreur: la femme avait cessé de voir ses règles depuis quelques mois, donc, suivant elles, elle était enceinte; puis était survenue une dysenterie accompagnée de coliques, alors ce ne pouvait être que les douleurs de l'enfantement. Et voilà mes sages-femmes en frais de faire accoucher cette malheureuse. Vous voyez tout un rang en émoi, un cheval tout à fait rendu, une roue cassée, deux hommes exposés à avoir les membres brisés et même à être tués, une femme torturée et meurtrie par le fait de deux fameuses sages-femmes de campagne. Ces femmes n'ont pas depuis, cessé de faire des accouchements, elles en font encore.

Voici un autre fait plus malheureux. L'année dernière, j'étais appelé en toute hâte pour une femme accouchée à six mois, depuis cinq jours, et qui, me dit-on, perdait son sang. J'arrivai en même temps que la malade exhalait le dernier soupir. Je voulus connaître la cause de l'hémorrhagie, et je trouvai dans l'utérus le placenta entier que j'emmenai en retirant la main. La sage-femme avait rupturé le cordon et avait dit à la malade, que c'était tout ce qu'on pouvait avoir de la suite, quand la grossesse n'était pas à terme.

Voilà des échantillons de nos meilleures sages-femmes de campagne; jugez comment sont les autres.

Tous les jours nous constatons de nouvelles bévues, ou plutôt de nouveaux malheurs occasionnés par elles. Comment pourrait-il en être autrement, quand on sait la manière dont elles se recrutent. Une femme se trouve à recevoir un enfant ou deux qui lui tombent dans les mains, de suite la voilà sage-femme: elle a bien fait l'affaire chez une telle, donc elle est capable, et en effet, on vient la chercher de toutes parts. Une autre a eu plusieurs enfants, elle doit savoir comment cela vient, et l'on s'empresse de requérir ses services. Pourvu qu'elle ait de l'audace et de l'effronterie, son chemin est fait. Il n'y a pas jusqu'aux vieilles filles qui, pour se consoler d'avoir été oubliées, ou pour se venger de leurs compagnes plus heureuses, ne se mettent de la partie. Remarquez que toutes se gardent bien de demander des informations au docteur, de peur de paraître ignorantes. Vraiment, je ne comprend pas pourquoi on tolèrerait de telles sages-femmes.

Si l'on ne veut pas établir un seul bureau d'examineurs pour les sages-femmes, ce qui serait préférable, qu'on en mette deux, trois, dix, mais que ces bureaux ne se composent pas de moins de trois médecins qui transmettront tout de suite au bureau principal le nom des élues. Pour le bien et l'intérêt des médecins comme des patientes, qu'on ne donne pas ce droit au premier licencié, qui, parmi d'autres, peut avoir la manie de créer des sages-femmes à profusion.

St Ambroise de Kildare.

Dr J. LIPPÉ.

## HOPITAUX.

### Hôpital Notre-Dame, Montréal.

*Kyste ovarique; ovariectomie; guérison.—Paraplégie traumatique; hémorrhagie médullaire probable.—Leucorrhée infantile.*

*Kyste ovarique; ovariectomie; guérison.—Monique T\*\*\*, 21 ans, non mariée, tempérament nerveux, quelque peu anémique,*

entre à l'hôpital le 21 octobre. Elle porte une tumeur ovarienne datant déjà de deux années. Il lui est impossible de dire de quel côté la tumeur s'est primitivement développée. Actuellement cette tumeur est très grosse; l'abdomen est distendu outre mesure et on y constate une fluctuation bien évidente. La malade a déjà subi, avant son entrée à l'hôpital, une ponction qui a fait évacuer soixante onces de liquide. La menstruation n'a pas eu lieu depuis huit mois, et depuis lors la patiente a éprouvé des douleurs, parfois assez intenses, en divers points de l'abdomen. Ce dernier fait est de nature à faire redouter des adhérences entre la tumeur et les parties voisines.

Le 26 octobre, M. le Dr Brosseau pratique l'ovariotomie.

L'anesthésie est obtenue, non au moyen du chloroforme pur, mais au moyen d'un mélange d'une partie d'alcool pur, pour deux parties de chloroforme et trois parties d'éther sulfurique. Ce mélange ne produit pas les effets déprimants du chloroforme pur et est moins apte à favoriser la syncope. Avant que d'administrer l'anesthésique, on fait prendre à la malade deux onces de cognac.

L'opération est pratiquée suivant le mode ordinaire, l'incision première étant de  $2\frac{1}{2}$  à 3 pouces entre l'ombilic et le pubis. La couche de tissu cellulaire sous-péritonéal est très épaissie, ce qui lui donne l'apparence de l'omentum; à l'ouverture du péritoine une grande quantité de sérum s'échappe de la cavité. Un grand kyste qui semble former la majeure partie de la tumeur est ponctionné avec le trocart de Spencer Wells, et donne à peu près trente livres d'un liquide citrin, filant, gélatineux. Nonobstant, l'abdomen reste volumineux. L'opérateur introduit sa main dans la cavité kystique et y découvre une vingtaine de petits kystes chacun de la grosseur d'un œuf de poule. Ces kystes sont rompus et vidés, puis le kyste d'enveloppe est facilement tiré hors de l'abdomen, entraînant avec lui l'omentum qui lui adhère fortement par tout son pourtour. Quatre ou cinq ligatures perdues sont jetées sur cet omentum dont la portion adhérente est excisée.

Le pédicule étant long, on le place dans l'angle inférieur de la plaie où il est fixé au moyen d'un *clamp*. La plaie est fermée au moyen de six sutures profondes faites avec un fil de soie très fort; ces sutures intéressent le péritoine pariétal et doivent en rapprocher les bords aussi exactement que possible; les deux fils inférieurs transfixent de plus le pédicule afin d'en mieux assurer l'adhérence aux lèvres de la plaie. Huit sutures superficielles, faites avec une soie fine, complètent l'occlusion de la plaie.

L'opération commencée à 10 $\frac{1}{2}$  heures A.M., est terminée à 12 $\frac{1}{2}$  hrs. P.M. La malade n'a, durant l'opération, manifesté aucun symptôme alarmant. Le pouls a été presque toujours accéléré, quoique petit et faible. Il y a eu des vomissements à quatre reprises différentes dans le cours du sommeil anesthésique, mais pas une seule fois après l'opération. La malade est presque immédiatement mise sous l'influence de l'opium dont on répète la dose au besoin. Le cathétérisme est pratiqué *p. r. n.* Le soir, le pouls est à 102°, température 98 $\frac{1}{2}$ °. La malade est souriante. On prescrit la diète lactée, et occasionnellement un peu de brandy et d'eau.

Le 27 et le 28 la malade est assez bien. Le pouls se maintient à 110 en moyenne, et la température à 100° Fahr. On remplace l'opium par la morphine. Diète : lait et brandy. Le cathétérisme est toujours pratiqué au besoin ; l'urine est sécrétée en quantité normale.

Le quatrième jour, il y a élévation un peu plus considérable de la température, qui est à 101°, pouls 120. La malade se plaint de douleurs abdominales, etc., tous symptômes propres à faire redouter une péritonite.

Le cinquième jour, le pouls n'est qu'à 100 et la température à 100 $\frac{1}{2}$ °. En faisant le pansement, on constate que l'union de la presque totalité de la plaie s'est faite par première intention et qu'il n'y a pas une seule goutte de pus, sauf au pourtour du pédicule où l'union n'a pas encore eu lieu. Le clamp est encore maintenu en place.

Le pouls et la température se maintiennent aux chiffres ci-dessus, avec de très légères variations, jusqu'au 8ème jour. alors que surviennent de petits frissons, tremblements, agitation, perte de sommeil. Le clamp tombe de lui-même. On enlève tous les points de suture, moins ceux qui transfixent le pédicule. La plaie est pansée antiseptiquement. Pouls, 114, température 100 $\frac{1}{2}$ °. On prescrit la quinine à dose de 2 grains toutes les deux heures, et les stimulants à profusion.

Le 4 novembre (9ème jour), les mêmes symptômes continuent. Pouls 116, température 100 $\frac{1}{2}$ °. Il y a délire ; le facies est altéré, le regard farouche, la face vultueuse, les pupilles très dilatées ; il y a de plus clignotement des paupières ; la malade prononce des paroles incohérentes ; soubresaut des tendons, carphologie.

Le pansement est fait avec soin et l'on constate qu'une petite quantité de pus séjourne et stagne autour du pédicule. Une sonde en gomme est introduite aussi profondément que possible et l'on pratique des injections désinfectantes à l'acide phénique. Le bout du pédicule est cautérisé au perchlorure

de fer. Il semble très probable que les symptômes défavorables qui se montrent ici indiquent un commencement de septicémie amené par les quelques gouttes de pus séjournant au-dessous du clamp, et par la mortification et l'élimination de la portion comprimée. Dès le soir, les symptômes alarmants sont moins intenses. On continue l'usage de la quinine. Diète généreuse: stimulants, vins, etc.

Le 5 novembre. A.M., pouls 116, température 101°. Pansement comme hier. On cautérise encore le pédicule. Le soir, pouls 82, température 98½°. Dès lors la malade continue à prendre du mieux, le pouls et la température ne s'élevant guère au-dessus de la normale. L'appétit est excellent; souvent même il faut le surveiller. On prescrit toujours une diète généreuse ainsi que l'usage de la quinine à doses toniques et des stimulants.

Au moment où ces notes se terminent, 20 novembre, la patiente est très bien. La plaie achève de se cicatrizer. Les forces générales se relèvent rapidement.

Un auteur dit que le succès de l'ovariotomie dépend en grande partie des soins assidus et intelligents des garde-malades. Sous ce rapport, rien n'a fait défaut dans ce cas-ci. Une religieuse s'est constamment tenue nuit et jour auprès de l'opérée, et les médicaments, etc., ont été administrés à la minute et tels que prescrits. De tels soins ne peuvent être donnés que par une religieuse; une sœur de charité seule peut, sans faillir et sans se lasser, répondre ainsi avec autant de dévouement et de zèle aux obligations qu'impose le soin d'un cas semblable.

*Paralysie traumatique; hémorrhagie médullaire probable.*— Michel D..., 25 ans, employé au déchargement des navires, est, le 16 septembre 1882, renversé par la chute de plusieurs sacs de farine, (poids total de 800 lbs,) qui lui tombent sur le dos. Il est aussitôt transporté à l'hôpital, salle Saint-Joseph No. 1, service de M. le Dr Brosseau. A un premier examen on constate une paralysie incomplète de la jambe droite. Aucun signe de fracture ou de luxation aux membres, non plus qu'à la colonne vertébrale dont les diverses régions sont minutieusement examinées sans qu'on y puisse découvrir de lésion appréciable. Le malade qui n'a pas perdu connaissance, accuse une douleur très forte au niveau de la septième vertèbre cervicale; cette douleur s'exaspère à la pression. Il y a priapisme. Pouls lent et faible. Température normale.

Le lendemain, 17, la paralysie est complète et s'étend aux deux jambes; elle envahit même le tronc jusqu'à la région épigastrique. La sensibilité tactile et la sensibilité doulou-



reuse sont émoussées dans les parties paralysées. Il y a également paralysie de la vessie et des intestins; tympanite. Pouls et température comme hier. On prescrit des sinapismes au niveau de la région cervico-dorsale. A l'intérieur, le brandy à doses suffisantes pour relever un peu le pouls. Le cathétérisme est pratiqué au besoin; des lavements simples sont donnés mais presque sans succès.

Le 18, a. m., des selles abondantes se produisent, ce qui amène une diminution de la tympanite. Pouls 80, température 100°.

Le 19, pouls- 92, température 100½. On remplace le brandy par l'iodure de potassium à dose de 10 grains, trois fois par jour. On applique des ventouses sèches au niveau de la région douloureuse de la colonne vertébrale. La paraplégie est complète, on continue le cathétérisme au besoin. De large sphacèles se déclarent à la région sacrée et au niveau des trochanters. On les panse à l'oxide de zinc. Le priapisme est presque nul maintenant.

Du 20 au 30, les symptômes restent à peu près les mêmes. La paraplégie ne s'améliore en aucune façon. Le malade a plusieurs selles involontaires. La température varie entre 98½ le matin et 100° ou 100½ le soir. Le 20 p. m. cependant, le thermomètre marque 103°, le pouls étant à 112. Cette exacerbation est de courte durée, et le 28 a. m., la température est revenue à 98½ et le pouls à 88. Plusieurs eschares se sont formées à la région sacro-iliaque et au niveau des trochanters. Ces dernières sont particulièrement profondes et atteignent presque la surface de l'os. C'est bien là le *decubitus acutus* de Samuel et Charcot.

Le 1er octobre, on met de côté l'iodure de potassium pour le remplacer par la strychnine à dose de  $\frac{1}{10}$  gr. trois fois par jour et augmentant graduellement jusqu'à  $\frac{1}{5}$  gr. De plus, l'usage du courant faradique.

Ce traitement est continué durant tout le mois d'octobre et la première partie de novembre, mais sans beaucoup d'amélioration. La sensibilité tactile est revenue quelque peu, mais la paralysie motrice reste toujours aussi complète.

Quelques eschares ont pu se cicatrizer, d'autres se sont formées dans le voisinage. L'atrophie des muscles des membres paralysés a été rapide et considérable. La température et le pouls se maintiennent à peu près à la normale, mais il y a toujours une petite exacerbation le soir. L'appétit est assez bon. Le malade laisse l'hôpital le 16 novembre, sans être autrement amélioré.

*Lencorrhée infantile*—Corinne C....., 4 ans, tempérament

scrofuleux, est présentée à la consultation le 13 novembre, pour un écoulement vulvaire dont elle souffre depuis quelques semaines au dire de sa mère.

Cet écoulement est verdâtre et accompagné d'une irritation assez vive de la vulve avec rougeur. Il n'y a pas trace d'éruption eczémateuse non plus que d'oxyures vermiculaires. D'un autre côté, les soins de propreté ne semblent pas avoir été très minutieux.

On prescrit des lavages fréquents (à l'eau tiède) des parties génitales externes et de l'orifice vaginal; tenir ces parties parfaitement propres et sèches; usage libéral de poudre de riz. En outre, des lotions à l'eau de Goulard, et, à l'intérieur, le sirop d'iodure de fer à dose de dix minimes, trois fois par jour, alternant avec l'huile de foie de morue.

