

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.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

HÔPITAL NOTRE-DAME.—M. FOUCHER.

De la Cataracte.

Messieurs,

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une affection oculaire des mieux connues, au moins de nom, de la généralité des médecins; je veux parler de la *cataracte*. Cette maladie, par sa fréquence et l'efficacité de son traitement, s'impose à votre sérieuse attention. Lorsque vous serez appelés, tôt ou tard, à vous prononcer sur des cas du genre de ceux que je vous présente en ce moment, il sera important que vous sachiez au moins reconnaître s'il y a cataracte ou non, et, si elle existe, quel en doit être le pronostic.

Les quatre cas que je vais faire passer sous vos yeux représentent cette affection dans ses variétés les plus fréquentes et à différentes périodes de leur évolution. J'ai tenu à vous présenter, en même temps, deux autres patients exempts de cataracte, mais porteurs de lésions oculaires qui, au premier abord, peuvent être prises pour cette affection, quoiqu'elles en diffèrent essentiellement. Vous pourrez juger, en procédant par voie de comparaison, quels sont les cas qui se ressemblent, quels sont ceux qui diffèrent entre eux, quels sont les cas qui, à première vue, nous font reconnaître sûrement l'existence de la cataracte, quels sont ceux enfin qui peuvent nous induire en erreur.

Les anciens n'étaient pas aussi embarrassés que nous le sommes maintenant pour diagnostiquer au premier coup d'œil l'existence de la cataracte. Le chapitre si complet des maladies du fond de l'œil n'étant pas connu, on faisait une part des cécités à l'amaurose et l'autre part à la cataracte. Si l'on remarquait une opacité dans le champ pupillaire, il s'agissait de la *suffusion* d'une humeur trouble et coagulée entre le cristallin et la face postérieure de l'iris, c'était la cataracte telle que décrite par Celse et par Galien. On croyait que cette suffusion se faisait de haut en bas, c'est-à-dire de la tête aux yeux; c'était une goutte opaque qui descendait du cerveau dans le champ pupillaire. On avait donc l'idée de quelque chose qui tombe, et le nom de cataracte appliqué aux opacités cristalliniennes ne paraît pas reconnaître d'autre origine. Si l'opacité cristallinienne, appréciable dans le champ pupillaire, était la seule cataracte des anciens, on comprend que plusieurs variétés de véritables cataractes leur aient échappé, car l'œil nu n'est pas toujours suffisant pour diagnostiquer cette affection. De plus, certaines altérations séniles physiologiques du cristallin peuvent faire croire à la cataracte, ainsi que certains changements survenus dans la constitution du corps vitré.

Dans le glaucôme, par exemple, la pupille prend quelquefois un aspect verdâtre très foncé que l'on peut facilement confondre avec des lésions cristalliniennes, si l'on se contente d'un examen superficiel. C'est probablement cette erreur qu'Hippocrate a commise en donnant le nom de *glaucoma* aux opacités du cristallin. Ce qui confirme cette supposition, c'est qu'on reconnaissait deux espèces de glaucôme : celui qui était curable, et celui qui ne l'était pas. D'un côté devaient se trouver les maladies du fond de l'œil, et au nombre de celles-ci, le glaucôme proprement dit ; de l'autre, les vraies cataractes. Les erreurs qui consistent à confondre l'apparence glauque ou jaune ambré du cristallin à l'état physiologique chez des vieillards ou pour autre cause, avec la cataracte, se commettent encore facilement par ceux qui sont peu versés en ophthalmologie. Je n'ai pas besoin d'en donner d'autre preuve que celles qui viennent de m'être fournies par quelques-uns d'entre vous au sujet des deux patients non cataractés que nous venons d'examiner.

Si ces erreurs étaient excusables au temps d'Hippocrate, de Celse et de Galien, et même à une époque beaucoup plus rapprochée de nous, elles ne le sont plus aujourd'hui. En effet, nous avons maintenant à notre disposition un moyen aussi simple que facile de rendre le diagnostic précis. Ce moyen, c'est l'éclairage oblique et l'éclairage direct à l'aide de l'ophtalmoscope. Il ne faut pas croire cependant que les connaissances exactes sur la cataracte ne datent que de la découverte de Helmholtz. Bien avant cette époque, Képler a prouvé que le siège de la cataracte est dans le cristallin. Dans le cours du 17^e siècle, on a aussi démontré que la cataracte pouvait siéger dans la capsule cristallinienne. Depuis cette époque, on est convenu de donner le nom de cataracte à toute opacité plus ou moins complète du cristallin ou de sa capsule, ou des deux simultanément.

Lorsque l'opacité occupe exclusivement le cristallin, la cataracte est dite lenticulaire ; lorsque la capsule seule est atteinte, il s'agit d'une cataracte capsulaire ; enfin, si le cristallin et sa capsule sont altérés en même temps, la cataracte est appelée capsulo-lenticulaire. De ces trois grandes divisions, nous ne parlerons que de la première et de quelques-unes des principales subdivisions qu'elle comporte.

La cataracte lenticulaire, considérée dans son évolution, peut être complète ou incomplète, c'est-à-dire que l'opacité cristallinienne peut occuper toute l'étendue de cette lentille ou se limiter à une portion restreinte. La cataracte complète ou incomplète peut en outre être dure ou molle, ou de consistance intermédiaire à ces deux états, selon le mode de dégénérescence du cristallin. La cataracte porte encore d'autres noms ; tantôt elle est congénitale, diabétique, albuminurique ou traumatique, tantôt elle est dite blanche, grise, jaune, rouge, bleue, verte ou noire. Elle est quelquefois pyramidale, étoilée, zonulaire ; elle peut être nucléolaire, polaire antérieure ou postérieure, périphérique.

Ces différents noms tiennent à des points de vue purement secondaires ; ces nombreuses variétés de cataracte, réduites à leur plus simple expression, se rattachent toutes à la grande classe des cataractes dures et molles, subdivisées en complètes ou incomplètes.

Le degré de consistance est important à connaître, car le choix de l'opération en dépend, le degré de maturité doit aussi être connu afin d'opérer en temps convenable.

Les symptômes subjectifs et objectifs propres à la cataracte en général sont les suivants: 1o. Le malade perd graduellement la vue; il passe un brouillard, un nuage, une toile d'araignée sur ses yeux. Il voit moins bien au grand jour que dans une demi obscurité. Il peut être atteint de polyopie. L'acuité visuelle d'abord affaiblie vient à disparaître complètement pour ne faire place qu'à une perception quantitative de la lumière. 2o. La chambre antérieure peut être augmentée ou diminuée; on peut remarquer au pourtour de la pupille un cercle noir, le cercle uvéen ou l'ombre portée par l'iris sur le cristallin. Derrière la pupille, à l'œil nu, on peut remarquer une opacité variable en couleur, en étendue, en forme, et en siège.

Un rayon lumineux dirigé obliquement sur le cristallin nous montre ces détails plus en relief et peut nous faire voir des stries, des points opaques que l'éclairage direct à l'aide de l'ophthalmoscope nous montrera encore mieux.

Pour faire un examen complet du cristallin, et ce soin est indispensable pour arriver à un diagnostic précis de la cataracte, il faut mettre à son service tous les moyens d'investigation que nous possédons aujourd'hui pour éclairer les milieux transparents de l'œil.

Un malade se présente à nous, se plaignant d'un affaiblissement de la vue; il est âgé, ses pupilles offrent une coloration grisâtre, d'un brun foncé, d'un jaune ambré ou encore verdâtre, il perd graduellement la vue et accuse la présence de brouillards, etc. Il ne faut pas se hâter de conclure à l'existence d'une cataracte. Le moyen de tirer le diagnostic au clair est de placer le malade à côté d'une lampe et de projeter sur son cristallin, à l'aide d'une lentille convexe d'un court foyer, un faisceau de rayons convergents. En éloignant ou en approchant la lentille, on fait varier le foyer et on obtient ainsi des renseignements sur l'état de la face postérieure du cristallin ou de la cornée. On peut donc, par ce moyen, découvrir non seulement des opacités cornéennes ou cristalliniennes, mais encore préciser leur siège.

Si l'éclairage oblique ne donne pas l'explication de l'affaiblissement de la vue accusé par le malade, il faut recourir à l'ophthalmoscope. On doit se servir d'abord de l'ophthalmoscope isolément. Le choix d'un miroir n'est pas ici hors d'intérêt; tandis que pour l'examen du fond de l'œil on préfère ordinairement les miroirs concaves, pour l'examen de la cataracte, au contraire, le miroir plan est meilleur. Le premier produit un éclairage intense qui fait distinguer nettement les stries et les points opaques d'une cataracte avancée, mais le second démontre mieux l'existence de stries fines, de points à peine perceptibles, comme on en rencontre au début de la cataracte.

Lorsque l'éclairage est intense et que les points opaques sont étendus, on voit des taches sombres, tranchant nettement sur le fond rouge de l'œil. Si les stries sont petites et peu opaques, et que l'éclairage soit considérable, ces détails passent inaperçus. Après avoir procédé ainsi méthodiquement, si l'on n'est pas arrivé à trouver une lésion quelconque dans le cristallin, il reste à faire l'examen du fond de l'œil à l'image droite ou renversée. C'est ce que nous avons dû faire pour les deux patients dont voici l'observation.

OBSERVATION. I.—*Apparence de cataracte; atrophie du nerf optique.*—M. H** âgé de 59 ans, se présente à la clinique le 14 novembre. Il se plaint d'un affaiblissement de la vue.

Placé en face des échelles Wecker-Snellen, il n'en distingue que le No 40 à la distance de 5 mètres. La pupille est un peu dilatée; le malade marche la tête haute et semble chercher la lumière. Aucune tache cornéenne, ni trace d'inflammation antérieure. On ne remarque ni le cercle uvéen, ni l'ombre portée par l'iris. Le cristallin présente une coloration jaune ambrée, surtout vers le centre.

Quelques élèves portent immédiatement le diagnostic de cataracte. On fait alors l'examen à l'ophtalmoscope. Le cristallin laisse pénétrer complètement la lumière. Aucune strie, aucune opacité, même la plus légère, dans le cristallin. L'ophtalmoscope nous fait reconnaître une lésion du nerf optique. La pupille est d'un blanc crayeux; les artères et les veines centrales de la rétine sont diminuées considérablement de volume.—DIAGNOSTIC: *Atrophie du nerf optique.*

OBSERVATION II.—*Apparence de cataracte; scléro-choroïdite postérieure.*

M. H** âgé de 63 ans, interné à l'Hospice St-Charles, vient nous consulter le 14 novembre. La vision est complètement abolie dans l'œil droit. La cornée du même œil est atteinte d'un leucôme très étendu. À gauche, même lésion cornéenne, mais l'opacité n'occupe que la moitié inférieure du champ pupillaire. Le malade n'a conservé de cet œil qu'un peu de perception lumineuse.

La pupille est dilatée à l'aide de l'atropine. Aucune synéchie de l'iris. Le champ pupillaire offre une coloration verdâtre très prononcée.

Quelques élèves diagnostiquent une cataracte. L'éclairage oblique ne nous révèle rien d'anormal dans le cristallin. L'ophtalmoscope confirme d'ailleurs ce fait en ne laissant voir sur le fond rouge de l'œil aucune strie, aucun point opaque dans la lentille cristallinienne. On voit, par contre, des corps flottants dans l'humeur vitrée et des plaques blanches, larges, irrégulières au pourtour du nerf optique et à l'endroit de la macula.—DIAGNOSTIC: *Scléro-Choroïdite postérieure très étendue.*

Il ressort clairement de ces observations que certaines maladies du fond de l'œil peuvent donner à la pupille ou même au cristallin une coloration qui peut induire en erreur.

Lorsque la cataracte existe, mais qu'elle est d'une couleur sombre, et que le cristallin, au lieu d'être augmenté de volume, est rétracté sur lui-même, il est assez facile de confondre l'aspect fourni par la pupille avec celui que présentent les deux patients dont nous venons de parler. Si nous comparons la pupille des malades qui font le sujet des observations I, II et III, nous constatons que la différence est à peine sensible; cependant, le malade de l'observation III est atteint de cataracte très développée. La difficulté n'est pas aussi grande quand il s'agit de reconnaître certaine cataracte molle. À la couleur blanche ou grise de la pupille qui proémine en avant, il n'y a pas d'erreur possible. On pourrait tout au plus se tromper sur le degré d'évolution de la cataracte. C'est ce qui ressort clairement de l'examen des malades qui font le sujet des observations IV, V et VI que nous allons voir.

(A suivre.)

Lettres aux deux Wilfrid. (1)

LETTRE DEUXIÈME.

Mes chers Amis,

Vous est-il fréquemment arrivé, dans le cours de votre pratique, de rencontrer des cas de *pleurésie avec épanchement* ?

Ne vous hâtez pas trop de répondre par la négation; je serais tenté de croire que vous avez dû, bien souvent alors, être victimes d'erreurs de diagnostic.

L'inflammation de la plèvre, aiguë ou chronique, voyez-vous, ne

(1) Voir notre livraison de août 1882.

ne s'offre pas toujours à notre observation accompagnée du cortège de symptômes dont nos auteurs classiques nous ont donné la description, et ils ne sont pas rares les exemples de pleurétiques qui, la poitrine pleine de liquide, ont continué à vaquer à leurs occupations, ne souffrant que d'une indisposition certes bien peu en rapport avec la gravité de la maladie dont ils étaient affectés.

Vers la fin de juillet 1879, un homme de cages, âgé de 43 ans, fort, grand, bien constitué, vint me consulter au sujet d'une toux opiniâtre dont il désirait se débarrasser, craignant, suivant ses expressions, qu'elle ne lui jouât quelque mauvais tour. Il se sentait indisposé, disait-il, depuis bientôt deux mois. Ayant passé l'hiver au chantier, il eut à subir, comme tous ses compagnons, les privations et les fatigues de cette vie si pénible et si laborieuse. A la suite d'humidité, il ressentit pendant quelques jours une douleur pongitive dans le côté gauche, perdit un peu de son appétit, mais n'en continua pas moins son travail. A la fin, la toux, l'essoufflement, le forcèrent de renoncer à ses occupations et ce fut alors qu'il vint requérir mes services. Il n'avait pas de fièvre, n'accusait aucune douleur et affirmait n'avoir jamais été obligé de garder le lit un seul instant.

Je l'auscultai et constatai la présence d'un énorme épanchement que j'enlevai quelques jours après par la thoracentèse.

Plus récemment, j'eus l'honneur d'être appelé près de la fille d'un de nos hommes d'état les plus distingués. Vers le 20 août 1881, elle contracta un rhume violent et fut prise quelques jours plus tard d'une douleur extrêmement vive, survenue subitement pendant la nuit, siégeant sous le sein gauche et s'irradiant au cou et dans tout le côté de la poitrine. Cette douleur persista pendant toute une semaine, avec la même intensité. Deux médecins que la malade fit appeler successivement à cette époque, la traitèrent pour une névralgie du poulmon.

Son état demeurant sensiblement le même, elle vint à Ottawa et se mit sous mes soins.

A la vue de cette charmante femme, bien faite, la figure colorée, jouissant d'un embonpoint plus qu'ordinaire, présentant, en un mot, presque toute l'apparence d'une santé parfaite, je vous avoue que je fus loin, moi-même, de soupçonner au premier abord la gravité relative de l'affection dont elle était atteinte. Elle se plaignait encore d'une légère douleur au côté, et surtout de l'impossibilité de se coucher sur le côté droit, à cause de la suffocation dont elle était menacée dans cette position.

Ici encore, je constatai, au moyen de la percussion et de l'auscultation, la présence d'un épanchement occupant toute la plèvre du côté gauche. Une seule paracentèse qui me permit de retirer 39 onces de liquide fit disparaître les symptômes dont elle se plaignait et elle retourna guérie.

Ces deux exemples choisis au hasard, je pourrais les multiplier, mes amis, mais ils suffisent pour vous démontrer combien ces pleurésies latentes sont trompeuses et susceptibles de dérouter un observateur inattentif.

Encore ici, en prêtant attention à l'histoire du cas et en questionnant méthodiquement le malade, comme je vous ai tant de fois recommandé de le faire, il eut été facile au début des accidents de reconnaître l'existence de la pleurésie. La fièvre, le point de côté, la toux, l'essouf-

flement, rien ne manquait à un moment donné, et avant même l'examen des signes physiques, la pleurésie aurait dû être soupçonnée. Mais il est des cas plus obscurs et plus insidieux, dans lesquels vous ne sauriez manquer d'être désarçonnés, si vous n'appellez à votre secours les précieuses ressources de l'auscultation.

Au mois de juillet 1881, je fus prié de me joindre à quelques confrères pour examiner en consultation, M. l'abbé D....., prononcé atteint de phthisie galopante, par le médecin de la famille.

Agé de 27 ans, ce jeune abbé avait toujours joui d'une bonne santé, à l'exception d'une constipation habituelle, laquelle, du reste, lui causait à peine du malaise. Au commencement de juin, il fut pris d'une petite toux sèche, spasmodique, revenant par quintes, surtout le matin et le soir, pas d'expectoration, pas de fièvre, pas de douleur thoracique. Un léger embarras gastrique disparut sous l'influence d'un traitement approprié.

Ces symptômes, un moment calmés, reprirent bientôt avec une plus grande intensité. Le malade eut de l'insomnie, l'appétit disparut et l'amaigrissement commença à s'accroître. La nuit il survint des sueurs assez abondantes; la toux très fréquente, mais toujours sèche, contribuait considérablement à l'épuisement du malade.

Le jour où je le vis, c'est-à-dire deux mois après le début des accidents, je trouvais ses traits profondément altérés. La figure était pâle, les ailes du nez dilatées par une respiration accélérée. Il avait de la fièvre, le pouls, faible, battait 76, la respiration 35.

Il se plaignait d'une grande faiblesse, ses jambes se dérobaient sous lui quand il voulait marcher. L'appétit était nul, les digestions mauvaises.

L'aspect de la poitrine n'offrait rien de remarquable: pas de dépression sous-claviculaire, pas de roussure.

A la percussion, je ne constatai du côté droit rien d'anormal, ni en avant, ni en arrière; l'auscultation n'accusait aussi de ce côté que des signes négatifs. Mais à gauche, la matité était absolue dans les deux tiers inférieurs de la poitrine, en avant, sur le côté et en arrière. A l'auscultation, il n'existait au sommet ni râles ni craquements, la respiration était normale jusqu'au tiers moyen. A ce niveau et jusqu'à la base de la poitrine, en avant, un souffle doux, voilé, se faisait entendre d'une manière très appréciable. En arrière, le souffle existait aussi dans les deux tiers inférieurs du poumon, à partir du niveau de l'angle de l'omoplate où le caractère de la respiration offrait une différence tranchée avec le murmure respiratoire normal du sommet.

