

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

L'UNION MEDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE. FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

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

L'UNION

paraît au commencement de chaque mois.

ABONNEMENT :

\$3.00 par Année

payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTIMS.



ADRESSE :

Boite 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

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

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. — Tumeur cancéreuse du crâne, par L. Coyteux Prevost, M.D., médecin de l'Hôpital-Général d'Ottawa, membre de l'Association médicale du Canada. 463
Communication, Dr D. Marsil. 470
HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal. 473
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — De la perte subite de connaissance : diagnostic différentiel (*Suite et fin*). — Traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire par le bicarbonate de potasse et le bicarbonate de soude — Meningite, suite de delirium tremens... 477
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Le pansement à l'iodoforme. — Traitement de la constipation chez les hémorroïdaires. — Des conditions qui contre-indiquent la réunion immédiate, par Verneuil. 488
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Méthode pour prévenir la nécessité de l'avortement. — Pourquoi fait-on accoucher la

femme dans le decubitus dorsal? ... 495
FORMULES ET PRÉSCRIPTIONS. — Anémie et chlorose. — Chorea. 497
BULLETTIN. — Finances. — No Bill. — Les Pharmaciens et l'Acte des Licences — Petite Correspondance. — Livre reçu. — Brochures reçues. 498
NOUVELLES MÉDICALES. — Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du C. M. C. P. Q. — Association Médicale du Canada. — Actions en domage. — Université Laval, Montréal; Faculté de Médecine, année '82-83. — Réformes sanitaires. — Personnel. — Acquisition. — Université Laval, Montréal; Faculté de Médecine. — Université McGill; Faculté de Médecine. — Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal. — Hôpital Notre-Dame. — Contribution de membres du Collège des Médecins et Chirurgiens, P. Q. — Le microbe de la syphilis 504
VARIÉTÉS. — Encore un comble. — Ils n'en veulent pas. — Jugements. — Mariage. — Décès. 508

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

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

Tumeur cancéreuse du crâne, (1)

Par L. COYTEUX PRÉVOST, M.D., médecin de l'Hôpital-Général d'Ottawa,
membre de l'Association médicale du Canada.

Le 12 mai 1882, M. C..., *homme de cages*, âgé de 58 ans, vint me consulter au sujet d'une tumeur au front. Le patient, suivant toute apparence était un homme fort et robuste et ne se plaignait de rien autre chose que de cette excroissance dont il désirait se débarrasser.

Je ne pus découvrir chez lui aucune lésion héréditaire; il n'a jamais eu la syphilis, n'a jamais reçu de coups ni fait de chute sur la tête et a toujours joui d'une santé parfaite malgré vingt années de la rude existence d'homme de chantier. Cependant, depuis les 7 ou 8 dernières années il a été, tous les automnes, affecté de douleurs névralgiques sur le trajet du nerf trifacial droit.

Ses souffrances quoique très aigües, étaient toujours de courte durée et ne l'ont jamais empêché de faire son travail.

Pendant l'automne de 1881, l'attaque de névralgie n'eut pas lieu. Vers la fin de janvier 1882, en passant la main sur son front, il découvrit accidentellement, dans le frontal, une petite ouverture recouverte par la peau et fit de suite part de ce fait à ses amis. Ceux-ci constatèrent en effet l'existence d'un trou dans l'os et de plus, une légère tuméfaction, une bosse sur le bord de la petite ouverture qui était à ce moment de la grandeur d'une pièce de 25 centins.

Le patient, jouissant d'une santé parfaite, n'éprouvant aucune douleur ne se préoccupa nullement de sa découverte.

Peu à peu la bosse augmenta de volume et finit par faire relief sous la peau.

Au commencement du printemps, devenu inquiet du développement de cette tumeur, il vint à Pembroke et y con-

(1) Lecture faite à l'Association Médicale du Canada, à l'assemblée tenue à Toronto, le 7 septembre dernier.

sulta plusieurs médecins. L'un d'eux plongea une aiguille exploratrice dans la tumeur et en retira du sang pur. On lui dit de retourner chez lui, d'éviter soigneusement de toute chute et de ne plus faire aucun travail fatigant vu qu'il était affecté d'un anévrisme contre lequel toute intervention chirurgicale était impossible.

C'est à ce moment qu'il vint me consulter. A droite de la ligne médiane du front, il existe une bosse, environ du volume d'une grosse orange, presque régulièrement sphérique excepté du côté externe où elle semble s'allonger et diminuer de volume. La peau n'est pas décolorée et est mobile sur la tumeur. Celle-ci est élastique, modérément tendue et donne au toucher la sensation d'une fausse fluctuation. On y constate des pulsations isochrones avec les battements du cœur. Ce dernier caractère, quoique peu accentué, est cependant parfaitement distinct. La respiration n'a aucun effet sur la tumeur. Sous une pression régulière et continue de la main la tumeur est presque oblitérée et on constate la disparition complète d'une grande partie de l'os frontal et une ouverture de deux à trois pouces de diamètre.

A travers la peau les bords de cette perforation semblent être dentelés, irréguliers et sensibles au toucher. La compression et la réduction de la tumeur ne causent au patient aucun malaise ni aucun phénomène physiologique appréciable.

Ce néoplasme, d'après l'observation du patient lui-même, ne présente pas toujours le même volume mais ordinairement est plus proéminent l'après-midi et diminue le matin et pendant l'avant-midi.

Depuis quelques semaines il se plaint en outre d'une faiblesse visuelle de l'œil droit.

L'état général est bon, le cœur et les poumons n'offrent rien d'anormal, les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Il n'y a absolument aucun trouble de la motricité ni de la sensibilité.

Considérant le siège et les caractères de la tumeur mon attention se porta du côté des fractions intellectuelles, et je recherchai avec soin les signes de la compression cérébrale, mais, fait curieux, là aussi les symptômes restaient presque complètement négatifs. La physionomie avait, il est vrai, un certain cachet d'hébétude, mais je suis fort disposé à croire que c'était là l'apparence innée et habituelle de l'individu.

Quoiqu'il m'ait fourni les matériaux cliniques et pathologiques de la présente observation, je dois avouer que j'eus beaucoup de difficulté à obtenir du malade l'histoire du cas, à cause du manque de lucidité de son esprit et de la lenteur de ses

réponses. Tranquillement assis sur sa chaise, il restait silencieux et assoupi.

Je lui demandai de m'accompagner à une réunion de médecins qui avait lieu ce soir-là, il y consentit volontiers.

Il se faisait tard, je lui dis : Il nous faut faire diligence, un homme de chantier doit être bon marcheur, pouvez vous me suivre ? Il répondit dans l'affirmative et nous partîmes. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'il avait trop présumé de ses forces car je dus m'arrêter deux ou trois fois pour l'attendre. Je dus même revenir sur mes pas à sa rencontre et le trouvai marchant doucement, tête basse et l'air distrait. Chaque fois que je lui adressais la parole il pressait subitement le pas comme s'il eut oublié qu'il venait avec moi, mais reprenait bientôt son allure ordinaire.

Les médecins l'examinèrent. Ses réponses furent laconiques, mais lucides et sans trouble de langage. Après l'assemblée je lui demandai s'il se sentait capable de retourner seul à sa pension : il répondit "oui" et partit. Mais le lendemain j'appris qu'il s'était égaré quoique la route lui fut familière et n'était arrivé chez lui qu'à cinq heures du matin.

Deux jours après il entra à l'hôpital. Il tomba bientôt dans un état d'indifférence complète passant les journées au lit et ne demandant ni nourriture ni quoique ce soit.

Je remarquai à cette époque un degré bien marqué d'exophtalmos de l'œil droit, dont le volume tenait les paupières séparées. Le globe oculaire semblait aussi légèrement ramolli. La peau qui recouvrait la tumeur présentait une coloration rougeâtre et était sillonnée de veines dilatées.

Le 16 mai, à midi, je le trouvai dans le coma avec un pouls de 140 et une respiration très accélérée. Il resta dans cet état jusqu'à sa mort qui eut lieu à 6 heures du soir.

À l'autopsie, 18 heures après la mort, je trouvai la tumeur en partie affaissée. La peau qui la recouvrait avait repris la coloration normale et s'était ridée. Je disséquai et relevai deux lambeaux pour découvrir la tumeur que je vis faisant hernie à travers la perforation du frontal et présentant une surface lisse et une teinte bleuâtre. Incisée dans son diamètre horizontal elle me parut formée dans sa couche externe d'un tissu mou brun, rougeâtre, extrêmement vasculaire et renfermée dans une très mince enveloppe. Graduellement et surtout au-dessous du niveau de l'os frontal, la consistance changeait et présentait l'aspect d'une pulpe grisâtre, analogue à la substance cérébrale quoique légèrement plus molle, que je recueillis avec une cuillère.

Cette substance remplissait une cavité pouvant contenir un

œuf de poule et située entre l'os et la dure-mère. Celle-ci était déprimée en arrière et repoussait devant elle l'hémisphère cérébral droit qu'elle comprimait presque jusqu'au niveau de l'os temporal.

La dure-mère est parfaitement normale, nullement injectée et conserve après l'évacuation de la cavité la forme concave et arrondie qui lui a été imprimée par le néoplasme.

La partie postérieure de l'orbite semble aussi avoir été envahie par le processus hypertrophique, ce qui explique l'exophthalmos observé pendant la vie.

Ce patient était affecté d'un cancer encéphaloïde médullaire de l'os frontal et la vascularité de sa texture le range dans la classe de ces productions morbides auxquelles Hey a donné le nom de "fungus hematodes."

Cette affection a été longtemps et est encore par quelques écrivains exclusivement désignée sous le nom impropre de fungus de la dure-mère. De fait, Louis et tous les chirurgiens qui l'ont précédé prétendaient que toutes les tumeurs cancéreuses de la voûte du crâne originaient constamment de la face externe de la dure-mère et s'étendaient de là vers la peau après avoir perforé la boîte osseuse.

En 1785 Sandifort et Seibold furent les premiers à abandonner cette théorie exclusive. Ils démontrèrent que ces tumeurs originent dans le diploë. Quelques années après, Lassus, dans son traité de pathologie chirurgicale et Whather et Chelius, prouvèrent, par des observations indiscutables, l'origine multiple des tumeurs cancéreuses du crâne, et aujourd'hui presque tous les chirurgiens admettent que ces tumeurs peuvent originer de la peau, des os, de la dure-mère et même du cerveau.

Dans le cas que j'ai l'honneur de soumettre à votre considération, il est évident que le processus morbide n'a pas originé dans la dure-mère qui à l'autopsie était intacte de toute altération et présentait tous les caractères de la membrane normale.

L'histoire clinique du cas démontre, en outre, que l'os doit avoir été le siège initial du néoplasme qui après avoir perforé le frontal fit saillie sous la peau d'une part et de l'autre repoussa la dure-mère et l'hémisphère cérébral.

Le cancer des os du crâne est plus fréquent chez l'adulte; tantôt solitaire et circonscrit, tantôt il n'est que la manifestation de la diathèse cancéreuse généralisée.

Le produit morbide débute quelquefois entre le périoste et l'os et se développe ensuite à l'extérieur par envahissement de la peau. Mais, règle générale, le processus commence

Dans le diploë, sépare la table interne de l'externe, toutes deux sont absorbées, disparaissent et laissent une ouverture plus ou moins considérable à bords rugueux, piquants et dentelés, indice d'une ostéite raréfiante se terminant par une nécrose partielle.

Les symptômes varient selon que la tumeur débute à la surface de l'os ou dans le diploë. Dans le premier cas, on peut sentir une bosse plus ou moins molle, donnant la sensation d'une fausse fluctuation et pouvant présenter les caractères d'une véritable tumeur liquide.

Lorsqu'elle origine dans le diploë elle peut rester longtemps sans offrir aucune manifestation extérieure. Mais peu à peu la table externe s'amincit par l'effet de l'absorption et le doigt peut déprimer la tumeur qui donne une sensation analogue à la crépitation du parchemin.