---

## SOCIÉTÉS MÉDICALES.

### Société Médicale de Montréal.

Séance du 17 nov. 1882.—Présidence du DR A. LAMARCHE.

Le DR G. ARCHAMBAULT donne lecture d'un travail sur le diabète sucré considéré au point de vue de l'étiologie, des symptômes, du diagnostic et du traitement. (1)

DR H. E. DESROSIERS: La communication que vient de faire M. le Dr Archambault est assez complète et il reste peu de choses à ajouter; je bornerai donc mes remarques à certains phénomènes marquant le début et la marche du diabète, et sur lesquels on a récemment attiré l'attention.

Dans une étude que je viens de voir à ce sujet dans le *Concours Médical*, M. Paul Gerne rappelle le mot du professeur Lasègue, que "si bien des gens entrent dans le diabète par une porte bâtarde, si d'autres y pénètrent par une porte largement ouverte, il en est qui, malgré certaines apparences, n'y entrent pas du tout." L'auteur ajoute: "C'est véritablement une exception de rencontrer en clinique le fameux syndrome classique du diabète: polyurie, polydipsie, polyphagie. Les seuls signes capitaux doivent être tirés de l'examen chimique des urines: *glycosurie* et *azoturie*. Mais comme il est impossible d'examiner l'urine de tous les malades venant à la consultation, il faut savoir soupçonner le diabète au seul énoncé que le client fait de tel ou tel trouble de sa santé, pouvant être rattaché à cette maladie."

---

(1) Ce travail sera publié *in extenso* dans notre livraison de janvier prochain.

A part les symptômes qu'on pourrait appeler classiques et qui sont mentionnés par tous les auteurs, il en est d'autres sur lesquels on n'appuie peut-être pas assez, et qui, en certains cas, pour ne pas dire en beaucoup de cas, constituent dès l'abord les seuls signes appréciables de la maladie, surtout dans ce qu'on a appelé le diabète latent. Parmi ces symptômes, M. Gerne mentionne particulièrement la réaction acide de l'urine, remarquée par M. Lécorché qui la considère, quand elle coïncide avec des urines pâles et abondantes, comme un des symptômes importants du diabète. Il y a de plus l'excès d'acide urique dans le liquide urinaire. Cet excès se manifesterait, selon M. Coignard, des mois et des années avant l'apparition de la glycosurie et même du diabète. On sait d'ailleurs que cet excès d'acide urique existe dans l'urine d'un certain nombre de diabétiques confirmés. M. Bouchardat a même fait de ce caractère particulier le point de départ d'une subdivision du diabète qu'il appelle *glyco polyurique* ou petits diabètes avec excès d'acide urique (1). L'azoturie ou excès d'urée est encore un des caractères de l'urine des diabétiques. L'excès d'urée, comme l'excès d'acide urique, indique que nous n'avons pas affaire à une simple glycosurie, mais au diabète vrai.

Parmi les signes habituels du diabète latent, M. Gerne mentionne encore l'impuissance, symptôme sur lequel M. le Dr Archambault vient d'attirer notre attention; de plus on constate de bonne heure "une fatigue générale, une faiblesse des membres inférieurs qui porte les malades à éviter tout exercice, enfin, une prostration morale tout-à-fait caractéristique. M. Legrand du Saule a signalé un trait particulier de leur état mental, qui consiste en des idées de ruine que rien ne justifie." Puis, passant à l'examen des troubles nerveux du diabète, l'auteur attire l'attention sur certaines névralgies symétriques, siégeant sur les mêmes branches nerveuses de chaque côté du corps. Ces névralgies ont surtout été signalées par M. J. Worms qui en est venu aux conclusions suivantes:

a. Une variété spéciale de névralgie se rencontre dans le diabète sucré. Elle est caractérisée par l'existence simultanée de la douleur dans les deux branches de la même paire de nerfs. b. Jusqu'aujourd'hui, on ne l'a constatée que dans les nerfs sciatique et dentaire inférieur. c. Cette névralgie diabétique semble beaucoup plus douloureuse que la névralgie ordinaire. d. Enfin elle ne cède pas ordinairement à l'emploi des anti-névralgiques habituellement mis en usage, tels que la

(1) Voir *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 et 30 octobre 1882.

morphine, la quinine, les bromures, etc., et doit être classée parmi les névralgies diathésiques, telles qu'on les rencontre dans l'intoxication saturnine, la chlorose, la goutte etc.

Les autres phénomènes nerveux diabétiques consistent en troubles de la motilité; ce sont des paralysies, et même des attaques de dyspnée, d'apoplexie ou de coma.

M. Gerne, après M. Lécorché, mentionne l'endocardite comme étant une complication occasionnelle du diabète, d'où l'importance de toujours examiner le cœur des personnes atteintes de glycosurie. Quant à la cause déterminante de cette dernière complication, M. Lécorché la croit être la présence du sucre dans le sang. Ne serait-ce pas plutôt un excès d'acide urique qui, comme on le sait, se rencontre dans certains cas de diabète et en particulier dans la glyco-polyurique de M. Boucharlat ?

J'ai eu, dans le cours de l'année dernière, occasion d'observer à l'hôpital Notre-Dame, deux cas de diabète sucré compliqués, l'un de tuberculose pulmonaire, l'autre d'athérome artériel avec ramollissement cérébral et éclampsie. Chez ces malades, les deux affections existaient simultanément lors de l'admission à l'hôpital, mais il fut impossible de savoir au juste laquelle s'était montrée la première. Cependant, dans le second cas, il semble bien probable que le diabète a précédé le ramollissement, autant que j'en puis juger par les signes anamnestiques.

Maintenant, que des altérations organiques des parois artérielles, telles que la dégénérescence athéromateuse, se montrent dans le cours et surtout aux époques ultérieures du diabète, cela ne doit pas étonner. De fait, plusieurs auteurs mentionnent la chose, entre autres, M. Lécorché, dont M. Boucharlat cite l'extrait suivant: "C'est à la longue durée du diabète, à l'atteinte profonde qu'il porte à la nutrition, qu'est due, sans nul doute, la tendance qu'ont à se produire la dégénérescence graisseuse des artères et l'athéromasie. Ces altérations vasculaires peuvent être causes d'altérations secondaires qui sont toujours les mêmes. C'est à ces altérations vasculaires que sont dûs ces obstacles au cours du sang et ces épanchements qui se traduisent par des asphyxies locales, par des gangrènes, par de l'amblyopie, par des attaques d'apoplexie et qui, dans d'autres cas, donnent lieu, par les embolies et les thromboses qui en sont la conséquence, à tous les symptômes du ramollissement cérébral. Ces différentes manifestations se succèdent parfois les unes aux autres, ce qui tend à prouver que la cause première en est la même."

Enfin, l'incontinence d'urine est mise au nombre des symptômes du diabète, et l'on conseille de ne jamais instituer de

traitement dans les cas d'incontinence, surtout chez les enfants, sans s'assurer au préalable de la présence ou de l'absence du sucre dans l'urine.

Dr A. A. FOUCHER.—Dans le cours de sa lecture, M. le Dr Archambault a parlé de la cataracte comme étant un des symptômes que l'on peut rencontrer à la période ultime du diabète.

Il y a encore une autre manifestation oculaire de la glycosurie, c'est une forme de rétinite qui correspond à cette affection.

La rétinite glycosurique est une variété de rétinite hémorragique. A l'ophtalmoscope, on remarque dans la couche la plus interne de la rétine un plus ou moins grand nombre d'hémorragies. Ces hémorragies sont presque toujours striées et s'accompagnent d'une hyperémie veineuse très intense. En outre, on remarque des taches blanchâtres dues à des espèces de cicatrices qui se forment dans la rétine quand les hémorragies se sont résorbées.

Les troubles visuels observés dans le diabète ne sont donc pas toujours dûs à l'opacification du cristallin. Ce dernier peut être tout-à-fait transparent, et la diminution de l'acuité visuelle peut alors être rapportée à la variété de rétinite hémorragique dont je viens de parler.

Dr N. FAFARD.—Jaccoud appuie fortement sur la distinction à établir entre le diabète et la glycosurie que l'on confond souvent.

Il peut y avoir glycosurie sans diabète, mais il n'y a jamais diabète sans glycosurie.

Le fait de trouver du sucre dans l'urine ne doit pas être pour le médecin le signe infaillible d'une affection grave. Plusieurs causes peuvent amener cet état de l'urine; telles sont, par exemple: la trop grande abondance d'une nourriture sucrée ou féculente, le sevrage des nourrissons, l'administration de la térébenthine, de la nitro-benzine et d'une foule d'autres substances. Ces causes venant à disparaître, le sucre disparaît lui aussi. La glycosurie proprement dite n'est pas une maladie. Il n'en est pas de même du diabète, dont les symptômes ordinaires sont: urine abondante et très dense, soif ardente, amaigrissement, peau sèche, etc. Dans ce cas, du sucre est constamment et continuellement trouvé dans le liquide urinaire. Les causes de cette affection sont encore très obscures. Quoiqu'il en soit, le diabète constitue une maladie très grave, souvent mortelle.

Je ne parlerai pas du traitement qui a été si bien donné par mon savant confrère.

L'analyse à faire, pour la recherche du sucre dans l'urine, repose sur les deux propriétés principales du sucre: la fermentation alcoolique et la réduction de certains sels minéraux, comme les sels de cuivre, d'argent, de mercure, de chrome. Le sucre, très avide d'oxygène, desoxyde la base de ces différents sels et donne une coloration caractéristique.

Certaines autres substances contenues dans l'urine peuvent amener le même résultat; telles sont les matières colorantes et l'acide urique. Il sera bon dans ce cas de décolorer l'urine refroidie, au moyen du charbon animal, avant de la soumettre à l'analyse.

Le plus prudent serait d'employer simultanément les deux réactifs: la fermentation et la réduction d'un ou de plusieurs sels métalliques.

Le Dr A. LAMARCHE.—Le Dr Archambault accepte la théorie hépatique du diabète sucré et prétend que cette maladie n'est que l'exagération d'un acte physiologique, à savoir la sécrétion du sucré par le foie—s'appuyant en cela sur l'autorité de Claude Bernard.

Jusqu'aujourd'hui, on a enseigné dans nos écoles que le foie avait pour double fonction de sécréter la bile et de fabriquer du sucre destiné à servir de combustible dans la contraction musculaire. Or, Pavy, Schiff et autres ont établi par des expériences concluantes que le foie ne fabrique pas de sucre, qu'il ne fait que fixer la matière glycogène dont la transformation en sucre est un phénomène ou pathologique, ou cadavérique, dû au développement d'un ferment diastasique dans le sang.

Cela étant, le diabète n'est donc pas dû à l'exagération d'un acte physiologique, et on n'a aucune raison de fixer le point de départ de cette maladie dans le foie plutôt que dans aucun autre des tissus contenant de la matière glycogène. C'est là l'opinion de Jaccoud.

En somme, il faut bien admettre que la genèse du diabète sucré est encore du domaine de l'inconnu.

Le Dr A. A. FOUCHER présente un malade affecté de *trachôme et pannus invétérés*, traités avec succès par l'infusion de *Jequirity*, et communique l'observation suivante:

M. P. G....., âgé de 25 ans, batelier de profession, a été atteint, il y a huit ans, d'une maladie d'yeux pour laquelle il réclama des soins immédiats. J'ai vu le patient à cette époque, et je me rappelle lui avoir passé souvent un crayon de sulfate de cuivre, sur des granulations qui recouvraient sa conjonctive palpébrale. Après un certain temps, le malade, sensiblement soulagé, reprit ses occupations.

Au mois de juillet dernier, je revis M. P. G..... à l'hôpital Notre-Dame. La conjonctive était parsemée de granulations et la cornée atteinte d'une vascularisation très étendue. Le traitement ordinaire, consistant en cautérisations au sulfate de cuivre, alternant avec l'acétate de plomb et combinées à l'usage de l'atropine et de la duboisine, fut institué sans aucun résultat satisfaisant. Je dois noter ici en passant que le malade s'est montré tout à fait réfractaire à l'usage de l'atropine; il suffit de la plus petite quantité d'une faible solution de cet alcaloïde pour provoquer immédiatement un œdème considérable des paupières et une recrudescence des symptômes inflammatoires du côté de l'épiscière et de la cornée. La duboisine ne produit pas chez lui cette complication, et remplace avantageusement l'atropine dans son effet mydriatique.

Après quatre mois de traitement, pendant lesquels je lui fis subir l'opération de la cantoplastie, je voyais les yeux de mon patient à peu près dans le même état qu'au début et je désespérais d'arriver à le guérir, lorsque je résolus de faire usage d'un nouveau médicament qui jouit, au Brésil, de la réputation de faire disparaître les granulations.

M. de Wecker en a vanté dernièrement les effets thérapeutiques dans les *Annales* de Warlomont, et je me suis cru autorisé à en faire l'essai d'après ses indications. Pour mieux me rendre compte de l'effet obtenu, je choisis l'œil droit de mon patient, c'est-à-dire, celui qui était le plus vascularisé, et, le 3 novembre, je badigeonnai la conjonctive palpébrale supérieure renversée, à l'aide d'un pinceau trempé dans une infusion des graines de *Jquirity*. J'ordonnai au malade de continuer à s'en appliquer toutes les deux heures à l'aide de compresses.

Le 4 novembre, les paupières sont rouges, œdématiées, s'écartent difficilement l'une de l'autre. Les cils sont agglutinés par du muco-pus. Il s'échappe des paupières une sécrétion abondante, plus ou moins claire, qui coule goutte par goutte lorsque le malade se penche. La cornée est un peu plus vascularisée; la conjonctive palpébrale supérieure est couverte d'un enduit grisâtre ressemblant à une fausse membrane. Il y a sensation de cuisson, de corps étranger dans l'œil. Pas de céphalalgie ni de fièvre; le malade a bien dormi.

Le traitement est discontinué le 5 novembre. Les symptômes s'apaisent; la sécrétion est encore abondante mais n'a pas changé de nature.

Le 6, les symptômes ont continué à décroître.

Le 7, les paupières sont revenues à leur état normal, la

cornée s'éclaircit, la sécrétion est disparue, la conjonctive ne présente pas autant de granulations. Depuis ce jour, l'amélioration continue graduellement.

Aujourd'hui, je vous présente le patient; le résultat donné par le *jequirity* est incontestable. L'œil droit qui a été sous traitement était le plus affecté. Maintenant il est devenu le meilleur. De fait il est de beaucoup mieux que l'autre.