La voix avait une résonance rayonnée partout où le souffle était appréciable. Les vibrations thoraciques, enfin, étaient presque totalement abolies de ce côté, et normales du côté opposé.

En présence de ces symptômes, je crus devoir déclarer que rien, suivant moi, ne justifiait le diagnostic de "phthisie galopante," mais que nous avions affaire à une pleurésie avec épanchement, malgré l'absence antérieure du point de côté initial et des autres signes qui accompagnent ordinairement le début de l'inflammation de la plèvre. Le lendemain, la paracentèse de la poitrine confirmait l'exactitude du diagnostic que j'avais porté.

Dans ce cas-ci, mes amis, l'inflammation de la plèvre avait débuté d'une manière insidieuse et sans offrir les signes subjectifs qui ordinairement

rement décèlent sa présence. Un épanchement considérable s'était formé et la négligence apportée dans la recherche des signes physiques fournis par la percussion et l'auscultation, vu la fausse interprétation donnée à ces derniers, avaient conduit à une erreur de diagnostic qui, dans l'espèce, ne saurait manquer d'être toujours très préjudiciable au malade.

Il ne nous est pas permis aujourd'hui d'ignorer le legs précieux que nous a laissé le puissant et fécond génie de Laennec, et ni l'âge, ni cette prétendue expérience acquise par de longues années passées dans la pratique de la médecine, ne sauraient, quoiqu'on en dise, vous mettre à l'abri des fautes les plus grossières si vous ne possédez de saines et exactes notions sur les phénomènes auxquels donnent lieu les modifications survenues dans l'état physique de la poitrine.

Je ne veux pas, remarquez le bien, accorder à l'auscultation ou à la percussion une importance exagérée et insinuer que ce mode d'exploration soit le seul auquel vous devriez avoir recours en lui accordant une confiance exclusive, mais je tiens à graver dans votre esprit que les connaissances fournies par ce puissant moyen d'investigation vous seront, dans un grand nombre de cas, d'une utilité presque indispensable.

Auscultez donc, percutez donc vos malades, du moment que vous soupçonnez la présence d'une affection thoracique. Mais ici, comme toujours, procédez à cet examen, avec méthode. Demandez-vous d'avance ce que vous voulez chercher et ne vous contentez pas de promener au hasard votre oreille sur la poitrine du malade, de frapper la cage thoracique à tort ou à travers et comme au jugé, espérant avoir la chance de saisir au vol quelque irrégularité.

Decouvrez la poitrine du malade, en ménageant toujours scrupuleusement la modestie des personnes que vous aurez à examiner. On vous saura gré, mes amis, de cette attention délicate dont l'oubli pourrait avoir pour vous les conséquences les plus fâcheuses.

Appuyez, bien à plat, votre main gauche sur les parois du thorax : que la main et la poitrine fassent corps l'une avec l'autre, et au moyen de la *main et du poignet droits*, percutez légèrement d'abord en augmentant graduellement d'intensité,

J'ai souligné, à dessein, que la percussion doit être pratiquée avec la main et le poignet seulement et non pas avec le bras, comme on le fait souvent bien à tort. Vous éviterez, par ce moyen, la raideur imprimée au choc, ce qui ne peut manquer de nuire à la pureté du son que vous vous efforcez d'obtenir. Faites-en vous-même l'expérience et vous constateriez sans peine la différence que je vous signale. Ce petit conseil que je me fais un plaisir de vous transmettre, je le tiens, avec bien d'autres, de M. Behier, professeur de clinique à l'Hôtel Dieu de Paris, et dont je me glorifie de me nommer l'élève. Je suis heureux de profiter de cette occasion pour payer ce léger tribut d'hommage et de reconnaissance à la mémoire de ce digne et regretté professeur.

Ne laissez aucun endroit de la poitrine inexploré. Percutez par tranches horizontales ou verticales, si vous le voulez, mais allez partout et notez, chemin faisant, ce qui vous paraîtra suspect, pour y revenir et confirmer ou dissiper les soupçons que vous aurez conçus. Surtout, comparez les deux côtés en examinant alternativement des parties symétriques, sans vous inquiéter des réclamations du malade qui ne manquera pas de vous dire souvent : " Mais, docteur, je n'ai pas mal à ce côté là."

Je n'ai pas besoin de vous faire observer que pendant cet examen vous ne devrez jamais perdre de vue la matité relative des régions hépatique et précordiale.

Vous avez percuté, procédez ensuite à l'auscultation.

Devez-vous pratiquer l'auscultation médiante ou immédiate ?

Lequel de ces deux modes d'exploration vous rendra le plus de service ?

Ici, mes amis, je vous laisse l'embarras du choix. C'est une question d'habitude et je crois aussi d'aptitude personnelle. Je me sers toujours du stéthoscope pour l'examen du cœur, mais j'ai plus volontiers recours à l'auscultation immédiate quand il s'agit de l'appareil respiratoire. D'autres prétendent que l'exploration de la cavité thoracique devrait toujours être faite au moyen du stéthoscope. Si vous voulez m'en croire, mes amis, prenez la tangente entre ces deux opinions et utilisez-les toutes deux en auscultant successivement avec et sans l'intermédiaire de l'instrument. Vous n'avez qu'à gagner en mettant de votre côté le plus de chances qu'il vous sera possible.

En pratiquant l'auscultation, vous n'oublierez pas de vous conformer aux recommandations que je viens de vous faire à propos de la percussion, c'est-à-dire de bien examiner tous les points du thorax et de comparer ensemble les données fournies par les deux côtés de la poitrine. Examinez les caractères du murmure respiratoire en laissant le malade respirer librement d'abord, lui commandant ensuite de respirer plus fort ; faites le tousser, compter à voix haute, afin de saisir ce que le timbre de la voix pourrait offrir d'anormal, ainsi que son plus ou moins de retentissement à travers les parois de la poitrine.

Retenez bien, mes amis, toutes ces particularités qui pourront peut-être vous paraître minutieuses, mais qui, dans l'occasion, vous seront d'une incontestable utilité. L'examen physique de la poitrine est une chose ordinairement assez désagréable pour le malade et assez fatigante pour le médecin, pour qu'il soit toujours pratiqué d'une manière sérieuse et jamais superficielle ; car, dans ce dernier cas, vous ne sauriez obtenir de renseignements exacts et vous n'aboutiriez tout au plus qu'à vous imposer une peine inutile.

Maintenant, supposons que vous soyiez en présence d'un cas de pleurésie avec épanchement, quels sont les signes physiques qui vous le feront reconnaître ?

La plèvre frappée par la phlegmasie donne lieu à des phénomènes pathologiques et subit des altérations de texture que vous devrez toujours avoir présents à l'esprit, et qui sont caractérisés par l'injection et l'épaississement du tissu qui compose les deux feuillets de cette membrane.

Des granulations produites par la prolifération conjonctive apparaissent sur l'épithélium qui se gonfle, se détache, laissant la membrane sous-jacente dépolie, rugueuse et dénudée.

Plus tard, un exsudat interstitiel, résultant de l'exosmose vasculaire, prend naissance entre les éléments des tissus et, augmentant graduellement avec l'intensité croissante du processus inflammatoire, devient libre dans la cavité pleurale et constitue l'épanchement.

A l'état normal, le glissement des deux feuillets de la plèvre l'un sur l'autre produit par les mouvements de la respiration, s'exécute d'une manière complètement silencieuse à cause du revêtement épithélial

qui tapisse les deux surfaces en contact. Mais, au début de la pleurésie, la parété du murmur vésiculaire est troublée par des bruits nouveaux provoqués par l'état de la membrane enflammée qui a perdu sa souplesse et est hérissée de granulations. C'est un bruit de frottement plus ou moins rude, qui offre beaucoup d'analogie avec le râle crépitant, mais qui s'en distingue en ce qu'an lieu d'être fixe comme ce dernier, il est animé d'un mouvement d'abaissement et d'ascension isochrone aux mouvements respiratoires. Cependant, je ne vous cache pas qu'il est parfois très difficile d'établir la distinction. Heureusement que vous n'aurez pas souvent l'occasion de vous trouver dans l'embarras, car vous serez rarement appelés auprès du pleurétique assez tôt pour constater ce symptôme. En effet, au bout de deux à trois jours, l'épanchement est devenu assez abondant pour écarter l'un de l'autre les deux feuillets de la plèvre et le bruit de frottement est remplacé par d'autres signes qui caractérisent la présence d'un liquide dans la plèvre.

L'air contenu dans le poumon est ébranlé par la percussion a diminué de volume par le fait de la compression produite par l'épanchement. En outre, les vibrations ayant à traverser un corps mauvais conducteur du son, auront perdu leur intensité normale et il y aura matité.

Au début de l'épanchement, cette matité siège dans les parties déclives et n'est pas encore très appréciable; mais vous la constaterez sans peine, si vous vous rappelez le conseil que je vous ai donné de percuter successivement les deux côtés de la poitrine et de comparer les résultats que vous aurez obtenus.

A mesure que l'épanchement augmente, la matité s'accroît davantage au point de devenir dans les épanchements excessifs, totale dans tout le côté de la poitrine affecté. Non seulement l'absence de vibrations est devenue alors appréciable à l'oreille, mais l'élasticité perçue par la main qui percute à l'état normal fait absolument défaut; la matité est devenue "*tanquam percussio fœmoris*."

Le poumon refoulé par le liquide va se réfugier à la partie interne et supérieure de la cavité thoracique, et à ce niveau, c'est-à-dire dans l'angle formé par l'articulation sterno-claviculaire, la percussion fait entendre un son tympanique qui porte le nom du médecin qui, le premier, a attiré notre attention sur ce phénomène (bruit skodique).

Retenez bien ceci, mes chers Wilfrid, ce signe est très précieux, il ne manque presque jamais dans la pleurésie avec épanchement considérable, et son absence vous permettra, dans certains cas, et notamment dans l'encéphalite du poumon, d'établir un diagnostic auquel il vous aurait été, autrement, impossible d'arriver.

La percussion vient de vous signaler la présence de modifications importantes dans l'état de la cavité thoracique; il s'agit maintenant de préciser davantage la nature des phénomènes pathologiques, de faire la preuve, pour ainsi dire, des résultats obtenus par ce mode d'exploration. L'auscultation vous fournira les moyens d'arriver à ce but.

C'est ici le moment, mes amis, de vous prémunir contre une erreur trop commune et dont vous serez peut-être vous-mêmes victimes. C'est celle de croire que l'absence de murmure respiratoire soit le symptôme obligé, la condition *sine qua non* d'un épanchement pleurétique.

Le silence des bruits respiratoires existe dans la pleurésie, je ne le nie pas, mais attendre la manifestation de ce phénomène tardif pour

établir le diagnostic, c'est courir le risque de méconnaître la maladie à un moment où nos moyens d'action sont les plus puissants et les plus impérieux.

En effet, l'épanchement une fois formé comprime le poumon, comme je vous l'ai déjà dit, et fait bien cesser, à un moment donné, le murmure vésiculaire qui se produit à l'état normal dans les cellules pulmonaires; mais le bruit de la respiration retentit encore dans les gros tuyaux bronchiques situés près de la colonne vertébrale, et, transmis à l'oreille à travers le liquide épanché, il se traduit par un souffle caractéristique auquel on a donné le nom de "souffle bronchique." Ce n'est que plus tard et après que les grosses bronches elles-mêmes sont devenues oblitérées par l'abondance de l'épanchement, proportions que ce dernier n'atteint pas toujours, que le silence devient général et absolu dans la poitrine.

Ne l'oubliez donc pas, c'est du souffle que vous entendrez dans la pleurésie avec épanchement au niveau des endroits où vous aurez reconnu de la matité, et dans l'immense majorité des cas, vous constaterez la présence de ce symptôme d'abord dans la moitié inférieure et postérieure du thorax. Il se généralisera ensuite, en raison directe des progrès de l'épanchement.

Ce signe est précieux, et il vous importe de bien savoir le reconnaître. Vous l'imitez parfaitement en soufflant dans le creux formé par les doigts fléchis dans la paume de la main.

Je vous vois d'ici venir avec une objection. "Mais, me direz-vous, comment distinguer ce souffle bronchique de celui que nous offre l'hépatisation du poumon?"

Vous avez raison, c'est assez difficile parfois, surtout si on ne considère que ce symptôme d'une manière isolée. Cependant, dans la pleurésie, le souffle bronchique est principalement perceptible dans les grandes inspirations, il est plus doux, voilé, lointain; on sent qu'il existe quelque chose d'interposé entre l'oreille qui observe et le siège où se produit l'altération du bruit respiratoire.

Dans la pneumonie, le souffle est perçu même dans les faibles inspirations, il est plus fort, plus clair, plus vibrant et paraît se transmettre immédiatement à l'oreille comme si les parois de la poitrine même n'existaient pas.

Si ces caractères ne suffisent pas pour éclaircir les doutes de votre esprit, appliquez les mains sur chaque côté du thorax en même temps, et faites parler le malade. Si le poumon est hépatisé, la main appliquée sur le côté malade ressentira les vibrations de la voix d'une manière exagérée. Le contraire a lieu s'il existe un épanchement, toute vibration est éteinte à ce niveau et le contraste est frappant avec la résonance normale de la voix perçue du côté sain.

Si, en outre, vous prenez en considération les caractères des autres symptômes, tels que la toux qui, dans la pleurésie, est sèche et saccadée, l'absence d'expectoration, l'élévation moindre de la température, l'impossibilité du décubitus sur le côté malade d'abord, à cause de la douleur, et sur le côté opposé plus tard, à cause de la suffocation produite par l'épanchement, il vous sera impossible de confondre ces deux maladies, malgré l'analogie d'un certain nombre de leurs manifestations.

Ce que j'ai dit de l'absence des bruits respiratoires, je le répéterai au sujet de l'égophonie, cet autre symptôme rangé par nos auteurs clas-

siques au nombre des signes pathognomoniques et nécessaires des épanchements pleurétiques. Je n'ai nul doute qu'il vous arrivera parfois de constater la présence de ce symptôme dans un cas donné de pleurésie, mais, ce n'est pas à l'apparition de ce phénomène que vous devrez vous fier pour formuler votre diagnostic.

Tenez, je suis sûr que vous avez vu bien souvent les enfants se fabriquer un instrument de musique d'un genre tout spécial au moyen d'un peigne enveloppé de papier très mince et à travers lequel ils chantent. Avez-vous remarqué le son nazillard qu'ils impriment à leur voix, au moyen de cet artifice ?

Eh ! bien, l'altération que subit la voix dans la pleurésie offre beaucoup d'analogie avec la musique de nos bambins ; ce n'est plus l'éclat, la sonorité de la bronchophonie produite par l'hépatisation pulmonaire, laquelle vibre parfois avec une intensité telle qu'elle fait véritablement mal à l'oreille, c'est un son plus doux, voilé ; le malade parle du nez dans sa propre poitrine et les vibrations de sa voix sont tempérées par la couche de liquide à travers laquelle elles sont transmises.

Si votre oreille se trouve placée au niveau des limites supérieures de l'épanchement, là où il n'existe qu'une lame très mince de liquide interposée entre les deux feuillettes de la plèvre, il vous arrivera peut-être alors de percevoir ce tremblement particulier de la voix auquel on a donné le nom d'égophonie ; mais, rappelez-vous le bien, ce ne sont pas ces caractères qui vous frapperont le plus souvent dans l'examen de la voix chez les pleurétiques, mais bien ce timbre nasal dont je viens de vous donner la description et qui, je le répète, est tout à fait caractéristique.

Au revoir, mes bons amis, et à bientôt.

L. COTTEUX PRÉVOST, M.D.

Ottawa, décembre 1882.

Hernie ventrale ; étranglement ; guérison ;

par AIMÉ TRUDEL, M D.L., St. Etienne des Grès.

Le 15 octobre dernier, une petite fille âgée de huit ans monta sur un arbre pour y cueillir des feuilles rougies par le soleil d'automne, quand soudain la branche sur laquelle elle s'appuyait se rompit et la malheureuse fut précipitée sur un amas de branches sèches dont une pénétra dans l'abdomen. Seule, l'enfant put extraire cette branche qui mesurait à peu près trois pieds de longueur, et marcha l'espace d'une dizaine d'arpents, se dirigeant vers un ruisseau. Un autre enfant lui apportait de l'eau puisée dans son chapeau, et la lui projetait sur le ventre, où, disait-il, sa petite compagne s'était fait *bobo*. La blessée gisait là depuis vingt minutes quand les parents, ayant été avertis, vinrent à son secours.

On requit immédiatement mes services et voici ce que je constatai : protrusion de la plus grande partie des intestins à travers une blessure ayant à peu près un pouce et demi de longueur, et située à deux pouces à gauche de l'ombilic, et à un pouce au dessous. Le péritoine viscéral, surtout celui de l'épiploon, avait été fortement contusionné et dilaté. Je nettoyai immédiatement la plaie et en levai nombre de par-

celles de bois dont quelques unes mesuraient un pouce de longueur, puis je tentai la réduction de la masse intestinale au moyen d'un taxis méthodique, mais ce fut inutile. Reconnaissant néanmoins l'urgence d'une intervention chirurgicale, je demandai l'aide de mon confrère, le Dr. L. P. Fiset de Shawenegan, qui s'empressa, avec sa courtoisie habituelle, de se rendre à mon appel. Deux heures s'étaient déjà écoulées depuis l'accident.

La petite malade ayant été mise sous l'influence du chloroforme, nous débridâmes les tissus dans le sens du grand diamètre de la blessure, sur une étendue d'à peu près un pouce, et pûmes, de la sorte, facilement opérer la réduction, après quoi, l'ouverture qui mesurait alors deux pouces et demi de longueur fut fermée par huit points de suture; un pansement simple y fut appliqué.

Grâce à l'administration des opiacés *pro re nata*, la malade passa une assez bonne nuit. Le 3e jour, la suppuration était établie à la surface de la plaie, mais le péritoine, d'après ce qui put être constaté, s'était déjà réuni par première intention. Je fis faire un pansement antiseptique à la glycérine phéniquée et prescrivis la quinine à l'intérieur. Ce traitement, désinfectant à l'extérieur et tonique à l'intérieur, fut continué durant les quinze jours qui suivirent, alors que la cicatrisation était à peu près complète. La quinine fut cependant continuée, ainsi que l'usage des préparations ferrugineuses, pendant presque tout le mois de novembre, vu l'état anémique de la patiente. Je contraignis en outre celle-ci à rester tranquille chez elle et lui interdis tout jeu actif. Je dois dire que, même renfermée de la sorte, elle avait l'avantage de se trouver dans d'assez bonnes conditions hygiéniques. Le 1er décembre, je lui permis de sortir. Depuis, elle a continué de se bien porter.

N'est-il pas évident pour tous qu'ici la force médicatrice de la nature a tout fait pour la guérison de ce cas? La réaction inflammatoire a été nulle, et la cicatrisation complète de la plaie s'est faite sans aucun accident.