Quand l'os est complètement perforé, le fungus soulève la peau et apparaît sous la forme d'une tumeur arrondie, élastique, animée de battements isochrones avec le pouls plus rarement avec les mouvements respiratoires. Lorsque la table interne a été absorbée la tumeur est réductible en tout ou en partie et la perforation osseuse peut alors être sentie.

Quelquefois cette réduction de la tumeur produit des troubles cérébraux ; tels que la syncope, les convulsions, des crises épileptiques, dans d'autres cas au contraire la réduction peut s'effectuer sans produire aucun de ces symptômes, comme dans la présente observation.

Les symptômes cérébraux dont je viens de parler, apparaissent souvent spontanément et comme conséquence des progrès de la maladie ; le patient éprouve alors un engourdissement des membres, des syncopes, des paralysies, le coma, en un mot, tous les signes de la compression cérébrale. A ce degré, l'issue fatale n'est pas éloignée. Quelquefois la tumeur s'ulcère et le patient meurt d'épuisement ou d'hémorrhagie. La durée de la maladie peut être assez longue, mais quand une fois l'os est perforé, il est rare que la vie se prolonge plus d'un ou deux ans. La mort peut survenir beaucoup plus tôt comme on le voit dans le cas actuel qui a parcouru en cinq mois ses diverses périodes.

Comme vous l'avez pu remarquer au cours de cette observation, cette tumeur a donné lieu à une erreur de diagnostic ; on l'avait prise pour un anévrisme.

Les exemples de semblables méprises ne sont pas rares dans les annales de la science, et le diagnostic du cancer encéphaloïde des os du crâne est certainement entouré de difficultés qui ne sont pas cependant insurmontables si l'on fait attention aux points suivants :

La *réductibilité* par la pression, les pulsations isochrones avec les battements du cœur nous ont permis, dans ce cas, de ranger la tumeur au nombre de celles communiquant avec la cavité crânienne, et d'éliminer toutes les productions pathologiques siégeant à la surface du crâne.

Parmi les premières, l'encéphalocèle, l'anévrisme de l'artère méningée moyenne et le fungus de la dure-mère étaient les seules qui pussent nous induire en erreur. Mais l'encéphalocèle est congénital ou produit par un coup, une chute avec fracture du crâne ; en outre il siège ordinairement à la partie postérieure de la tête. Rien, dans l'histoire de ce cas, n'indiquait l'existence d'aucun de ces divers caractères. L'anévrisme de l'artère méningée moyenne siège en un endroit tout autre que celui occupé par le fungus dans le cas présent. Il siège, tout naturellement sur le trajet parcouru par l'artère, c'est-à-dire par les parties latérales de la tête. Dans l'anévrisme, en outre les pulsations sont beaucoup plus fortes que celles que nous remarquons dans le cancer des os du crâne, quelque soit la vascularité de ceux-ci. Il est vrai que l'anévrisme peut être réduit par la pression, mais aussitôt que celle-ci est enlevée, la tumeur reprend son volume primitif et cela soudainement, après deux ou trois pulsations cardiaques, tandis que dans l'encéphaloïde ce n'est que lentement et après un grand nombre de ces pulsations que la tumeur revient à sa forme première.

Il n'y a pas de bruit de souffle dans le fungus, et la compression de la carotide, qui, dans le cas d'un anévrisme, arrête les pulsations de la tumeur, n'a aucune influence sur les battements siégeant dans le fungus.

Quant aux signes diagnostiques entre l'encéphaloïde des os du crâne et le fungus de la dure-mère, j'avoue qu'ils manquent très souvent, principalement à la dernière période de la maladie.

Dans le fungus de la dure-mère les symptômes cérébraux se montrent peut-être plus souvent de même que certains symptômes fonctionnels tels que névralgie, surdité, etc. Ici cependant l'erreur serait de peu d'importance ; vû que le pronostic est le même dans les deux cas, ainsi que le traitement, celui-ci consistant surtout dans l'abstention de toute intervention chirurgicale.

De fait la nature et le siège de la production pathologique suffisent amplement à arrêter la main du chirurgien. Cependant quelques-uns ont conseillé de mettre le fungus tout à fait à nu, en le circonscrivant au moyen du trépan et d'en faire ensuite l'ablation complète.

Grossman, Peccholi et Nélaton semblent avoir obtenu, par ce

moyen des succès réels. Mais ces cas ne sont pas assez nombreux pour que le chirurgien soit justifiable d'avoir recours à une opération aussi sérieuse, surtout quand on a affaire à une maladie qui devra tôt ou tard se reproduire fatalement.

En somme, quand il s'agit d'une tumeur consistante, élastique, demi-fluctuante, siégeant à la voûte crânienne, surtout à la région frontale, présentant des battements isochrones aux pulsations du cœur ou aux mouvements respiratoires, se réduisant, par la pression, à travers une perforation des os du crâne pour revenir ensuite lentement à ses dimensions premières, enfin ne présentant aucun bruit de souffle et n'éprouvant aucun changement par l'effet de la compression des gros vaisseaux du cou, que cette tumeur soit ou non accompagnée de symptômes de compression cérébrale, nous pouvons sans crainte diagnostiquer une tumeur ayant pris naissance soit à la surface de la dure mère ou plutôt au milieu des os du crâne, cette affection est certainement mortelle et ne requiert qu'un traitement purement palliatif.

J'ai cru, messieurs, que cette observation serait de quelque intérêt pour vous, pour plusieurs raisons, mais parmi les faits sur lesquels je viens d'attirer votre attention, il en est un qui prime tous les autres. Je veux parler du degré considérable de compression exercé par cette tumeur sur le cerveau, en même temps que l'absence presque absolue des symptômes physiologiques auxquels cette compression aurait dû, ce semble, donner lieu. Ce fait, encore qu'il ne soit pas rare, n'en est pas moins remarquable si l'on songe à tous les symptômes que, d'après les auteurs classiques, nous rencontrons ordinairement dans les cas de compression de l'encéphale.

Cette intégrité relative des fonctions cérébrales, telle que nous l'observons chez ce malade, peut à première vue sembler extraordinaire; cependant nous en trouvons une explication satisfaisante dans les idées scientifiques récemment émises à la suite d'observations aussi nombreuses que judicieuses.

Nous pouvons interpréter les phénomènes physiologiques dus à la compression cérébrale en les rapportant soit à l'attrition des éléments de la substance du cerveau, soit à l'altération des parties constituantes de cet organe, soit à la gêne circulatoire produite par la pression extérieure. L'absence d'une ou plusieurs de ces conditions pathologiques suffit à empêcher les symptômes de la compression de se manifester au dehors.

Sans vouloir aller aussi loin que Gama, Descault et Malgaigne qui ont presque réduit à néant l'influence de la compression, et attribué ces divers troubles à une inflammation du cerveau ou de ses membranes, il est néanmoins vrai de dire que dans ces

cas les désordres fonctionnels varient avec une foule de circonstances telles que le siège, l'étendue et la nature de l'agent, qui comprime, ainsi que la rapidité plus ou moins grande de son développement. Ainsi, par exemple, une compression à la base du cerveau est immédiatement suivie de symptômes appréciables tandis qu'une lésion semblable siégeant à la convexité des hémisphères n'en produit souvent aucun.

Ce fait est conforme aux enseignements de l'expérimentation qui a prouvé que la portion périphérique du cerveau ne réagit pas sous l'action des irritants physiologiques et chimiques, tandis qu'en irritant la protubérance annulaire, les pédoncules et le bulbe on produit des troubles de la motilité et de la sensibilité.

La nature de l'élément compresseur joue également un rôle important dans la plus ou moins grande fréquence des troubles physiologiques, et ceux-ci, qui manquent rarement dans le cas d'abcès du cerveau, sont dus à l'inflammation des parties en contact avec le pus, plutôt qu'à la compression produite par le foyer purulent. Et cela est tellement vrai qu'il est excessivement rare que l'évacuation du pus dans un cas d'abcès cérébral ait amené la cessation des symptômes. Bien au contraire, ceux-ci persistent, et avec la même intensité à peu de chose près.

Enfin, une compression soudaine donnera beaucoup plus sûrement lieu à des symptômes cérébraux que ne le pourra faire une lésion à développement lent et qui permet au cerveau de s'habituer, pour ainsi dire, à la présence d'un corps étranger.

Dans ce cas-ci la tumeur siégeait au niveau de la convexité des hémisphères, les parties sous-jacentes avaient subi des altérations organiques et la tumeur s'était accrue graduellement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si les signes habituels de la compression de l'encéphale ont ici fait complètement défaut.

COMMUNICATION

Messieurs les Rédacteurs,

Au cours de votre appréciation de l'ouvrage de gynécologie que vient de traduire M. le Dr J. P. Lavoie, vous dites : " Nous avons constaté, en effet, que très peu d'entre nous possèdent beaucoup de connaissances pratiques en gynécologie, et que,

“ soit difficulté du sujet, soit rareté de matériaux cliniques, soit caractère moral de la population, cette branche de la science médicale n'a pas parmi nous marché de pair avec les autres.”

Généralement, cet aveu est aussi vrai que pénible.

En signalant cette anomalie, pour ne pas dire plus, laissez-moi vous dire que vous faites erreur sur ses causes. Votre position de professeurs ne vous a peut être pas permis de dire toute votre pensée. Ce devoir me semble incomber plutôt à un médecin en dehors du professorat, et c'est parce que j'ai à cœur l'avancement et la diffusion rapides des sciences médicales dans notre province que j'ose vous faire quelques observations qui pourront ne pas être inutiles sans toutefois vous rendre responsables en aucune manière de l'état de chose actuel parce que vous ne faites encore que d'entrer dans l'enseignement. Je voudrais, tout en respectant la vérité, pouvoir être aussi indulgent envers ceux qui avaient mission de faire notre éducation professionnelle !!

Ni la difficulté du sujet, (qui n'est pas plus difficile que les autres branches de la médecine), ni la rareté des matériaux cliniques (qui sont aussi abondants que dans aucune autre partie du monde), ni le caractère moral de notre population (qui est aussi intelligente et aussi soucieuse de sa santé et de sa vie qu'en aucun pays connu) n'ont été un obstacle au progrès des connaissances gynécologiques. Il faut chercher et trouver ailleurs cette cause d'ignorance de cette importante partie des sciences médicales.

Jetez, s'il vous plaît, un coup d'œil sérieux et scrutateur sur toutes les écoles de médecine de la province de Québec et dites moi franchement combien nous avons de chaires de gynécologie? Et nos hôpitaux, combien de services spéciaux possèdent-ils pour l'application éclairée de cette science si utile, si importante et si positive.

N'a-t-on pas eu le temps de songer à tout cela depuis qu'on enseigne ici l'art de guérir?

Lorsque vous m'aurez trouvé une réponse satisfaisante à toutes ces questions, je vous expliquerai pourquoi: “vous constatez en effet que très peu d'entre nous possèdent beaucoup de connaissances gynécologiques.”

Je lis, tous les ans, dans les annuaires de nos écoles de médecine que M. le professeur de tocologie enseigne aussi les maladies des femmes (gynécologie) et les maladies des enfants (pédiatrie). Voilà au moins un professeur hardi, courageux et extra dévoué qui, à lui seul, se fait trinité pédagogique médicale. Pensez-vous que ce n'est pas par trop

pompeux et par trop lourd. Il entreprend—non, il promet—de faire parcourir, à ses élèves en toute sûreté, trois voies hérissées d'obstacle sérieux dans lesquelles on n'ose s'aventurer dans les pays les plus éclairés, que guidé par les maîtres les plus savants. N'est-ce pas que c'est téméraire!! Le résultat, vous le connaissez, vous le signalez et, je le sais, vous le déplorez comme moi.