Je me suis empressé de communiquer cette observation, à la Société, persuadé qu'elle apprendra avec plaisir que nous avons maintenant à notre disposition un médicament précieux contre une des maladies les plus rebelles que nous ayons l'occasion de rencontrer.

L'ophtalmie *jequiritique* remplacera avantageusement celle que nous étions quelquefois forcés de provoquer avec le pus blennorrhagique. Le *jequirity* a sur le pus blennorrhagique l'avantage de n'être pas de provenance douteuse, et son effet peut être plus facilement dosé que celui du pus blennorrhagique; Tandis que ce dernier n'a toujours été employé qu'avec répugnance et dans les cas extrêmes, le *jequirity* sera d'un emploi plus facile, et j'o-erais dire plus sûr, parce qu'on peut l'utiliser plusieurs fois sans que le patient s'y oppose, et que l'on peut aussi, à volonté, provoquer différents degrés de purulence selon la gravité du cas.

---

## REVUE DES JOURNAUX.

---

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

**Causes de l'albuminurie passagère.** — Depuis les observations de Utzmann, Edleisen, Furbringer et autres, on sait que l'albuminurie peut se montrer d'une manière transitoire chez des sujets jouissant d'ailleurs d'une bonne santé. En certains cas on peut rattacher ce trouble à l'anémie, à un violent exercice musculaire, à des émotions tristes. Fischl y joint une autre variété de cas chez lesquels il n'existe pas non plus de lésion organique des reins. Il rapporte même l'histoire de dix cas où un traitement avait été institué contre les maladies suivantes: *cardialgie, gastralgie, (dûe à l'ulcère et au cancer de l'estomac), colique, entéralgie, colique hépatique,* maladies présentant comme caractère commun le fait d'être très douloureuses, de se montrer soudainement, et d'avoir pour siège les organes abdominaux, d'où résulte un choc nerveux plus ou moins considérable et caractérisé par de la pâleur, faiblesse musculaire, pouls filiforme etc. Pendant l'attaque, la



proportion d'urine sécrétée était considérablement diminuée, la gravité spécifique élevée, et il y avait une certaine quantité d'albumine. Cette albumine disparaît graduellement après que les premiers symptômes se sont améliorés, mais elle est apte à se montrer de nouveau, si les paroxysmes reviennent. La cause de cette albuminurie temporaire est, d'après Fischl, le choc nerveux commun aux diverses affections ci-haut énumérées. Par le fait même de ce choc, la pression sanguine est diminuée et le sang stagne dans les grandes veines des organes abdominaux, et conséquemment dans le rein. C'est là, suivant Runeberg, la condition requise pour que l'albumine transude à travers les glomérules de Malpighi. Aussitôt que le système est revenu du choc nerveux éprouvé d'abord, et que la circulation rénale est rétablie, la transudation de l'albumine cesse également. Fischl considère donc que dans ces cas l'albuminurie est un symptôme du choc subi par le système nerveux, et cette manière de voir est corroborée par le fait que, même quand les signes de collapsus ne sont pas produits par un paroxysme douloureux, l'albumine se montre également dans l'urine. Fischl rapporte un cas où l'albuminurie s'est manifestée après une perte considérable de sang et une forte diarrhée.—*Cincinnati Lancet and Clinic.*

**Effets des pédiluves chauds.**—Le *London Medical Record* rapporte qu'un Dr Shollkovsky a entrepris un certain nombre d'expériences dans le but de démontrer les effets des pédiluves chauds sur la température et la circulation dans toutes les parties du corps. Ces expériences ont été faites chez des sujets sains, et aussi chez quelques personnes faibles et anémiques, à la période de convalescence de diverses affections aiguës et chroniques. La durée du pédiluve a varié de 15 à 20 minutes, la température en étant de 107.6° à 114.5° Fahr. En règle générale, la durée du bain fut de 15 minutes, et la température 108° ou 110°. Dans tous les cas l'eau atteignait les genoux. Voici les conclusions auxquelles en est arrivé l'auteur. 1° Sous l'influence d'un pédiluve chaud, la température du conduit auditif externe s'élève graduellement, atteignant son maximum cinq minutes après le bain. Cette élévation oscille généralement entre 0.1° et 0.3° Réaumur, et atteint quelquefois 0.5° Réaumur. 2° La température de l'aisselle s'élève aussi dans la grande majorité des cas, mais pas autant que dans le cas précédent. Son élévation varie la plupart du temps entre 0.1° et 0.2° Réaumur, mais ne va jamais au-delà de 0.3° Réaumur. 3° Dans le rectum, la température est abaissée dans la vaste majorité des cas, et atteint son minimum après le

bain. L'abaissement est persistant et varie généralement entre  $0.1^{\circ}$  et  $0.3^{\circ}$  mais est quelquefois de  $0.4^{\circ}$  Réaumur. 4<sup>o</sup> Les mensurations pléthysmographiques de l'extrémité supérieure font voir que, dans les premiers instants du bain, le volume des membres diminue un peu, mais commence ensuite à s'accroître graduellement, atteignant son maximum vers le milieu du bain et restant à ce chiffre jusqu'à la fin. Après le bain il décroît lentement. 5<sup>o</sup> Le sphygmomanomètre de Basch indique qu'il y a élévation de la tension artérielle dans la radiale, durant le bain et les 10 ou 15 minutes suivantes. La moyenne de cette élévation est de 8 millimètres, le minimum étant de 2 m.m. 6<sup>o</sup> Le tracé sphygmographique pris avec les appareils de Rothe et de Knoll sur la brachiale, présente tous les caractères indiquant une élévation de la pression sanguine, c'est-à-dire que le sommet du tracé est plus arrondi, il y a l'indentation particulière au pouls dicrote et de petites élévations dites élastiques près du sommet. 7<sup>o</sup> Les battements du pouls sont généralement accrus en nombre; maximum: 24, minimum: 2, moyenne: 5. Après le bain, l'accélération du pouls disparaît assez vite.—*Medical and Surgical Reporter.*

**Traitement du rhumatisme cérébral.**—Nous trouvons dans le *Concours Médical* du 12 septembre 1882 un résumé des divers modes de traitement préconisés contre le rhumatisme cérébral. Il semble à l'auteur, M. Paul Gerne, que tous les moyens thérapeutiques indiqués par les auteurs contre cet accident redoutable, tels que vésicatoires, révulsifs intestinaux, bromure, opium, chloral sont habituellement impuissants à l'enrayer. Par contre, il appuie sur le traitement par la méthode réfrigérante, tel que l'avait recommandé M. Raynaud, traitement qui semble avoir donné de bons résultats, si on en juge par les essais qui en ont été faits.

“ La pensée d'appliquer la méthode de Brand au rhumatisme cérébral avait été suggérée à M. Raynaud par la lecture d'un fort intéressant mémoire de M. Huchard relatif aux tentatives faites en Angleterre par Wilson Fox. Mis en présence d'un cas de rhumatisme cérébral avec température excessive ( $40^{\circ}$ , 5), il fit mettre son malade dans un bain à  $16^{\circ}$ , et, au bout d'une demi heure, la température était tombée à  $37^{\circ}$ , S. Le coma avait cessé et le malade sembla reprendre connaissance. Le soir, la température remontant, un second bain la remit à  $37^{\circ}$ . Après huit bains donnés en quatre jours, le malade entra en convalescence.—Bientôt Blachez, puis Féréol, rapportaient à l'Académie d'autres guérisons aussi remarquables, et, dès lors, la discussion s'engagea.

“ Quelque opposition se manifesta; certains médecins firent valoir que la guérison avait pu, dans les cas cités, s'opérer d'elle-même, d'autres maintinrent la prééminence du chloral à hautes doses (Bouchut). Mais la majorité se montra favorable à l'emploi de la méthode des bains froids dans les cas déterminés. La véritable indication, dit Woillez qui s'en déclara partisan, existe d'une manière indubitable lorsque le délire coïncide avec une hyperthermie de 40° et avec l'atténuation ou l'abolition de la fluxion des articulations. Woillez a employé le bain à 20° toutes les trois heures jusqu'à disparition du délire. Il faisait cesser l'immersion, dès que le malade éprouvait des frissons; la sédation des accidents cérébraux était d'abord de peu de durée, puis elle se prolongeait de plus en plus après les immersions suivantes. Un sommeil réparateur succédait à l'agitation, et le succès de la médication était révélé, non seulement par la cessation de l'hyperthermie, mais encore par le retour des manifestation articulaires.

“ En Angleterre, les médecins préfèrent commencer par des bains tièdes dont ils abaissent progressivement la température jusqu'à 20° et même 18°; mais, lorsque le danger est imminent, Raynaud pense qu'il vaut mieux, pour agir vite, donner le bain à 16°. On peut dire avec vérité que des malades ont été littéralement rappelés, par ce moyen, du bord de la tombe. Si le malade était arrivé à la période de coma, réduit à une masse inerte, semblable à un cadavre qu'on aurait plongé dans l'eau, la première manifestation que l'on observe dans le bain froid, c'est le retour des convulsions qui peuvent durer un certain temps, après lequel il ne reste plus que le délire, Le malade remonte peu à peu, pour ainsi dire, l'échelle des symptômes qu'il avait rapidement descendue. Mais il faut savoir lutter contre l'impatience des familles, qui trouvent toujours que l'amélioration ne marche pas vite à leur gré, impatience qui gagne aussi le médecin et lui fait abandonner trop tôt le moyen de salut. Lorsqu'il ne reste plus que du délire, il faut savoir attendre et continuer l'emploi du bain froid, jusqu'à ce que celui-ci ait disparu à son tour. Si, à ce moment, bien que la température ne soit pas descendue absolument à 37°, on voit s'établir d'une manière continue un sommeil calme et réparateur, Raynaud estime qu'on est dès lors autorisé à cesser l'emploi de la méthode réfrigérante.”

On est assez peu fixé, même aujourd'hui, sur la véritable nature du rhumatisme cérébral. Est-ce un accident fonctionnel, ou bien avons nous affaire à une congestion, où même à une véritable phlegmasie? S'il n'y a que congestion, comme les résultats des examens *post-mortem* semblent le prouver et

comme M. Charcot et autres le croient, ce n'est pas une hypé-  
rémie ordinaire, si on en juge par les symptômes formidables  
dont elle s'entoure ordinairement et par l'issue généralement  
fatale de l'affection. Quoiqu'il en soit, le traitement étant subor-  
donné à la pathologie, l'incertitude de celle-ci, en ce qui  
regarde les accidents cérébraux du rhumatisme, explique assez  
les hésitations et les insuccès thérapeutiques.

H. E. D.

---

## **PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.**

---

**Diagnostic des tumeurs abdominales.**— L'article  
suivant, traduit de l'*American Journal of Medical Sciences* et  
qui est à faire le tour de la presse médicale, est un résumé d'une  
lecture signée par le Professeur Bacelli et publiée par *lo Spal-*  
*lanzani* :

“ Avant tout, il faut déterminer si la tumeur est située en  
dedans ou en dehors du péritoine. Les tumeurs extra-périto-  
néales se reconnaissent à une résonance claire et tympanique  
rendue par la masse intestinale située en arrière de la tumeur.  
Cependant, il ne faut pas oublier que ce signe diagnostique  
peut faire défaut si l'intestin est rempli de fèces, s'il y a ascite  
concomitante, si la tumeur a atteint un volume assez consi-  
dérable pour presser sur toutes les parties de la paroi abdomi-  
nale, ou si elle est en contact avec quelqu'organe intrapérito-  
néal volumineux, le foie par exemple.

D'un autre côté, la résonance tympanique peut exister dans  
les cas de tumeurs du foie ou de la rate si le néoplasme est  
recouvert par des anneaux de l'intestin.

Un examen attentif des mouvements de la tumeur pendant  
l'inspiration et l'expiration peut fournir des renseignements  
très précis.

Ainsi, la tumeur intrapéritonéale se déprime pendant l'ins-  
piration et s'élève pendant l'expiration. La tumeur rétopé-  
ritonéale, si toutefois l'exploration manuelle en est possible,  
semble glisser sous la main.

Les tumeurs des parois abdominales, au contraire, s'élèvent  
et se dépriment suivant une ligne perpendiculaire à l'axe du  
corps, parceque dans l'inspiration la distance qui sépare la  
paroi abdominale antérieure de la postérieure est augmentée.  
Cependant, une tumeur intrapéritonéale peut rester immobile  
si elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale  
antérieure ou avec le bassin, ou si le diaphragme ou les pou-  
mons sont inactifs.

Une tumeur rétropéritonéale peut aussi être mobile : lorsqu'elle occupe une position anormale, tel que le rein flottant, ou lorsqu'elle adhère à un organe intrapéritonéal.

Les adhérences à la paroi abdominale antérieure empêchent de repousser la tumeur en arrière. Si elle est petite, peu mobile ou indépendante des mouvements respiratoires, ses changements de position peuvent être facilement perçus de l'extérieur.

Il est indispensable d'étudier la tumeur en rapport avec la région qu'elle occupe ; on sait que le rein peut remonter en avant du foie et simuler une tumeur de ce dernier organe. De même un exsudat de la plèvre peut simuler une hypertrophie du foie.

Les tumeurs de l'épigastre dépendent tantôt de l'estomac, d'un exsudat péritonéal consécutif à un travail d'ulcération, ou enfin d'échinocoque ou de cancer du lobe gauche du foie.

Les tumeurs de la région ombilicale, quand elles n'impliquent pas les organes normalement situés dans cette région, peuvent avoir pour point de départ une dépression du pylore un déplacement de la rate ou du rein ou un calcul urinaire renfermé dans l'ouraque.

Les tumeurs de la région hypogastrique peuvent être formées par la vessie distendue, l'utérus gravide, des tumeurs ovarienne ou utérine ou des exsudats enkystés.

Les tumeurs des fosses iliaque et inguinale peuvent être produites par des matières fécales accumulées dans le cœcum, par des néoplasmes de l'intestin, un abcès, une péritonite circonscrite ou une affection de l'appendice vermiforme.

On fera bien de s'assurer si la forme de l'abdomen présente l'apparence normale.

Les tumeurs de la rate en élevant les côtes élèvent la paroi abdominale et donnent à l'abdomen la forme d'une poire à sommet dirigé vers le pubis. Les tumeurs du rein au contraire, en pressant sur les côtes donnent à l'abdomen une forme très irrégulière.

Dans les cas de tumeurs de l'hypochondre, l'ombilic se rapproche du pubis et s'allonge.