Croup, Rougeole et Scarlatine;

par SE. ÉRIN LACHAPLLE, M. D., St-Henri de Montréal.

Le croup, la rougeole et la scarlatine constituent l'élément médical qui prédomine actuellement chez nos enfants.

Le croup est mortel partout où il sévit; les guérisons sont rares; nous devons attribuer sa fatalité presque absolue à sa nature épidémique; l'épidémicité accentuée toujours en effet la malignité des différentes maladies. C'est là une vérité que le praticien observateur constate souvent.

La médication du croup ne varie pas beaucoup et si elle a accru de nos jours le nombre des médicaments que nos classiques lui avaient assignés, elle n'a pas réussi, pour cela, à multiplier les succès.

Une vérité semble néanmoins ressortir des travaux scientifiques modernes, c'est que le croup et la diphthérie étant identiques en nature, la médication antiseptique doit constituer principalement leur traitement; on connaît cette opinion nouvelle que l'hygiène réclame comme

un de ses aphorismes (et cependant, dans la pratique, on en tient bien peu compte): que les désinfectants parasitocides soient mis en usage, si l'on veut être un peu logique.

La trachéotomie est la seule ressource que nous avons, après avoir médicamenteusement inutilement, mais la sensibilité invincible des parents est toujours là, nous privant de la consolation d'offrir aux mourants une planche de salut; l'insistance du médecin n'est pas assez pressante, convaincu que l'on est, malheureusement, du peu de succès de l'opération d'abord, et ensuite de la rareté des bons sujets présentant des chances à l'opération. Double erreur. L'opération de la trachéotomie donne une statistique des plus satisfaisantes.

S'il est des cas où il semble que l'on soit plus justifiable d'opérer, il n'en est pas où l'opération ne soit pas justifiable.

Voici, à ce sujet, l'opinion de Dujardin-Beaumetz, l'un des praticiens les plus renommés de Paris.

“ Lorsque la diphthérie tend à envahir les fosses nasales et surtout les bronches, on a prétendu que c'était la une contre-indication. Il n'en est rien; des enfants ont guéri, et ont rendu par la plaie trachéale des fausses membranes reproduisant la forme de l'arbre aérien. On a dit que lorsque l'enfant est près de succomber, on ne devait pas opérer; les annales du croup sont pleines d'informations où la trachéotomie a produit une véritable résurrection.”

La rougeole et la scarlatine, peu malignes en elles mêmes, le sont dans leurs conséquences, et s'il est des maladies où le traitement de la convalescence est plus important que celui de la maladie elle-même, ce sont bien celles-là.

La phthisie ou la pneumonie chronique et la maladie de Bright sont la terminaison fréquente de la rougeole et de la scarlatine; un refroidissement imprudent en est la cause prédisposante.

Il faut se placer, dans la médication de ces deux maladies, au point de vue de leur prédisposition particulière.

Chez l'enfant atteint de rougeole, la poitrine sera souvent auscultée afin de constater dès le début l'envahissement du poumon. Une médication active locale sera immédiatement inaugurée; les contre irritants violents, tels que l'huile de croton, l'onguent de tartre émétique, seront employés sans retard, surtout dans les cas où l'éruption aura été irrégulière ou de courte durée; la suppuration sera entretenue avec soin.

Dans la scarlatine, nous n'avons pas peut-être la même puissance d'action contre les lésions locales; néanmoins nous ne négligerons aucun des moyens à notre disposition; ici, une dérivation générale aura peut-être plus d'efficacité; les bains chauds, les frictions sèches, puis les purgatifs violents trouvent ici leur indication.

La convalescence, avons nous dit, doit être scrupuleusement surveillée; les enfants ne devront être exposés à l'air extérieur que plusieurs semaines après la disparition apparente de la maladie, cette dernière précaution est certainement le meilleur préservatif des malheureuses complications de la rougeole et de la scarlatine.

Du Diabète sucré ; (1)

par G. ARCHAMBAULT, M. D., Montréal.

(Suite et fin)

Le diagnostic de cette maladie est facile. Dans aucune autre affection on ne retrouve du sucre dans les urines, mais pour être amené à le rechercher, il faut se rappeler que cette maladie est caractérisée par une soif excessive, une augmentation de l'appétit, une grande sécheresse de la peau, une augmentation de la quantité des urines qui sont généralement incolores et qui laissent sur le linge des taches blanchâtres, par de l'impuissance, de l'affaiblissement de la vue, etc. D'après Hardy (*Gaz. des hôpitaux*, 22 mai 1877), le diabète est intimement lié à certaines maladies de la peau. On y rencontre souvent, dès le début, un intertrigo à la commissure des lèvres (intertrigo labialis). Il y a aussi une éruption propre à cette affection, un ecthyma gangréneux qui apparaît sur les jambes et qui est caractérisé par des pustules plus ou moins considérables, entourées d'un cercle gangréneux. La pustule crève, et l'eschare, en tombant, laisse un ulcère plus ou moins étendu. Hardy a vu souvent un érythème apparaître à la vulve, sur le ventre, au-dessous des mamelles, sous l'aisselle, sur le scrotum, le prépuce, et être accompagné d'une démangeaison insupportable.

Un autre signe diagnostique de grande valeur se présente à l'examen des gencives et des dents, et le Dr Magitot, dans un mémoire lu à l'Académie de Médecine, le 27 décembre 1881, sur la valeur de la périostite alvéolaire comme signe diagnostique dans le diabète, en arrive aux conclusions suivantes :

1^o L'examen de la bouche fournit un signe diagnostique constant du diabète ;

2^o Ce signe consiste dans une condition morbide du bord alvéolaire (ostéopériostite alvéolaire) ;

3^o Cette manifestation du diabète, qui fait son apparition dès le début de la maladie et qui dure pendant tout son cours, peut, dans certains cas, servir à nous révéler la présence de cette affection ;

4^o On reconnaît cette lésion alvéolaire au commencement de la maladie, par une déviation des dents ; plus tard, les dents ne sont pas solides dans l'alvéole et il s'établit un catarrhe alvéolaire, et lorsque la maladie est très avancée, les dents tombent. Si l'affection fait encore des progrès, l'alvéole privée de ses dents peut devenir à être complètement absorbée à la suite d'une gangrène partielle des gencives. (*Jour. de méd. de Paris*, 31 décembre 1881.)

Marchal conseille d'examiner les urines pour y rechercher le sucre dans tous les cas obstinés de charbon, de furoncles, de phlegmon diffus, de gangrène, etc.

Le pronostic de cette maladie est des plus graves. Plus le patient est jeune, moins il a de chance de guérison, de même que s'il est d'une constitution chétive et délicate. Si au contraire il a dépassé la durée moyenne de la vie et qu'il soit d'un tempérament robuste, avec beau-

(1) Voir la livraison de janvier.

coup d'embonpoint, alors, avec un traitement énergique, la maladie peut être arrêtée dans ses progrès et peut même disparaître complètement.

Si la maladie est héréditaire, le pronostic est des plus sérieux, de même que si elle survient subitement et suit une marche aiguë, comme dans le diabète lié à des lésions du pancréas.

D'après le Dr Schmitz, de Neuenahr (*Wiener Med. Woch.* 1882), le diabète dépendant de lésions des centres nerveux ou survenant à la suite d'affections chroniques est très grave. Le pronostic est mauvais si le sucre persiste malgré une diète composée exclusivement de poisson et de viande, et il est décidément favorable si le patient peut manger des œufs, de la salade, des fromages doux, etc., sans que l'on retrouve du sucre dans ses urines.

Livrée à elle-même, cette maladie est nécessairement mortelle.

Beaucoup de théories ont été émises au sujet de la pathologie du diabète; les uns classent cette affection parmi les maladies du foie, les autres parmi celles du rein et du pancréas. On voit même encore aujourd'hui quelques auteurs classiques la ranger avec l'albuminurie et la maladie de Bright. Je vous donnerai un résumé aussi bref que possible de quelques-unes de ces théories qui, presque toutes, tendent à démontrer que c'est dans le foie que cette maladie origine et se développe.

Cette affection était connue dans les temps les plus reculés et, suivant Nicolas et Guondeville, Aristote en aurait parlé; mais c'est surtout de Celse que nous viennent les premières notions du diabète, puis Arétée, Aétius, Paul d'Égine en donnèrent des aperçus, de même que Willis. En 1778, Cawley démontra d'une manière péremptoire l'existence du sucre dans l'urine des diabétiques.

Cependant, on n'avait encore rien fait pour découvrir comment ce sucre se formait dans l'économie, et ce ne fut qu'en 1844 que Bouchardat émit sa théorie que les aliments féculents seuls sont transformés en sucre, et que l'agent de cette transformation est un principe existant dans l'économie des diabétiques, qui aurait sur l'amidon une action semblable à celle de la diastase. En 1845, Mialhe, reprenant les expériences de Bouchardat, prouva que la diastase existait dans la salive et le produit sécrétoire du pancréas, ce qui établissait un fait d'une importance capitale, c'est à dire "que chez tous les sujets sans exception, la saccharification des matières féculentes se fait sous l'influence de la diastase qui existe à l'état normal dans le liquide sécrété par les glandes salivaires et pancréatique. Il démontra ensuite par des expériences la transformation de la glycose en matière désoxygénante par l'alcalinité du sang à l'état normal et sa non-transformation par le sang trop peu alcalin ou acide des diabétiques, d'où il suit que le sucre, étant un corps étranger dans l'économie, est rejeté par les glandes rénales. Pour expliquer le peu d'alcalinité du sang ou son acidité chez les diabétiques, il signala, comme l'avait fait Bouchardat, la suppression de la sécrétion acide de la peau, car, dit-il, "l'acide qui ne s'échappe pas par la transpiration reste dans le sang et en neutralise en partie les alcalis."

Mialhe trouve encore une autre cause pour expliquer ce changement de réaction du sang, dans l'abus des acides pris habituellement, surtout sous forme de boissons.

En 1859, Claude Bernard a établi que le foie produit du sucre et le verse dans le sang. Il peut en verser tantôt plus, tantôt moins. Si le sucre est en excès, il ne peut se décomposer en acide carbonique et en eau pour être ensuite expulsé par les poumons, alors il passe dans les urines, "de sorte que, dit Valleix, les recherches de Claude Bernard établissent que le sucre diabétique est le résultat d'une opération qui se passe normalement dans l'organisme (*glycogénie*), et qu'en apparaissant dans l'urine, il ne fait que traduire un excès ou une déviation de fonctionnement."

La théorie de Claude Bernard peut donc se résumer ainsi : *Le foie étant l'organe formateur du sucre, la glycosurie dépend d'un surcroît d'activité de la glande hépatique, d'une exagération de la glycogénie.* Par cette théorie, Claude Bernard explique ce singulier phénomène qui fait qu'en piquant le plancher du 4ème ventricule, on produit un diabète temporaire; c'est qu'alors on blesse les origines des nerfs qui vont au foie (système nerveux sympathique), et que par là on produit une augmentation notable du courant circulatoire dans cet organe.

Plus tard, Rouget trouva que le sucre se formait non seulement au foie, mais encore dans tous les tissus, et il en tira cette conclusion, "que le diabète ne pouvait être considéré que comme une maladie générale, comparable à la goutte."

D'après Stocks et Frerichs, le diabète est dû à une hypertrophie du foie et peut être causé aussi par la prolongation ou la nouvelle formation de cellules sécrétoires du foie.

D'après Eckhard, le sucre peut se former soit dans les muscles, soit dans le foie. Sa formation excessive a lieu au foie, et les expériences de cet auteur sont concluantes : il enleva le foie à des grenouilles, après quoi la piqûre du 4ème ventricule ne produisit plus de sucre dans les urines. Certaines blessures de l'encéphale chez les lapins, qui produisent généralement le diabète chez ces animaux, n'en furent pas suivies lorsque les splanchniques eurent été coupés. Les blessures au lobe moyen du cervelet causent généralement de la glycosurie et de l'hydrurie. Après la section de tous les nerfs du foie, elles ne produisirent jamais que de l'hydrurie. (*Wiener Med. Woch.* 1882.)

L'anatomie pathologique ne nous éclaire pas beaucoup plus sur la vraie nature du diabète. A l'autopsie, on trouve la plupart des organes internes plus ou moins congestionnés.

D'après Andral (*Med. Times & Gaz.*, April 24, 1875), la congestion du foie et des reins est très marquée, ce qu'il regarde comme étant le résultat consécutif de l'activité fonctionnelle de ces organes. De plus, il a souvent rencontré une induration singulière de la rate, son parenchyme étant devenu si sec qu'il ne sortait pas une goutte de liquide lorsqu'il le comprimait après l'avoir incisé. Il rencontra aussi des granulations tuberculeuses dans le poumon, leur léger développement indiquant qu'elles étaient survenues à la suite de la glycosurie et sous l'influence de la débilité amenée par cette maladie.

Le traitement du diabète est aussi varié qu'il y a de théories sur sa nature.

En premier lieu, nous devons placer le régime et l'alimentation qui sont considérés comme la base de tout traitement, quelque soient les remèdes que l'on emploie.

Le sucre, dans le diabète, se trouve en excès dans le sang, et il faut

par tous les moyens possibles, essayer de le réduire à sa quantité normale. Pour cela, il faut prohiber le sucre et les féculents, et par conséquent tous les aliments qui en contiennent, comme le pain (excepté le pain de gluten, qui ne contient qu'une petite quantité de fécule), les patates, le riz, etc., et presque tous les fruits et les légumes, à l'exception de la partie verte du celeri et des choux. On permet aussi les salades, le cresson, la laitue, les asperges. Il faut même conseiller aux malades de faire un assez grand usage de ces salades, car en variant leur diète, ils pourront la supporter plus longtemps. Les plantes vertes étant composées de cellulose, ne contiennent pas ou ne contiennent que très peu de fécule. Il faut aussi défendre l'usage des liqueurs alcooliques, à moins qu'on ne soit forcé d'y recourir pour stimuler les forces du malade, alors on choisit celles qui contiennent le moins de sucre, comme le xérès, le claret ou le whiskey, et on n'en donne qu'en petite quantité.

Les diabétiques doivent donc s'abstenir de tout aliment féculent, et pour cela, suivre un régime composé entièrement de viandes, sous quelque forme que ce soit, fraîches, salées ou fumées. On conseille aussi l'usage du poisson, des œufs, du beurre, des huiles, des noix, excepté toutefois les noixettes (*chestnuts*).

Comme l'appétit des diabétiques est toujours très grand, il faut régulariser leur diète et ne leur permettre qu'une quantité suffisante de nourriture, car autrement les phénomènes de la digestion se troubleraient et le régime azoté ne pourrait être continué. Parmi les médicaments, les narcotiques furent les premiers employés, surtout l'opium. Arétée, Aétius, puis Rollo, Willis, s'en servirent avec avantage. Aujourd'hui encore on le prescrit, et sous son influence l'émission de l'urine devient moins fréquente et la proportion de sucre diminue rapidement. Il faut augmenter continuellement les doses si l'on veut que l'effet se maintienne. On se sert aussi de la morphine, mais d'après Pavy, la codéine serait préférable à l'opium et les patients la supporteraient mieux.

L'action de l'opium dans le diabète est probablement due à son influence sédative sur l'irritation du système nerveux, et d'après le Dr Whittaker, il n'y aurait encore aucun remède qui agirait aussi bien contre cette maladie. (*Cincinnati Lancet and Clinic*, nov. 1882.)

Le Prof. Gross de Philadelphie unit à l'opium l'acide tannique et la teinture d'ergot et il prétend avoir obtenu plusieurs succès sans avoir été obligé d'augmenter les doses de l'opium et de l'ergot. Voici sa formule :

R Acid. tannic	ʒi
Pulv. opii.....	gr. i
Tinct. ergotæ	ʒiij—M

A prendre trois fois par jour.

Le bromure de potasium est aussi beaucoup employé. Dernièrement, M. Felizet, dans une note communiquée à l'Académie des Sciences, en préconisait l'usage. Pour lui, la cause du diabète serait une *irritation du bulbe rachidien*, et le bromure de potassium, par l'action élective de sédation qu'il exerce sur les fonctions du bulbe, supprimerait les effets de cette irritation avec une rapidité parfois surprenante; par doses massives et soutenues, il guérirait le diabète.

Le Dr Eckhard recommande l'hydrate de chloral. Il a vu, sous son influence, la quantité d'urine diminuer d'une manière notable.

M. Lécorché se servait de l'extrait de valériane à la dose de 30 à 50 grains par jour, et il trouvait que ce remède agissait de la même manière que l'opium, mais moins énergiquement.

Le quinquina et les ferrugineux sont aussi recommandés, non pas tant pour faire disparaître le sucre des urines que pour tonifier et relever les forces du malade; cependant Rostan (1842) prétendait avoir obtenu une guérison complète seulement avec de l'iodure de fer et le régime tonique et animal.

Les alcalins tiennent aussi une grande place dans le traitement du diabète. Les sécrétions étant toujours acides dans cette maladie, on a tout naturellement cherché à leur enlever cette acidité et à ramener ces liquides à leur état normal, et pour cela, on a eu recours aux alcalins. Willis le premier en fit l'expérience, puis Fuller, Pavy, Mialhe suivirent son exemple et en obtinrent de bons résultats. Willis employait l'eau de chaux pure ou mêlée au lait. Bouchardat se sert du carbonate d'ammoniaque, Fuller de la magnésie, Tomykensky du carbonate de soude. Enfin on peut prescrire la soude, la potasse, la lithine, la chaux, la magnésie et tous leurs carbonates. Ce sont surtout à ces sels que les eaux minérales alcalines doivent leur renommée dans le traitement du diabète. En Europe ce sont les eaux de Vichy et Carlsbad et en Amérique celles de Bethesda, qui sont les plus recommandées.

Bouchardat, dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 décembre 1877, recommande l'usage de la glycérine à doses modérées, tout en observant le régime azoté. Il en donne d'une cuillerée à thé à deux cuillerées à table dans du thé, du café, du vin blanc ou de l'eau. Souvent aussi il ordonne l'usage du chocolat dans lequel on remplace le sucre par de la glycérine.

Le Dr Müller Warneck (*Nos 3 et 4 Berliner Klin. Wochenschrift*) rapporte quelques cas de diabète traités avec succès par le salicylate de soude et arrive aux conclusions suivantes au sujet de l'usage de ce médicament: "le salicylate de soude fait complètement disparaître les symptômes du diabète, cependant son action ne paraît pas toujours permanente. Plus les doses sont élevées, (14 à 16 grammes par jour) plus vite le sucre disparaît de l'urine, et si le patient peut pendant un certain temps en supporter l'usage à ces doses, il guérit d'une manière permanente. Si au contraire on est obligé de diminuer les doses à 9 ou 10 grammes, le sucre reparait.

"Le salicylate de soude peut être administré pendant longtemps dans le diabète sans que la santé en soit affectée, à l'exception d'une légère irritation des reins."