Qui d'entre nous, pendant qu'il était sur les bancs de l'école de médecine, a jamais entendu parler de gynécologie ou de paediatrie. Quand nous a-t-on dit un seul mot des quelques six cents affections qui torturent si douloureusement la femme et la conduisent prématurément à la tombe?

Il y avait là un devoir sacré à remplir envers nous et envers la société; qu'a-t-on fait? On a voulu ignorer et faire ignorer!!

Cependant l'éducation médicale coûte aussi cher ici que dans les pays où elle est faite avec le plus d'avantage et le plus d'éclat.

Qui d'entre nous a vu traiter une affection de la matrice ou de ses annexes dans un service quelconque de nos hôpitaux, de nos dispensaires, de nos maternités et nos prisons?

Quand nous a-t-on montré un seul instrument de l'arsenal de la gynécologie? Jamais, au grand jamais.

Il est de toute justice, comme de toute vérité, de dire que nos maîtres avaient à subir l'autorité qui commandait dans nos hôpitaux, mais ils n'ont jamais eu le courage de secouer ce joug de l'ignorance. Au reste, étaient ils préparés à cette émancipation et à s'élancer hardiment vers ces horizons brillants de la science? Je ne crois pas. Nous en avons énormément souffert.

La pudeur mal interprétée a pu faire taire ici les exigences raisonnées et raisonnables de la science, mais elle n'a pas été un obstacle invincible au développement de nos connaissances médicales.

Pour trancher cette question en un seul mot, avouons franchement que l'enseignement théorique et pratique ayant été nul ici jusqu'aujourd'hui il n'est pas étonnant que "très peu d'entre nous possèdent beaucoup de connaissances gynécologiques." Cependant il y en a qui en possèdent, mais ne leur demandez pas ce qu'il leur en a coûté de travaux pour parcourir cette route périlleuse qu'aucune lumière et qu'aucun jalon leur indiquaient.

Établissez des chaires dans nos écoles de médecine et des services spéciaux de gynécologie dans nos hôpitaux et vous constaterez avant longtemps que "ni la difficulté du sujet, ni

“ la rareté des matériaux cliniques, ni le caractère moral de “ notre population ” ne peuvent nous empêcher d’avoir de très bons gynécologistes parmi nous.

Ce n’est que par un sentiment d’amitié et de dévouement pour vous, MM. les Rédacteurs, et d’intérêt pour la science que j’ai cru devoir écrire sur cet important sujet ces quelques lignes, qui, je l’espère, recevront une cordiale hospitalité dans votre journal.

A vous de cœur,

DR. D. MARSIL.

St Eustache, 21 septembre 1882.

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Diarrhée chronique; vomissements incoercibles; guérison par la viande crüe.—Maladie de Bright; convulsions; rétinite albuminurique; mort.

*Diarrhée chronique; vomissements incoercibles; guérison par la viande crüe.—*Dame P. C****, 50 ans, est admise à l’Hôpital le 22 août (salle Ste Marie No 33) service du Dr Desrosiers. Elle raconte que depuis 8 mois elle souffre d’une diarrhée que rien jusqu’aujourd’hui n’a pu soulager. A la diarrhée sont venus dernièrement se joindre les vomissements.

La malade est d’une extrême maigreur; teinte subictérique de la peau; conjonctives légèrement jaunes. Cet amaigrissement a débuté avec la diarrhée, il y a huit mois. Les vomissements sont provoqués par l’ingestion de toute espèce d’aliments, même de l’eau froide. L’eau de soude effervescente (*sodacater*) est seule tolérée. Les matières vomies sont vertes, liquides: les selles sont aussi composées de matières vertes et ne contiennent rien qui ressemble à des substances grasses; leur fréquence varie, ordinairement de trois à six par jour. Il n’y a pas actuellement de coliques ni de sensibilité abdominale. Au début la malade a éprouvé quelques douleurs. Les selles, de même que les matières vomies n’ont jamais renfermé de sang.

En palpant l'abdomen on ne découvre nulle part la trace de tumeur. A la région épigastrique il y a la sonorité normale; de même, au niveau du foie, le champ de la matité n'est pas plus étendu. Aucun bruit anormal au cœur; les deux poumons sont sains; l'examen de l'urine ne fait pas découvrir la moindre trace d'albumine.

La patiente est très faible et peut à peine se tenir debout. Il n'y a pas d'œdème. Les artères radiales sont le siège d'athérome, mais les fonctions cérébrales sont intactes.

En résumé il y a ici la plupart des symptômes rationnels de la diathèse cancéreuse, ou tout au moins d'un état cachectique du système, et cependant un examen minutieux ne fait découvrir la moindre trace de cancer ni dans l'estomac, ni dans les intestins, ni dans le foie, ni dans le pancréas. Ajoutons que la mère de cette malade a succombé à un cancer du foie. En l'absence des signes physiques du cancer, on est porté à croire que chez cette femme les vomissements et la diarrhée sont dus à un catarrhe chronique de l'estomac et de l'intestin dû à une alimentation insuffisante et de mauvaise qualité. Le mari est un buveur émérite et a pour habitude de laisser sa femme manquer du nécessaire et c'est ce qui est arrivé surtout depuis quelques mois.

Ceci posé on institue le traitement suivant: Diète liquide exclusivement, et se composant surtout de lait et eau de chaux. Liqueur arsénicale, une goutte toutes les heures jusqu'à cessation du vomissement.

Au bout de deux ou trois jours, les vomissements sont moins fréquents, mais la diarrhée persiste toujours. Le lait, même additionné d'eau de chaux, est occasionnellement rejeté. On le remplace par l'eau de soude effervescente, (*soda-water*) que la malade peut garder très bien. En fait d'aliments on ordonne la viande crüe—filet de bœuf finement haché, puis salé et poivré *ad libitum*—à prendre d'abord deux fois puis trois fois par jour. On continue l'arsenic à la même dose.

La diarrhée et les vomissements cessent alors presque instantanément. Après quinze jours de ce régime on constate que la malade reprend sensiblement ses forces. La face est plus pleine et le teint, sans être déjà animé, semble moins jaune. Ni vomissements ni diarrhée. L'appétit est excellent. on continue le même traitement, et, le 4 septembre la patiente peut se lever et faire quelques pas autour de son lit. La viande crüe est remplacée par la viande rôtie que la malade digère maintenant aussi bien que la première. L'arsenic est remplacé par le sirop d'iodure de fer à dose de 10 gouttes trois fois par jour, après les repas. Le 15, elle laisse l'Hôpital, sans que

les troubles gastro-entériques décrits plus haut se soient manifestés une seule fois depuis que le régime de la viande crüe a été prescrit.

Maladie de Bright ; convulsions, rétinite alluminurique ; mort.—Julien R** agé de 42 ans, entre à l'hôpital le 18 juin 1882, pour un œdème des jambes et une dyspnée assez intense dont il se plaint depuis une ou deux semaines. Ce malade est d'une pâleur extrême et son regard, sans expression aucune : *unmeaning stare* (1). La dyspnée dont il se plaint l'empêche dit-il, de pouvoir se coucher la nuit et il est obligé de dormir dans une position demi assise. La face est un peu œdématisée ainsi que les paupières, et le patient dit que c'est là que *l'enflure* a débuté. Les mains, les pieds et les jambes sont aussi le siège d'œdème, qui cependant est peu marqué. Les nausées sont assez fréquentes ; parfois il survient du vomissement : il y a céphalalgie frontale et occipitale ; sommeil insuffisant ; diarrhée alternant avec de la constipation. A l'auscultation et à la percussion on constate la présence, dans les deux plèvres, d'une assez grande quantité de liquide. Ce liquide se déplace facilement et suit les lois de la pesanteur suivant la position que l'on donne au malade. Celui-ci ne se rappelle pas avoir jamais souffert de douleurs à la région thoracique, points de côté, etc. Evidemment, le liquide épanché dans les plèvres n'est pas, ici, un produit d'inflammation mais un accident hydropique. Dans l'inflammation de la plèvre, le liquide est habituellement trop épais pour pouvoir se déplacer facilement, de plus les adhérences qui se font entre les deux feuillets de la plèvre tendent encore à empêcher ce déplacement. Dans l'hydrothorax au contraire le liquide qui est très fluide, n'est pas emprisonné par les adhérences pleurales ou les fausses membranes.

Les bruits du cœur sont normaux quoique un peu affaiblis ; aucun souffle anormal. L'urine renferme une assez grande quantité d'albumine, et à l'examen microscopique on y découvre des cylindres hyalins parfaitement caractérisés. Les pupilles sont un peu dilatées et le patient accuse un certain degré d'amblyopie encore peu prononcé du reste.

On prescrit d'abord un régime exclusivement lacté, et à l'intérieur le sulfate de quinine, à dose de 1 gr. 3 fois par jour, alternant avec la teinture de muriate de fer.

L'état général du patient reste le même pendant à peu près un mois. La dyspnée est toujours assez considérable, mais le niveau du liquide épanché dans les deux plèvres ne s'élève qu'insensiblement. L'urine est secrétée en moindre quantité ;

(1) Flint.

elle renferme toujours de l'albumine et des débris de tubules. L'amblyopie augmente de jour en jour et bientôt le malade est incapable de distinguer les traits d'une personne placée à cinq pas de lui. L'examen du fond de l'œil révèle l'existence d'une *rétinite albuminurique* c. à d. plaques blanches parsemées de petits stries hémorragiques et siégeant dans la rétine particulièrement au voisinage de la papille. En outre la papille est le siège d'un œdème considérable et bien caractérisé, indiquant un épanchement probable au voisinage du nerf optique.

Le 10 juillet surviennent des convulsions. Ces convulsions présentent tous les caractères de celles que l'on rencontre dans l'intoxication urémique. Elles se répètent deux ou trois fois dans la journée du 15. Le 16, le malade est plus affaibli, la dyspnée semble plus considérable; les convulsions ont cessé. L'examen ophthalmoscopique révèle les mêmes lésions que ci-dessus. L'œdème papillaire est très considérable et sa présence dans ce cas corrobore assez bien l'opinion de ceux qui rapportent les convulsions de la maladie de Bright à la présence de l'œdème cérébral.

Du 16 juillet au 5 septembre, le patient passe par des alternatives de mieux et de pis, affaiblissant graduellement toutefois, mais sans aucune attaque convulsive. La dyspnée est toujours intense, l'œdème est surtout prononcé à la face et aux extrémités inférieures; l'appétit se conserve assez bien malgré tout.

Le 5 septembre il y a déjà forte tendance au coma; le malade toussé davantage et expectore un peu de sang; râles sous crépitants au sommet du poumon gauche. Le coma est complet le 7, et le malade meurt le 10 sans avoir eu d'autres convulsions.

Autopsie faite trente heures après la mort. Il y a anasarque généralisée, tout le tissu cellulaire sous cutané étant infiltré. La cavité pleurale droite renferme deux chopines d'un liquide séreux, de couleur citrine, pas d'adhérences. Du côté gauche la plèvre viscérale adhère fortement dans une certaine partie de son étendue, surtout en haut et en dehors, à la plèvre pariétale. Cette cavité ne renferme que deux ou trois onces de liquide à peu près. Le poumon droit est sain, le gauche est hépatisé à sa partie supérieure. Le péricarde contient environ une pinte d'un liquide semblable à celui épanché dans la plèvre. Ça et là aussi quelques flocons de fibrine de consistance molle, indice d'une péricardite secondaire. Le liquide épanché dans le péricarde est cependant en très grande partie d'origine hydropique. Le cœur est hypertrophié. Les valvules normales.

La rate est plus petite qu'à l'état normal, le foie est congestionné passivement. Le rein droit à peu près de grosseur normale; celui du côté gauche est très petit, contracté et dégénéré.

La cavité péritonéale renferme environ une chopine d'un liquide séreux et citrin.