Dans les tumeurs développées profondément dans l'abdomen, l'ombilic peut être légèrement rétracté étiré latéralement, et le raphé médian dévié du côté de la tumeur.

La dilatation des veines périombilicales (tête de méduse) indique l'obstruction de la circulation de la veine porte ; cette dilatation est bien marquée dans les cas de tumeur centrale du foie.

Quoique l'obstruction de la veine porte puisse aussi les produire, les autres dilatations des veines épigastriques indiquent

ordinairement une gêne dans la circulation de la veine cavo inférieure. Il faut aussi tenir compte du déplacement des autres organes.

Dans les tumeurs de la rate, les ventricules du cœur conservent leur position normale; dans celles du rein, l'estomac est complètement déplacé, et dans les grosses tumeurs, l'estomac peut former un arc de cercle dont la concavité correspond à la concavité du bord interne de la tumeur.

Dans les tumeurs du rein, le colon conserve sa position anatomique, mais il peut être repoussé en arrière et aplati si la tumeur est grosse.

La limite inférieure de la cavité thoracique doit être soigneusement fixée par la percussion, vû que dans les tumeurs de l'hypochondre qui produisent une tension du diaphragme, l'angle pleural complémentaire disparaît presque toujours. La même règle peut s'appliquer aux tumeurs du rein.

Il ne faut pas oublier que dans le rein flottant, quand le malade est debout ou même dans le décubitus dorsal, on peut observer une dépression dans la région lombaire correspondante et le rein ne peut plus être perçu à la palpation.

**De l'hémorrhagie après l'amygdalotomie.**—M. LEFFERTS à la 3<sup>ème</sup> réunion de l'Association Américaine de laryngologie a traité cette importante question. Il range sous quatre catégories les hémorrhagies à la suite de l'extirpation des amygdales: 1. Hémorrhagie mortelle (très rare); 2. Hémorrhagie dangereuse (se présente quelquefois); 3. Hémorrhagie sérieuse, tant au point de vue des conséquences immédiates qu'éloignées (n'est pas tout-à-fait rare); 4. Hémorrhagie modérée, qui nécessite, pour être arrêtée, l'emploi de la pression directe où des astringents (est fréquente). Dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie est presque nulle ou au moins facile à arrêter. Le sang est fourni par l'artère carotide interne ou, le plus souvent, par l'artère pharyngée supérieure, ou bien par les veines dilatées renfermées dans l'amygdale ou situées derrière elle. Comme traitement, il recommande avant tout de déterger la surface de la plaie, afin de voir la partie d'où vient le sang. On doit lier en masse cette dernière, ou tordre le vaisseau qui fournit le sang, mais surtout il faut chercher à arrêter l'hémorrhagie par la pression au moyen du doigt.

Lorsque la perte du sang prend un caractère sérieux, Leferts recommande d'abord de lier la carotide externe à cause de l'origine de la pharyngée supérieure, même la carotide commune.

Dans la troisième catégorie d'hémorrhagies, la compression

ou la torsion du vaisseau lésé est suffisante. La quatrième forme se remarque surtout dans les grosses amygdales, dont les vaisseaux nourriciers saignent. Dans ces cas aussi, l'opérateur saisit facilement l'arc glosso-palatin dans l'amygdalotome, et en enlève un morceau; les petites artères qu'il renferme se rétractent et ne saignent pas alors très fort, mais elles le font sans interruption; l'hémorrhagie s'arrête par la compression ou les astringents.

La troisième et la quatrième forme se montrent très souvent, seulement comme secondaires. L'auteur rejette le sulfate de fer, comme hémostatique, parce que l'hémorrhagie continue facilement à se produire sous l'eschare, et que le traitement consécutif est plus difficile à instituer.

Dans la discussion, Elsberg, a vu dix cas très sérieux d'hémorrhagie, parmi lesquels il a craint deux fois de devoir faire la ligature de la carotide: il préfère le bistouri. La plupart des autres médecins choisissent le tonsillotome.—Hartmann rejette, peut-être non sans raison, les amygdalotomes qui par des crochets attirent en dedans les amygdales.

La plupart des membres sont d'accord pour dire qu'il faut éviter les blessures de l'arc à cause des hémorrhagies. Il faut reporter ce dernier en arrière au moyen de la soude, après l'avoir au préalable séparé de l'amygdale.

Le rapporteur de ce travail dans le *Monatschr. für Ohrenheilkunde* a en tout observé six cas d'hémorrhagie importante, parmi lesquels, tout récemment, l'un d'eux a failli se terminer par la mort. Il n'opère qu'avec l'anse galvano-caustique. Les avantages de cette méthode l'emportent sur le léger inconvénient qu'elle a de produire un peu plus de douleur après l'opération; on peut chloroformiser les enfants. On peut, en outre, avec l'anse, embrasser parfaitement le prolongement de l'amygdale vers le bas, ce qui produit si souvent des troubles; en opérant avec le bistouri ou l'amygdalotome, il est ordinairement impossible de l'atteindre.—Il paraît certain que, dans quelques pays, en Angleterre, par exemple, les hémorrhagies se montrent très rarement. Mackenzie n'en aurait vu qu'un seul cas dans sa grande pratique.—Dans son traité sur les maladies de la gorge, il passe très rapidement sur cette complication de l'amygdalotomie. Il opère toujours avec l'instrument de Physick, modifié, qui consiste simplement en un anneau et une lame coupante, sans fourchette ou crochet d'aucune sorte. L'amygdale sectionnée est rejetée au dehors par les efforts d'expulsion que fait le malade. Il n'y aurait pas à craindre sa chute dans les voies respiratoires.

Il faudra n'opérer qu'en dehors de toute poussée d'inflamma-

tion aigüe ou congestive; en n'enlevant que la partie de l'amygdale saillante, hors de la loge, il arrivera le plus souvent que l'hémorrhagie ne sera pas à craindre. Elle s'arrêtera par l'emploi de la glace ou la compression au moyen du doigt. (*Archives of laryngology* 1882 et *Annales de la Société de Médecine de Liège.*)

Les accidents de l'amygdalotomie ont aussi beaucoup préoccupé les chirurgiens français, mais sans les amener à des pratiques compliquées comme l'anse.

A Paris M. Verneuil a beaucoup insisté sur les dangers de l'amygdalotomie. M. de Saint Germain opère exclusivement au bistouri. Il semble probable pour tout le monde que les blessures des vaisseaux de la loge rétro-amygdalienne déterminent des hémorrhagies violentes sans qu'on puisse invoquer la blessure de la carotide. Aussi faut-il rejeter les instruments qui entraînent les amygdales trop en dedans et par conséquent en font l'extirpation la plus parfaite. Tel est l'amygdalotome de M. Broca que j'ai employé souvent autrefois et auquel j'avais renoncé pour cette raison; il enuclée avec une pince à griffe l'amygdale de sa loge; il a du reste donné un cas de mort. M. Verneuil recommande l'application locale de la glace, et la compression avec une grande pince, une branche sur l'amygdale et l'autre à l'extérieur.

Il recommande aussi de ne pas enlever la totalité de l'amygdale, de ne pas passer derrière, d'en laisser un moignon, et surtout de ne pas enlever les amygdales enflammées.

M. de Saint-Germain fait préparer à l'avance l'amygdale par des attouchements au jus de citron qui en endureissent le tissu.

J'emploie habituellement ce dernier moyen, et j'en recommande encore un qui m'a fort bien réussi en plusieurs cas d'hémorrhagie sérieuse, même dans un cas où j'avais été obligé d'enlever des amygdales encore enflammées; j'imbibe un tampon d'ouate avec de l'ergotine, et je le maintiens appliqué avec une pince sur la plaie en comprimant légèrement. L'action en est très rapide. On renouvelle trois ou quatre fois le tampon et cela suffit. Je puis dire en passant, du reste, que j'ai employé très souvent l'ergotine en applications locales pour les hémorrhagies légères. Elle est de tous points supérieure au perchlorure de fer et ne présente aucun de ses nombreux inconvénients. *Dr J. Lucas-Championnière, in Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

**Traitement chirurgical des hémorrhoides.**—M. Walter Whitehead décrit dans le *Brit. Med. Journ.* (février p. 148) son procédé opératoire qui mérite l'attention par sa nouveauté



et son caractère pratique. Lorsque le malade est bien préparé pour l'opération, on lui fait respirer du chloroforme et on le place dans la position de la taille, puis on fait subir au sphincter anal la dilatation forcée au moyen des deux pouces. On introduit alors à six pouces plus haut, une éponge dans le but d'éviter tout écoulement de matière fécale pendant l'opération. Les hémorroïdes sont alors mises à nu et disséquées jusqu'à leurs limites les plus élevées, tandis que la muqueuse saine est autant que possible laissée intacte. Les vaisseaux sont soumis à la torsion jusqu'à ce qu'ils se séparent complètement du tissu cellulaire. La muqueuse est alors rabattue sur la surface dénudée jusqu'à la marge de l'anus; la plaie se trouve ainsi fermée et guérit par première intention.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Injection intra-utérine continue dans l'endométrite septique et traitement chirurgical de la métropéritonite puerpérale.**—*BOMPIANI*, célèbre médecin italien, suggère une médication nouvelle de la fièvre puerpérale. Voici comment le *Lyon Médical* résume cette médication: L'auteur propose un moyen qui lui a été inspiré par les résultats fournis par de nombreuses autopsies de femmes mortes de péritonite puerpérale et que beaucoup de praticiens ont entrevu comme lui. Ce moyen est-il bien pratique? C'est ce qu'il reste à établir.

Voici ce que dit Bompiani: Dans les autopsies de femmes mortes dans l'état puerpéral, on trouve toujours de l'endométrite septique et de la métropéritonite diffuse: la péritonite est toujours sous la dépendance de l'endométrite. Si on arrive à guérir l'endométrite, on évite la péritonite.

L'auteur dit que les injections endo-utérines désinfectantes, et que l'on répète dans la journée, suffisent, dans quelques cas, comme moyens thérapeutiques; mais dans beaucoup d'autres, elles sont insuffisantes, et alors il faut recourir à l'irrigation continue qu'il voit pratiquer avec succès par Scrober. Mais malgré cela la péritonite se développe; il se forme au milieu du péritoine une exsudation purulente qui est absorbée par le péritoine lui-même, d'où diffusion du processus et intoxication de l'organisme.

S'appuyant sur les résultats obtenus depuis quelques années par la chirurgie antiseptique, Bompiani propose de laver le péritoine des malades en faisant sur les parties latérales et déclives du ventre une ouverture telle qu'elle puisse permettre

l'introduction d'un drain dont une anse pénétrera jusque dans le cul-de-sac rétro-utérin (quand les ouvertures sont au nombre de deux disposées parallèlement et au dessus de l'arcade crurale en dehors de l'artère épigastrique), pour faciliter l'écoulement du liquide septique contenu dans la cavité pelvienne et faire des irrigations continues avec des liquides antiseptiques.

L'auteur appuie sa proposition sur deux expériences cadavériques.

---

**Trois cas d'hémorrhagie, suite d'insertion vicieuse du placenta.**—Les insertions vicieuses du placenta sont un peu le cauchemar du jeune accoucheur; les trois cas suivants que publie M<sup>me</sup> Forino, sage-femme de première classe, dans *Le Médecin Praticien*, pourront procurer plus d'un enseignement, malgré que nous ne partagions pas toutes les conclusions tirées par l'auteur de cette étude intéressante d'ailleurs.

PREMIÈRE OBSERVATION.—Le 5 Juin 1881. M<sup>me</sup> V... rue de Paris, 41, à Gentilly (Seine), enceinte pour la cinquième fois, dont les accouchements précédents avaient été difficiles et la convalescence très longue, se trouvait inquiète de cette dernière grossesse parce que, enceinte de six mois, elle perdait de temps en temps, sans cause apparente, beaucoup de sang. Après l'avoir interrogée et examinée, j'acquis la certitude que j'étais en présence d'un cas d'insertion vicieuse du placenta. Ne voulant pas me charger d'un accouchement dans ces conditions, je conseillai à M<sup>me</sup> V... de s'adresser sans plus tarder à un docteur, car elle devait s'attendre à d'autres pertes avant la fin de sa grossesse, et je ne la revis plus jusqu'au 8 juillet.

Ce jour-là, le mari de M<sup>me</sup> V... vint me dire que le docteur d'Ivry, dont sa femme avait fait choix, me priait de l'assister. Je partis donc à dix heures du soir. A mon arrivée, je trouvai la malade seule. Le docteur, soit qu'il ait jugé le cas trop grave, soit pour tout autre motif, était parti en conseillant à M<sup>me</sup> V... d'aller accoucher à l'hôpital, et ajoutant qu'elle ne pouvait le faire chez elle sans danger. Comme elle ne perdait plus, je l'examinai... Les membranes étaient rompues et l'épaule gauche fortement engagée, l'enfant avait cessé de vivre.

En présence d'une telle position, que devais-je faire? Je pris toute la responsabilité sur moi et tentai la version. La manœuvre a été très difficile à cause de la rétraction de l'utérus, elle dura en tout quinze minutes, mais j'amenai enfin un enfant du sexe féminin qui pesait 3 kilogrammes. Le placenta ne couvrait guère qu'un tiers de l'orifice; la délivrance s'est opérée naturellement et la femme s'est bien rétablie.

**DEUXIÈME OBSERVATION.**—Le 9 novembre de la même année, je fus appelée à donner mes soins à Mme L..., (route de Fontainebleau, 21 bis, commune de Gentilly), qui perdait du sang pendant sa grossesse. A mon arrivée, je constatai que j'avais affaire à une primipare et que la perte était légère. Néanmoins je prévins le mari et la mère que d'autres pertes pourraient survenir encore et que la malade accoucherait avant terme; elle était à cette époque enceinte de six mois.

Le 20 du même mois, une deuxième perte se déclare en effet, puis une troisième le 5 décembre, plus forte que les deux premières, enfin, le 14 décembre, une quatrième perte qui, cette fois, fut si abondante, que je fus obligée de pratiquer le tamponnement.

Le tampon fut placé à dix heures du soir, et à une heure du matin les douleurs se sont déclarées. Quelque temps après, je retirai le tampon pour m'assurer de l'état des choses. Le travail était franchement établi; le fœtus se présentait par le siège, et tout se termina à quatre heures du matin par la venue d'un enfant mort probablement depuis quelques jours. Délivrance naturelle.