Dans ces derniers temps on a employé, en Allemagne, l'acide salicylique aussi à hautes doses, et, si l'on en croit le Dr Schaetze, avec beaucoup de succès. Ce médecin publie dans le *Berliner Klin. Wochenschrift* du 2 juin 1879 l'histoire de trois cas dans lesquels l'acide salicylique a fait disparaître pour toujours le diabète. Il commença chez ces trois patients par donner 60 grains d'acide salicylique trois fois par jour, mais ces doses ne purent être tolérées que pendant deux ou trois jours, alors il diminua la dose à 40 grains et ensuite à 20 grains. Le traitement dura de 2 à 3 semaines pour chaque patient, et tous trois furent complètement guéris, malgré le peu de tolérance qu'ils montrèrent pour ce remède.

Le Dr Latham (*British. Med. Journ.* Feb. 19, 1881) rapporte lui aussi

quelques cas de traitement par l'acide salicylique. Sur six patients, il obtint une guérison, les autres furent seulement soulagés. Il n'osa pas donner les doses aussi élevées que son confrère allemand, mais il se contenta de 15 grains trois fois par jour, et c'est peut-être là la cause de son insuccès.

L'arsenic a été employé avec différents résultats. Les Drs Foville, père et fils, en font les plus grands éloges et prétendent que ce remède empêche la formation du sucre dans l'urine. Les Drs Jacoud et Tison en parlent aussi favorablement. On donne généralement la solution de Fowler à la dose de 10 à 30 gouttes par jour. L'arsenic a été plus généralement employé depuis que les recherches de Salskowsky ont montré que les foies des animaux empoisonnés par cette substance ne contenaient pas de glycose et que la piqûre du 4^e ventricule produisait la glycosurie chez ces animaux.

Caban attribue à l'arsenic un pouvoir spécial dans les dérangements du système vasomoteur. D'un autre côté, Bouardel, Bernot et Trouseau disent avoir employé ce médicament dans le diabète sans aucun succès. Le Dr Longeviale qui vient d'étudier expérimentalement les effets de l'arsenic dans cette maladie dit que cet agent oppose à la formation du sucre dans l'organisme "un frein modérateur d'une puissance énorme" après la piqûre du 4^e ventricule. (*Revue de thérapeutique*, 1^{er} nov. 1882.)

Donkin (*Lancet*, Nos. 2 et 3) a rapporté en 1873 plusieurs cas de diabète où il a obtenu des résultats favorables par le lait écrémé, traitement qu'il préconise beaucoup et qu'il emploie depuis longtemps. La quantité de lait que le malade doit prendre varie de 5 à 10 pintes par jour, dont une partie à l'état de lait caillé. Dans les premières semaines de ce traitement tout autre aliment doit être proscrit. Ce régime est très sévère et difficile à suivre. Peu de personnes peuvent le supporter plus d'une semaine.

Enfin dans le but de suppléer au sucre qui se perdait par les urines, on a imaginé d'administrer des doses considérables de sucre. Ce fut Piorry qui recommanda ce traitement, mais la pratique prouva que non seulement il ne soulageait pas, mais même qu'il était nuisible.

De plus, dans le traitement du diabète, l'exercice, surtout l'exercice en plein air est d'une importance capitale et aide beaucoup la diète et le régime. La marche, les jeux, les exercices gymnastiques doivent être recommandés. Le cas du Dr Richardson cité dans *Reynold's System of Medicine*, démontre l'avantage de cette pratique. Ce médecin qui était diabétique dit qu'il ne doit sa guérison qu'aux marches qu'il faisait tous les jours. Dans les premiers temps, c'est à peine s'il pouvait marcher cent verges, tant ses jambes étaient devenues faibles. Il trébuchait à chaque pas. En sortant tous les jours, ses forces revinrent avec rapidité et en peu de temps il put facilement marcher 5 à 6 milles sans ressentir la moindre fatigue. C'est aussi le traitement employé par M. Bouchardat "qui veut que le malade se livre à un exercice énergique, capable d'amener une bonne sueur de tout le corps et une fatigue modérée" (*Valleix*). Il faut aussi que le diabétique s'habille chaudement, porte des flanelles, et évite avec soin les refroidissements. Les bains de vapeur et d'eau chaude sont aussi recommandés afin d'essayer de ramener la transpiration qui, comme je l'ai déjà dit, est supprimée dans cette affection. Le séjour dans un climat très chaud est aussi favorable.

La plupart des diabétiques se plaignant beaucoup de la sécheresse de la peau et la trouvant insupportable, il faut leur venir en aide en leur faisant prendre 2 à 3 gouttes d'acide phénique dans une once d'eau, trois ou quatre fois par jour. C'est le Dr W. Squire (*The Practitioner*, May 1882) qui recommande l'usage de ce médicament, et sous son influence la peau reprend sa moiteur naturelle, et, si on l'emploie en gargarisme, la sécheresse de la bouche et de la gorge disparaît.

D'après le Dr Squire, cette solution devrait toujours être donnée chez les sujets diabétiques, lorsqu'il se produit un abcès ou un furoncle, deux jours avant de faire aucune incision.

Chez ma patiente, j'ai essayé en partie ces divers traitements, l'opium seul ou combiné avec l'ergot, le salicylate de soude, le bromure de potassium. Malgré tous ces remèdes accompagnés d'un régime complètement azoté, je n'ai pu obtenir une guérison permanente.

Tant que cette malade suit le traitement, tant qu'elle se résigne à ne pas manger d'aliments féculents, le sucre disparaît; mais aussitôt qu'elle se sert de pain ordinaire, de patates, le sucre reparaît avec son cortège de mauvais symptômes. Dernièrement encore, découragée, elle abandonna tout traitement et voulut vivre de la vie des autres. Elle mangea de toute espèce d'aliments sucrés, des fruits, des légumes et se mit même à boire du cidre. Trois semaines après cet écart de régime, elle me fit appeler de nouveau, et je la trouvai avec un érysipèle de la face des mieux conditionnés. Il se forma des phlegmons au-dessous des paupières inférieures et je fus obligé de faire évacuer une quantité considérable de pus qui s'y était formé. Je lui prescrivis le fer, et comme elle était très faible, j'ordonnai aussi un peu de brandy dans de l'eau. L'érysipèle disparut au bout de quelques jours et je recommençai l'emploi de l'opium et de l'ergot: 20 gouttes de laudanum et 30 gouttes d'ergot 3 fois par jour.

Sous l'influence de ce traitement le sucre diminua rapidement, et aujourd'hui, quoiqu'elle ne soit pas guérie, cependant elle est dans un état passable. Je n'ai pas toutefois beaucoup d'espoir d'obtenir une guérison permanente, parce que c'est un de ces cas qui ont pour cause de grands chagrins, et dont le pronostic est presque toujours défavorable.

Avant de terminer, je dois ajouter que d'après M. Verneuil, il faut se garder autant que possible d'intervenir chirurgicalement chez les diabétiques, car les opérations que l'on pratique sur eux sont généralement suivies de gangrène et d'hémorrhagies graves.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Vertige dans les affections cardiaques; angine de poitrine.—(Clinique de M. le professeur G. SÉE.)

Le vertige est un symptôme si commun dans les affections cardiaques et en particulier dans l'insuffisance aortique, que lorsque cet accident se produit sans qu'il s'explique par une cause immédiatement évidente, on doit penser plutôt à une lésion du cœur qu'à toute autre.

maladie. Ainsi que l'a dit M. le professeur Sée dans son livre, de tous les accidents cérébraux provoqués par les affections larvées du cœur, il n'en est aucun qui soit comme le vertige propre à engendrer les méprises les plus regrettables pour les médecins et les malades. Il n'est pas rare du tout de rencontrer des hommes qui se plaignent d'être pris de temps à autre d'une faiblesse, d'une légère absence à laquelle ils ne manquent pas de trouver une excuse plausible en apparence. Quand l'accès de vertige se produit dans les premières heures de la journée, les malades le mettront sur le compte de l'état de vacuité de l'estomac ; ou bien ils invoqueront un excès de travail intellectuel, des fatigues physiques, une émotion morale. Le médecin consulté par ces sortes de malades croira volontiers à un vertige symptomatique d'une ischémie cérébrale, s'il s'agit d'un individu qui présente les attributs extérieurs de l'anémie. Dans le cas contraire, il invoquera des congestions qui, en tant qu'accidents idiopathiques, sont extrêmement rares, si tant est qu'elles existent. Certains médecins vont jusqu'à parler de petit mal si le vertige s'accompagne d'une obnubilation passagère. Or, un examen attentif des organes de la circulation révélera le plus souvent, au clinicien prévenu de ces faits, l'existence d'une maladie latente du cœur. Une pareille révélation lui dicte naturellement une règle de conduite qui aura pour but de prémunir le malade contre des accidents aussi redoutables qu'inattendus. Le fait est d'ailleurs d'autant plus important à reconnaître que, toutes les fois qu'il y a vertige, le médecin aura grande peine à lutter contre les influences extra-médicales de toutes sortes qui pèseront sur lui pour l'amener à saigner son malade et à lui faire des applications de sangsues.

Ces phénomènes vertigineux se montraient à un haut degré, et cela, depuis six années déjà, chez un malade du service atteint d'une insuffisance aortique. Cet homme présentait en même temps une pâleur extrême, pâleur habituelle dans ce genre de lésion cardiaque, et qui ne peut être combattue par aucun médicament. Dans des cas de ce genre, M. Sée proscrit absolument le fer que les médecins anglais associent pourtant volontiers à la digitale. L'iodure de potassium au contraire est souvent indiqué et donne d'excellents résultats. On observait enfin chez le même malade les douleurs très caractéristiques de l'angine de poitrine, survenues depuis quatre mois. C'est là encore une complication fréquente des affections cardiaques, surtout des affections aortiques, et M. Sée admet que l'angine de poitrine coïncide presque toujours avec une lésion du cœur, laquelle, plus souvent qu'on ne le croit, peut être latente. Les altérations des artères coronaires, les dégénérescences du muscle cardiaque, la dilatation des cavités du cœur, peuvent n'être accompagnées d'aucun bruit de souffle, et il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquels l'auscultation ne révèle rien de particulier, et qui cependant ont certainement des lésions cardiaques graves. C'est ce qui explique que dans un certain nombre de cas d'angine de poitrine, l'examen attentif du cœur n'indique rien, alors que cependant des lésions existent certainement. M. Sée a soigné ainsi une malade chez laquelle l'essoufflement et les accès d'oppression ne s'accompagnaient d'aucun signe stéthoscopique ; cependant les accès d'angine de poitrine se produisirent à un certain moment, et, à une période plus avancée, survinrent tous les phénomènes de l'asystolie.

Au sujet de ces accès d'angine de poitrine, M. Sée a rappelé que l'on

ne devait pas porter un pronostic absolument grave en face de cette complication survenant chez un malade atteint d'une affection du cœur; il a vu ainsi un cardiaque qui pendant trois mois eut une série d'accès tellement intenses que la mort paraissait imminente. Au bout de deux mois, les accès se sont cependant éloignés et le mois suivant ils avaient entièrement disparu sous l'influence de simples injections sous-cutanées de morphine pour ne plus reparaitre depuis. Les injections morphinées et le chloral pour les accès, le bromure de potassium et la digitale dans leur intervalle, sont d'ailleurs les meilleurs moyens que puisse utiliser la thérapeutique de l'angine de poitrine.—(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*)

Quassine; effets physiologiques et thérapeutiques.—A la suite d'une étude approfondie des effets physiologiques de la quassine, principe actif du *quassia amara*, étude que corroborent les résultats thérapeutiques, M. le Dr Campardon en est venu aux conclusions suivantes que nous reproduisons du *Bulletin général de thérapeutique*.

1^o La quassine amorphe et la quassine cristallisée, principes actifs extraits de la *quassia amara* (Surinam) et de la *quassia simarouba*, ont sur l'homme en santé des effets physiologiques bien évidents et bien constatés;

2^o A dose modérée, ce principe active et augmente la sécrétion des glandes salivaires, du foie, des reins et peut-être des glandes mammaires;

3^o Il réveille l'action des fibres musculaires du tube digestif, de l'appareil uropoïétique, du canal excréteur de la bile, augmente la sécrétion des muqueuses et hâte l'excrétion des sécrétions normales;

4^o Chez l'homme malade, comme tonique amer pur, cette substance réveille l'appétit, reconstitue les forces et, grâce à son action sur les fibres musculaires de la vie végétative, facilite les excrétions normales, rend la défécation plus facile et hâte l'expulsion des calculs rénaux et hépatiques;

5^o La quassine, ainsi que le bois *quassia amara* et *simarouba* dont elle est tirée, est mortelle à très faible dose pour les animaux d'ordre inférieur (Schultz, de Spandau);

6^o Chez l'homme sain, ainsi que chez l'homme malade, elle détermine, à une certaine dose, une série d'effets toxiques qui rappellent l'action des poisons convulsivants;

7^o La quassine amorphe et la quassine cristallisée, au-dessus de 15 centigrammes pour la première et de 15 milligrammes pour la seconde, déterminent les symptômes suivants, qui ne font que s'accroître si l'on élève les doses:

Brûlure de l'œsophage, brûlure circulaire de l'isthme du gosier, constriction de plus en plus prononcée de la gorge, céphalalgie frontale surtout à droite, pesanteur et douleur de la région stomacale, nausées, vertiges, troubles de la vue non constatés par moi, agitation extrême, impatience fébrile, impossibilité de suivre longtemps un raisonnement, besoin de changer de place, miction fréquente, mais qui diminue peu à peu d'abondance, garde-ropes diarrhéiques, puis vomissements. A cela viennent s'ajouter les contractions spasmodiques des muscles de la vie de relation: crampes, qui sont de véritables contractures des muscles de la jambe et de la cuisse;

So Pour combattre les effets toxiques de la quassine, le chloral à l'intérieur et le chloroforme à l'extérieur, contre les contractures spasmodiques, m'ont donné les meilleurs et les plus prompts résultats.

La pneumo-typhoïde, par R. LÉPINE, de Lyon.—On a autrefois décrit sous le nom de *pneumonies typhoïdes* des pneumonies souvent épidémiques qu'on appelle, de préférence, aujourd'hui, *miasmiques, infectieuses, asthéniques*, etc. Mais outre ces pneumonies, qui ne sont pas produites par le miasme typhique, il en est d'autres qui sont, au contraire, sous sa dépendance directe et en constituent une localisation *précoce*. Ce sont ces dernières que, pour éviter toute équivoque, on dénomme, non pas *pneumonies typhoïdes*, mais pneumo-typhoïdes. Le mot *fièvre typhoïde pneumonique* serait encore plus clair.

Les pièces que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société me paraissent évidemment appartenir à la pneumo-typhoïde, car, contrairement à ce qui a lieu dans le cas des pneumonies infectieuses dont je parlais en commençant, la maladie générale a persisté *plusieurs semaines après la résolution* de la pneumonie, et s'est manifestée par des symptômes qui sont ceux de la fièvre typhoïde. La maladie générale a donc eu une autre localisation que la localisation primitive sur le poumon. Il est vrai qu'à l'autopsie nous n'avons trouvé dans l'intestin que des lésions minimales, et qui seules, isolées de l'histoire clinique, ne prouveraient pas l'existence d'une fièvre typhoïde; mais le peu d'intensité des lésions intestinales, loin de créer une difficulté pour l'interprétation rationnelle de ce cas, lui donne, au contraire, son entière valeur: c'est, en effet, une fièvre typhoïde *pneumonique*, plutôt que *dothiéntérique*.

Il s'agit d'un enfant de 15 ans, de la Creuse, mal nourri, maçon, arrivé à Lyon depuis peu de mois, qui, le 30 octobre, étant en sueur, but un verre d'eau froide. Le lendemain il eut des frissons, de l'oppression et de la toux; huit jours après, il entra dans mon service où l'on constatait un état adynamique, une fièvre intense (40°, 4 c.) et les signes physiques d'une pneumonie de la partie moyenne du poumon gauche: souffle tubaire type, exagération des vibrations thoraciques, crachats visqueux, mais non colorés; point de signes locaux de fièvre typhoïde: pas de diarrhée, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Ces derniers symptômes ne sont survenus que deux jours plus tard; de plus, le 6 novembre et mieux le 7 (8^e et 9^e jours de la maladie), on constatait des taches rosées sur l'abdomen.

En même temps, l'hyperpyrexie augmentait; pour y remédier, les bains froids ont été employés avec persistance, et conformément aux errements en usage à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le 14 novembre, la pneumonie s'est résolue; mais la défervescence n'a pas eu lieu, et les bains froids ont dû être continués avec la même rigueur, d'autant plus qu'à plusieurs reprises se sont montrés des accidents nerveux des plus graves sur lesquels je ne veux pas m'arrêter ici. Inutile de dire que la diarrhée a persisté avec une grande ténacité.

C'est seulement à la fin de novembre que la température, s'abaissant définitivement, a permis de renoncer à l'emploi des bains froids. Malheureusement, depuis plusieurs jours s'était déjà déclaré un état de marasme progressif des plus inquiétants: l'enfant refusait de manger et se dénourrissait de jour en jour; les eschares faisaient des progrès; il

y avait de l'œdème des membres inférieurs; l'intelligence était devenue des plus obtuses; la mort est arrivée dans cet état.

A l'autopsie, nous avons trouvé, contrairement à ce que nous avons constaté pendant la vie, que la pneumonie du côté gauche était parfaitement résolue, le poumon était perméable comme à l'état normal à l'endroit où avaient existé les signes de la pneumonie.

Du côté de l'abdomen, les ganglions mésentériques étaient notablement augmentés de volume, un peu mous et de couleur violacée; la rate était aussi un peu grosse, et les muscles droits de l'abdomen présentaient à l'œil nu l'altération de Zenker.

L'intestin lui-même n'était que peu altéré, et la lésion consistait exclusivement en une psorentérie occupant la dernière moitié de l'iléon et en deux plaques de congestion à quelques centimètres de la valvule iléo-cœcale; ces plaques étaient beaucoup plus larges que les plaques de Peyer qu'on distinguait parfaitement et qui n'étaient pas tuméfiées, mais présentaient l'aspect de la barbe récemment faite. Les reins n'étaient que peu malades, et les autres organes n'offraient rien de particulier.