En égard à des circonstances incontrôlables, le crâne et le corveau n'ont pu être examinés.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la perte subite de connaissance; diagnostic différentiel. Par R. O. BEARD, M. D. (Traduit du *Chicago Medical Journal and Examiner*.)—*Suite et fin.*

Coma alcoolique.—De prime abord, il semblerait que, de toutes les formes que peut revêtir la perte de connaissance celle-ci soit la plus facile à reconnaître, et cependant, aucun état morbide n'a été, plus que celui-ci, la cause d'erreurs de diagnostic et, par là même, de méprises sérieuses dans le traitement.

Trop souvent, le diagnostic *d'ivresse* a été porté dans des cas où les malades, outre qu'ils ont souffert des résultats désastreux d'un traitement non approprié, ont dû se voir l'objet d'imputations très injurieuses et de nature à les compromettre pour toujours.

Dans l'ivresse, l'odeur de l'alcool dans l'air expiré est d'un grand secours pour le diagnostic, mais même avec cette preuve là, il ne faut pas oublier qu'un accident peut arriver à une personne se trouvant à ce moment-là même en état d'ivresse et produire alors la commotion ou la compression du cerveau; on se rappellera également que l'hémorrhagie cérébrale peut aussi se manifester chez un individu ivre.

L'absence de paralysie, la présence d'un relâchement musculaire complet et d'anesthésie, l'état du pouls, de la respiration et de la peau, sont tous dignes d'attirer l'attention, mais l'état de la température et des pupilles nous fournit assurément la meilleure preuve. Une température basse, quelque-

fois remarquablement basse, n'est pas absolument particulière à l'alcoolisme aigu si on compare cette forme de coma aux autres variétés de la même maladie, mais en aucun cas, excepté dans l'empoisonnement urémique, nous ne rencontrons un aussi fréquent et aussi considérable abaissement de la température.

Le Dr Wm MacEwen, de Glasgow, rapporte cinquante cas, observés dans plusieurs circonstances différentes et dont l'échelle thermique indique un abaissement de température de 97°, 9 à 83° 4 F. Cette échelle est tracée d'après la température rectale, qui, selon Winderlich, est toujours d'un demi degré à un degré plus élevé que la température axillaire. On peut donc établir que dans le coma alcoolique la température peut descendre jusqu'à cinq degrés au-dessous de la normale. Le même observateur réclame la précocité d'invention pour un signe suivant lui absolument pathognomonique et qui autant que mes observations me permettent d'en juger, est un moyen de diagnostic important dans les cas douteux, et exclut toute coïncidence de maladie ou de lésion quelconque.

Le Dr MacEwen établit que dans le coma alcoolique essentiel, les pupilles sont invariablement contractées tant que le malade garde un repos complet mais qu'elles se dilatent aussitôt que le patient est soumis à l'action d'un *stimulus* capable de le tirer un tant soit peu de ce sommeil, pour se contracter de nouveau dès que le sujet retombe dans le coma. L'auteur rapporte cinquante cas dont quarante-huit se contractèrent de cinq à trente minutes après l'application de l'agent excitant. Dans les deux cas qui ont fait exception, on a découvert qu'il y avait en antérieurement, une maladie de l'iris à la suite de laquelle cette membrane était restée fixe et incapable de se dilater ou de se contracter.

Depuis la publication de ces faits, j'ai essayé, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, de faire l'expérience en question et dans tous les cas, la pupille s'est comportée exactement comme l'a établi le Dr MacEwen. Cette particularité ne se rencontre dans aucun autre cas de coma et doit être, si l'expérience continue à être confirmée, un signe d'une grande valeur dans le diagnostic du coma alcoolique.

Le narcotisme produit par l'opium suit une marche si rapidement fatale qu'il nécessite un prompt diagnostic. Au défaut de l'action du remède, le patient peut être momentanément éveillé. L'odeur de l'opium peut ordinairement être découverte; on devra avoir présent à la mémoire les signes suivants: relâchement musculaire complet, suppression de toutes les sécrétions excepté celle de la peau qui est abondante, vomissement ordinairement opiniâtre. pupilles fortement contractées.

et insensibles, température légèrement abaissée, et autres symptômes généraux.

Les symptômes de narcotisme produits par les autres narcotiques sont les mêmes. Dans l'empoisonnement par le chloral on remarque la dilatation au lieu de la contraction des pupilles quand l'empoisonnement résulte d'une accumulation lente du médicament dans l'économie.

En terminant cet examen des causes de la perte subite de connaissance j'attirerai votre attention sur la commotion cérébrale, la contusion et la compression du cerveau.

Il est assez difficile d'établir un diagnostic positif entre ces divers états pathologiques, vû que la plupart du temps ils existent simultanément dans un cas donné. Le Dr Bryant dit positivement que " la perte de connaissance est toujours, dans les cas fatals, associée à la contusion du cerveau " et d'après les rapports de *Guy's Hospital* nous voyons que dans chaque cas de commotion cérébrale suivie de mort, il y avait altération de la substance du cerveau.

A la vérité la compression se rencontre souvent seule, mais il ne faudra pas oublier que l'épilepsie ou l'apoplexie peut survenir dans un cas où tout cependant serait de nature à nous faire croire à un accident ou à une chute.

Beaucoup de chirurgiens pensent que la commotion cérébrale pure et simple n'est guère autre chose qu'une perturbation passagère, et certainement il est difficile de croire que dans les cas où le coma persiste pendant des heures et même des jours, il n'y ait pas quelque complication fâcheuse. Dans la commotion cérébrale la perte de connaissance est ordinairement subite et complète.

On définit la contusion cérébrale " une attrition soudaine et violente de la substance cérébrale, accompagnée de plus ou moins de laceration et d'effusion sanguine," cette effusion se présente généralement sous forme de petits points hémorragiques. Elle ne nécessite pas nécessairement une blessure du crâne. Les symptômes, à part ceux de la commotion et de la compression, sont peu connus.

La compression cérébrale d'origine traumatique peut dépendre de la pression des fragments de la table interne ou externe du crâne, ou d'un caillot formé au-dessous du siège de la blessure.

Il s'écoule ordinairement un court intervalle entre l'accident et la perte de connaissance.

L'identité absolue de ces symptômes et de ceux qui se rencontrent dans l'hémorrhagie cérébrale à forme idiopathique, indique que les résultats sont substantiellement les mêmes dans les deux cas.

Quant aux symptômes généraux que l'on trouve dans ces cas je vous renvoie à la table sommaire qui se trouve à la fin de cette étude, et qui permet de faire une comparaison plus facile :

Il faut observer que dans bien des cas les moyens de diagnostic que nous possédons sont à présent très limités, et que ceux qui sont le plus clairement définis sont souvent obscurcis par diverses complications.

Il ne nous reste donc qu'à traiter brièvement du *modus operandi* des différentes causes qui ont pour résultat la perte de connaissance.

L'autopsie ne jette que peu de lumière sur le *modus operandi* des causes, que nous avons étudiées mais si nous rapprochons les quelques faits recueillis de cette manière des faits cliniques déjà obtenus nous en venons presque nécessairement à la conclusion que pour la production de la perte de connaissance une condition pathologique est nécessaire, un manque de sang artériel ou oxygéné dans les vaisseaux du cerveau. Si nous admettons cela, nous nous expliquons tout de suite la difficulté éprouvée à distinguer entre elles ces diverses conditions pathologiques dans le fait que, bien que celles-ci soient produites par des causes variant beaucoup en nature, degré et intensité, le résultat ultime—manifesté par la perte de connaissance est le même dans chaque cas. Ainsi, dans la syncope,—forme la plus simple de perte de connaissance, nous constatons une ischémie des couches corticales du cerveau, causée soit par un arrêt de la circulation générale, soit par une hémorragie abondante dans une autre partie du corps, soit enfin par un état d'anémie chronique. Dans la catalepsie et l'hystérie cérébrale, les symptômes nous indiquent que le même phénomène (ischémie) se passe dans les couches corticales, soit à cause d'un dérangement des fonctions nerveuses, se manifestant probablement au moyen du système vaso-moteur, et amenant une contraction tonique des artérioles du cerveau. Dans la commotion cérébrale la théorie de la paralysie vasculaire affectant les vaisseaux de la portion corticale du cerveau, et amenant l'anémie artérielle avec stase veineuse secondaire, nous donne la meilleure explication possible des phénomènes observés.

Enfin, considérant le fait que dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible qu'une paralysie vasculaire persiste aussi longtemps, il faut admettre que la véritable commotion n'est que de courte durée.

L'insolation nous présente un peu plus de complications mais il est probable, comme Niemeyer le fait remarquer que

l'état fébrile du sang, causé par l'exposition trop prolongée à une chaleur excessive, est accompagné d'une diminution dans le pouvoir oxygénant de ce liquide.

L'épilepsie a aussi été jusqu'à présent très obscure au point de vue de la pathologie, mais des nécrologistes de renom appuient la théorie que le coma est dû à une anémie générale du cerveau, et que les convulsions sont causées par une irritation du *centre convulsif*, résultant d'une hyperémie ou congestion. Cette question, sans aucun doute, demande à être confirmée par l'expérience.

Dans les états toxiques que nous avons passés en revue on peut fort bien rattacher les troubles des fonctions cérébrales à l'influence de l'agent toxique soit que celui-ci agisse directement sur le sang, comme dans l'anémie et l'asphyxie, ou sur le cœur et les vaisseaux par l'intermédiaire du système nerveux, comme dans le narcotisme par l'opium, ou sur les deux, en même temps, comme dans l'empoisonnement alcoolique.

Quelque soit le mode d'action, les résultats semblent être toujours les mêmes dans chaque cas : destruction ou affaiblissement du pouvoir oxygénant du sang, ou modification de la circulation dans la substance cérébrale.

Dans l'hémorragie cérébrale et méningée, ainsi que dans la compression traumatique le même effet est produit par la seule pression mécanique.

Le Dr Bryant fait observer que " dans ces cas, qu'il y ait eu violence extérieure ou hémorragie, la perte de connaissance se manifeste aussitôt que la pression intra-crânienne atteint les capillaires des couches corticales " et il est probable qu'elle commence même avant que ce point là soit atteint.

La rupture d'un abcès dans la substance cérébrale produit mécaniquement le même effet, de même, une embolie, en obstruant les artères du cerveau amène une pression en un certain endroit et comme conséquence, une anémie locale plus circonscrite, ce qui explique la légèreté et le peu de durée des symptômes dans ce dernier cas.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES CAUSES.

CAUSES.	POULS.	RESPIRATION.	TEMPÉRATURE.	PUPILLES.
1 CONGESTION CÉRÉBRALE.	Lent et plein.	Lente et laborieuse, Pas stertoreuse.	Au-dessus de la normale.	Contractées; réaction faible.
2 HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.	Lent, plein, souvent irrégulier.	Lente, laborieuse et stertoreuse.	1 ^o Au-dessus de la normale. 2 ^o Plus tard revient à 3 ^o Plus tard encore s'élève rapidement (105°-70°).	Variables, inégales, in- sensibles à la lumière.
3 HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE.	Lent, plein, et irrégu- lier.	Lente et stertoreuse.	Variable.	Variables, insensibles à la lumière.
4 EMBOÛLIE CÉRÉBRALE.	Lent, faible et petit.	Lente et pleine.	Légèrement abaissée.	Normales.
5 CÉRÉBRITE.	Rapide et irrégulier.	Superficielle et irrégu- lière.	Plus élevée que la nor- male.	Normales.
6 SYNCOPE.	Rapide et diliforme ou faible.	Faible et calme.	Au-dessus de la normale.	Dilatées.
7 ÉPILEPSIE.	Rapide, faible et irrégu- lier.	Difficile, irrégulière, souvent suspirieuse.	Élevée (105°) Fah.	D'abord dilatées; plus tard contractées. Insen- sibles à la lumière.
8 CATALÉPSIE.	Fréquence normale; faible.	Lente et régulière.	Normale.	Dilatées et très sensi- bles à la lumière.