Ici se place un second épisode relatif à la même femme. Redevenue enceinte presque aussitôt, Mme L... vient d'accoucher très naturellement, le 25 août 1882, huit mois après le premier accouchement, d'un enfant du sexe masculin, de sept mois environ de vie intra-utérine et qui était mort depuis quelque temps. Il s'est présenté comme le précédent par le siège, mais ce sur quoi je désire appeler l'attention du lecteur et dont je n'avais jamais ouï parler, c'est que l'avant-bras était complètement détaché de l'humerus, et que je l'ai retrouvé dans les membranes. L'extrémité du bras, ce que les chirurgiens appellent le *moignon*, avait l'aspect d'un morceau de terre glaise granuleuse.

Après avoir cherché dans mes livres, m'est avis, suivant ma modeste jugeotte, que l'on pourrait rapporter ce fait à l'un de ces cas d'amputation spontanée des membres, comme on en trouve dans les auteurs. Du reste, je laisse l'appréciation de ce phénomène à de plus savants docteurs qu'une humble sage-femme de banlieue, qui n'a d'autre prétention que celle de rendre le plus de services possibles dans les limites de son art. J'ajoute que la mère paraît bien conformée et qu'elle s'est rétablie rapidement.

**TROISIÈME OBSERVATION.**—Mme M..., route de Fontainebleau, 32, me fit appeler pour la première fois le 10 août 1882. Elle perdait beaucoup de sang sans cause connue, je lui prescrivis un repos absolu et des boissons acidulées. Je constatai une

grossesse de 6 mois passés ; la perte s'arrêta. Cette femme avait eu cinq enfants antérieurement, sans jamais avoir eu d'hémorrhagie ; les accouchements, bien qu'un peu longs, avaient été normaux et leurs suites bonnes. Cette fois donc il s'agissait d'une sixième grossesse.

Le 27 août, deuxième perte, plus forte que la première. J'estime que la malade a pu perdre 500 à 600 grammes de sang ; mais comme c'est une petite femme délicate, c'était beaucoup pour elle.

Troisième hémorrhagie, le 7 septembre à 7 heures du soir. Le mari vint me chercher, il était très inquiet, je ne pus lui cacher l'état dangereux dans lequel se trouvait M<sup>me</sup> M...., mais je lui promis de ne rien négliger pour la sauver. Enhardie par les deux succès que j'avais obtenus, je n'hésitai pas à me charger de l'accouchement. A mon arrivée, j'estimai que la dernière perte pouvait bien équivaloir à 800 grammes de sang. La malade était extraordinairement faible, elle craignait beaucoup de mourir ; après l'avoir rassurée autant que possible, j'examinai son col. Celui-ci était mou, mais non effacé, je ne cherchai pas plus loin dans la crainte de renouveler la perte et j'appliquai de suite un tampon bien nourri et très serré. Il était alors 8 heures du soir. Comme la malade ne faisait aucun mouvement, je n'avais pas cru utile, je l'avoue, de placer un bandage en T ; mais je m'en repentis plus tard. A 9 h. 40, en effet, des vomissements survinrent et, sous leur influence, ma malade expulsa mon tampon avec des caillots, sans pour cela accuser de douleurs utérines. Rappelée à la hâte, je trouvai heureusement, à ma grande joie, le col dilaté de la largeur d'une pièce de cinq francs en argent ; il était en outre très dilatable. Je constatai aussi que le placenta était inséré *centre pour centre*. Par la partie déjà décollée, une anse du cordon ombilical s'était glissée, et je pus facilement sentir des battements dans cette tige à travers les membranes, donc l'enfant vivait. Je pus même, dans la petite portion de l'orifice laissée libre par le décollement, produire le ballotement de la tête qui se présentait.

Dans ces circonstances, craignant à chaque minute le renouvellement de la perte qui aurait compromis les jours de la femme, je la mis sur le bord du lit, dans la position obstétricale, et, après avoir graissé ma main, je l'introduisis avec assez de difficulté en décollant le placenta sur la partie correspondant aux pieds du fœtus. Arrivée sur l'œuf, je rompis les membranes, je saisis le premier pied que je trouvai—c'était le gauche—et je fus assez heureuse pour amener un enfant vivant bien qu'un peu étonné, mais qui se ranima vite et cria

moins de dix minutes après. Je délivrai ensuite la malade. Ces deux opérations, la version et la délivrance, n'ont pas duré plus de cinq minutes chacune, malgré les difficultés que présentait la première (placenta à décoller, version dans la présentation du sommet).

J'estime à près d'un kilogramme la quantité de sang perdu tant dans la dernière hémorrhagie que pendant la version. Quant au placenta, comme il était en partie décollé, la délivrance se fit très rapidement. Le cordon était inséré sur les bords (en raquette) du placenta qui était exsangue, d'une épaisseur de deux centimètres environ près de l'insertion du cordon et de un centimètre partout ailleurs.

La malade, après son accouchement, a continué à vomir pendant quatorze heures, malgré la glace, le cognac, le champagne.

Ces vomissements ont fini cependant par s'arrêter. L'enfant, du sexe féminin, pèse 1550 grammes, il va très bien, tette et prend du lait coupé qu'il digère. Du côté de la mère, la régression utérine s'opère, la sécrétion lactée se fait, et aujourd'hui, 13 septembre, toutes les fonctions se rétablissent peu à peu.

**RÉFLEXIONS.**— On voit par les trois observations qui précèdent: 1<sup>o</sup> que, contrairement à l'assertion de Velpeau, une sage-femme ne perd pas toujours la tête en face d'une grande perte de sang; 2<sup>o</sup> que ces pertes qui surviennent par suite d'insertions vicieuses se déclarent plus souvent que ne disent nos livres, du sixième au septième mois; 3<sup>o</sup> que, quelquefois les docteurs eux-mêmes ne tiennent pas à faire ces sortes d'accouchements, à moins qu'ils ne soient spécialement accoucheurs; 4<sup>o</sup> que, après plusieurs pertes, la vie de l'enfant est souvent compromise, 5<sup>o</sup> que les présentations de l'épaule dans les cas d'insertion vicieuse ne sont pas rares; 6<sup>o</sup> qu'on ne peut trop solidement maintenir le tampon; 7<sup>o</sup> que, en agissant en temps opportun, on peut sauver la mère et l'enfant; 8<sup>o</sup> que l'insertion vicieuse a lieu aussi bien chez la primipare que chez la multipare; 9<sup>o</sup> enfin que le rétablissement rapide de mes malades, après de si grandes pertes de sang, prouve la supériorité de l'accouchement à domicile sur l'accouchement dans une maternité.

---

**Désinfection de l'urine.**—Le Dr E. C. Curtis, (*Medical Annals*) prétend que l'addition de 5 grains de chloral pour chaque once d'urine, suffit à conserver celle-ci pendant des mois entiers, pour l'examen microscopique. Avis à ceux qui ont à expédier des spécimens d'urine à de grandes distances.—*Canad. Journal of Medical Sciences.*

## HYGIÈNE.

**Instructions sur les précautions à prendre concernant la fièvre typhoïde.**—Voici les instructions que le conseil d'Hygiène publique et de salubrité du département de la Seine vient de formuler, alarmé qu'il est des ravages que fait cette terrible maladie parmi la population de Paris; nous les suggérons à notre Bureau de santé pour le bien de notre population de Montréal si souvent victime du même fléau.

Lorsqu'un malade est reconnu atteint de fièvre typhoïde, il convient de prendre les mesures hygiéniques suivantes :

1<sup>o</sup> *Isolement.*—Le malade doit être isolé, autant que possible. Si le local qu'il occupe ne permet pas un isolement suffisant, il est préférable de transporter le malade à l'hôpital.

Si le malade reste à son domicile, les personnes nécessaires pour lui donner des soins doivent seules pénétrer dans sa chambre dont l'entrée doit être sévèrement interdite aux enfants et aux jeunes gens. Les personnes qui soignent les malades doivent se laver avec une solution d'acide phénique (10 grammes pour un litre d'eau).

2<sup>o</sup> *Aération de la chambre.*—Cette chambre doit être facile à aérer; les tentures, rideaux et tapis doivent en être retirés; le lit sera placé au milieu de la chambre.

3<sup>o</sup> *Désinfection des déjections.*—Toutes les déjections du malade, avant d'être portées de la chambre aux latrines, doivent être désinfectées, au fur et à mesure, avec une solution de chlorure de zinc (5 gr. pour 100 gr. d'eau). Cette solution doit également servir à laver largement les latrines, chaque fois que les déjections y auront été jetées.

4<sup>o</sup> *Désinfection des vêtements.*—Tous les vêtements de corps, tous les linges de literie ayant servi au malade, avant d'être portés hors de sa chambre doivent être plongés dans une solution d'acide phénique (20 gram. pour un litre d'eau), et donnés immédiatement au blanchissage.

5<sup>o</sup> *Assainissement de la chambre.*—Lors du départ ou de la guérison du malade, on doit placer sur un lit de sable, dans la chambre du malade, une terrine contenant quelques charbons allumés, sur lesquels on mettra 20 gr. de soufre par mètre cube d'air. La chambre restera fermée 24 heures et, immédiatement après, les objets de literie, tentures, vêtements, contenus dans cette chambre devront être nettoyés avec le plus grand soin.

La chambre devra être lavée ou lessivée à l'eau phéniquée (20 gram. pour un litre d'eau).

Cette chambre ne sera réhabilitée qu'après avoir été largement aérée pendant au moins une semaine.—*L'Hygiène pour tous.*

## FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

**Crayons d'Iodoforme.**—Nous avons recommandé pour pansement dans les maladies des femmes les crayons d'iodoforme. En voici une formule qui a satisfait aux épreuves à différentes reprises :

Prenez : Iodoforme .....	ʒii ss
Gomme adragante.....	grs ii
Glycérine.....	2 gouttes.
Eau distillée.....	3 —

Faites une masse pilulaire que vous roulez en un magdalon de l'épaisseur du tuyau d'une petite plume.

Le crayon doit être de préparation récente ; introduit dans le trajet fistuleux, on l'a généralement trouvé fondu d'un pansement à l'autre.—*Journal de pharmacie d'Alsace Lorraine*).

Rhumatisme articulaire chronique. (*Pepper*)

R Pulv. Resin. Guaiaci.....	
Potass. iodid.....	aa gr x
Tinct. Colchici Sem.....	f ʒss
Aq. Cinnam.....	
Syrupi.....	aa ad f ʒi

M.—De une cuillerée à dessert à une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Gonorrhée. (*Dr D. C. Wade*).

R. Pulv. iodoformi.....	ʒii
Bism. Subnit.....	ʒii
Chloral Hydrat.....	gr. xv
Morphiæ Acet.....	gr. v
Ol. Geran. Ros.....	gt. xx
Ol. Theobromæ.....	ʒi

M. Faites 20 suppositoires du diamètre de  $\frac{1}{8}$  pouce. Introduire un de ces suppositoires dans l'urethre trois fois par jour.

Constipation habituelle. (*Bartholow*)

R Tr. physostigmæ.....	
Tr. nucis vomicæ.....	
Tr. belladonnæ.....	aa. f. ʒii

M. Dose : 30 gouttes dans un peu d'eau, matin et soir.

---

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, DECEMBRE 1882.

*Comité de Rédaction :*

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

---

## Législation sanitaire.

---

La profession médicale canadienne suit en ce moment avec intérêt les démarches et les travaux philanthropiques de la commission sanitaire qui a pris à cœur de doter la province de Québec d'une organisation sanitaire effective.

Les résultats pécuniaires qu'elle a obtenus près du gouvernement d'Ottawa, bien qu'insuffisants, ont donné un vigoureux élan à l'organisation et donnent beaucoup à espérer, si comme nous ne saurions en douter, il est permis de tenir compte de la faveur avec laquelle ce grand projet sanitaire a été accueilli par l'honorable ministre d'agriculture à Ottawa et par l'honorable premier ministre de Québec.

Beaucoup de personnes se demandent pourquoi la commission sanitaire a résolu d'appliquer à la collection des statistiques de décès les \$10,000 que le gouvernement lui a votés, et si cette somme n'aurait pas pu être mieux utilisée. A cela la réponse est facile. Toute organisation sanitaire a et doit avoir pour objet principal la médecine préventive, prophylactique. Or les maladies qu'il importe le plus de prévenir sont celles qui exercent le plus de ravages et ces ravages ne peuvent s'apprécier exactement que par le nombre des victimes. Chaque saison nous revient avec son cadre nosologique habituel sauf des variations de plus ou de moins; nous avons chaque année des fièvres typhoïdes, de la diphtérie, de la variole, des affections diarrhéiques, etc, mais chaque année l'une de ces maladies prédomine et c'est à celle-là qu'il faut s'attaquer. Ce qu'on ne saurait faire si la statistique ne vient démasquer l'ennemi.

" Dans le moment actuel " dit le Dr Billings, vice-président du Bureau de santé national des Etats-Unis, " le besoin le plus pressant de la science sanitaire dans ce pays est un



système uniforme d'enregistrement des maladies régnantes, et en second lieu un système analogue d'enregistrement des naissances et décès. Le défaut des renseignements qu'un enregistrement de ce genre peut fournir est un des plus grands obstacles aux progrès de la science sanitaire."

Nous sommes déjà renseignés sur les maladies régnantes du pays, mais les statistiques nous manquent totalement.

Le proverbe ne ment pas: *An ounce of prevention is better than a pound of cure.* Il est étonnant qu'on se résigne si difficilement à comprendre qu'un bureau sanitaire est la meilleure école d'hygiène pratique dont on puisse doter le peuple et la protection la plus efficace qu'on puisse offrir à ceux qui savent se préserver personnellement, mais qui, tous les jours, sont exposés à souffrir des bévues ou de la malhonnêteté du premier venu.

La qualité du pain, du beurre, du lait, des conserves alimentaires dont nous faisons un usage quotidien, se règle bien souvent, sans autre contrôle, sur l'honnêteté ou l'adresse de l'épicier ou du fabricant. Les drogues que nous prescrivons ne produisent pas toujours, et pour cause, l'effet thérapeutique désiré, et les boissons qu'on nous débite, depuis le vin de champagne qui ruisselle dans nos estaminets jusqu'à la glace impure dont on le rafraîchit, n'ont pas toujours pour unique effet de *lactificare cor hominis*.

Nous sommes loin de croire aux horreurs de certains prosélytes par trop zélés de Sankey et Moody qui prétendent qu'on frôle les boissons avec de la strychnine, du jus de tabac, des égouts de fumier, et mille autres sottises dont le résultat le plus saillant a été de donner naissance au principe désastreux que la bonne boisson ne fait pas de mal... même quand on en abuse?