Tel est le cas remarquable que je sou mets à la Société comme un cas de pneumo-typhoïde. J'avoue que les lésions ne sont pas caractéristiques de la fièvre typhoïde; mais je ne crois pas m'arrêter à cette objection, car l'histoire clinique est évidemment celle d'une fièvre typhoïde, et l'on trouve dans les auteurs classiques quelques cas où la dothiéntérie ne s'accompagnait pas de lésions plus considérables. Mais on pourrait plutôt contester la nature typhique de la pneumonie, et la considérer comme une simple coïncidence du début de la maladie. Cette opinion ne nous paraît point fondée; car si on l'admet, on comprend mal qu'une fièvre typhoïde aussi grave n'ait provoqué que si peu de lésions intestinales. Toute difficulté cesse, au contraire, si l'on accepte que le miasme typhique a tout d'abord produit des lésions dans le poumon, puis dans l'intestin; telle est l'interprétation, selon moi, la plus rationnelle.—(*Lyon Médical.*)

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'utilité des médicaments styptiques en chirurgie.—Si l'hémorragie est assez abondante pour exiger l'intervention chirurgicale, de deux choses l'une: ou les styptiques sont inutiles parce qu'ils ne produisent pas l'effet voulu, ou il ne sont pas indiqués parce qu'il y a une foule d'agents hémostatiques qui lui sont supérieurs. D'où il suit que les styptiques employés comme hémostatiques n'ont aucune valeur réelle dans la pratique ordinaire de la chirurgie.

Par styptiques, j'entends cette classe d'agents chimiques astringents qu'on emploie pour arrêter l'écoulement du sang en vertu de leur tendance à contracter les vaisseaux et les tissus environnants, et de la propriété dont ils sont doués de coaguler rapidement le sang.

Ils sont fort nombreux. Le sous-sulfate de fer, le perchlorure de fer, l'alum, l'acide tannique, l'acide gallique, la térébenthine, les sels de cuivre, de zinc et d'argent et les combinaisons de différents agents végétaux et minéraux ont eu leurs avocats. Ils sont tous à peu près également utiles; quelques-uns pourtant ont plus d'inconvénients que les autres.

Le mode d'emploi des styptiques en usage se résume sommairement à ce qui suit : " Enlevez les caillots libres, asséchez la surface saignante et appliquez-y un morceau de coton, de mousseline ou d'éponge imbibé de la poudre ou de la solution styptique." Dans un certain nombre de cas ce procédé amènera, je l'admets, la cessation de l'hémorrhagie ; mais le contact de l'air ou la compression suffirait à produire le même résultat indépendamment des styptiques.

Je vois trois objections à l'emploi des styptiques.

1^o La réputation qu'on leur a faite comme agents hémostatiques induit les praticiens à recourir à leur emploi alors que des moyens plus efficaces sont requis. Un temps précieux est ainsi perdu car, après un arrêt momentané, l'hémorrhagie se déclare de nouveau chez le patient déjà anémié, et peut être suivie de résultats désastreux.

2^o S'ils ne réussissent pas à contrôler l'hémorrhagie, ce qui arrive le plus souvent quand l'écoulement sanguin est abondant, on éprouve souvent une telle difficulté à débarrasser la surface des caillots pâteux qui la recouvrent, que la ligature des vaisseaux devient presque impossible.

3^o Un certain nombre de styptiques empêchent la réunion par première intention, parce qu'ils irritent la surface vive, provoquent l'inflammation ou amènent la suppuration.

Le sel de Monsel, le sous-sulfate de fer, est probablement le plus employé des styptiques, pourtant c'est précisément celui qui cause le plus d'accidents. Il couvre la blessure de caillots noirs, adhérents, qui masquent la plaie, empêchent la réunion par première intention, et permettent souvent à l'hémorrhagie de se continuer en dessous d'eux. J'ai vu ces coagulums tenaces être soulevés sous forme de vésicules par l'hémorrhagie sous-jacente.

La pratique générale de la chirurgie nous enseigne deux moyens scientifiques et satisfaisants d'arrêter les hémorrhagies :

1^o Le premier consiste dans l'occlusion de chaque vaisseau par la ligature, la torsion, ou l'acupressure ; ce moyen n'est pas ordinairement mis en usage pour les artères plus petites que la faciale, ni pour les veines, excepté celles du plus gros calibre.

2^o Le second est la compression directe au moyen de compresses et de bandages. Ce procédé, quand il est convenablement appliqué, réussit toujours dans les cas où le premier n'est pas indiqué. On le choisit de préférence quand l'hémorrhagie est produite par de petites artères ou des capillaires.

Dans tous les cas d'hémorrhagie traumatique, on devra se rappeler qu'un homme peut perdre plusieurs onces de sang sans danger, et qu'aucune artère ou veine ne peut donner quand elle est comprimée sous les doigts. Le chirurgien a donc toujours le temps et les moyens de contrôler l'hémorrhagie, au moins momentanément.

Beaucoup d'artères qui donnent largement au moment de leur section, cessent bientôt spontanément. Il serait ridicule d'interrompre une opération pour ligaturer chaque petit vaisseau qui lance un jet de sang. Que le chirurgien continue, même si les artères sont grosses, et quand il aura terminé ses incisions, il sera surpris du peu de ligatures qui restent à faire. Après avoir fait les ligatures voulues, qu'il lotionne la plaie pour en enlever les caillots, et qu'il fasse une compression uniforme et modérée. Il n'aura alors nul besoin des styptiques. Il peut se rencontrer certains cas d'hémorrhagie en nappe où la pression

ne puisse être employée avec succès, mais ils sont si rares, qu'ils n'affirment en rien la proposition que les styptiques sont inutiles. Dans les hémorrhagies provenant des cavités, l'éponge comprimée suffira souvent à établir une compression efficace; quant aux parties molles et flasques, on peut y établir une compression suffisante au moyen des bandages élastiques. Il va sans dire que les bandages ne doivent pas être appliqués assez serrés pour produire l'étranglement ou la gangrène. Une compression ferme, voilà tout ce qui est nécessaire, car une compression digitale modérée suffit à oblitérer les plus gros troncs artériels.

Il serait à souhaiter que la profession oubliât l'existence même des styptiques, on ne pourrait alors employer que de bonnes méthodes, et les eaux de Pagliari, Ruspini et Brocchieri seraient à bon droit aussi vite oubliées que les noms de leurs inventeurs.—(J. B. ROBERTS, M.D., in *Philadelphia Medical Times*.)

Iodoforme; des différentes manières de l'employer.—Voici les principales formules du Dr. MOSETIG :

1^o *Poudre.*—Mosevig se sert de la poudre pure et fine de préférence à la préparation en gros grains ou cristalline; les portions de la plaie, même les plus petites, sont mises en contact avec le médicament, la réunion par première intention n'est pas entravée; enfin la poudre est plus facilement éliminée. Veut-on obtenir une réunion par première intention? La couche pulvérulente doit être très mince; les cavités seront, suivant leur grandeur, saupoudrées d'une couche de l'épaisseur d'un dos de couteau, de façon à ce qu'on n'ait plus à s'inquiéter de la marche de la plaie. Il est inutile et pourrait être, dans certains cas, dangereux de les remplir complètement. La dose maxima employée par Mosevig a été de 70 grammes; la dose ordinaire est de 10 à 20 grammes, et moins encore chez les enfants. Pour répandre la poudre, on se sert d'une spatule, d'une cuiller ou d'instruments analogues; Billroth se sert d'un sucrier ordinaire en verre, à couvercle percé de petits trous, ou d'une poire pulvérisatrice.

Les récipients en verre doivent être de préférence colorés en jaune brun, parce que la lumière agit assez rapidement sur l'iodoforme.

2^o *Crayons.*—Mosevig se sert primitivement d'une porte-médicament pour l'application de l'iodoforme dans l'intérieur des cavités ou des trajets; il y renonça bientôt, et se servit de crayons construits au moyen de la gomme adragante, de la gélatine et du beurre de cacao, d'après la formule suivante:

Pour les crayons mous: iodoforme pulvérisé, gélatine, parties égales.

Pour les crayons durs: iodoforme pulvérisé, beurre de cacao, parties égales.

La portion d'iodoforme peut être doublée.

3^o *Gaze iodoformisée.*—Elle est préparée avec du calicot non apprêté, de façon à ce que la poudre pénètre facilement par compression et y adhère. Cette préparation peut contenir de 10 à 20 pour 100 d'iodoforme.

Si l'on a besoin d'une gaze plus riche, on imprègne l'étoffe de colophane et de glycérine, la poudre adhère fortement, et la proportion s'élève à 30 et 50 pour 100.

On emploie la gaze iodoformisée pour recouvrir immédiatement la plaie préalablement saupoudrée, de façon à la protéger contre les décompositions possibles des sécrétions imbibant le matelas ouaté protecteur.

4° *Lotions*.—Les lotions avec la solution dans l'éther sont très actives. Mosetig recommande encore les émulsions dans l'huile de ricin, l'huile d'amandes douces. (Gubler conseillait chez nous l'huile iodoformée et la glycérine.)

5° *Injections parenchymateuses*.—Elles sont appelées, selon Mosetig, à jouer un grand rôle en chirurgie. Il se sert d'une seringue graduée dont le piston est à vis; le liquide injecté est une émulsion dont voici la composition: iodoforme, 50 grammes; glycérine, 40 grammes; eau distillée, 10 grammes; gomme adragante, 30 centigr.

6° *Collodion iodoformisé*.—Kuster (George) *Centralblatt für Chir.*, 9, 1882, traite les petites plaies récentes par un collodion iodoformisé à 10 pour 100. Il en répand avec un pinceau une couche assez épaisse sur la ligne de suture. Il obtient également rapidement la réunion par première intention de plaies suturées qu'il était impossible de soumettre à un pansement compressif antiseptique, comme, par exemple, la résection du maxillaire inférieur, les plaies au niveau de l'anus ou des parties sexuelles chez la femme.—(*Gaz. hebdomadaire et Paris médical*.)

Fracture de la rotule.—Le Dr Christopher Heath, l'épanchement de sang et de sérosité étant soustrait au moyen de l'aspirateur, applique un bandage en diachylon maintenu avec des bandes de flanelle. Par cette méthode, dit-il, les muscles conservent leur tonicité, peuvent se contracter, la coaptation est assurée jusque la consolidation définitive.

Qu'y a-t-il de nouveau dans ce traitement? l'emploi de l'aspirateur. Eh bien, les liquides seront aisément résorbés, sans l'aspirateur; tandis que son introduction dans l'article peut avoir des conséquences fâcheuses.—(*Le Scalpel*).

Abcès chauds; emploi des injections d'alcool.—M. le professeur Gosselin, au lieu d'ouvrir largement les abcès chauds, ne fait qu'une simple ponction d'un centimètre de largeur. Le pus évacué par de petites pressions, on lave la cavité avec de l'alcool à 90 centièmes, en quantité suffisante pour que le lavage soit complet. Après cela, l'ouverture est pansée à l'alcool camphré. En général, l'abcès guérit plus rapidement que par les autres procédés. Il est rare que l'on soit obligé de pratiquer plusieurs injections ou même de débrider la poche pour faire, en ce cas, un pansement à plat.—(*Rev. de thér. méd.-chir.*)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'hémorrhagie post-puerpérale, par le Dr. EBRARD, de Nîmes.—De tout temps la question des hémorrhagies puerpérales a préoccupé le monde médical. En effet il n'est pas d'inquiétude plus grande dans la pratique obstétricale que l'imminence constante d'une hémorrhagie.

Cette question d'ailleurs est trop grave, trop intéressante et trop de tous les jours, pour qu'on ne doive pas chercher à l'éclaircir.

On sait comment on peut combattre et vaincre l'hémorrhagie pendant la grossesse, pendant le travail; il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de l'hémorrhagie après l'accouchement, les moyens nombreux et variés mis en œuvre par les accoucheurs ne témoignent que trop de leur incertitude et de leur infidélité.

N'y a-t-il aucun espoir de trouver mieux? Voyons plutôt. Il faut d'abord admettre ce fait incontestable, à savoir, que les hémorrhagies *post partum* ne se présentent pas toutes de la même manière et n'exigent, par conséquent, pas un traitement identique.

L'hémorrhagie peut se produire avant ou après la délivrance, elle est active ou passive, c'est-à-dire primitive et foudroyante, ou secondaire, inerte, tardive, si l'on veut, et ne faisant pas courir à l'accouchée un danger immédiat.

La première a lieu ordinairement dans les premiers moments qui suivent l'accouchement. c'est surtout après une application de forceps ou un accouchement laborieux que le sang coule à flots; l'utérus semble alors se déborder comme un tonneau, et, en quelques instants, l'accoucheur est en présence d'une malade pâle, froide, éxangue, dans un état syncopal voisin de la mort; et si jamais une rapide et efficace intervention peut faire pencher la balance entre la vie et la mort, c'est assurément à ce moment; ainsi, dans le cas d'une hémorrhagie foudroyante, on doit agir avec célérité et se servir des moyens les plus propres à enrayer un accident qui peut devenir mortel en peu de temps; ces moyens, nous les indiquerons bientôt.

L'hémorrhagie secondaire n'arrive quelquefois que quelques heures après la délivrance ou à plusieurs jours d'intervalle, et elle débute le plus souvent lentement. Dans ce cas, tout en préconisant des moyens actifs, l'accoucheur moins surpris, moins angoissé, a plus de temps pour agir et pour faire l'essai des remèdes que la science gynécologique met en son pouvoir.

Ainsi, quelle que soit la cause de l'hémorrhagie, qu'elle ait lieu par inertie de la matrice, défaut de régression, par congestion de l'organe, par la rétention de fragments du placenta, un cotylédon ou des restes de membranes, soit encore la déchirure du col utérin, dans tous les cas il faut arrêter l'hémorrhagie le plus rapidement possible.

Si l'hémorrhagie persiste après l'accouchement, et avant la sortie du délivre, on doit, d'après le précepte unanime des auteurs, procéder au décollement du placenta et s'empressez de l'extraire en tirant sur le cordon, et, si besoin est, en portant la main dans la matrice; il est rare que celle-ci, débarrassée des annexes du fœtus, ne se contracte et que la perte ne cesse pour ne plus revenir. Une méthode qui a prévalu dans ce cas, jugée fort utile dans ces derniers temps, et n'offrant aucun inconvénient, c'est l'administration d'un gramme de seigle ergoté en une ou deux pilules immédiatement après la délivrance, et qu'on répète une heure après, afin de faire contracter autant qu'on peut la matrice.

Dans tous les cas la femme accouchée doit être, pendant plusieurs heures, l'objet de la surveillance la plus absolue; il faut la faire coucher horizontalement, c'est-à-dire à plat, les cuisses relevées; exciter, par des frictions avec la main et par la compression, l'utérus à se contracter; placer des linges propres sous le siège pour surveiller attentivement la perte qui se produit par la vulve.

Si, après avoir fait régulièrement l'extraction du délivre, donné tous les soins convenables pour opérer le retrait de l'utérus et avoir pris toutes les précautions que réclament les suites immédiates des couches, la métrorrhagie se produit, il faut se hâter de l'arrêter.

Dans tous les cas, que l'hémorrhagie soit active et foudroyante, ou passive et lente, nous estimons que les moyens les plus prompts et les

plus puissants pour la combattre sont : la *compression de l'aorte* et la *réfrigération*. Ces deux moyens combinés et agissant simultanément sont infaillibles ; en effet, pendant une pratique de quarante ans, en ville et à la maternité, nous n'avons jamais eu d'insuccès à enregistrer.

De quoi s'agit-il, en effet ? d'empêcher le sang d'arriver dans la matrice et de provoquer la contraction de cet organe ; or, la compression de l'aorte et l'application du froid remplissent ces deux indications et nous ne croyons pas qu'il y en ait de plus propres à les remplir. Voici comment nous procédons : nous comprimons avec une main l'artère aorte qu'on atteint facilement et faisons verser de l'eau froide dans ce creux produit par la pression de la main qui forme ainsi un cône renversé ; on tient en même temps l'autre main plongée dans un vase d'eau froide, un instant après on retire la première main et on la remplace par celle qui est refroidie : ainsi de suite.

Or, voici ce qui se produit ; en retirant la main qui opère la compression de l'aorte, l'eau qui était contenue dans le creux s'épanche, par l'élasticité des tissus, en nappe sur le bas ventre et sur le haut des cuisses et occasionne, en s'évaporant, un froid si sensible que les parturientes ne manquent jamais de l'accuser ; il se produit en effet alors un frisson ou un saisissement analogue à celui qui suit souvent la délivrance et qui indique que l'hémorrhagie a cessé.

Nous faisons autrefois pomper l'eau qui couvrait la main opérant la compression, avec une éponge ou un essuie-main, afin de ne pas mouiller la couche de l'accouchée ; mais nous préférons la faire mettre les jambes en dehors du lit, comme pour un accouchement laborieux ; alors l'eau s'écoule sans mouiller le linge. Il y a d'ailleurs avantage à laisser la malade à découvert durant cette opération.

On comprend comment ces deux moyens, la compression et le froid, doivent concourir et se compléter pour arrêter l'hémorrhagie. Car en supposant que la compression ne soit pas complète, qu'une certaine quantité de sang continue à traverser l'aorte et que les artères utérines et ovariennes fournissent encore un écoulement considérable, le froid n'agit-il pas ici comme le styptique le plus efficace ! En résumé, la méthode que nous préconisons, c'est à dire la compression et le froid employés simultanément, est une méthode simple et facile ; elle n'expose à aucun danger ; elle présente surtout cet avantage inappréciable, qu'un des moyens supplée à ce que l'autre pourrait avoir de defectueux. Je dois ajouter que nous n'avons jamais été obligé de prolonger longtemps ce procédé : dix minutes, un quart d'heure au plus, ont toujours suffi pour triompher d'une hémorrhagie, quelle que fût sa violence. Nous évitons ainsi la douleur et les inconvénients que pourrait occasionner la compression pour le péritoine.

Ceci n'empêche en rien de recourir à un traitement interne, de faire prendre quelques prises de seigle ergoté ou tel autre remède, comme aussi de recommander à l'accouchée de respirer la gement, etc., On a d'ailleurs tout le temps, en cas de crainte d'un retour de l'hémorrhagie, d'employer les autres moyens que la science a préconisés. Ces craintes sont surtout justifiées quand l'hémorrhagie est due à des causes générales, qu'il faut agir sur la plasticité et la constitution même du sang altéré par des maladies constitutionnelles.

Nous concluons donc que si, jusqu'à ce jour, les moyens qu'on a employés pour triompher de l'hémorrhagie post-puerpérale sont parfois

inefficaces, c'est qu'on ne s'est préoccupé que d'un seul moyen, au lieu de recourir au même moment à la combinaison de plusieurs, et que, tandis qu'un accoucheur préconisait la compression sans le froid, un autre accoucheur, le froid sans la compression, ils restaient tous les deux au dessous de l'indication à remplir.

Cette méthode d'ailleurs nous a toujours paru si simple et d'une application si facile qu'on nous pardonnera de l'avoir décrite si minutieusement.