9	HYSTÉRIE CÉRÉBRALE.	Petit, faible, mais régulier.	Rapide et tranquille.	Normale.	Normales.
10	INSOLATION.	D'abord lent et plein, plus tard, rapide, faible et fréquent.	Rapide et légèrement stertoreuse.	Très élevée, (104°-110° Fah.)	Contractées. Insensibles à la lumière.
11	URÉMIE.	Lent, faible et irrégulier.	Lente, laborieuse et stertoreuse.	S'abaisse graduellement.	Dilatées et insensibles à la lumière.
12	ASPHYXIE.	Lent et faible.	Lente, faible et suspicieuse.	Abaisée.	Variables; ordinairement contractées.
13	IVRESSE ALCOOLIQUE.	Petit, faible et fréquent.	Lente et laborieuse. Quelques stertoreuses.	Très abaissée.	Se dilate sous l'action d'une stimulation quelconque, puis se contractent de nouveau.
14	EMPOISONNEMENT PAR OPIUM (COMA).	Petit, faible et irrégulier.	D'abord accélérée. Plus tard, superficielle et lente.	Normale ou un peu abaissée.	Très contractées, insensibles à la lumière.
15	COMOTION CÉRÉBRALE.	Lent, faible et intermittent.	Faible, suspicieuse ou presque nulle.	Au-dessus de la normale.	I égales. Réaction faible.
16	CONTUSION DU CERVEAU.	Lent et faible.	Lente, mais calme.	Normale ou légèrement élevée.	Contractées. Insensibles à la lumière.
17	COMPRESSION CÉRÉBRALE.	Lent, mou et irrégulier.	Lente, laborieuse et stertoreuse.	Variable; s'élève ordinairement.	Dilatées ou inégales. Insensibles à la lumière.

DE LA PERTE SUBITE DE CONNAISSANCE.

MOUVEMENT.	INTELLIGENCE.	SENSATION.	SENS SPÉCIAUX.	FACE.	AUTRES SYMPTOMES.
1 Paralyse partielle. Mouvements réflexes sont moins bien.	Totalement ou partiellement perdue.	Diminuée.	Partiellement altérés.	Congestionnée ou cyanosée.	Distension des veines de la face et du cou. Hémiparésie de la tête.
2 Hémiparésie. Pouvoir réflexe anéanti.	Complètement anéanti.	Entièrement perdue.	Altérés.	Variable.	Relâchement ou paralyse des sphincters. Déglutition imparfaite. Prolapsus fréquent.
3 Paralyse plus ou moins générale. Phénomènes réflexes intacts.	Anéanti.	L'anesthésie accompagnée à la paralyse.	Quelque peu altérés.	Variable.	Relâchement des sphincters. Ordinairement vomissement.
4 Hémiparésie, ordinairement du côté droit. Action réflexe normale.	Momentanément anéanti.	Partiellement perdue.	Normaux.	Pâle.	
5 Relâchement musculaire. Légères convulsions. Action réflexe anéantie.	Anéantie.	Hypéresthésie.	Intacts.	Variable.	Signes généraux de inflammation.
6 Relâchement musculaire. Actes réflexes intacts.	Anéantie.	Altérée.	Altérés.	Très pâle.	Souffles cardiaques et veineux.
7 Convulsions. Action réflexe quelque peu altérée.	Anéantie.	Anéantie.	Altérés.	Pâle, avec teinte cyanosée.	Tremblement des pupilles. Globes oculaires proéminents. Morsure de la langue.
8 Rigidité musculaire. Trembles des actes réflexes.	Anéantie.	Altérée.	Partiellement altérés.	Pâle.	Anémie de la tête. Tremblement des pupilles.

9	Normal.	Partiellement anéanti.	Emoussée.	Quelque peu altérés.	Naturelle.	Mouvements spasmodiques des yeux et des pupilles.
10	Relâchement musculaire. Action réflexe affaiblie.	Complètement anéanti.	Altérée.	Altérés.	Variable.	Peau rude et chaude. Vomissements et diarrhée.
11	Convulsions épileptiformes. Action réflexe affaiblie.	Anéanti.	Altérée.	Altérés.	Pâle.	Anasarque. Haine à l'odeur d'urine. Alhyminie et débris de tubules dans l'urine.
12	Convulsions Diminution de l'action réflexe.	Anéanti.	Altérée.	Troublés.	Variable.	
13	Relâchement musculaire. Mouvements réflexes anéantis.	Anéanti.	Anesthésie complète.	Altérés.	Congestionnée.	Odeur de l'alcool dans l'air expiré.
14	Relâchement musculaire complet. Actes réflexes anéantis. Convulsions dans l'empoisonnement par la morphine.	Anéanti.	Altérée.	Altérés.	Pâle et anéanti. Quelques fois livide.	Odeur de l'opium dans l'haleine. Vomissements Arrêt des sécrétions sauf celle de la peau.
15	Muscles faibles et flasques. Actes réflexes abolis.	Abolite.	Entièrement perdue.	Action faible.	Très pâle.	Surface cutanée froide. Vomissements fréquents. Paralyse de la vessie et des sphincters.
16	Rigidité musculaire; légers spasmes de la face; paralyse des pupilles Actes réflexes altérés.	Abolite.	Altérée.	Altérés.	Pâle.	Relâchement des sphincters.
17	Hémiplégie. Actes réflexes abolis.	Abolite.	Entièrement perdue.	Inactifs.	Très pâle.	Dégénération impossible. Paralyse des sphincters. Retention d'urine.

Traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire par le bicarbonate de potasse et le bicarbonate de soude, par le Dr J. M. Blackerby, (Traduit du *Therapeutic Gazette*, Mai 1882).

Depuis plusieurs années, j'ai employé le bicarbonate de potasse et de soude dans le traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire, et toujours avec un succès marqué. Si l'on me demande pourquoi ces deux médicaments sont si efficaces dans le traitement des névralgies, je répondrai que pendant longtemps, mon expérience à ce sujet n'a été qu'empirique. Souvent, j'ai dû prescrire ces médicaments, soit seuls, soit combinés ensemble, contre certaines maladies requérant un traitement alcalin et accompagnées de névralgie ou de rhumatisme musculaire et j'ai constaté que vers la fin de la maladie et souvent même avant cela, l'affection concomitante (névralgie etc) était guérie ou du moins améliorée. Je résolus alors d'approfondir le *modus operandi* de cette médication et bientôt une occasion favorable se présenta. Il s'agissait d'une femme d'un certain âge et affectée de névralgie trifaciale. Comme cette malade était exposée à de piquantes attaques de cette maladie elle désirait avoir un remède qui put, si non la guérir, du moins soulager ses souffrances.

Mon examen minutieux me fit découvrir chez cette femme les particularités suivantes :

Pouls ferme, dur et violent, 98 à la minute ; langue large et couverte d'un enduit léger mais pâteux ; les muqueuses buccale, nasale et oculaire étaient pâles. Les yeux larmoyants. L'urine de couleur foncée, en petite quantité et très ammoniacale. Intestins assez réguliers, selles argileuses et quelquefois brunes. Crachats épais et visqueux. Voyant cela je commençai le traitement en prescrivant ce qui suit :

R Bicarb. Pot.....	℥ ssj
“ Soude.....	℥ j

Mélez et pulvérissez.

Je fis prendre une cuillerée à thé de ce mélange, dans un verre d'eau froide, et répéter la dose toutes les six heures. A ma visite le lendemain je trouvai la malade entièrement soulagée. Je cherchai alors à m'expliquer comment s'était opérée la guérison. A mon avis, il semble évident qu'il y avait ici suracidité du sang. Après cela on devait se rendre compte du résultat obtenu.

Je résolus alors de continuer mes expériences lorsque l'occasion se présenterait.

Comme la névralgie est une affection que l'on rencontre assez fréquemment j'eus ample occasion d'expérimenter les propriétés des remèdes en question et cela, je puis le dire par expérience, avec les plus heureux résultats pour les sujets souffrant de cette cruelle maladie. Il arrive très souvent dans ma clientèle, que l'on vienne à mon bureau ou que l'on aille chez le pharmacien pour me demander une once du *remède antinévralgique*, certaines personnes mêmes en gardent constamment une petite provision avec eux et s'en administrent une dose au moindre indice de névralgie.

Sans pouvoir dire positivement que ces alcalins soient aussi efficaces dans le traitement du rhumatisme musculaire, j'affirme pourtant que dans chaque cas de rhumatisme musculaire que j'ai eu occasion de traiter ainsi et qui présentait les symptômes ci-dessus énumérés, j'ai obtenu plein succès et guérison complète.

Il y a quelques mois un monsieur vint me consulter, se plaignant de douleurs dans le bras droit et les deux jambes; étant sous l'impression qu'il souffrait de rhumatisme il désirait en être débarrassé. Il avait déjà fait usage de pilules bleues, et employé plusieurs liniments, et autres topiques, mais tout cela sans aucun résultat satisfaisant. Bien que la douleur ne fut pas assez intense pour empêcher cet homme de vaquer à ses affaires, ou pour chasser le sommeil, elle lui causait cependant beaucoup d'ennui et il désirait la voir disparaître le plus tôt possible.

Je lui donnai alors la prescription ci-dessus avec ordre d'en prendre 1 cuillerée à thé dans un verre d'eau froide toutes les quatre heures jusqu'à ce qu'il en eût pris quatre doses, et ensuite une dose tous les six heures jusqu'à guérison. Je le rencontrai quelque temps après et il m'a dit qu'après avoir pris les quatre doses il se trouva bien, mais que pour assurer une guérison complète il voulait continuer à prendre la poudre encore pendant quelque temps. Depuis, ce patient n'a plus souffert de rhumatisme musculaire ni de névralgie quoique son occupation journalière aux variations de l'atmosphère l'exposât beaucoup.

Il y a quatre mois, ayant été moi même exposé à l'humidité, je fus pris, peu de jours après, de rhumatisme musculaire siégeant à l'épaule et au bras du côté gauche. Après avoir, sans résultat, essayé plusieurs médicaments j'eus recours à la même préparation et fus entièrement guéri au bout de deux jours.

Je suis si satisfait des bons résultats obtenus déjà au moyen de ce remède, que dans tous les cas des maladies ci-haut men-

tionnées se présentant avec les caractères que je viens aussi d'indiquer, je le prescriis avec la plus grande confiance, et sans même douter du succès.

Étant donc donné un cas de névralgie où il y aurait lieu de croire à un état acide du liquide sanguin, je répondrais de la guérison, pourvu, cela va sans dire, qu'il n'y ait eu aucune erreur de diagnostic.

—

Méningite suite de delirium tremens.—Nous lisons dans *Le Scalpel*, de Liege. M. le Dr Albert Robin a présenté à la Société de Biologie, un travail très intéressant dans lequel il établit que le *delirium tremens* se transforme parfois en une méningite aiguë. Il est important que ce fait se comm. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1^o Le *delirium tremens*, non fébrile, peut, dans des circonstances encore assez rares, se terminer par méningite aiguë ;

2^o Dans les trois observations citées, cette méningite était localisée à la convexité du cerveau ;

3^o L'apparition de la méningite est caractérisée entre autres symptômes par une élévation rapide et assez considérable de la température axillaire ; par conséquent la fièvre qui se déclare rapidement dans le cours du *delirium tremens* apyrétique acquiert une importance pronostique grave toute particulière et doit faire songer à la méningite quand on ne trouve pas d'autre affection qui puisse l'expliquer ;

4^o La marche de ces méningites terminales paraît plus rapide que celle de la méningite ordinaire ;

5^o Leur expression symptomatique est parfois incomplète ; mais elles peuvent cependant apparaître avec leurs signes cliniques habituels.