Cependant, on ne saurait nier qu'on débite publiquement d'horribles breuvages, et que le bureau de santé rendra à la population un immense service quand il se mettra en mesure d'enrayer la falsification des substances alimentaires, des boissons et des drogues.

---

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

---

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur la correspondance de M. le Dr Lippé, que nous publions dans la présente livraison. Il est de fait que la clause de "l'Acte médical" concernant les sages-femmes est rien moins que logique. D'une part on autorise le Bureau Provincial de Médecine à

faire tels règlements qu'il jugera à propos concernant le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements, et d'autre part, on donne à tout médecin dûment licencié, le droit de délivrer à telle femme qu'il voudra un certificat autorisant celle-ci à pratiquer les accouchements. Dans ce cas, à quoi bon faire des règlements? Il y a là une contradiction si évidente que l'on en est à se demander comment les auteurs de cette clause ont pu faire à la raison et au bon sens une concession si étrange. Car la responsabilité des contradictions renfermées dans la clause 17 retombe non pas sur le Bureau Provincial qui a tout fait pour les faire disparaître, mais bien sur le comité privé de la Législature, qui a voulu,—nous ne savons dans quel but, faire ces avantages aux sages-femmes pratiquant dans les campagnes.

Nous estimons qu'il doit être temps de faire cesser l'état de choses actuel et espérons que le Bureau travaillera de nouveau dans ce sens. Les faits relatés dans la correspondance de M. le Dr Lippé ne sont malheureusement pas les seuls que l'on pourrait citer à l'appui de notre thèse, et nos amis de la campagne sont mieux que tous les autres, à portée de juger de leur entière exactitude. Nous les prions donc de se rappeler que nos colonnes sont à leur disposition pour toutes correspondances qu'ils jugeraient à propos de nous adresser sur cette question.

---

### Brochures reçues.

*Conjoint Session of North Carolina Board of Health and Medical Society of North Carolina, held in Concord, May 10th 1882.*

*Death from Chloroform. Report of the Evidence at the Coroner's inquest, Quebec, October, 1882.*

*Use of the Ecraseur for curing deep seated fistula in ano, by J. M. F. Gaston, M. D., of Campinas, Brazil.*

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

**Statistiques vitales.**—La délégation du bureau de santé, composée de MM. l'Échevin Mooney, Dr Larocque, Dr Mount, Dr Campbell, M. Beaudry et F. N. Boxer, a eu son entrevue, à Ottawa, avec le ministre de l'agriculture, au sujet des statistiques vitales. Sa mission était de faire connaître les vues du bureau de santé et de s'entendre avec le gouvernement au sujet de l'emploi des \$10,000 votés pour l'établissement de bureaux de statistiques vitales.

L'honorable M. Pope, qui a bien accueilli nos délégués, a promis son appui. Il a exprimé l'espoir que le don des \$10,000, forcerait, plus tard, le gouvernement à voter une somme plus considérable. L'honorable M. Mousseau, qui a voulu aller rencontrer la délégation à Ottawa, a promis, lui aussi, de favoriser le projet sanitaire.

Les délégués sont revenus convaincus que leur projet ne peut manquer d'arriver à de bons résultats.

---

**Poursuite.**—M. Treflé Berthiaume a intenté, par l'entremise de MM. Adam et Duhamel, une action en dommages contre l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Il allègue que la suspension, depuis neuf mois, de la publication de *L'Abeille Médicale* lui a causé des dommages.

Un contrat avait été passé spécifiant que M. Berthiaume imprimerait le journal et bénéficierait de la vente, l'École devant fournir la matière à imprimer. Le contrat était pour cinq ans.

---

**Microscopic Club.**—On vient de fonder à Montréal un club de Microscopie.

Les messieurs suivants ont été élus officiers :

Dr Osler, président ; Dr J. Baker Edwards, secrétaire ; M. W. Muir, trésorier.

A la première assemblée mensuelle, le Dr Osler présentera une communication, avec pièces à l'appui, sur les parasites du sang de la grenouille.

---

**Charlatan condamné.**—Un célèbre Charlatan du nom de Jean Jacques, alias Johnny LeBlond, de la paroisse de Saint-Pierre les Becquets, convaincu de contravention à l'acte médical et n'ayant pu payer l'amende et les frais, a été logé dans la prison commune de Trois-Rivières pour y purger sa condamnation.

---

## VARIÉTÉS.

**Un pharmacien en 1752.**—M. Métayer a trouvé un document relatif à la nomenclature et aux prix des médicaments dans une pharmacie de Strasbourg en 1752.

L'on y trouve les bézouards, la crotte de chien (*Album græcum*) qui se vendait huit deniers la demi-once, les ongles d'élan, 1 fr. 50 le gros. Parmi les axonges, on voit celle d'oie, de chien, de chapon, de chat, d'homme, de lièvre, de couleuvre, de blaireau, d'ours et de vipère ; celle-ci se vendait 10

sols le gros. Un crapaud sec valait 2 sols 8 deniers. Les dents de sanglier préparées, 1 sol 4 deniers le gros. L'emplâtre de grenouilles, avec le frai ou sans le frai, 4 sols et deux sols le demi-once.

Viennent ensuite à des prix minimales :

Les vers de terre préparés, les mâchoires de brochets, 3 sols la demi-once ; l'huile de vers de terre, l'huile de frai de grenouilles, etc.

On se demande où les apothicaires achetaient leur provision d' "os de cœur de cerf, *ossa de corde cervi*", qu'ils vendaient 2 sols 8 deniers le gros.

On peut juger, par ce qui précède, combien on savait alors exploiter l'ignorance et la bêtise humaine.

Les temps ont-ils beaucoup changé aujourd'hui ?

Des 47 Etats Unis d'Amérique, ceux qui comptent le plus de médecins, sont :

New-York.....	7,894	Population.....	5,083,810
Illinois.....	6,093	" .....	3,078,769
Pensylvanie.....	5,893	" .....	4,282,786
Ohio.....	5,562	" .....	3,198,239

Ceux qui en comptent le moins, sont :

Arizona.....	22	Population.....	40,441
New Mexico .....	28	" .....	118,430
Wyoming .....	41	" .....	19,436
Montana.....	42	" .....	39,157

Il y a aux Etats-Unis, 82,229 médecins pour une population de 50,152,866 habitants d'après le recensement de 1880.

Ce chiffre s'éloigne de celui que donne la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* de Paris, qui fixe, d'après les calculs de l'Académie de Médecine, à 65,000 seulement le chiffre de la population médicale de nos voisins.

#### MARIAGE.

GERMAIN-HEAGERTY.—Le 8 novembre, à l'évêché de Montréal, M. le Dr A Germain à Mlle Jeanne Heagerty.

#### DÉCÈS.

CHAUSSEGROS DE LÉRY.—A Québec, le 20 novembre, est décédé, à l'âge de 26 ans et onze mois, M. Louis-Alexandre Chaussegros de Léry, M. D., troisième fils de feu l'honorable A. R. C. de Léry.

RUSSELL.—A Québec, le 6 décembre, le Dr W. H. Russell, ex-Président du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada.



# TABLE DES MATIÈRES.

---

abcès, froids, 445; iliaque, 203; multiples dans la fièvre typhoïde, 212; du sein, traitement préventif des, 497; péri-néal .....	115
Abus, un .....	287
Accouchement, artificiel dans les rétrécissements du bassin, 450; dans le décubitus dorsal, 496; délivrance artificielle sept heures après l', 83; laborieux, de l'ipéacac dans l', 545; rapide dans l'éclampsie, provocation de l', 281; spontané, dans les rétrécissements du bassin .....	450
Accidents puerpéraux prévenus par la quinine.....	544
Acide, boracique, dans la diphthérie, 217; borique et vaseline comme onguent antiseptique, 543; carbolique, empoisonnement par l', 221, 355; carbolique, propriétés antipyrétiques de l', 38; salicylique, en poudre, 538; salicylique dans le traitement de la fièvre typhoïde.....	531
Acquisition .....	507
Acte, d'anatomie 141, 146; concernant la profession médicale, P. Q., 305; des licences et les pharmaciens l', 501, 553; médical l', 146, 573; médical et les sages-femmes.....	604
Action physiologique et thérapeutique du muguet.....	534
Actions en dommage.....	505
Adénome du sein.....	205
Admission, à l'étude de la médecine, examen pour l', 140; à la pratique de la médecine.....	187
Affections cérébrales, la papille optique dans quelques .....	1
Age critique, métrorrhagies de l' .....	357
Air, moyens de purifier l' .....	545
Albuminurie passagère, causes de l'.....	587
Alcooliques, ascite curable des.....	70, 128
Amérique, moyenne de la vie en.....	46
Amputation dans la gangrène traumatique.....	271
Amygdalotomie, hémorrhagie après l'.....	593
Analyseurs publics en cours de justice, les .....	145
Anatomie, acte d', 146; les enlèvements de cadavres et l'acte d' ..	141
Anémie, 230; et chlorose .....	397
Anémiques, spermatorrhée des.....	547
Anesthésie, chloroformique 431; chez les dentistes.....	548
Angine diphthéritique, traitement de l'.....	229
Anorexie chez les phthisiques.....	184
Antiseptique, chirurgie, 175, 350; eau de Cologne, 543; onguent	543
Aphasie .....	207

Aphonie des chanteurs et des orateurs, traitement de l'.....	215
Appareils à fractures, précautions dans l'application des.....	443
Application, des appareils à fractures, 443 ; du forceps au détroit supérieur, 179 ; du forceps dans l'insuffisance des contractions utérines, 84 ; du forceps dans la présentation des fesses	398
Arracheuse de dents, l'.....	366
Arsenic, dans les fièvres intermittentes, 253 ; traitement de la chorée par l'.....	218
Art pharmaceutique, comble de l'.....	243
Articulaires, épanchements purulents, 273 ; épanchements sanguins, 273 ; épanchements séreux.....	273
Articulations, traitement des.....	273
Ascite curable des alcooliques.....	70, 128
Aspiration du genou.....	178
Assemblée du Bureau des Gouverneurs du C. M. C., P. Q.....	504
Association Médicale du Canada.....	505, 521
Ataxie locomotrice, 559 ; troubles oculaires dans l'.....	566
Atropine dans les hémorragies viscérales, l'.....	403
Autopsie de Guiteau, l'.....	404
Avortement, prévenu par la quinine, 544 ; méthode pour prévenir la nécessité de l'.....	495
Bande élastique, dans la hernie étranglée, 156 ; dans le prolapsus utérin.....	
	385
Banquet à l'Hôpital Notre-Dame, 39 ; au Dr E. P. Lachapelle....	40
Bassin, rétrécissement du.....	450
Bellevue, Hôpital, N.-Y.....	169
Bernier, Dr P. H., Blessure de la main suivie de phlébite, etc.....	97
Bibliographie.....	91, 236, 237, 299, 408, 457
Bicarbonate de soude dans les brûlures.....	36
Bicarbonates de potasse et de soude dans le rhumatisme musculaire et les névralgies.....	486
Bigelow, lithotritie rapide par la méthode de.....	25
Bill, No.....	499
Blessure de la main, suivie de phlébite, etc.....	97
Bouche, cancer du plancher de la.....	20
Bouillaud, (feu le Prof.), Nécrologie.....	45
Bright, maladie de.....	475, 547
Brochures reçues.....	42, 93, 144, 190, 238, 299, 409, 457, 503, 553, 605
Bromure, d'ammonium dans le délire fébrile, 173 ; de potassium, usages thérapeutiques du, 440 ; de potassium, dans le diabète sucré.....	537
Bronchite chronique.....	230
Brousseau, Dr A. T., Taxis avec la bande élastique dans la hernie étranglée, 156 ; utilité du chloroforme dans la réduction des luxations.....	319
Brûlures, 352 ; traitement par le bicarbonate de soude.....	36
Bubon, double.....	115
Bureau central d'examens pour la licence.....	358
Bureau des Gouverneurs du C. M. C. P. Q., assemblée du.....	504
Bureau de santé provincial.....	93

Cadavres, des hôpitaux, crémation des, 365 ; et l'acte d'anatomie, les enlèvements de.....	141
Campbell, Dr Geo. W., Nécrologie.....	300
Canada, Association médicale du.....	505, 521
Canada Medical and Surgical Journal.....	458
Cancer, de la langue et du plancher de la bouche, 20 ; des os du crâne.....	463
Cancéreux, hygiène des.....	353
Caoutchouc, (bande en) dans la hernie étranglée.....	156
Carie des os du pied.....	116
Carrière, Dr P., De l'arsenic dans les fièvres intermittentes.....	253
Cas d'empoisonnement de la rue Panet, le.....	511
Cas du Hervey Institute, le.....	138
Causes, de l'albuminurie passagère, 587 ; morales des maladies du cœur.....	262, 387
Cercle médical.....	145
Chaire des maladies nerveuses.....	145
Chambre des Communes, contingent médical à la.....	363
Chanteurs et orateurs, traitement de l'aphonie des.....	215
Chancroïdes.....	87, 115
Charbon, traitement du.....	90
Charlatans condamnés.....	240, 606
Chemin de fer.....	461
Chimie médicale.—L'Urine.....	13, 48, 159, 254, 333, 426
Chimistes, tarif des licences accordées aux.....	553
Chirurgie antiseptique, 175, 351 ; progrès de la.....	273
Chirurgiens empoisonnés par l'acide carbolique.....	221
Chloral et bromures dans le délire fébrile.....	173
Chloroforme dans la réduction des luxations, utilité du.....	319
Chloroformique, anesthésie.....	433
Chlorose et anémie, traitement de la.....	497
Chorée, traitement de la.....	218, 497
Clause de l'acte médical concernant les sages-femmes.....	573
Clavicule, écharpe postérieure dans les fractures de la.....	434
Cléroux, Dr L. J. V., Considérations sur la physiologie du médicament.....	245, 327
Cliniques, à l'Hôpital Notre-Dame.....	517, 559, 566
Club de microscopie.....	606
Cœur, (hypertrophie du) d'origine morale 262, 387 ; lésions valvulaires du.....	49, 103
Col, (cystite du) chez la femme 454 ; utérin, tumeur du.....	226
Colique de plomb, traitement de la.....	174
Collège des Médecins et Chirurgiens, P.Q....	42, 300, 411, 458, 459, [504, 508, 510, 552
Comble, un, 196 ; encore un, 502 ; de l'art pharmaceutique.....	243
Communes, contingent médical à la Chambre des.....	363
Communications.....	61, 428, 470, 573
Concert de l'Hôpital Notre-Dame.....	240
Concours pour l'internat.....	238
Conditions contraindiquant la réunion immédiate.....	494
Confrères, entre.....	558