Ovariectomie pendant la grossesse; accouchement normal à la suite. (*The Lancet*, Dec. 1882).—Spencer Wells, dans son traité des *Tumeurs de l'utérus et de l'ovaire*, rapporte une série de dix ovariectomies qu'il eut à pratiquer chez des femmes enceintes, et cela avec un seul cas de mort. Il est remarquable de voir combien les chances de succès de cette opération sont peu diminuées par l'état de gestation. L'observation publiée le 9 décembre dernier dans *The Lancet* en est une nouvelle preuve. La malade, une femme de 30 ans, mère de quatre enfants, souffrait de sa tumeur depuis dix-huit mois. Elle était enceinte de quatre mois quand les douleurs intolérables qu'elle ressentait dans l'abdomen déterminèrent le Dr. Storry à l'opérer (*Stroud General Infirmary*). Après une opération facile, les suites furent des plus simples: le quatorzième jour la malade pouvait s'asseoir, au bout d'un mois elle sortait. Elle accoucha à terme d'un bel enfant.—Il est vraiment curieux que l'ovariectomie n'interrompe pas brusquement le cours de la grossesse en provoquant l'avortement, quand des causes bien moins violentes y arrivent si facilement. Si l'on se reporte aux six cas d'ovariectomie pratiquée par Spencer Wells vers le quatrième mois de la grossesse, on peut voir qu'une seule fois la date de l'accouchement fut avancée; de deux autres cas cités par le même auteur, une seule fois (opérée de Burd) l'avortement survint et sans entraîner la mort de la malade. A une époque plus avancée de la grossesse, les chances d'expulsion prématurée du fœtus semblent augmenter.

Emploi de l'ipéca dans les accouchements laborieux.—L'administration de l'ipéca pendant le travail de l'accouchement a deux indications. L'ipéca donné à la dose de 25 centigrammes à deux ou trois reprises et à vingt minutes d'intervalles est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre la rigidité spasmodique du col utérin.

Ce médicament est encore une ressource précieuse dans les cas où l'on a affaire à des contractions excessivement douloureuses, mal coordonnées, dont l'effet utile n'est pas le moins du monde en rapport avec l'intensité de la souffrance accusée par la patiente. En pareille circonstance, l'ipéca, donné comme dans le cas précédent, amène une sédation presque instantanée, et les douleurs, tout en étant beaucoup moins pénibles qu'auparavant, n'en amènent pas moins beaucoup plus rapidement la dilatation de l'orifice utérin et l'expulsion du fœtus.—(*Medical Record et Therapeutic Gazette*.)

Ataxie et Syphilis.—Suivant M. Vulpian, près de la moitié des cas d'ataxie locomotrice sont d'origine syphilitique. M. le Dr Fournier va plus loin encore et prétend que dans presque tous les cas la syphilis est le point de départ de l'ataxie. De là l'indication toute naturelle d'instituer le traitement spécifique aussitôt que la véritable nature de la maladie est connue.

PÆDIATRIE.

Diagnostic des paralysies chez les enfants.—Les paralysies sont fréquentes dans l'enfance. Elles peuvent être déterminées, comme chez l'adulte, par les causes les plus diverses.

West a parfaitement montré de quelle importance était, pour le médecin, l'étude des paralysies chez les enfants. "Un accident tel que la paralysie d'un membre, dit-il, cause naturellement aux parents une grande anxiété. Chez l'adulte, une attaque de paralysie est, en général, le résultat d'une maladie très sérieuse du cerveau ou de la moëlle, et l'indice du début d'une série de processus morbides qui se terminent plus tôt ou plus tard par la mort du malade. Les personnes étrangères à notre profession sont au courant de ce fait et supposent souvent que les mêmes règles sont applicables aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte; mais vous pouvez, dans bien des circonstances, calmer leurs craintes par l'assurance que la paralysie, dans la première et la seconde enfance, indique rarement un péril pour la vie, bien que l'affection soit souvent très lente à disparaître et quelquefois incurable."

On peut observer, bien que rarement, des *paralysies congénitales*.

Les unes sont la conséquence d'une perturbation apportée, soit à la santé de la mère, soit au développement de l'enfant, pendant la période de gestation; elles s'accompagnent le plus souvent alors d'autres malformations cérébrales ou viscérales qui ne permettent pas une longue survie au nouveau-né ou qui le vouent à l'idiotie.

Les autres résultent de manœuvres obstétricales malheureuses, compression de certaines branches nerveuses par les branches du forceps (paralysie faciale), tiraillements trop violents des membres pendant la version. Ces dernières ne présentent pas la même gravité pronostique à beaucoup près; ce sont plutôt des paresthésies que des paralysies complètes, et on doit espérer les voir disparaître au bout de quelques jours ou de quelques semaines.

Les paralysies que l'on voit survenir pendant la première ou la seconde enfance nous paraissent devoir être envisagées suivant qu'elles accompagnent ou suivent une autre maladie dont elles sont la conséquence, ou suivant qu'elles constituent à elles seules la maladie elle-même.

Dans la première éventualité, le médecin est déjà sur ses gardes; il sait que l'affection qu'il voit évoluer est de celles qui peuvent entraîner des désordres paralytiques, il en guette souvent même l'apparition afin d'en corroborer son diagnostic, et, d'après la nature de l'affection, il connaît le pronostic.—Nous faisons allusion surtout aux paralysies qui surviennent à titre d'épiphénomènes caractéristiques de la méningite tuberculeuse, et à celles qui suivent si souvent l'angine diphthérique.

Or, les paralysies de la méningite tuberculeuse, qu'elles portent sur les muscles de l'œil ou sur ceux des membres, n'ajoutent rien à la gravité du pronostic, puisqu'il est fatal dans l'immense majorité des cas, et que les faits avérés de guérison de cette terrible maladie se comptent dans la science. Nous en distinguons les cas de méningite aiguë non tuberculeuse, résultant d'une insolation ou d'un traumatisme, dans lesquels le pronostic est moins sombre; mais, comme il n'existe guère d'autre criterium clinique permettant de différencier la méningite simple de la

tuberculeuse que la guérison elle-même, on ne saurait être trop réservé dans le pronostic. Cette année même, la *Gazette des Hôpitaux* publiait un cas de paralysie, suite de méningite, que le Dr Cassagnau (de Saint-Saens) croit avoir guérie par la pilocarpine; une si heureuse exception ne suffit pas pour modifier l'opinion généralement reçue touchant le pronostic des paralysies liées aux méningites aiguës.

Tout différent est le jugement qu'on doit porter sur les paralysies diphthériques; ayant consacré déjà un article à l'étude de celles-ci, nous ne saurions y revenir, et nous nous contenterons de rappeler qu'elles sont curables en règle générale, que leur gravité dépend surtout de l'importance des muscles paralysés; que, liées à une perturbation générale et diffuse du système nerveux central, elles sont remarquables par leur dissémination et leur mobilité.

Dans certains cas de paralysies, le médecin n'a pas été appelé au moment même où évoluait la maladie primitive et doit reconstituer le diagnostic rétrospectivement à l'aide des commémoratifs. Cela peut arriver pour la paralysie diphthérique; cela arrive très habituellement pour les paralysies que laissent après elles des poussées de méningo-encéphalite chronique, et pour celles qui constituent la paralysie dite infantile ou spinale atrophique, sur laquelle nous allons insister tout à l'heure.

Enfin la paralysie est parfois le premier symptôme qui mette sur la voie de l'affection méconnue jusque là dont elle est la conséquence; telle la paraplégie qui survient dans le cours de certains maux de Pott à marche insidieuse et latente.

Le diagnostic des paralysies chez les enfants est donc entouré de difficultés de toute espèce; il n'est pas jusqu'à la constatation du symptôme lui-même qui ne soit, dans telle occasion, rendue difficile à un examen superficiel, comme dans le cas suivant.—Nous avons vu récemment une fillette que la mère amenait en la disant paralysée d'une moitié du corps et particulièrement du membre supérieur droit, parce que depuis quelques jours l'enfant tombait, dès qu'on la faisait marcher, et laissait échapper les objets qu'on lui mettait dans la main droite; un examen plus approfondi fit voir que cette impuissance fonctionnelle était le premier symptôme d'une chorée au début, qu'elle ne trahissait donc pas l'affaiblissement des muscles, mais leur défaut de coordination.

Nous avons dit que la notion d'âge avait une certaine importance. On peut, en effet, rapporter plutôt à la première enfance la paralysie spinale atrophique et les paralysies liées à la méningo-encéphalite chronique, bien que certains enfants plus âgés puissent quelquefois en être atteints, tandis que les paralysies du mal de Pott et une autre entité fort intéressante, la paralysie pseudo hypertrophique, sont observées plutôt dans la seconde enfance.

Chez les jeunes enfants, particulièrement chez ceux qui ont été créés par des ascendants atteints de l'un ou l'autre du système nerveux (épileptiques, hystériques, aliénés, alcooliques), peuvent apparaître des hémiplégiés plus ou moins prononcées qui sont sous la dépendance de LÉSIONS GÉNÉRALES très diverses: tantôt il s'agit de ramollissement partiel, tantôt d'hémorragie méningée, tantôt d'une méningo-encéphalite chronique, partielle ou généralisée, connue aussi sous le nom de sclérose du cerveau.

Ces diverses affections débutent en général par des manifestations convulsives ou comateuses qui seront d'un précieux secours pour le diagnostic; elles s'accompagnent de troubles intellectuels; l'enfant peut être simplement arriéré ou totalement idiot; sa torpeur intellectuelle peut avoir été précédée d'une période très curieuse d'excitation que M. J. Simon a étudiée dans ces derniers temps sous le nom d'*irritation cérébrale*, et qu'il considère comme la première étape de la sclérose du cerveau.

Les manifestations paralytiques dans ces affections ne seront durables que si les lésions portent sur les points de l'écorce cérébrale dénommés centres psycho-moteurs, ou si elles ont déterminé la dégénération secondaire descendante du faisceau pyramidal, dont M. Charcot nous a fait connaître le rôle générateur de l'hémiplégie des adultes.

Le trait caractéristique de ces paralysies d'origine cérébrale est la *contracture permanente*; d'où le nom d'*hémiplégie spasmodique infantile* donné quelquefois à l'ensemble de ces faits (Heine).

Le type des déformations est la flexion avec pronation pour le membre supérieur, et, pour le membre inférieur, l'extension en varus équin. Une particularité très intéressante de l'hémiplégie spasmodique infantile est l'existence presque constante d'un raccourcissement des membres paralysés. Les os sont plus courts, moins volumineux que du côté sain; quelquefois, du côté paralysé, le tronc est incomplètement développé; la cage thoracique est étroite, le bassin rétréci et oblique. Le pronostic des hémiplégies d'origine cérébrale, sans être inquiétant au point de vue de la vie elle-même, l'est au point de vue des mouvements et de l'intelligence.

Tout autre est le tableau de la *paralysie dite essentielle de l'enfance*, la plus importante à connaître à cause de sa fréquence. Celle-ci n'est plus de cause cérébrale, elle est d'ORIGINE MÉDULLAIRE.

On est fixé aujourd'hui sur sa lésion; elle résulte d'une atrophie des cellules des cornes antérieures de la substance grise de la moëlle, d'où partent des nerfs moteurs. Cette atrophie est-elle d'ailleurs primitive ou consécutive à un travail phlegmasique de la trame vasculo-conjunctive interstitielle, M. Charcot défendant la première opinion, MM. Roger et Damaschino la seconde, la question n'est pas tranchée. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est que l'évolution de cette affection est très caractéristique.

Elle peut débuter de plusieurs manières, mais toujours le *début est subtil*. "Tantôt l'enfant, qui s'est couché bien portant, se réveille le matin avec une température élevée et un pouls rapide. Sa face est rouge: il a ce que les parents appellent une fièvre pourpre. Tantôt le premier symptôme est une convulsion accompagnée bientôt d'un petit train de fièvre. D'autres fois, enfin, la fièvre seule existe. Voilà pour la période fébrile: elle dure six à huit jours.

Quand on veut lever l'enfant au bout de ce temps, on s'aperçoit qu'il est paralysé et présente soit une paraplégie, soit une hémiplégie, soit une monoplégie, mais toujours avec une prédominance de la paralysie dans une partie du corps ou dans certains groupes musculaires qui, plus tard, sont destinés à s'atrophier." (J. Simon.)

Telle est l'esquisse à grands traits de la paralysie infantile; mais il s'en faut que l'on se trouve toujours en clinique en présence d'un schéma aussi net.

D'abord le début peut être si insignifiant, que les parents de l'enfant le remarquent à peine ; il peut être apyrétique, de sorte que le premier symptôme soit la paralysie. Cette paralysie, qui atteint d'emblée son summum d'extension, rétrocede parfois très rapidement, et la localisation se fait sur certains muscles. Des déformations résultent de cette localisation atrophique, et l'on n'est appelé que pour remédier à ces déformations, une claudication par exemple, un pied bot ou une déviation du rachis, suivant que l'atrophie se sera fixée sur les muscles de la cuisse, de la hanche ou du dos. Cette atrophie commencerait à s'accroître dans certains cas dès le deuxième mois (Laborde), mais peut n'être remarquée qu'après un ou deux ans. Elle peut s'accompagner dans certains cas d'un arrêt de développement portant sur la totalité d'un membre qui peut être raccourci de plusieurs centimètres. Cette grave conséquence de la paralysie spinale infantile montre combien il serait important d'en faire toujours le diagnostic de bonne heure ; car un traitement bien conduit pourrait prévenir ou atténuer de tels désordres.

Les éléments importants du diagnostic pour cette affection, en dehors de la marche des manifestations paralytiques (*maximum d'impuissance motrice atteint d'emblée, rétrocession rapide et localisation atrophique sur certains muscles*), sont *l'intégrité absolue de l'intelligence et des sens, l'absence de douleur*. On n'observe ni hyperesthésie, ni anesthésie, ni contractures tétaniques, ni paralysie des sphincters, symptômes propres aux paralysies cérébrales ou médullaires autres que celle qui nous occupe.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire *l'atrophie musculaire progressive* parmi les affections médullaires susceptibles d'entrer en ligne de compte dans le diagnostic des paralysies ; cette affection a été très rarement observée chez les enfants et presque toujours transmise par hérédité.

Une affection fréquente, *la paralysie pseudo-hypertrophique*, qui peut apparaître à la fin de l'enfance, mais plus habituellement dans l'adolescence, se reconnaît à des traits bien nets ; l'affaiblissement des membres inférieurs augmentant graduellement et contrastant avec l'augmentation de volume des mollets, des fesses et de la masse sacrolombaire, la démarche caractéristique, (dandinement, écartement des jambes, renversement du tronc en arrière et cambrure des reins), plus tard, l'équinisme bilatéral ; tous ces signes sont faciles à constater, s'expliquent par la substitution graduelle d'une masse de tissu adipeux et scléreux aux fibres musculaires et justifient la dénomination de sclérolipomatose progressive des muscles préférée par M. Damaschino.

Bien plus souvent, dans la seconde enfance, on est appelé à faire le diagnostic de *la paraplégie symptomatique du mal de Pott*, et il est important d'en connaître les caractères. On sait, aujourd'hui, qu'elle ne dépend pas de la compression de la moëlle par un abcès intrarachidien ou par le déplacement d'une vertèbre, comme on le croyait autrefois, mais qu'elle résulte d'une pachyméningite et d'une myélite transverse. La faiblesse des membres inférieurs augmente généralement peu à peu, les chûtes sont fréquentes jusqu'à ce que les enfants soient confinés au lit.

Les phénomènes de paralysie musculaire sont souvent plus accusés d'un côté que de l'autre ; les troubles de la sensibilité sont toujours

moins marqués que ceux de la motilité, et l'anesthésie n'est jamais complète. Les mouvements réflexes, exagérés au début, disparaissent ultérieurement. La contractilité électrique peut persister très longtemps et disparaît même rarement d'une manière complète dans les muscles paralysés. On remarque fréquemment des crampes et des contractures, la trépidation épileptoïde ou épilepsie spinale, c'est-à-dire les mouvements convulsifs spontanés ou provoqués du pied. La vessie et le rectum sont moins complètement paralysés que dans les paraplégies traumatiques; mais surtout, fait capital au point de vue du pronostic, ces paraplégies peuvent guérir, elles guérissent même généralement, et les enfants pourront marcher de nouveau après des mois de séjour au lit, car la myélite qui a causé les accidents paralytiques tend à la réparation. Il faut savoir que la paraplégie peut apparaître à une période du mal de Pott où il n'existe pas encore de déformation apparente de la colonne vertébrale; dépister la lésion osseuse encore latente sera, dans quelques cas, un triomphe pour le médecin.

Chez de jeunes rachitiques, l'affaiblissement des muscles lombaires et les douleurs que les mouvements de la marche leur causent, pourraient simuler une paraplégie commençante; il est bon d'en être prévenu.—(PAUL GERNE, in *Concours médical*).

Des maux de tête chez les enfants.—Nous traduisons du *Canada Medical Record* l'étude suivante, publiée par le Dr W. H. DAY, dans le *Medical Press and Circular*.

Quand un enfant se plaint de céphalalgie, nous devons y porter toute notre attention, et, s'il est encore trop jeune pour décrire ses souffrances, souvent son maintien et son apparence extérieure suffiront à trahir l'existence de quelque trouble du côté du cerveau. Voyez, par exemple, cet enfant de dix ou douze mois; il est bien développé et issu de parents sains. La dentition est à se faire et l'on voit le petit être porter ses mains à sa tête qu'il tourne peut-être de côté et d'autre jusqu'à ce qu'enfin la mère inquiète remarque une certaine irrégularité dans les mouvements musculaires du globe oculaire. L'irritation nerveuse réflexe est alors transmise au cerveau par le nerf trifacial et peut, de la sorte, produire des convulsions. L'enfant est agité et ne dort pas. Le cerveau qui, à cette période de la vie, a besoin de tant de repos, souffre nécessairement de cet état de choses. Il n'y a peut-être parmi nous aucun praticien qui, en consultant ses souvenirs, ne se rappelle avoir, dans l'inexpérience des premières années, méconnu ces symptômes pourtant si frappants et qui ne reste fort surpris de les avoir négligés.

Les maux de tête habituels chez les enfants plus âgés indiquent l'épuisement et l'irritabilité du cerveau, et si dans ces cas l'on veut exorcer outre mesure l'intelligence de l'enfant, ce ne sera pas sans danger pour celui-ci. Il semble étrange que ceux qui ont mission de diriger l'éducation des enfants ne s'aperçoivent pas du danger que courent les enfants dont l'intelligence est ainsi surmenée. Si les efforts intellectuels sont poussés trop loin, le cerveau s'anémie et se fatigue, et la nutrition des cellules de la substance corticale en souffre plus ou moins.

La céphalalgie est souvent héréditaire. On l'a vue affecter les enfants d'une même famille, bien qu'ils eussent été élevés séparément

et dans des milieux différents. Dans ces cas, il y a dans le système nerveux lui-même une tendance particulière à la maladie. En poussant les perquisitions un peu loin, on trouvera souvent, je crois, que les parents de ces enfants sont sujets à quelque maladie nerveuse, telles que la neurasthénie, la paralyxie, etc., et peut-être même que des enfants de cette famille ont déjà souffert de chorée, d'asthme, etc. Dans beaucoup de cas aussi, le sang lui-même se trouve dans de mauvaises conditions. Le cerveau ne recevant qu'une petite quantité d'un sang déjà appauvri, ne peut plus suffire à sa tâche.