—

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

—

Le pansement à l'iodoforme.—Depuis que nous avons traité cette question (*Union Médicale*, Fév. 1882 p. 74) les chirurgiens allemands ont, par leurs expérimentations cliniques, jeté un jour nouveau sur les avantages et les inconvénients de l'iodoforme. Un article du Dr Roswell Park, publié dans les *Annals of Anatomy and Surgery*, livraison de juillet, et auquel nous empruntons largement, mettra nos lecteurs au courant de cette question d'actualité.

Le pansement à l'iodoforme, dit-il, est employé dans les hôpitaux de Vienne à l'exclusion presque complète de tous les autres. Mosetig-Moorhof a traité par cet agent, environ sept mille cas de tous les degrés de gravité. Sur ce nombre immense, il n'a jamais eu occasion de constater les symptômes d'empoisonnement dont parlent Koenig, Schedo, Kocher et autres. Cela dépendrait-il du mode d'emploi particulier qu'il a adopté : Mosetig en effet, n'emploie jamais l'iodoforme conjointement au spray et aux irrigations phéniques, parce que dit-il, l'acide carbolique étant éliminé par les reins, l'élimination de l'iodoforme par les mêmes émonctoires est entravée si on emploie le spray pendant ou même avant l'opération. Comme preuve il cite deux cas de Koenig dans lesquels on ne put trouver d'iode dans les urines que trois jours après l'opération. Cette explication, malgré l'autorité de son auteur n'est pas acceptée des autres chirurgiens.

À l'Hôpital général de Vienne, Billroth, Albert, Dittel et Weinlechner ont adopté à peu près la même routine et sont imités par les chirurgiens de tous les grands hôpitaux civils et militaires.

À la clinique de Billroth on n'emploie jamais le spray. La partie sur laquelle on opère est lavée au savon et à l'eau carbolisée, puis soigneusement lotionnée à l'acide carbolique. Tous les instruments sont immergés dans de l'eau carbolisée ainsi que les éponges. Avant de procéder au pansement on lotionne parfaitement la plaie avec une solution à 3 p. 100. On panse avec la gaze à l'iodoforme au lieu de celle de Lister, sans protective ; on recouvre la gaze d'une couche moyennement épaisse de coton absorbant, puis celui-ci d'un tissu analogue au mackintosh. Le tout est solidement et proprement recouvert d'un large bandage de gaze forte.

Dans certains cas, l'iodoforme peut être saupoudré sur la plaie : sous le périoste dans les amputations souspériostées ; entre les extrémités des os dans les résections ostéoplastiques ; sur la surface interne des lambeaux après l'extirpation des tumeurs.

Le tube à drainage n'est pas aussi nécessaire que dans le procédé de Lister. Sous l'influence de l'iodoforme, la suppuration est moins abondante et prend presque le caractère d'un exsudat séreux.

Les indications de renouveler le pansement sont à peu près les mêmes que sous le régime listérien ; la principale se trouve dans la température qui s'élève après avoir été normale pendant plusieurs heures ou plusieurs jours. La douleur, la cuisson, la démangeaison de la plaie constituent des indi-

cations secondaires qu'il faut surveiller. Mais si on tient compte de la propriété que possède l'iodoforme de calmer la douleur, on ne devra pas s'attendre à rencontrer souvent ces derniers symptômes qui résultent. on effet, bien souvent, d'un bandage mal appliqué ou trop serré.

Incontestablement, continue Roswell Park, l'iodoforme est supérieur à l'acide carbolique comme antiseptique. Bien plus on ne saurait nier qu'il provoque l'absorption plus rapidement qu'aucun autre agent médicinal. C'est la raison pour laquelle les syphiligraphes et les dermatologistes en font un si fréquent et si heureux usage (en solution éthérée) dans les bubons et les engorgements glandulaires scrofuleux.

Voilà le beau côté de la question, mais il y a un revers. Le pansement à l'iodoforme après avoir régné seul pendant plus d'un an dans les hôpitaux d'Allemagne et d'Autriche a fini par donner naissance à des arrières pensées, à des craintes, presque à une panique. Après avoir vu Gussembouër à Prague, dans un cas de résection du coup-de-pied, *bourrer* la plaie de 220 grammes (7 onces) d'iodoforme sans aucun résultat fâcheux, Schede (in Gaz. Méd. de Paris) nous rapporte des accidents toxiques graves produits par l'emploi d'un gramme (18 grains) de la même substance et le Dr Bermann de Baltimore, (in *Maryl. Med. Journal*), un empoisonnement presque fatal produit par l'application de deux ou trois grains d'iodoforme dans un cas de carie de l'oreille moyenne. Kocher, Koenig, Czerny, Kuster, Podrazki et autres ont accumulé un nombre considérable de faits cliniques tendant à mettre en relief les propriétés toxiques de l'iodoforme. D'après Kuster, (in *Med. and Surg. Rep.*) il agit comme un corps étranger et produit des trajets fistuleux par lesquels il est rejeté au dehors, il peut produire un phlegmon, probablement par irritation mécanique; il protège moins que l'acide carbolique contre l'érysipèle; trouble la digestion, produit la fièvre, irrite les centres nerveux, peut amener le délire, la mélancholie, la contraction ou la dilatation des pupilles, l'amblyopie et même la manie et la mort par irritation des centres respiratoires tout cela, remarquons-le bien sans qu'on puisse établir de rapport fixe entre la dose du médicament et la gravité des accidents. Assurément, on ne saurait traiter à la légère les observations d'hommes aussi éminents. Que conclure, alors, de faits en apparence au moins, si contradictoires? "Il n'y a aucun rapport constant," dit M. E. Recklin, (Gaz. Méd. de Paris, 13 mai, 1882; à établir entre la fréquence de ce genre d'accidents et la quantité d'iodoforme mise à la surface de la plaie. Parler d'idiosyncrasies, c'est ne rien expliquer du tout. On a cher-

ché la clef de l'énigme dans la facilité que certaines plaies, par leur siège, par la texture des tissus qu'elles intéressent, offrent à la résorption de l'agent toxique. D'autres ont fait ressortir l'analogie existant entre les symptômes qui caractérisent l'intoxication iodoformique d'origine chirurgicale chez l'homme et ceux qui ont été observés chez les animaux empoisonnés par cette même substance (Binz et Hoegyér). Dans les deux cas, on observe les manifestations d'une paralysie cardiaque et d'une suractivité morbide des centres psychomoteurs. On peut donc, *a priori*, considérer comme des contre-indications à l'emploi de l'iodoforme le mauvais état du cœur et la susceptibilité innée ou acquise des centres nerveux (*neurasthénie*). Les observations connues jusqu'à ce jour témoignent d'une fréquence croissante de l'intoxication par l'iodoforme chez les vieillards, dont le cœur et le cerveau sont presque toujours atteints dans leur intégrité fonctionnelle ou organique."

Quoiqu'il en soit de cette appréciation que nous sommes bien disposé à accepter, les nombreux accidents produits par les premiers essais de l'iodoforme n'ont pas infirmé la valeur du médicament, tant s'en faut, mais ont amené les chirurgiens à rejeter l'emploi des doses massives d'iodoforme en nature, et de la ouate à l'iodoforme; les premières à cause du danger d'absorption et la seconde en raison de l'obstacle qu'elle oppose quelquefois à l'écoulement des sécrétions de la plaie, on choisit de préférence la gaze à l'iodoforme (1) et on procède comme suit: (Med. and Surg. Rep., 12 août 1882)

1^o Sur toutes les blessures récentes, de nature non tuberculeuse, qu'on y ait ou non appliqué des points de suture, appliquez plusieurs doubles, 6 x 8 de gaze à l'iodoforme et recouvrez successivement d'une compresse de coton, d'un papier de gutta percha et d'un bandage de tulle.

2^o Dans les cas de plaies tuberculeuses des os, des articulations ou des parties molles, saupoudrez une seule fois les parois de la plaie avec tout juste ce qu'il faut d'iodoforme pour en mettre toutes les parties en contact avec le médicament (1½ à 2 drachmes suffiront dans tous les cas) suturez ou non suivant le cas et procédez comme ci-dessus (1). Dans les pansements subséquents ne changez que la gaze et la compresse sans saupoudrer d'iodoforme à nouveau. Cette manière de procéder produit des résultats de beaucoup supérieurs à ceux de la méthode de Lister.

3^o Dans toutes plaies des cavités (bouche, nez, vagin, rectum), on ne fait usage que de la gaze iodoformée.

(1) Voir *Union Médicale*, Février 1882, p. 86.

Il va sans dire que pendant l'opération et chaque fois qu'on renouvellera le pansement, on prendra les précautions antiseptiques ordinaires, à l'exception du spray ; à savoir : lavage du champ opératoire, des mains de l'opérateur et des aides ; lotion de la plaie avec une solution d'acide carbolique à 2 p. 100 pendant et à 5 p. 100 à la fin de l'opération. On devra surtout surveiller ce dernier point vu que l'action désinfectante de l'iodoforme n'est pas immédiate comme celle de l'acide carbolique.

—

A. L.

Traitement de la constipation chez les hémorroïdaires.—Ce n'est point du traitement des hémorroïdes qu'il va être question, mais seulement des moyens de prévenir et de combattre certaines complications d'ordre mécanique dues à l'obstruction du gros intestin par le bourrelet hémorroïdal, et qu'on observe principalement chez les sujets affectés d'hémorroïdes *internes*, qui passent facilement inaperçues. Chez les sujets de cette catégorie, tout ce qui congestionne les organes du petit bassin produira la turgescence des veines hémorroïdales variqueuses, et les efforts de défécation produisent ce résultat. Or, si l'expulsion des matières fécales nécessite des efforts excessifs, c'est à cause des hémorroïdes préexistantes qui, oblitérant le rectum, amènent l'accumulation de fèces et surtout des gaz dans la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle d'où flatulence, atonie gastro-intestinale, et cet ensemble de symptômes qui constituent l'état dyspeptique. On tourne, en fin de compte, dans un cercle vicieux, les hémorroïdes, développées sous l'influence d'une cause ou d'une autre, engendrant la constipation et celle-ci aboutissant à aggraver les hémorroïdes.

Différentes indications sont donc à remplir pour régulariser le cours des matières : éloigner du malade tout ce qui pousse aux hémorroïdes, agir sur la dilatation variqueuse des veines hémorroïdales à l'aide de moyens capables de réduire l'obstacle combattre directement l'élément consécutif, la constipation, et qui devient à son tour une cause d'aggravation.

La première indication se rapporte surtout à des prescriptions diététiques et hygiéniques. Beaucoup de gens sont prédisposés aux hémorroïdes en vertu de l'hérédité, cela est parfaitement exact ; mais il n'en est pas moins vrai que l'apparition des hémorroïdes reconnaît le plus souvent pour cause déterminante une hygiène ou une alimentation defectueuse. C'est ainsi que chez les gens qui mènent une vie sédentaire et qui restent longtemps assis, le choix du siège est une chose de

grande importance. C'est là une notion vulgaire sur laquelle nous ne croyons pas devoir insister. Quant à l'influence de l'alimentation, tout ce qui passe pour échauffant aux yeux du public, c'est-à-dire tout ce qui favorise la constipation, prédispose aux hémorroïdes, et comme tels il faut citer surtout les légumes secs, les viandes de porc, de mouton, les aliments gras. Le lait, le café au lait, le *vin blanc*, les liqueurs alcooliques, les *mets glacés*, conviennent fort mal aux sujets déjà en possession d'hémorroïdes et doivent être défendus aux gens menacés de cette infirmité désagréable. Les légumes dits rafraîchissants, l'oseille, les épinards, qui entretiennent la liberté du ventre parce que, n'étant pas digérés, ils sont expulsés en nature et s'opposent à l'agglutination des matières fécales, sont, au contraire, parfaitement indiqués. De même pour les fruits. En somme, comme le conseille le professeur G. Sée, le régime qui réussit le mieux aux hémorroïdes paraît être l'alimentation par les potages, par les viandes de boucherie préalablement dégraissées (le porc et le mouton exceptés), par les légumes verts et les fruits. Comme boisson, on conseillera le vin rouge coupé d'eau, les eaux de table légèrement acidulées, la bière légère.