Congrès médical d'Allemagne, le dixième.....	365
Conjonctivite granuleuse .....	420
Conjonctivites .....	324
Considérations, sur la physiologie du médicament, 245, 327 ; sur le traitement et le diagnostic de quelques maladies des yeux [322, 367, 420	
Constipation habituelle, 86, 602 ; des hémorroïdaires, traitement de la.....	492
Contagieuses, maladies.. ..	410
Contingent médical à la Chambre des Communes.....	363
Contractions utérines, du forceps dans l'insuffisance des.....	84
Contribution des membres du C. M. C. P. Q....	411, 458, 508, 510, 552
Contraindications et difficultés du forceps, 182 ; de la réunion immédiate.....	494
Convalescence de la fièvre typhoïde, abcès dans la.....	212
Convulsions des enfants, traitement des .....	407
Coqueluche, traitement de la.....	284, 362
Cordon ombilical ligature du.....	401
Correspondance, petite..... 90, 143, 189, 235, 298, 362, 407, 456, [502, 552	
Cors aux pieds, traitement des .....	357
Crâne, cancer des os du.....	463
Crayons d'iodoforme.....	602
Crémation des cadavres des hôpitaux.....	365
Critique, âge.....	357
Croup, spray phéniqué dans le.....	209
Curabilité de l'ascite des alcooliques.....	70, 128
Cure radicale de la hernie, 132 ; traité sur la.....	408
Cystite, aigue traitée par l'ergot, 175 ; du col chez la femme.....	454
David, Dr A. H., notice nécrologique .....	556
Décès..... 48, 96, 196, 303, 366, 414, 462, 510, 558,	607
Déchirure du périnée.....	18
Décision.....	411
Décubitus dorsal, accouchement dans le.....	496
Délire fébrile, traitement du.....	173
Delirium tremens suivi de méningite .....	488
Délivrance artificielle sept heures après l'accouchement.....	83
Démission de M. Vulpian.....	41
Démissions.....	41
Dentistes, l'anesthésie chez les.....	548
Dents, l'arracheuse de.....	366
Départ du Dr Rottot.....	458
Désinfection de l'urine.....	600
Desroches, Dr J. I., De la phthisie pulmonaire, 149, 197 ; des injections trachéales.....	415
Détroit supérieur, application du forceps au .....	179
Diabète, 339, 581 ; sucré, guéri par le bromure de potassium.....	537
Diagnostic, différentiel de la perte subite de connaissance, 437, 477 ; et traitement de quelques maladies des yeux, 322, 367, 420 ; des tumeurs abdominales.....	59

Diarrhée, potion contre la, 454 ; chronique traitée par la viande crue .....	473
Difficultés du forceps .....	182
Dilatation manuelle du col dans l'éclampsie .....	281
Diphthérie, mixture de thymol contre la, 30 ; pilocarpine et. 37, 73	227
Diphthéritique, traitement de l'angine.....	284
Dipsomanie .....	34
Dispensaire de la Pointe St. Charles, le.....	365
Dixième congrès médical d'Allemagne, le.....	419
Doctorat, (thèses de) Faculté de Médecine de Paris.....	505
Domage, actions en.....	170
Dosage de l'iodure de potassium.....	175
Drainage des plaies dans la chirurgie antiseptique.....	230
Dysménorrhée.....	230
Dyspepsie, 284 ; chez les jeunes filles nerveuses .....	230
Eau de Cologne antiseptique, 543 ; froide, traitement des névralgies par l'.....	61, 111
Echarpe postérieure dans la fracture de la clavicule.....	444
Eclampsie, dilatation manuelle dans l', 281 ; des vieillards.....	339
Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.....	191, 508
Eczéma génital, traitement de l', 137, 284 ; infantile, traitement de l'.....	137
Effets des pédiluves chauds.....	588
Elimination de l'intestin .....	212
Elongation des nerfs.....	538
Emploi du bromure d'ammonium et du chloral dans le délire fébrile, 173 ; du bromure de potassium, 440 ; de l'ipeca dans l'accouchement laborieux, 545 ; de la morphine dans la fièvre puerpérale, 85 ; de la quinine pour prévenir l'avortement et les accidents puerpéraux.....	544
Empoisonnement, (le cas d') de la rue Panet, 511 ; par l'acide carbolique, 221, 355 ; par le nitrate de potasse, 402 ; par le sirop de Mme Winslow .....	401
Encore un comble.....	508
Endométrite septique, traitement de l'.....	596
Enfance, société de protection de l'.....	144
Enfants, traitement des convulsions des, 407 ; traitement de la gastro-entérite des, 456 ; traitement de l'incontinence nocturne des, 356 ; traitement de la méningite des.....	552
Enlèvements de cadavres et l'acte d'anatomie, les.....	141
Entre confrères.....	508
Epanchements articulaires purulents, 273 ; sanguins, 273 ; séreux .....	273
Epilepsie, traitement de l'.....	218
Epistaxis, nouveaux tamponnements dans l'.....	402
Eponge, greffe à l'.....	348
Epreuve du lait.....	354
Ergot dans le traitement de la cystite aiguë.....	175
Erysipèle, 222 ; généralisé, 205 ; mort dans l', 224 ; traitement local de l'.....	544

Etat mental de Guiteau .....	365
Etranglement herniaire, traitement par la bande élastique, 156 ; traitement par la kélotomie .....	572
Etude, de la gynécologie, 470 ; de la médecine, examens prélimi- naires à l'.....	42, 140
Etudiants, nouveaux.....	239
Evidement des os du pied.....	116
Examens, de licence, 233, 358 ; pour l'admission à l'étude de la médecine.....	42, 140
Exercice illégal de la médecine .....	455, 558
Expectorant antiseptique.....	547
Expertise médico-légale dans le procès Hayvern.....	11
Explication, un mot d'.....	407
Exposition d'hygiène de Berlin.....	365
Extirpation du poulmon.....	81
Faculté de Médecine de Paris, 410 ; de l'Université Laval à Montréal, 43, 192, 240, 364, 506, 507 ; de l'Université McGill.	507
Fafard, Dr N., Chimie médicale : l'Urine....	13, 48, 159, 254, 333, 426
Femmes-médecins.....	94
Fémur, fracture du.....	168, 257
Fer, chemins de, 461 ; limonade de.....	356
Fesses, du forceps dans la présentation des.....	398
Fête aux huitres.....	556
<i>Fiat lux</i> .....	231
Fièvre, intermittente traitée par l'arsenic, 253 ; traitement du frisson de la, 39 ; puerpérale, emploi de la morphine dans la, 85 ; typhoïde, abcès multiples dans la, 212 ; traitée par la méthode de Rothe, 391 ; traitement de la, 502 ; traitée par l'acide salicylique, 531 ; précautions à prendre dans la...	601
Filiatrault, Dr C. M., Le cas d'empoisonnement de la rue Panet..	511
Finances .....	498
Forceps, au détroit supérieur, application du, 179 ; dans la pré- sentation des fesses, application du, 398 ; dans l'insuffisance des contractions utérines, 84 ; dans les rétrécissements du bassin, emploi du, 450 ; complications et difficultés du.....	182
Foucher, Dr A. A., La papille optique dans quelques affections cérébrales, 1 ; considérations sur le diagnostic et le traite- ment de quelques maladies des yeux, 322, 367, 420 ; leçon clinique sur le ptérygion, 517 ; troubles oculaires dans l'ata- xie locomotrice.....	566
Fracture de la clavicule, 168, 444 ; du fémur, 168, 257 ; du radius, 168 ; de la rotule.....	273
Fractures, appareils à.....	443
Frisson de la fièvre intermittente, traitement du.....	39
Gale, traitement de la.....	184, 236
Gangrène traumatique, amputation dans la.....	271
Gastro-entérite aigue des enfants, traitement de la.....	456
<i>General Hospital, Montreal</i> .....	458
Genou, luxation du, 382 ; ponction aspiratrice du.....	178
Gerçures du sein, traitement des.....	357
Gliôme de la rétine.....	113

Gonorrhée.....	87, 602
Gouverneurs du C. M. C. P. Q., assemblée du bureau des.....	504
Grandes lèvres, kyste double des.....	115
Granulations de la conjonctive.....	420
Green, méthode de.....	236
Greffe à l'éponge.....	348
Guérison du diabète sucré par le bromure de potassium.....	537
Guiteau, autopsie de, 404; état mental de.....	365
Gynécologie, étude de la.....	470
Hayvern, expertise dans le procès.....	11
Helmerich, formule de la pommade d'.....	236
Hémiplégie et paraplégie.....	64
Hémophilie.....	171
Hémoptisie, traitement de l'.....	403
Hémorragie, suite d'insertion vicieuse du placenta, 597; post-partum, 400; médullaire, 579: après l'amygdalotomie.....	593
Hémorrhagies viscérales, l'atropine dans les.....	403
Hémorrhoidaires, traitement de la constipation des.....	492
Hémorrhoides, traitement chirurgical des.....	595
Hernie, cure radicale de la, 132; traité sur la cure radicale de la, 408; étranglée, traitement de la, 156; étranglée (observation de) suivie de kélotomie et guérison.....	572
<i>Hervey Institute</i> , le cas du.....	138
Hôpital Bellevue, N.-Y.....	169
Hôpital Notre-Dame, Montréal, 18, 35, 39, 62, 113, 163, 191, 193, 203, 239, 240, 257, 285, 302, 303, 337, 382, 429, 473, 508, 517, 559, 566, 576	
Hôpitaux, crémation des cadavres des, 365; Société Médicale des, 432	
<i>Hospital, Montreal General</i> , 458; <i>Women's</i> .....	94
Howard, Dr R. P.....	555
Hygiène, 460; des cancéreux, 353; de Berlin, exposition d'.....	365
Hypertrophie du cœur d'origine morale.....	262, 387
Hystérie, (rapports de l') avec d'autres états morbides.....	67, 125
Ichthyose.....	414
Ils n'en veulent pas.....	510
Incontinence nocturne chez les enfants.....	356
Indications de la morphine dans la fièvre puerpérale.....	85
Informations.....	551
Injections, hypodermiques d'eau froide dans les névralgies, 61; sous-cutanées d'éther dans la pneumonie adynamique, 213; trachéales, 415; intrautérines dans l'endométrite septique... 596	
Insertion vicieuse du placenta et hémorragie.....	597
Institutions médicales de New-York.....	95
Instructions sur les précautions à prendre dans la fièvre typhoïde, 601	
Insuffisance des contractions utérines, du forceps dans l'.....	84
Internat à l'hôpital Notre-Dame, concours pour l'.....	238
Intestin, invagination et élimination de l'.....	212
Invagination de l'intestin.....	212
Iodoforme, crayons d', 602; lint à l', 86; odeur de l', 542; onguent d', 542; pansement à l'.....	74, 488, 542, 543

Iodure de potassium à petites doses.....	170
Ipeca dans les accouchements laborieux, emploi de l'.....	545
Jequirity, emploi du.....	585
Journal de médecine, le premier.....	145
Jugements obtenus par le C. M. C. P. Q.....	459, 510
Juifs, mortalité chez les.....	460
<i>Junior Pharmacists' Society</i> .....	192
Kélotomie dans l'étranglement herniaire.....	572
Kyste, de l'ovaire, 383, 576 ; double des grandes lèvres.....	115
Lachapelle, E. P., banquet au Dr.....	40
Lactopeptine.....	411
Lait, épreuve du.....	354
Langue, cancer de la.....	20
Laramée, Dr J. A., lésions valvulaires du cœur, 49, 103 ; injections d'eau froide dans les névralgies, 111 ; de l'ataxie locomotrice progressive.....	559
Lavoie Dr J. P., Bibliographie d'un ouvrage du.....	457
Laval, Université, 411, 507 ; Faculté de Médecine de Montréal 43, [192, 240, 303, 364, 506, 507	
Législation sanitaire.....	603
Lésions valvulaires du cœur.....	49, 103
Lettre aux deux Wilfrid.....	374
Lèvres, kyste double des grandes.....	115
Licence, examens de.....	233, 358
Licences, accordées aux chimistes, droguistes, etc., 553 ; les pharmaciens et l'acte des.....	501, 553
Ligature du cordon ombilical.....	401
Limonade de fer.....	356
Lint à l'iodoforme.....	86
Lippé Dr J., L'acte médical et les sages-femmes.....	573
Litholapaxie d'après la méthode de Bigelow.....	25
Lithotritie, traitement subséquent de la, 219 ; rapide, 25 ; ouvrage de Reliquet sur la.....	236
Livres de médecine, preuve légale appuyée sur les.....	566
Livres reçus.....	41, 147, 503
Loi médicale, la.....	302
Luxation du genou.....	382
Luxations, du chloroforme dans la réduction des, 319 ; anciennes.....	293
Main, (blessure de la) suivie de phlébite, etc.....	97
Maladie de Bright.....	475, 547
Maladies, contagieuses, 410 ; des femmes, manuel des, 457 ; ouvrages sur les, 143 ; nerveuses, chaire des, 145 ; des yeux, diagnostic et traitem't de quelques.....	322, 367, 420
Manuel, desmaladies des femmes, 457 ; opératoire de l'opération du phimosis, 34 ; de l'ovariotomie.....	394
Mariages.....	48, 96, 303, 462, 510, 558, 607
Marsil Dr D., communication.....	470