La céphalalgie névralgique (hémicranie) n'est pas très fréquente chez les enfants, mais on la rencontre encore plus souvent qu'on ne croirait. Si je m'en rapporte à l'expérience que j'en ai, on la rencontre surtout chez trois classes d'enfants. 1^o Ceux à tempérament nerveux, dont le système nerveux est facilement surexcité et par conséquent s'épuise plus tôt. Si ces enfants sont forcés d'étudier beaucoup, ils en souffrent davantage encore. 2^o Ceux qui ont été affaiblis par quelque grave maladie, une réclusion trop prolongée, le manque d'air pur, etc. 3^o Ceux qui sont nés de parents délicats, et qui ont été mal nourris.

Complications cardiaques dans le cours du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants.—Après des observations nombreuses faites sur une série de cas de rhumatisme articulaire aigu chez les enfants, le Dr. Vohsen formule les conclusions suivantes: 1^o Dans près de la moitié des cas observés, il y a eu endocardite suivie d'insuffisance valvulaire marquée. 2^o La valvule mitrale a été plus souvent intéressée par les autres. L'endocardite s'est manifestée ordinairement au cours des deux premières semaines de la maladie. La péricardite a également été une complication fréquente. 3^o Le salicylate de soude, tout en exerçant une influence salutaire sur l'affection articulaire, n'a pas paru empêcher les complications du côté du cœur. 4^o Ce sont les formes bénignes du rhumatisme articulaire qui sont surtout aptes à être suivies de maladie du cœur, d'où la nécessité de bien examiner le cœur même dans les cas légers de cette maladie.—(N. Y. Med. Record.)

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Prurit de la vulve.—*Duhring*

1^o R—Hydrat. chloral..... gr. x ad. xxx
Aque..... ʒi

M.—En lotions.

2^o R—Borat. sodæ..... ʒiv
Morph. sulphat..... ʒiij
Glycerinæ..... ʒss
Aque ʒviiss

M.—En lotions ou injections.

3^o R—Alumin. nitratis..... ̄i
 Aquæ..... ̄i
 M.—En injections.

4^o R—Gum. camphoræ.
 Chloral. hydratis..... â.â. ̄i
 Ungt rosæ..... ̄i
 M.—En onctions.

Cystite.—(Skene)

R—Acid benzoici, Sodii biberatis..... â.â. gr. x
 Infus buchu..... ̄ii
 M.—A prendre 3 ou 4 fois par jour.

Aphthes.

R—Potasse chlorat.
 Sodæ sulphatis.
 Sodæ biberat..... â.â. ̄iiss
 Glycerinæ ̄ss
 Aquæ ad. ̄ii
 M.—Usage local.

Coqueluche.—(Dervieux)

R—Extract. aconiti..... gr. $\frac{1}{15}$
 Aq. laur. ceras..... ̄i
 Syrup. ipécac..... m. XLV
 Mucilag. ̄ii

M.—Une cuillerée à thé toutes les heures chez les jeunes enfants ; deux cuillerées chez les enfants au-dessus de trois ans, et une cuillerée à soupe chez les adultes.

Formules contre la blennorrhagie.—1^o Crayon médicamenteux pour le traitement de la blennorrhagie uréthrale :

Iodoforme.... 0.50 centigr.
 Beurre de cacao..... q. s.

Pour f. s. a. un crayon de 10 centimètres de long et de un demi-centimètre de diamètre.

Ce crayon devra être introduit dans l'urèthre immédiatement après une miction, et le malade, couché sur le dos, devra retenir ses urines le plus longtemps possible.

On a attribué à l'emploi de ces crayons une efficacité abortive que nous ne saurions garantir.

Éviter l'emploi, comme excipient, de la glycérine, qui irrite la muqueuse au lieu d'application.

2^o Idem pour la vulvo-vaginite spécifique des petites filles.

Iodoforme..... 2 à 4 gram.
 Beurre de cacao q. s.

D'après R. Pott, une, au plus deux applications de bougie à l'iodoforme suffisent pour obtenir une guérison presque immédiate de la vul-

vo-vaginite des petites filles, alors que cette affection a résisté aux diverses médications qu'on a continué de lui opposer. (*Gaz. méd. de Paris*, 23 décembre 1882.)

Avortement.—(*Dr A. H. Smith*)

R— Ergotinæ..... gr. ii
 Spirit. vin. rectific.
 Glycerinæ..... ſ.ſ. ʒss
 M.—Cinq gouttes en injection hypodermique *p. r. n.*

Aménorrhée.—(*Courty*)

R— Pulv. rutæ.
 Pulv. sabinæ,
 Pulv. ergotæ..... ſ.ſ. gr. i
 Pulv. aloes..... gr. ʒ
 M.—Ft. pilula No. 1.

DOSE: Trois pilules semblables le premier jour, six le second jour et neuf le troisième jour.

Suppositoire d'iodoforme contre les hémorrhoides.

R— Iodoforme..... ʒi
 Baume du Pérou..... ʒii
 Beurre de cacao, cire blanche, ſ.ſ..... ʒiiss
 Magnésie calcinée..... ʒi

Faites une masse homogène et divisez en douze suppositoires. Introduisez un suppositoire après chaque selle, et même plus souvent, au besoin.—(*Louisv. Med. News—Can. Lancet.*)

Pertes séminales.—(*Beard*)

R— Gelsemii..... gr. ʒ
 Camphor. bromidi..... gr. iss
 Ergotinæ.
 Lupulini..... gr. ʒ
 M.—Ft. pilula.

A prendre deux ou trois fois par jour.

Affections spasmodiques des voies respiratoires chez les enfants.

(*Simon*)

R— Tinct. belladonnæ.
 Tinct. aconit rad..... ſ.ſ. m. LXXV
 Vini opii..... gtt, v
 M.—Trois gouttes matin et soir, augmentant d'une goutte par jour.

Gercures du mamelon.—Monti conseille de badigeonner le mamelon avec une solution fraîche de gutta percha dans le chloroforme. Mettez juste ce qu'il faut de chloroforme pour rendre la solution fluide. En séchant, cette solution forme une pellicule protectrice qui ne s'enlève pas même par la succion.—(*Le Praticien.—Can. Lancet.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSNIERS.

MONTREAL, FEVRIER 1883.

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

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

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

Clinique obstétricale.

Dans une correspondance adressée au *Journal de médecine de Bordeaux* et insérée dans le numéro du 3 décembre de ce journal, quelques étudiants de la Faculté de Bordeaux se plaignent de la difficulté qu'ils éprouvent à étudier les accouchements au point de vue de la pratique. Cette difficulté existerait même pour les internes de l'hôpital.

“La haute main dans la maternité, disent-ils, appartient aux sages-femmes qui, sous des prétextes divers, ne permettent pas d'examiner les femmes. La clinique elle-même se donne à une heure où nous sommes retenus dans nos services hospitaliers.”

Nous offrons à nos jeunes amis de Bordeaux nos sincères sympathies au sujet de la difficulté dont ils ont à souffrir, et si cela les peut consoler en quelque chose, nous leur dirons qu'à Montréal nous ne sommes guère mieux partagés sous de certains rapports. A plusieurs reprises déjà, nos étudiants se sont plaints de la manière dont se fait le service dans nos maternités, et les griefs sont nombreux, nous n'indiquerons que les plus importants.

En premier lieu, le moyen que l'on prend pour avertir qu'un accouchement est à se faire, est pour le moins insuffisant, et les élèves sont souvent obligés de faire le pied de grue toute une journée, et même davantage, en face de la maternité, pour épier l'apparition de la *planche noire*; de là, une perte de temps considérable. De plus, aucun signal n'est donné la nuit, de sorte que la plupart des cas sont effectivement perdus pour la clinique.

En second lieu, la plus grande partie des cas auxquels les élèves peuvent assister sont laissés presque exclusivement aux soins de ces derniers, de façon que la démonstration clinique est absolument nulle la plupart du temps. L'élève observe ce qu'il peut et ce qu'il veut, et souvent il le fait d'une manière fort superficielle, vu l'absence d'un chef de clinique autorisé.

Enfin, les étudiants ne sont pas admis à suivre la marche des *suites de couches*. Une fois l'accouchement terminé et le placenta expulsé, l'élève lave ses mains, prend son chapeau et s'en va, et c'est là tout ce qu'il peut avoir. L'évolution des différentes phases par lesquelles passe la malade avant de pouvoir se lever et sortir, lui est pratiquement inconnue, de même que les nombreuses complications de l'état puerpéral, telles que la métrite, la métropéritonite, la phlébite crurale, etc. Pour les élèves ces accidents n'existent que dans les livres. Jamais ils n'ont pu suivre jusqu'à sa terminaison, heureuse ou fatale, un seul cas de parturition. Comment pourront-ils rencontrer de sang froid leurs premiers cas de fièvre puerpérale, par exemple, s'ils n'ont jamais été mis à même d'observer les symptômes initiaux et la marche de cette affection? Est-ce que les maladies de la femme qui vient d'accoucher ne méritent pas au même titre que toutes les autres d'attirer l'attention du praticien ou de l'étudiant? Dans tous nos hôpitaux, l'on insiste à outrance sur l'importance qu'il y a d'examiner les malades, de suivre les cas attentivement, d'observer la marche des symptômes et leur ordre de succession, de noter les variations du pouls et de la température etc., et l'on ne ferait rien pour une classe de maladies de l'issue desquelles dépend l'existence de nos mères de famille?

Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'insister davantage pour faire saisir tout l'absurde d'une telle disposition. Étudions-nous plutôt à en chercher le remède, et à l'appliquer aussi vite que possible. C'est chose facile.

Il faudrait de toute nécessité que, dans nos maternités, une salle fut consacrée au service des femmes récemment accouchées, et que les élèves eussent accès à cette salle, en un mot, qu'un service clinique régulier fut établi.

Nous avouons que nous en sommes encore à ignorer quelles sont les objections sérieuses que l'on pourrait soulever contre ce projet. Les règlements d'une maternité peuvent être modifiés comme ceux de toute institution de ce genre, surtout s'il doit en résulter un plus grand bien. Le sentiment de honte légitime que quelques-unes de ces filles-mères désirent cacher au fond d'une maternité y est aussi sauvegardé que l'est celui d'une foule de malades affectés de vérole ou de maladies vénériennes et qui encombrant les hôpitaux ordinaires.

Il nous semble qu'avec un peu d'entente entre les diverses parties intéressées, et s'il le faut, avec l'appui de l'autorité compétente, il serait assez peu difficile de modifier l'état de choses actuel. Sinon, il ne resterait plus qu'un moyen : ce serait d'affecter une ou deux salles de nos hôpitaux à un service gratuit d'accouchements. Les sujets ne manqueraient pas, à coup sûr, et l'élève aurait là sous la main tous les matériaux cliniques nécessaires. Nous avons déjà entendu quelques uns de nos amis exprimer cette idée, et nous serions, pour notre part, fort disposés à en presser l'exécution si la chose devenait urgente.

Pour ce qui est des deux premiers griefs, on peut y remédier plus

aisément encore. Que les maternités soient reliées par fil télégraphique, ou mieux par téléphone, avec nos écoles de médecine, et les élèves pourront dès lors épargner un temps qui leur est précieux tout en ne courant aucun risque de perdre leur *chance*. Une disposition semblable pourrait, avec quelques modifications, être prise pour la nuit. Quant à la présence effective et réelle d'un chef de clinique obstétricale à chaque cas qui se présente à la maternité, sa nécessité est admise de tous et une seule chose aurait lieu de nous étonner, c'est que l'on ait pu seulement songer à la méconnaître.

Sages-femmes.

Il nous vient de presque tous les différents districts ruraux des correspondances au sujet des sages-femmes. On peut juger de la teneur de ces correspondances par celles que nous avons publiées depuis quelque temps. Ce genre de charlatanisme est, grâce à Dieu, moins fréquent dans les villes depuis que nous jouissons de la protection de "l'Acte Médical" mais en revanche, s'il faut en juger par leur *tolle*, nos confrères de campagne n'ont pas lieu d'être aussi satisfaits que nous. Vraiment, ils ont les meilleures raisons possibles de se plaindre, car les sages-femmes de campagne sont devenues une véritable plaie professionnelle. C'est une édition travestie des œuvres du fameux Dr. Buchanan, et un fac-simile de ce qui se passe actuellement à Boston où, pour douze piastres, on peut devenir Docteur en Médecine d'une institution qui n'existe pas, mais qui se nomme *Bellevue Medical College of Boston*.

Toute femme qui voudra *pratiquer l'art* des accouchements, trouvera toujours, en cherchant bien, un médecin qui lui délivrera un certificat de compétence.

Mais que nos confrères ne l'oublient pas, on a voulu parer à un danger et forcer les sages femmes à acquérir les qualifications nécessaires à la sûreté du public et à la protection des droits des médecins, mais par malheur il s'est rencontré deux médecins de campagne qui, pour des raisons qu'ils appréciaient mieux que nous, ont réussi à légaliser l'état de choses actuel.

Notre Acte Médical n'est pas encore parfait, tant s'en faut; il ressemble un peu à l'ancien couteau de chirurgie à deux tranchants: un pour l'opéré et l'autre pour.....l'opérateur, comme dit Farabeuf. On peut trouver mieux. Allez, confrères, nos vœux vous accompagnent et nos bras sont à votre disposition.

Contribution annuelle des membres du Collège des M. et C. de la Province de Québec.

Nous avons publié dans notre livraison de septembre 1882, une résolution adoptée par le collège à sa séance du 10 mai précédent, et par laquelle M. C. E. de Lamirande était *seul* chargé de collecter la susdite contribution, mais vu certaines ambiguïtés dans la décision du Bureau des Gouverneurs, nous avons dû accéder aux réclamations des intéressés, et annoncer dans notre livraison de novembre que la contribution annuelle pouvait être payée indistinctement, soit au Dr. Léonidas Larue, de Québec, soit à M. de Lamirande, de Montréal.

Comme il est facile de le supposer, il en est résulté un surcroît d'ouvrage pour ces deux messieurs, et une confusion qui n'a pas été à l'avantage de la caisse du collège. Ceux des médecins qui ne sont pas pressés de payer leurs dettes (car il y en a) avaient là beau jeu. M. de Lamirande leur envoyait-il la note de leur contribution? On répondait: Ne vous troublez pas davantage, nous paierons à M. le Dr. Larue. Et pourquoi pas *vice versa*? Aussi, le Bureau n'a pas tardé à mettre ordre à cet état de choses, comme on le voit par la résolution ci-jointe.

Pour éviter tout malentendu, nous publions le document officiel. Espérons que cette fois nous n'aurons pas à revenir sur nos pas.

QUÉBEC, 2 octobre, 1882.

Monsieur,—J'ai l'honneur de vous informer qu'à la dernière assemblée semi-annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec tenue à Québec, le 27 septembre, 1882, il a été résolu: "Qu'à l'avenir toute la contribution annuelle et les arrérages soient collectés par M. de Lamirande, au nom du Régistrateur."

J'ai l'honneur d'être, Monsieur,

Votre très-humble serviteur,

A. G. BELLEAU, M. D.,

Secrétaire C. M. et C. P. Q.

M. C. E. DE LAMIRANDE, etc., etc., Montréal.

Petite Correspondance.

Q.—*Quel est le meilleur traité sur les fractures et les luxations?* Dr J. N. B.—s.

R.—Les auteurs de chirurgie, tels que Bryant, Erichsen, Duplay et Follin, Gross etc, traitent assez au long de ces sujets. Nous conseillons spécialement ASHURST: *The principles and practice of Surgery*.—3e édition, Philadelphie, L. C. Lea, 1882.

Hamilton, de New-York, a publié sur les fractures et les luxations un bien bon traité qui n'a que l'inconvénient d'être un peu long.

Q.—*Quels sont les ouvrages les plus récents sur la pathologie interne?*

Dr J. N. B.—s.

R.—Auteurs américains.—FLINT, *Practice of Medicine*; nouvelle édition 1 vol. 1882.—BARTHOLOW, *A Treatise on the Practice of Medicine*.—1 vol, 3e édition, 1882.—PALMER, *A Treatise on the Science and Practice of Medicine*; 1ère édition, 1882.

Auteurs anglais.—REYNOLDS, *A System of Medicine*.—(Édition américaine publiée par Hartshorne) 3 volumes, 1880.—WATSON, *Lectures on the principles and Practice of Physic*—on dit qu'une nouvelle édition de cet ouvrage est à se préparer.

Auteurs français.—DIEULAFOY, *Manuel de pathologie interne*.—2 vols, 1882. La seconde partie du volume II est encore sous presse.—VULPIAN, *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*.—1 vol, 1882

Les dernières éditions de Jaccoud (*Pathologie interne*), Trousseau (*Clinique médicale*), Grisoille (*Pathologie interne*), Peter (*Leçons de clinique médicale*) ne remontent guère au-delà de 1879.

On a publié en France, surtout en ces dernières années, un grand nombre de traités sur certains groupes de maladies, e. g., les maladies du cœur, du système nerveux, des voies digestives, etc.

Brochures reçues.

Règlements et formules du Ministère de l'Agriculture, concernant le recueillement des statistiques mortuaires.

Rapport du ministre d'agriculture et des statistiques de la province de Manitoba pour l'année 1881.

Annual Report of the Sanitary Protection Association of Newport, R. I., for 1881-82.

The Physician's Pocket Day-Book, du Dr. C. H. Leonard. Livre de comptes, registre obstétrical, etc., des plus ingénieux. Prix, \$1. The Illustrated Medical Journal Co., Detroit, Mich.

Scrofula and its Gland disease, by Frederick Treves, F. R. C. S. Eng., Philadelphia, Henry C. Lea's Son & Co., 1883.

Annual Address delivered before the American Academy of Medicine at Philadelphia, October 26th, 1882, by Traill Green, A.M., M.D., president of the Academy.

The dangers of impure ice. Report to the Sanitary Protection Association of Newport, R. I., upon the purity of the ice supply from Almy's Pond, by Profs. R. Pampelly, W. B. Hills and Dr. H. R. Storer. Reprint from the Sanitarian for May 1882.

NOUVELLES MÉDICALES.

Agapes.—Le 30 janvier dernier, messieurs les étudiants en médecine de l'Université Victoria ont donné leur premier dîner annuel à l'Hôtel Richelieu. La fête a été un véritable succès, et nos jeunes amis peuvent en être fiers.

Nous empruntons à *La Minerve* le compte rendu de ce banquet.