Pour réduire les bourrolets hémorrhoidaires internes, qui ne sont encore pour le malade qu'une cause de gêne à peine appréciable, nous avons à notre disposition un médicament qui, sous ce rapport, jouit d'une action presque spécifique, c'est le soufre. On l'administre sous forme de fleur de soufre lavé associé au miel, suivant la formule :

Rec. Soufre lavé.....	2 parties
Miel.....	1 —

M. S. A. A prendre une demi cuillerée à bouche tous les matins pendant quelques jours consécutifs. Renouveler la médication de temps en temps

Un autre mode d'administration du soufre consiste à le prescrire associé à la crème de tartre et à la magnésie, suivant la formule :

Rec. Soufre lavé.....	} Parties égales de chaque.
Crème de tartre.....	
Magnésie calcinée...	
M. s. a.	

A l'action spécifique du soufre, cette mixture joint les propriétés absorbantes de la magnésie, activées par l'acidité de la crème de tartre (G. Sée). C'est à l'emploi de cette médication

qu'on aura recours lorsque l'on aura à traiter une constipation opiniâtre d'origine hémorroïdaire. Il faut savoir aussi que l'emploi d'autres évacuants peut faire plus de mal que de bien. Les purgatifs drastiques, et à leur tête Puloès, sont tout particulièrement contre-indiqués. A ce propos, il fait bon savoir que certaines bières exotiques contiennent une certaine quantité d'aloès, tel le *stout*, qui est tout particulièrement nuisible aux hémorroïdaires. Les purgatifs salins, autres que ceux à base de magnésie, doivent également être rejetés, de même que l'emploi des graines macilagineuses. "Les désobstruants mécaniques, dit M. G. Sée, peuvent offrir l'inconvénient de s'accumuler au-dessus de l'obstacle rectal : si on les emploie, il faut qu'ils présentent peu de volume, comme le pain de son."

Nous n'avons pas à parler ici de l'emploi des moyens destinés à combattre les symptômes digestifs qui aboutissent à l'étranglement d'un bourrelet hémorroïdal : applications de sangsues, de glace à l'anus, bains de pieds sinapisés, saignée générale. Mais il est d'autres remèdes plutôt hygiéniques que médicamenteux, qui sont utiles à la fois pour combattre la turgescence des veines hémorroïdales et l'atonie du gros intestin qui en est la conséquence. Nous citerons l'hydrothérapie, sous forme de douches lombaires, de bains de siège dits à *aiguille*, c'est-à-dire donnés avec un appareil qui projette une douche filiforme sur la région du siège et active la circulation dans les organes du petit bassin. Les lavements d'eau fraîche sont également d'un emploi utile dans ces cas. — *Virhy médical.*

Des conditions qui contre-indiquent la réunion immédiate, par Verneuil.—La réunion immédiate, dit M. Verneuil, comme toute opération chirurgicale, reconnaît diverses causes d'insuccès qu'on peut ranger sous deux chefs : *exécution défectueuse, application intempestive*. Cette dernière est malheureusement commune, parce qu'on ne tient pas assez compte des *mauvaises conditions de la plaie, de l'infection du milieu ambiant, des maladies générales du patient*. Aussi le chirurgien doit-il avoir présents à l'esprit les préceptes que le savant professeur formule ainsi :

1° La réunion immédiate est fondamentale, obligatoire, tantôt accessoire, facultative.

2° Dans les deux cas, elle présente des indications très différentes, une utilité très inégale, mais toujours les mêmes chances d'insuccès et les mêmes dangers.

3° Il faut accepter ces chances et ces dangers, en cherchant

sans doute à les atténuer autant que possible dans les cas où la réunion constitue toute l'opération, comme dans les anaplasties.

4° Mais, avant d'associer à une opération quelconque la réunion simplement adjuvante et facultative, il faut chercher si le blessé n'est pas atteint de quelque état constitutionnel qui ferait rejeter ou ajourner chez lui une réunion anaplastique.

5° Si cet état est reconnu, il faut le combattre par les moyens appropriés ; mais, s'il y a urgence ou si la thérapeutique ne peut plus rien, il faut s'abstenir, ne pas faire une tentative de réunion probablement inutile et dangereuse, et employer un autre pansement qui, à défaut d'une guérison rapide, offrira du moins plus de sécurité et d'innocuité.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Méthode pour prévenir la nécessité de l'avortement.—Dr Depaul, dans une de ses dernières lectures, recommande dans certains cas, l'iodure de potassium, une diète régulière et la saignée, pour diminuer le volume de l'enfant, et prévenir la nécessité de provoquer l'avortement.

Il cite le cas suivant à l'appui de sa recommandation : Il y a trente ans un marchand épousait une femme très rachitique, qui devint enceinte peu de temps après son mariage. On consulta un médecin, qui ne sachant que faire fit demander Paul Dubois, celui-ci pratique la perforation du crâne. Une deuxième grossesse survint, et Dubois consulté envoya la jeune femme à Depaul, elle était alors enceinte de quatre à cinq mois. Le bassin mesurait $7\frac{1}{2}$ centimètre à $7\frac{3}{4}$. Depaul alors conseilla à la jeune femme de diminuer la quantité d'aliments qu'elle prenait, et de se soumettre à une diète rigoureuse, afin de pouvoir mettre au monde son enfant vivant, la recommandation fut écoutée, la jeune femme saignée à différentes reprises, suivit un régime de vie très affaiblissant. Depaul suivit les progrès de la grossesse, et plus particulièrement le développement de l'enfant, le huitième mois arrivé Depaul constata que l'enfant était réellement peu développé, il laisse les choses aller leur cours, ne pensant pas nécessaire de provoquer l'avortement.

Finalement, la femme arriva à la fin de son neuvième mois, et Depaul fut demandé ; la tête ne tarda pas à franchir l'angle

sacro vertébral, et l'accouchement se termina heureusement. L'enfant vécut, c'était un garçon; quoique très petit, il était assez fort. La même personne devint enceinte pour la troisième fois, Depaul n'en fut pas averti, et ce ne fut que vers le huitième mois et demi qu'il fut demandé. Il était trop tard pour avoir recours aux moyens employés dans l'accouchement précédent, et Depaul fut obligé de pratiquer la cephilotripsie. Au quatrième accouchement il fut averti à temps, le régime suivi au deuxième accouchement fut de nouveau suivi avec succès, l'enfant vécut et est encore vivant. Au cinquième accouchement, demandé seulement au moment de la délivrance, il ne réussit à avoir l'enfant que par l'opération. M. Depaul considère ce cas comme très concluant, et avec d'autres semblables, il en est venu à la conclusion que sa méthode devait être accompagnée de succès et pouvait être recommandée dans les cas de difformité du bassin, dans le but de prévenir autant que possible, l'avortement forcé.

Nous traduisons cet étude intéressante du *British Medical Journal*.

—

Pourquoi fait-on accoucher la femme dans le decubitus dorsal ?—M. Ludwig, dans une brochure, cherche à démontrer que le décubitus dorsal pèche gravement contre les lois de la mécanique, entrave les différents actes du travail et tourmente la parturiente en l'exposant, ainsi que son enfant à subir des dommages sérieux. C'est pour ces raisons qu'il recommande la position que prennent ordinairement les femmes sauvages et celles qui sont abandonnées à leur instinct, c'est à dire la posture accroupie sur les genoux, le haut du corps penché en avant. Il désire qu'à chaque douleur la sage-femme fasse prendre cette position à la parturiente, en plaçant devant elle une chaise ou un coussin élevé pour y appuyer. Pendant les intervalles des douleurs, la femme peut rester couchée ou assise.

“ Il suffit, en effet, de prescrire cette posture aux femmes dont le col reste élevé en avant ou en arrière et à celles qui ont le périnée trop élevé, pour se convaincre de ses avantages sur l'efficacité des contractions. La tête descend et la dilatation se fait rapidement. Nous nous sommes personnellement assuré, plusieurs fois, de l'avantage de cette position. Quand le travail ne marche pas régulièrement, que la dilatation est lente, sans cause appréciable, nous ne manquons pas de recourir à ce moyen depuis plus de vingt ans, et le plus souvent avec un succès immédiat, en soutenant le périnée ainsi.”—(Cour. méd. et j. d'accouch.)

Abcès du sein, traitement préventif.—A l'occasion d'une femme couchée au lit No 6 de la salle Sainte Marthe, accouchée depuis un mois environ et entrée depuis quelques jours dans son service de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Le Fort faisait remarquer aux personnes qui suivaient sa visite, que les abcès du sein chez les femmes récemment accouchées se développaient généralement en bas et en dehors de la glande mammaire par suite même de la position déclive de la mamelle dans le décubitus dorsal que ces femmes affectent forcément.

Aussi, pour éviter le développement de ces accidents, M. Le Fort conseille-t-il ordinairement, et depuis longtemps déjà, de maintenir les deux seins rapprochés l'un de l'autre au moyen de deux tampons de ouate taillés en croissant et que l'on coud soigneusement sur un bandage de corps. Les mamelles ainsi contenues de chaque côté ne pendent plus à droite et à gauche de la poitrine des femmes couchées sur le dos et ne sont plus sujettes, par suite, aux tiraillements contenus et irritants produits par le poids de la glande. (*Gaz. des hôp.*)

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

Anémie et chlorose. (*Goodell*)

1 ^o R Hydrag chloridi corrosivi.....	gr i
Liq. chlo. arsenici.....	f ʒss
Mis Ferrii-chlo.....	
Acid Muriat. dilut.....	g à f ʒii
Syrupi.....	f ʒiii
Aque.....	f ʒvi

M.—Une cuillerée à soupe après chaque repas pendant pas plus de trois semaines.

2 ^o R Pulv. Ferri Sulph.....	
Potasse Carb pur.....	à ʒii
Syrup. Acacie.....	s.s.

M.—Div. in pulv No 48.

—De une à trois après chaque repas, en commençant par la dose la plus faible. Cette dernière formule est celle de Blot, telle que prescrite par Niemeier.

Chorée (*Sieveling*)

R Chloral Hydrat.....	
Pot. Bromid.....	à ʒii ʒii
Aque.....	ʒviii

M.—Une cuillerée à soupe toutes les 3 heures jusqu'à effet marqué. Ne donner ensuite cette dose que trois fois par jour.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, OCTOBRE 1882.

Comité de Rédaction :

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

Finances.

Comme nos abonnés le savent, nous avons expédié dernièrement les comptes de l'année courante et des arrérages à qui de droit.

Un grand nombre soldent la note avec la ponctualité la plus flatteuse pour nous et pour eux.

Que ceux qui laissent égarer dans un tiroir peu fréquenté... ou au panier, la petite feuille volante, au sort de laquelle nous nous intéressons si tendrement, que ceux-là veuillent donc se rappeler que s'ils ont le droit d'être exigeants avec nous, ils partagent ce droit avec nos créanciers. Nous n'invoquerons pas le vulgaire principe qu'un journal reçu doit être payé; certaines gens disent que ce n'est pas une raison, ça, et c'est vraiment dommage que l'imprimeur ne soit pas de cet avis! Mais qu'y faire, puisqu'il ne veut pas entendre raison? Il nous faudra bien recourir à la bonne volonté de nos lecteurs, et, ce qui pis est, supprimer le journal à ceux qui s'obstineront pendant trop longtemps à différer d'opinion avec lui. C'est une puissance que l'imprimeur. Il survit souvent au journal.

No Bill.

Les libelles politiques sont devenus tellement fréquents qu'ils ont presque épuisé la curiosité publique; mais un libelle médical c'est presque une primeur: de fait, c'est le premier cas de ce genre que nous trouvons dans les quinze années de notre journalisme professionnel.