Matière médicale, thérapeutique <i>vs.</i> .....	405
McGill, (université), Faculté de médecine.....	507
Médaille de M. Pasteur, la.....	411
Médecin et pharmacien.....	185
Médecin interne de l'hôpital N. D., rapport du.....	193
Médecins et chirurgiens, P. Q., collègue des...42, 300, 411, 458, 459,	504
Médecins, femmes, 94; nombre de.....	460
Médecine admission à la pratique de la, 187; examens prélimi- naire à l'étude de la, 140; exercice illégal de la, 455, 558; premier journal de.....	145
<i>Medical and Surgical Journal, Canada</i> .....	458
Médicament, physiologie du.....	245, 327
Méningite, 261; consécutive au delirium tremens, 488; traite- ment de la.....	137, 522
Ménopause.....	547
Menstruation et phthisie pulmonaire.....	228
Méthode, de Green dans le traitement de la migraine, 236; de Rothe, contre la fièvre typhoïde, 391; préventive de l'avor- tement.....	435
Métrite puerpérale, traitement de la.....	447
Métopéritonite puerpérale, traitement de la.....	596
Métrorrhagie, traitement de la.....	278
Métrorrhagies de l'âge critique, traitement des.....	357
Microbe de la syphilis.....	508
<i>Microscopic club</i> .....	606
Migraine traitée par la méthode de Green.....	236
Mixture expectorante antiseptique, 547; de thymol contre la diphthérie.....	30
<i>Montreal General Hospital</i> .....	458
Montréal, Ecole de Médecine et de Chirurgie de, 191,-508; So- ciété Médicale de.....	89, 117, 557
Morphine, (emploi de la), dans la fièvre puerpérale.....	85
Mort dans l'érysipèle.....	224
Mortalité chez les Juifs.....	460
Mot d'explication, un.....	407
Moyenne de la vie en Amérique.....	461
Moyens pratiques de purifier l'air.....	545
Muguet, action physiologique et thérapeutique du.....	534
Munro, Dr P. A. C., Notice nécrologique.....	243
Mutilation de l'ovaire.....	84
Mystification.....	557
Naissances.....	48, 244, 366, 414, 462, 558
Nécessité de l'avortement, méthode pour prévenir la.....	495
Nécrologie: Dr P. A. C. Munro, 243; Dr G. W. Campbell, 300; Dr Pidoux, 461; Dr A. H. David.....	556
Nerfs, elongation des.....	538
Neurologie, Société américaine de.....	379
Névralgies, traitement par le bicarbonate de soude, 61; par in- jections hypodermiques d'eau froide.....	111
Névrose intéressante.....	63

Nitrate de potasse, empoisonnement par le.....	402
<i>No Bill</i> .....	499
Nombre de médecins.....	460
Nominations.....	40, 93, 355
<i>Non possumus</i> .....	287
Notre-Dame, Hôpital.....	18, 35, 39, 62, 113, 163, 191, 193, 203, [239, 240, 257, 285, 302, 303, 337, 382, 429, 473, 508, 517, 559, 566, 576.
Nouveau procédé d'application du forceps au détroit supérieur...	179
Nouveaux-nés, ophthalmie purulente des.....	367
Obésité.....	224
Obit: Dr Junod; Sir R. Christison; Dr Aimé Martin; Prof. J. Pancoast; Dr Erskine Mason, 244; Dr Louis Desmarres; Dr Brochard; M. J. T. Clover.....	557
Odeur de l'iodoforme.....	542
Onguent de vaseline et acide borique.....	543
Opération, pour fracture de la rotule, 273; de l'ovariotomie, 394; du phimosis, 346; de Porro.....	82
Ophthalmie purulente des nouveaux nés.....	367
Opium dans le traitement de la péritonite.....	165
Orateurs, aphonie des chanteurs et des.....	215
Orchite, traitement de l'.....	137, 446
Origine morale de l'hypertrophie du cœur.....	262, 287
Os du crâne, cancer des.....	463
Os du pied, ostéite et carie des.....	116
Ostéite et carie des os du pied.....	116
Otite suppurée.....	261
Ouvrages les plus récents sur les maladies des femmes.....	143
Ovaire, kyste de l', 383; mutilation de l'.....	84
Ovariectomie, opération de l'.....	394 576
Pannus invétéré, traité par le jequirity.....	585
Pansement à l'iodoforme.....	74, 488, 542, 543
Papille optique, (la), dans quelques affections cérébrales.....	1
Paralysie saturnine 386; traumatique.....	579
Pasteur, la médaille de M.....	411
Peau, traitement des taches pigmentaires de la.....	392
Pédiluves chauds, effets des.....	588
Pelvi-péritonite puerpérale.....	203
Pepsine, propriétés taenifuges de la.....	345
Périnée, déchirure du.....	18
Périnéoraphie.....	18
Péritonite, puerpérale. 203; secondaire, 383; traitée par l'opium.....	165
Perte subite de connaissance, diagnostic de la.....	434, 477
Petite correspondance...90, 143, 189, 235, 298, 362, 407, 456, 502,	552
Pharmacien, médecin et, 185; en 1752, un.....	606
Pharmaciens, et l'acte des licences, les.....	501, 553
<i>Pharmacists' Society (Junior)</i> .....	192
Phimosis opération du.....	346
Phthisie pulmonaire, 149, 197; menstruation et, 228; signe pré- curseur de la.....	

Phthisiques, anorexie chez les, 184 ; sueurs nocturnes des.....	269
Physiologie du médicament .....	245, 327
Pidoux, Dr H.—Notice nécrologique.....	484
Pilocarpine et diphthérie.....	37, 73
Pirogoff, prof. N.....	94
Placenta, insertion vicieuse du.....	597
Plaies, drainage des.....	175
Plancher de la bouche, cancer du.....	20
Plomb, traitement de la colique de.....	174
Pneumonie, traitement de la, 169, 217 ; adynamique. traitement de la.....	213
Pommade contre la cystite du col, 454 ; d'Helmerich.....	236
Ponction aspiratrice du genou.....	178
Porro, opération de .....	82
Potion contre la diarrhée.....	454
Poumon, extirpation du .....	81
Poursuite.....	606
Pratique de la médecine, admission à la.....	187
Précaution dans l'application des appareils à fracture.....	443
Précautions à prendre dans la fièvre typhoïde.....	601
Premier journal de médecine, le .....	145
Présentation des fesses, du forceps dans la.....	398
Preuve légale appuyée sur les livres de médecine.....	366
Prevost, Dr L. C.—Lettre aux deux Wilfrid, 374 ; tumeur cancéreuse des os du crâne .....	463
Procès Hayvern, expertise dans le.....	11
Profession médicale, acte concernant la .....	305
Programme des examens préliminaires, C. M. C. P. Q.....	42
Progrès de la chirurgie.....	273
Prolapsus de l'utérus réduit par la bande élastique.....	385
Prophylaxie, de l'avortement et des accidents puerpéraux au moyen de la quinine, 544 ; de la métrite puerpérale.....	447
Propriétés antipyrétiques de l'acide carbolique, 38 ; tanifuges de la pepsine.....	345
Protection de l'enfance, société de.....	144
Proverbe chinois.....	145
Provocation de l'accouchement dans l'éclampsie.....	281
Pulsations abdominales.....	63
Purifier l'air, moyens pratiques pour.....	545
Ptérygion, du.....	517
Pustule maligne, traitement de la.....	543
Quarantaine.....	460
Quinine, (emploi de la) comme préventif de l'avortement.....	544
Radius, fracture du.....	168
Rapport du médecin interne de l'hôpital Notre-Dame.....	193
Réaction du sucre dans l'urine.....	454
Réception.....	239
Réduction, des luxations, du chloroforme dans la, 319 ; du prolapsus utérin par la bande élastique.....	385



Réforme nécessaire, une.....	360
Réformes sanitaires.....	507
Régime des cancéreux, le meilleur.....	353
Reliquet, ouvrage sur la lithotritie rapide, par le Dr.....	236
Réssection du fémur, 257 ; des os du pied, 116 ; sous-périostée....	398
Rétine, gliôme de la.....	113
Rétinite albuminurique.....	475
Rétrécissement du bassin.....	450
Réunion immédiate, contrindications de la.....	494
Rhumatisme articulaire aigu, traitement du, 22, 36, 344 ; articulaire chronique, 602 ; cérébral, 337, 587 ; musculaire traité par les bicarbonates de potasse et de soude.....	486
Robillard, Dr J., hernie inguinale étranglée ; kélotomie ; guérison.....	572
Rothe, (méthode de) dans le traitement de la fièvre typhoïde....	391
Rottot, Dr J. P.....	458, 507
Rotule, fracture de la.....	273
Rupture de la sclérotique.....	24
Sages-femmes, clause de l'acte médical concernant les, 573 ; l'acte médical et les.....	604
Salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.....	344
Sanitaires, réformes.....	507
Scarlatine, traitement de la.....	341
Schell, bibliographie d'un ouvrage du Dr Henry S.....	91
Sclérotique, rupture de la.....	24
Scorbut.....	163
Séguin, Dr E. C.....	556
Sein, adénome du, 205 ; traitement préventif des abcès du, 497 ; traitement des gerçures du.....	357
Sherbrooke. Communication.....	428
Signe précurseur de la phthisie pulmonaire.....	69
Simulation, le thermomètre et la.....	241
Sirop de Mme Winslow.....	401
Sizer, Dr N. de S., traitement des névralgies par injections hypodermiques d'eau froide.....	61
Société, médicale de Montréal, 89, 117, 556, 581 ; médicale des hôpitaux, 432 ; neurologique américaine, 379 ; protectrice de l'enfance.....	144
Spermatorrhée des anémiques.....	547
Spray phéniqué dans le croup.....	209
Statistique vitale.....	554, 605
Sucre dans l'urine, réaction du.....	454
Sueurs nocturnes des phthisiques, traitement des.....	269
Supplément à l'Union Médicale.....	146, 305
Syphilis, 261 ; microbe de la.....	508
Taches pigmentaires de la peau, traitement des.....	392
Tenia, traitement du.....	189, 345, 403
Tamponnements dans l'épistaxis, nouveaux.....	402
Tannin, comment administrer le.....	30

Tarif des licences accordées aux chimistes.....	553
Taxis avec la bande en caoutchouc dans la hernie étranglée.....	156
Thérapeutique vs. Matière Médicale.....	405
Thermomètre et la simulation, le.....	241
Thèses de doctorat à la Faculté de Paris.....	410
Thymol contre la diphthérie, mixture de.....	30
Toux, traitement local de la.....	215
Trachôme invétéré traité par le jequirity.....	585
Trachéotomie.....	77
Traitement des abcès du sein, 497; de l'angine diphthérique, 229; de l'aphonie des chanteurs et des orateurs, 215; des articulations, 273; des brûlures par le bicarbonate de soude, 36; du charbon, 90; de la chorée par l'arsenic, 218; de la colique de plomb, 174; de la constipation des hémorrhoidaires, 492; des convulsions des enfants, 407; de la coqueluche, 284, 362; des cors aux pieds, 357; de la cystite aiguë par l'ergot, 175; du délire fébrile par le chloral et le bromure d'ammonium, 173; local de la diphthérie par l'acide boracique, 217; de l'eczéma génital, 137, 284; de l'eczéma infantile, 137; de l'épilepsie, 218; local de l'érysipèle, 544; de la fièvre typhoïde, 502; de la fièvre typhoïde par l'acide salicylique, 521; de la fièvre typhoïde par la méthode de Rothe, 391; du frisson de la fièvre intermittente, 39; de la gale, 184; de la gale par la pommade d'Helmerich, 236; de la gastro-entérite aiguë des enfants, 456; des gerçures du sein, 357; de l'hémoptisie, 403; de l'hémorrhagie post-partum, 400; des hémorrhoides, 595; de l'hydrocèle, 171; de la lithotritie, 219; de la méningite, 137; de la méningite des enfants, 522; de quelques maladies des yeux, 322, 367, 420; de la métrite puerpérale, 447; de la métropéritonite puerpérale, 596; de la métrorrhagie, 278; des métrorrhagies de l'âge critique, 357; de la migraine par la méthode de Green, 236; des névralgies, 486; des névralgies par injections hypodermiques d'eau froide, 161, 111; de l'orchite, 137; de la péritonite par l'opium, 165; de la pneumonie, 169, 217; de la pustule maligne, 543; du rhumatisme articulaire aigu, 36, 344; du rhumatisme cérébral, 587; du rhumatisme musculaire, 486; de la scarlatine, 341; des sueurs nocturnes des phthisiques, 269; des taches pigmentaires de la peau, 392; du tænia, 403; de la toux.....	215
Traumatisme et amputation.....	271
Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice.....	566
Tumeur, cancéreuse des os du crâne, 463; cérébrale d'origine syphilitique, 429; du col utérin.....	226
Tumeurs abdominales, diagnostic des.....	591
Ulcères, chroniques, 62; syphilitiques pansés à l'iodoforme.....	543
Université, Laval, 411, 507; Montréal, Faculté de Médecine, 43, 192, 240, 303, 364, 506, 507; McGill, Faculté de Médecine.....	507
Urine, chimie médicale, l', 13, 58, 159, 254, 333, 426; réaction du sucre dans l', 544; désinfection de l'.....	600

Usage de l'acide salicylique en poudre.....	538
Uterus, prolapsus de l'.....	385
Uterus, tumeur du col de l'.....	226
Utilité, du chloroforme dans la réduction des luxations, 319; des injections d'éther dans la pneumonie adynamique.....	213
Vallée, Dr A., expertise médico-légale dans le procès Hayvern.....	11
Valvules du cœur, lésions des.....	49, 103
Variole aux Etats-Unis, la.....	88
Vaseline et acide borique, onguent de.....	543
Vermifuge contre le ténia.....	189
Viande crue dans la diarrhée chronique.....	473
Vie en Amérique, moyenne de la.....	461
Vieillards. éclampsie des.....	339
Vomissements incoercibles.....	473
Vulpian, démission de M.....	41
Warren, Dr J. H., bibliographie d'un ouvrage par.....	408
Winslow, empoisonnement par le sirop de Mme.....	401
Women's Hospital.....	94
Yeux, diagnostic et traitement des maladies des.....	322, 267 420

---

### Collaborateurs au 11e volume de "L'Union Médicale du Canada."

---

BERNIER, DR P. H., St. Pie, Q.,	LACHAPELLE, DR SÉV., St. Henri
BROSSEAU, DR A. T., Montréal,	de Montréal,
CARRIÈRE, DR P., Montréal,	LAMARCHE, DR A., Montréal,
CLÉROUX, DR L. J. V., Montréal.	LARAMÉE, DR J. A., Montréal,
CORMIER, M. ARTHUR, Montréal,	LIPPÉ, DR J., St. Ambroise de
DESKOCHES, DR J. L., Montréal,	Kildare,
DESKOSIERS, DR H. É., Montréal,	MARSH, DR D., St. Eustache.
FÉFARD, DR N., Montréal,	PRÉVOST, DR L. C., Ottawa.
FILIAULT, DR C. M., Montréal,	ROBILLARD, DR J., Thurso, Q.,
FOUCHER, DR A. A., Montréal,	SIZER, DR N. B. Brooklyn, N.Y.,
GRAY, M. HENRY R., Montréal.	VALLÉE, DR A., Quebec.