“Le banquet donné par les élèves de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal a été l'une des plus belles soirées du genre que nous ayons eues à Montréal. Les convives étaient au nombre de 110 environ et l'entrain et la cordialité n'ont pas manqué un seul instant.

“A la table d'honneur, décorée avec beaucoup de goût, présidait M. J. G. Prévost, président du comité d'organisation. A sa droite était le Dr. Hingston et à sa gauche le Dr D'Orsonnens.

“On remarquait dans la salle, l'honorable sénateur Girard. Son Honneur le maire Beaudry, les Drs McDonald, Mignault, Guérin, Beaudry, Brunelle etc.

“Après avoir fait honneur au menu qui faisait l'éloge de la cuisine de l'hôtel, on proposa les santés d'usage: “La Reine,” le “lieutenant gouverneur,” les “gouvernements fédéral et local,” “le maire,” à laquelle ce dernier répondit, “l'Université Victoria de Cobourg,” proposée par le Dr. D'Orsonnens et à laquelle répondit M. McLaren, représentant cette institution; “l'Alma Mater,” proposée par le Dr Trudeau et à laquelle répondit M. P. Chartrand; “le président et les professeurs,” à laquelle répondirent le Dr. D'Orsonnens et le Dr.

Beaudry; "l'Hôtel-Dieu," à laquelle répondirent les Drs. Hingston et Brunelle; les "universités-sœurs," proposée par le Dr Mignault, réponse par MM. Gagnier, étudiant à l'Université Laval, Martel, étudiant de McGill, et Drummond, étudiant du collège Bishop; "nos invités," proposée par M. Henri Lacoursière, réponse par M. C. Pelletier, avocat; "les élèves de 4ème année" proposée par M. O. J. Comtois, réponse par M. G. M. Wattier; "les élèves de 1ère année" proposée par le Dr. Beaudry, réponse par M. Rodier; "la presse" proposée par J. H. Chalifoux, réponse par MM. Berthelot, de *L'Etendard*, Prieur, du *Monde*, et Prieur du *Courrier de Montréal*; "le président" proposée par le Dr. Hingston, et enfin "les dames" proposée par M. A. Mignault, et à laquelle répondit le Dr. Guerin.

"Entre chaque santé, il y avait musique et chant.

"On se sépara de bonne heure le matin, après avoir passé une couple d'heures charmantes et gaies."

Samedi, le 3 février, c'était au tour des élèves en médecine de l'Université-Laval à Montréal de convier à un banquet, leurs professeurs, leurs confrères des autres facultés de Laval et des autres universités, ainsi que les représentants de la presse.

Hôtes et invités représentaient une centaine de convives dans la grande salle de l'Hôtel Richelieu. M. F. Gagnier, M.B., présidait, ayant à sa droite les Drs Rottot, doyen de la Faculté, E. P. Lachapelle, A. T. Brosseau, A. A. Foucher, S. Duval et H. E. Desrosiers, et à sa gauche, M. E. A. Généreux, trésorier de l'Hôpital Notre-Dame, et les Drs A. Lamarche et N. Fafard, C. M. Filiatrault. MM. J. A. N. Provencher, rédacteur de la *Minerve*, H. Beaugrand, directeur de la *Patrie*, L. O. David, directeur de la *Tribune* et Prieur, représentant le *Monde*, ainsi que les représentants des facultés médicales *Victoria*, *Bishop* et *McGill*, et de la Faculté de Droit de Laval avaient aussi pris place à la table d'honneur. La carte du menu avait été préparée d'après un genre tout nouveau. Le nom de chaque mets était accompagné de citations extraites de poètes français et des auteurs gastronomiques les plus compétents. Le menu lui-même était en même temps varié, riche et succulent et chaque plat servi à point. Nous avons rarement vu, dans un banquet de ce genre, un service aussi régulièrement et aussi vivement fait.

Après que l'on eût dîné comme l'on sait dîner quand on est jeune, et ce soir là tout le monde avait un grain de jeunesse, le président, M. Gagnier, porta les santés officielles: La Reine, le Gouverneur-Général, le Maire, que l'on but en silence. Puis M. Devlin présenta la santé de l'*Alma Mater*, et le Dr E. P. Lachapelle y répondit.

Le Doyen et les Professeurs, proposée par M. Gagnier; réponse par le Dr. J. P. Rottot.

Les Facultés Sœurs, proposée par M. J. Desjardins; réponses par M. Rioux de l'Ecole *Victoria* et M. Sirois du collège *Bishop*.

L'Hôpital Notre-Dame, proposée par M. J. Gauthier; réponses par M. E. A. Généreux et les Drs. A. T. Brosseau et H. E. Desrosiers.

L'Union Médicale du Canada, proposée par M. J. Leroux; réponse par le Dr. A. Lamarche.

La Faculté de Droit, proposée par le Dr. Desrosiers ; réponse par M. Ed. Beauset, élève en Droit.

Les Dames, proposé par M. N. Valin ; réponse par M. Ths. Brennan.

La Presse, proposé par M. G. Lafontaine ; réponses par MM. J. A. N. Provencher, H. Beaugrand, L. O. David et A. Prieur.

Les Finales, proposée par le Dr. C. M. Filiatrault ; réponse par M. A. R. Marsolais.

Les Primaires, proposée par le Dr. N. Fafurd ; réponse par M. G. Chabot.

Ces diverses santés furent bues avec le plus grand entrain en même temps qu'avec une modération digne d'éloges.

Il était près d'une heure quand la joyeuse réunion se dispersa, tous se disant à revoir, à l'année prochaine.

Asile des aliénés de la Longue-Pointe.—Les révérendes sœurs de la Providence sont à faire les préparatifs nécessaires à la construction de quatre grands pavillons qui devront être annexés à la bâtisse principale de l'asile, ce qui augmente du double les dimensions de l'édifice actuel. Grâce à ces améliorations, les aliénés qui sont considérés comme furieux ou dangereux pourront être mieux séparés des autres patients. Actuellement, d'après le rapport du Dr Howard, il y a place pour 820 aliénés ; mais les additions précédentes sont faites en vue du nombre toujours croissant des demandes d'admission. Quand les travaux seront terminés, il y aura place pour deux mille malades.

Convention sanitaire.—La convention sanitaire s'est réunie à Québec le 31 janvier dernier. Étaient présents les maires et présidents des bureaux de santé de toutes les principales villes de la province, un grand nombre de membres de l'Assemblée Législative, des députés du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec etc. Des délégués ont été choisis et ont eu une entrevue de l'hon. premier ministre. Celui-ci leur a conseillé de préparer un projet de loi sanitaire, puis de s'entendre avec le gouvernement fédéral au sujet des bases à donner à une législature mutuelle, après quoi rapport serait fait à lui (M. Mousseau) et le projet soumis à la législature. Lors de la seconde lecture du *bill*, un comité nommé par la Convention se réunirait pour aider à l'élaboration de la loi. Les délégués se sont retirés satisfaits des promesses de l'hon. premier, et la convention s'étant de nouveau réunie, le comité suivant a été nommé dans le but de préparer le projet de loi et d'en presser l'adoption.

Les hons. Drs. Ross et DeBoucherville. Les hons. MM. Robertson, Mercier, Drs. Laberge, M.P.P., Cameron, M.P.P., Dubamel, M.P.P., Martel, M.P.P., Martin, M.P.P., Rinfret, M.P.P., Lavallée, M.P.P., Frégeau, M.P.P., le maire Langelier, les Drs. Marsden, Lemieux, Wells, Charles Verge, Dionne, Roy, Catellier, Montizambert et Belleau de Québec ; le Dr. A. B. Larocque, de Montréal ; le Dr. N. Lacerte, de Lévis ; l'hon. Dr. Blanchet, de Lévis ; l'hon. J. L. Beaudry, maire de Montréal, et MM. F. N. Boxer et J. A. U. Beaudry, de Montréal.

Le Dr. Martel, M.P.P., s'est chargé de présenter le bill devant la Chambre d'Assemblée.

Les Dames de l'Hotel-Dieu, à la demande du Dr. Hingston et autres, ont consacré une salle spéciale à l'ovariotomie.

Remèdes Patentés.—Nous regrettons de voir plusieurs confrères bien placés dans la profession prêter leur signature, comme réclame, à certain remède patenté, à l'efficacité merveilleuse duquel il est fort douteux qu'ils puissent croire. Pour cette fois, nos savants confrères ont été mal inspirés.

M. Potain vient d'être nommé membre de l'Académie de Médecine. *La Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* remarque à ce sujet que cette élection donne raison au proverbe: "Il n'est jamais trop tard pour bien faire."

Autopsie de M Gambetta.— " Ville-d'Avray, 2 janvier, 11 h. du matin.

" L'autopsie faite avec le plus grand soin, et dont le procès-verbal détaillé sera ultérieurement publié, a fait connaître :

" 1. Une inflammation ancienne de l'intestin ayant produit un rétrécissement de la terminaison de l'intestin grêle et de la valvule *ileo-cæcale*.

" 2 Une large et profonde infiltration purulente siégeant en arrière du *colon* et dans la paroi abdominale.

" 3. Un léger degré de péritonite généralisée qui s'est produite dans les derniers moments de la vie.

" Les autres organes ne présentaient aucune lésion. La blessure était complètement cicatrisée.

" En somme, M. Gambetta a succombé à une *pérityphlite* et une *péricolite* suppurées.

" Toute intervention chirurgicale eût été inutile et dangereuse. Elle n'eût eu d'autre résultat que d'abrégé la vie.

" Ont signé : les professeurs Paul Bert, Brouardel, Charcot, Cornil, Trélat, Verneuil, ; les docteurs Lannelongue, Siredey, Fieuzal, Liouville, Mathias-Duval, Laborde, Gardat, Gille, et M. Paul Gibier, interne."

ERRATA—Deux erreurs typographiques se sont glissées dans le rapport de l'Hôpital Notre-Dame tel qu'inséré dans notre livraison de janvier dernier. A la page 19, ligne 2 au lieu de : à dose de *un demi grain*, lisez : *un grain*. De plus, la formule qui suit doit se lire ainsi : R. Pulv. opii : Pulv. plumbi acet; Pulv. camphoræ, ââ ʒss, au lieu de : ââ ʒi.

VARIETES.

Projet de loi sur la crémation.—Voici le texte d'un projet déposé sur le bureau de la Chambre des députés à Paris, par M. Paul-Casimir Périer :

ARTICLE PREMIER.—Tout citoyen pourra, par acte de dernière volonté, décider que son corps sera soumis à la crémation, au lieu d'être inhumé dans les conditions usitées jusqu'à ce jour. A défaut de l'expression de la volonté personnelle, toute famille ou toutes personnes

qualifiées à cet effet auront le droit de faire procéder à la crémation du corps de la personne décédée.

ART. 2.—En cas d'opposition fondée sur quelque motif que ce soit, il sera statué dans les vingt-quatre heures par le juge de paix du domicile, lequel pourra, soit ordonner qu'il sera sursis, soit ordonner l'inhumation provisoire, jusqu'à décision définitive.

ART. 3.—En cas de dénonciation de crime ou d'action directe exercée par le ministère public, il devra être procédé à l'autopsie, aux frais de qui de droit, préalablement à la crémation; et sur le refus des intéressés, en l'absence d'une décision judiciaire, l'inhumation aurait lieu.

ART. 4. Un règlement d'administration publique règlera toutes les conditions de constatation préalable, d'ordre et de police, auxquelles devrait être subordonné l'exercice du droit accordé par la présente loi.

ART. 5.—Sont abrogées toutes les dispositions légales antérieures contraires à la présente loi.

Nos Grands-Pères en Esculape.

Nous trouvons dans un almanach de Québec pour l'année 1797 la liste suivante de nos grands pères en médecine. *Tempora mutantur.*

Médecins, Chirurgiens, etc., pour le District de Québec.

MOSSES	{	James Fisher,	} Chirurgiens appointés pour examiner ceux qui demandent des Licences.
		James Davidson, François Lajus,	
<i>Licenciés.</i>			
MOSSES.	{	Ignace Friedell,	} Chirurgiens et Apothicaires.
		P. Chicou Duvert, P. L. B. dit Lalancet, John Danglede, John Cond. Eust, François Suzar, Joseph Karth,	
		Fred. Bofferer, F. Dohren, J. A. Blunkee, Liveright Pize, F. Potdevin, J. Denechaud,	
		Pierre de Salles Laterriere, Physicien et Chirurgien. Jean Bte. Léandre Menard, Chirurgien. Thomas Prendergast, Physicien et Chirurgien.	

Pour le District de Montréal.

MOSSES	{	Charles Blake, George Selby, R. Jones, Richard Symes, Xavier Bender, J. Bte. Jaubert, Henry Loedel & John Rowand.	} Chirurgiens appointés pour examiner ceux qui demandent des Licences.
<i>Licenciés.</i>			
		Jean Claude Lehoulier, John Bowand, Jean Duconduc, Robert Jones, Hern. Melchior Eberts, George Stubenger, John Ferrics, Henry Loedel, George Meyers, Louis Barbier, Marie Antoine Vigneau, George Henkel,	} Chirurgiens, Apothicaires et Accoucheurs. Chirurgiens et Apothicaires.

François Rieutord,	}	Chirurgiens.
Daniel Arnoldi,		
Henry Munro,		
J. Herigault,		
J. Bte. Rieutord,		
Alexander Talham,	}	Accoucheufes.
Aug. Benj. Schiller,		
Marie la Victoire,		
Joseph l'oifimenu,		
Marie Major,		
Catherine Partridge,	}	saigneurs et arracheurs de dents.
Joseph Borgne,		
August Globenskynd,		
Theodore Stein,		
Charles Schiller,		
Charles Grezinger,		
Charles Thenel,		
Guillaume La Bat,		
Anthony Berthe,		
Jofiah Pommeroy, Apothicaire.		
John Kinkaid, Apothicaire.		
Simon Frafer, Chirurgien et Apothicaire.		

Sonnet.

LA FEMME MEDECIN.

En dépit du bon sens et de l'ordre des choses,
 Pourquoi porter atteinte à la saine raison ?
 Le chaos de la fable et ses métamorphoses
 Nous revient escorté d'un docteur en jupon,

Qui, sans considérer les effets et les causes,
 De ses grâces flétrit et les lis et les roses.
 Laisant à d'autres mains le soin d'un nourrisson,
 D'un cours d'anatomie elle suit la leçon.

Puis, de l'amphithéâtre accourt vers une mère
 Voir le triste tableau de sa propre misère.
 Eve folle, crois moi, ne sors pas de ton rôle.

Laisse là le scalpel et reprends le fuseau,
 Subissant de l'amour le suave contrôle,
 Ta science est au clair et ton art au berceau. Dr. CARRIÈRE

NAISSANCES.

FOUCHER.—En cette ville, le 24 janvier, la dame du Dr A. A. Foucher, une fille.
 TURCOT.—A St. Hyacinthe, le 19 janvier, la dame du Dr. J. E. Turcôt, une fille
 TRUDEL.—En cette ville, le 1er février, la dame du Dr. F. X. Trudel, un fils.

MARIAGES.

COTÉ-LAPIERRE.—A Québec, le 23 janvier, le Dr Valère Côté, de St-Raphaël, à mademoiselle Olympe Lapierre.

OLIVIER—RIVARD.—A Joliette, le 23 janvier, Mr. L. A. Olivier, avocat d'Ottawa, à mademoiselle Edouardina Rivard, fille aînée de M. le Dr. A. M. Rivard.

DÉCÈS

GLADU.—A Sorel, le 10 janvier, Mary Anne Hall, âgée de 37 ans, épouse du Dr. L. V. A. Gladu.

LAFLEUR.—A Lévis le 12 janvier, à l'âge de 41 ans, Catherine Walsh-Cloutier, épouse du Dr G. B. Lafleur.

MARSAN.—A St-Joseph de Lévis, le 13 janvier, Marie Hortense Célair Lebel, épouse du Dr A. A. Marsan.

DRAINVILLE.—A St. Barthélemi, le 29 janvier, à l'âge de 41 ans, Marie-Thérèse-Amélie Fauteux, épouse du Dr. J. S. H. Drainville.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.—Hôpital Notre-Dame —M. Foucher, 49—Lettres aux deux Wilfrid, deuxième lettre, par L. Coyteux Prévost, M.D., 52—Hernie ventrale; étranglement; guérison; par Aimé Trudel, M.D.L., 59—Groupe Rougele et Scarlatine, par Sev. Lachapelle, M.D., 60—Du diabète sucre, par G. Archambault, M.D., (suite et fin) 62

REVUE DES JOURNAUX.—PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—Vertige dans les affections cardiaques: angine de poitrine, 68—Quassine; effets physiologiques et thérapeutiques, 70—La pneumo-typhoïde 71

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.—De l'utilité des médicaments styptiques en chirurgie, 72—Iodoforme, 74—Fracture de la rotule, 75—Abscs chauds..... 75

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.—De l'hémorragie post-puerpérale, 75—Ovario-mé pendant la grossesse 78—Emploi de l'ipéca dans les accouchements laborieux 78

PÉDIATRIE.—Diagnostic des paralysies chez les enfants, 79—Des maux de tête

chez les enfants, 83 — Complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu 84

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.—Prurit de la vulve, 84—Cystite, 85—Aphthes, 85—Coqueluche, 85 — Avortement, 86 — Suppositoire d'iodoforme contre les hémorrhoides, 86—Pertes séminales, 86 Affections spasmodiques des voies respiratoires chez les enfants, 86—Gerçures du mamelon 86

BULLEFIN.—Clinique obstétricale, 87—Sages-femmes, 89 — Contribution annuelle des membres du Collège des M. et C de la Province de Québec, 89 Petite correspondance, 90 — Brochures reçues 91

NOUVELLES MÉDICALES.—Agapes, 91 — Asile des Aînés de la Longue-Pointe, 93 — Convention sanitaire, 93 — Les Dames de l'Hôtel-Dieu, 94—Remèdes patentés, 94—M. Potain, 94—Autopsie de M. Gambetta, 94—Errata 94

VARIÉTÉS.—Projet de loi sur la crémation, 94—Nos grands pères en Esculape 95—La femme médecin, (Sonnet) Naissances.—Mariages.—Décès.....96

Avis aux Médecins !

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE-PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

803, RUE SAINTE-CATHERINE, 803

(Entre les rues Saint-Denis et Sanguinet)

MONTREAL.

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

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

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

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

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

Veillez mentionner l'UNION MEDICALE DU CANADA.

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

NOVEMBRE ET DÉCEMBRE . . . 1876
OCTOBRE 1877
FÉVRIER ET AVRIL 1879
JANVIER, FÉVRIER ET SEPTEMBRE 1882

Expédiez comme paquet-poste et adressez :

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

PHARMACIE ST. JACQUES

646, Rue Ste. Catherine, 646

MONTREAL.

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

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

S. LACHANCE

PHARMACIEN

646, Rue Ste Catherine, 646

MANUEL DES MALADIES DES FEMMES

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

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

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