Nos lecteurs ont probablement été surpris de voir sur les journaux politiques les noms des Drs A. Lamarche, S. Lachapelle et H. E. Desrosiers en compagnie de chevaliers d'industrie, coupe-jarrets, tire-laine et industriels de grand chemin, sur le rapport de la Cour criminelle.

Comme il ne suffit pas toujours en pareille occurrence d'être reconnu comme citoyen intègre et individu pacifique par le cercle de ses familiers, on ne nous en voudra pas d'exposer les faits en deux mots.

Notre bulletin de mai portant pour titre *Fiat Lux* et ayant trait à l'affaire de Lorimier avait eu le pouvoir magique, on n'a encore pu savoir pourquoi, d'exciter la colère de quelques-uns des membres de la Faculté Bishop. En juillet, ces messieurs nous notifiaient par leurs avocats que nous eussions à rétracter l'article en question, sans quoi on prendrait contre nous des procédés légaux. Rétracter quoi, nous n'en savons rien. Nous allâmes donc consulter un avocat faisant autorité en cette matière. Après un examen attentif, il nous répondit catégoriquement qu'il ne voyait pas matière à libelle dans l'article incriminé. Rassurés sur ce point et désirant rasséréner l'âme de nos confrères, nous publiâmes dans notre livraison d'août "un mot d'explication" qui n'est rien moins qu'une rétractation mais qui expliquait nos motifs et nos intentions. Et nous attendîmes le résultat qui ne se fit pas attendre, car, le 12 septembre, nos amis de Bishop soumettaient en Cour criminelle un indictement pour libelle contre les rédacteurs du journal.

On connaît le reste: le grand-jury rendit un verdict de *no bill*.

Nos belliqueux adversaires durent s'en retourner chez eux avec un crêpe à leur tambour, remportant au foyer un fourniment plus mal astiqué qu'au départ et gratifiés, comme solde de cette brillante campagne, d'un *spleen* anglais des plus classique en lieu et place du rire homérique (connaissent-ils cela?) qu'ils auraient voulu se payer à nos frais.

Eh bien! ragez, messieurs, et veuillez croire que nous ne compatissons guère; ça n'est pas charitable, nous direz-vous, mais c'est de bonne guerre et c'est déjà quelque chose en attendant mieux.

Nos lecteurs connaissent déjà l'article *Fiat Lux* ou du moins ils peuvent le voir dans notre livraison de mai; inutile d'y revenir. Qu'on juge, à la lecture de cet article, de la nature de l'agression dont nous avons été l'objet, par le document suivant, dont on voulait nous faire assumer la paternité à titre de rétractation. Ce document nous est parvenu le matin même du jour où nos amis ont soumis leur indictement. Nous traduisons mot à mot:

"A propos d'un article intitulé *Fiat Lux*, publié dans la livraison de mai de notre journal, au sujet d'une déclaration par laquelle MM. E. de Lorimier et autres prétendaient avoir subi un examen privé pour le degré de M.D. et avoir reçu de

cette institution des certificats de qualification à ce degré pour usage en d'autres endroits, mais sans recevoir en même temps le diplôme, devant la Faculté de médecine du Collège Bishop," nous devons dire, après information, qu'aucun examen de ce genre n'a eu lieu et qu'aucun des prétendus certificats de M. de Lorimier et de ses amis n'a jamais existé.

"A la suite d'une entrevue avec les Drs F. W. Campbell et Simpson" (nous n'avons vu ces messieurs ni en chair ni en peinture depuis six mois), "nous déclarons que les procédés de la Faculté ont été réguliers et que nuls autres examens que ceux reconnus par la loi et les règles de l'institution n'ont eu lieu et qu'aucun certificat du genre de ceux auquel M. de Lorimier fait allusion n'a été délivré.

"Nous regrettons" (vous regrettez—ils regrettent) que cet article ait pu donner lieu à des commentaires de nature à faire supposer que cette Faculté ou quelques-uns de ses membres s'était départie d'une ligne de conduite honorable et franche."

Voilà ; c'est tout !

Nous devons avouer en toute sincérité que nous n'avons jamais professé une grande admiration pour la Faculté de médecine Bishop, mais d'un autre côté nous nous sommes toujours gardés de nous immiscer à ses affaires et encore plus d'en dire du mal. Et nous avons beau nous y ingénier, nous ne pouvons deviner dans quel coin de *Fiat Lux* quelques-uns de ses membres ont trouvé à se coiffer d'un pareil bonnet.

Quant aux motifs qui ont fait agir ces messieurs, nous n'en savons rien de positif et nous préférons nous abstenir de faire des suppositions qui ne pourraient être rien moins que flatteuses.

Notre rôle comme journalistes n'est pas de reblanchir les gens ni de délivrer sur demande des certificats d'honorabilité par le retour de la malle.

Notre droit, notre devoir est de prévenir la profession de ce que l'on fait ou de ce que l'on trame contre ses intérêts ; c'est ce que, comme toujours d'ailleurs, nous avons fait à propos de l'affaire E. de Lorimier sans incriminer personnellement aucun individu ni aucune institution.

Et la preuve que nous avons bien fait une bonne chose c'est :

1^o Que le premier acte de cette petite tragi comédie s'est terminé par un verdict de "accusation non fondée" ;

2^o Que le Bureau des Gouverneurs du Collège des M. et C., à sa séance du 27 septembre, a institué un comité spécial chargé de s'enquérir de cette affaire. C'est ce que nous voulions ; qu'on nous dise une bonne fois ce que nous devons croire de tout cela.

Les Pharmaciens et l'Acte des Licences.

La démarche innattendue de M. Lambe, inspecteur des licences, qui a intenté des poursuites contre un certain nombre de pharmaciens accusés d'avoir vendu, sans licence, du *Spiritus Vini Rectificatus*, a jeté ces derniers dans la consternation.

M. Henry R. Gray (rue St Laurent) et le Dr L. J. P. Desrosiers (rue St Joseph) ont été les deux premiers incriminés, suivis de près par MM. Laviolette & Nelson (rue Notre-Dame) et M. John Lewis (Place Victoria).

Sur le conseil de leurs avocats, ces messieurs décidèrent de contester la poursuite de l'inspecteur en Cour de Police, et, s'il le fallait, d'en appeler à la Cour Supérieure.

Les procédés en question semblaient plus ou moins inexplicables, attendu que les pharmaciens doivent, de toute nécessité, dans l'exercice de leur devoir, fournir de l'esprit de vin au public et aux membres de la profession médicale.

Le conseil de l'Association pharmaceutique se réunit et délégua, auprès de l'hon. M. Wurtele, une députation composée de MM. John Kerry, Alex. Manson, Henry R. Gray, et du Régistrateur de l'Association, avec mission de régler cette question.

L'entrevue eut lieu lundi, le 25 septembre, au Bureau du Gouvernement, rue St Gabriel, Montréal.

M. Wurtele donna immédiatement l'ordre de discontinuer ces poursuites qu'il déclara avoir été intentées sans qu'il en eût été averti.

L'honorable Trésorier décida qu'à l'avenir les pharmaciens auraient droit de vendre, sans licence, de l'esprit de vin en quantité n'excédant pas à la fois une livre impériale et que les droguistes en gros seraient tenus de prendre, au prix de \$100 par an, une licence pour la vente de l'esprit de vin, la quantité ne devant pas excéder chaque fois deux gallons mesure impériale.

Cette licence que doivent prendre désormais les droguistes en gros est une chose nouvelle, appliquée spécialement à leur cas, et sera immédiatement ratifiée par un ordre en conseil.

Nous est avis que l'inspecteur des licences a commis une grande injustice en intentant ainsi, sans avis préalable, des poursuites en Cour de Police contre des personnes qui, comme M. Gray, ont vendu de l'esprit de vin pendant vingt-trois ans, le Dr Desrosiers depuis vingt ans, MM. Laviolette & Nelson et John Lewis depuis dix ans, sans avoir été du tout inquiétés par le département des licences, et qui n'en auraient certainement pas agi ainsi, eussent-ils su être en contravention avec la loi.

Si les pharmaciens étaient dans le tort, M. l'inspecteur devait porter plainte au secrétaire de l'Association pharmaceutique, et la question aurait sans doute été immédiatement réglée à l'amiable.

Nous signalons à l'attention de nos lecteurs l'annonce par laquelle l'administration du journal demande à acheter la file de l'*Union Médicale* et quelques livraisons détachées. Ceux de nos abonnés qui ne tiennent pas à conserver la série de l'*Union* trouveront là une occasion de s'en défaire avantageusement.

Petite Correspondance.

Veillez me dire quel est le meilleur traitement des fièvres typhoïdes.
Dr J. N. B. — S.

Difficile de répondre à la question telle que posée. Les uns réclament les meilleurs résultats pour le traitement par l'acide salicylique et ses dérivés, les autres vantent l'acide phénique, la quinine, la méthode de Brandt, etc. Le traitement *tonico-stimulant* nous a semblé donner d'excellents résultats. Il consiste dans l'emploi de la quinine, à doses fractionnées, comme tonique général, c'est-à-dire 1 à 2 grains trois ou quatre fois par jour, en même temps que l'on donne une limonade ou tisane aux acides minéraux. Diète liquide mais concentrée; extraits de bœuf, lait, etc. Si le pouls devient faible, irrégulier, petit, compressible, si en un mot il y a menace d'asthénie, on a recours aux stimulants et en particulier aux alcooliques, brandy, whiskey, sherry etc. à dose de 6 à 12 onces, ou même plus, dans les 24 heures. Si la langue devient sèche, la térébenthine (10 à 15 gouttes dans du mucilage) devra être administrée trois fois par jour.

Les divers accidents pouvant survenir au cours de la fièvre typhoïde requièrent un traitement spécial propre à chaque cas.

Notre livraison d'août 1882, page 381, contenait certains renseignements qui vous seront peut-être utiles au sujet du traitement par l'acide Phénique. Dans notre livraison de novembre vous trouverez un résumé du mode de traitement de la fièvre typhoïde par l'acide Salicylique.

Où pourrai-je me procurer un traité sur l'art des dentistes, la manière d'obturer les dents, etc.? (*Le même.*)

Le *Traité théorique et pratique de l'art des dentistes*, par Harris, est un ouvrage complet sur ce sujet. Il se vend à Paris, chez J. B. Baillière et fils, au prix de 17 à 18 francs.

La lancette est-elle avantageuse dans la dentition ? Dr X. Z.

Rép. ; Malgré l'opinion de certaines autorités qui ne la recommandent que dans les cas de suppuration des gencives, de paralysie, et de convulsions, nous y avons recours *habituellement* chaque fois que la gencive est tuméfiée au point de ralentir un tant soit peu le travail d'éruption de la dent. S'il est établi en effet, d'une manière bien évidente que le travail de la dentition, par l'intermédiaire du système nerveux si impressionnable chez l'enfant, est cause d'une foule d'accidents, n'est-il pas raisonnable de recourir à la lancette comme moyen préventif.

Nous ne connaissons pas d'accidents causés par la lancette dans ce cas-ci.

Dans toutes les maladies des enfants, nous surveillons plus particulièrement le travail des gencives ; convaincu que nous sommes qu'elles compliquent la maladie, et qu'elles la rendent plus grave.

Nous ne nous contentons pas de scarifier légèrement nous faisons une incision circulaire, de manière à découvrir la dent complètement.

Livre reçu.

Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's Office, United States Army: Authors and Subjects. Vol. III. Cholecyanin-Dzondi Washington: Government Printing House. —In-quarto de 1,020 pages, renfermant 9,04 titres par noms d'auteurs, représentant 10,476 volumes et 7,386 pamphlets. On y trouve, de plus, 8,572 titres-sujet de livres et pamphlets différents et 28,346 titres d'articles de publication périodiques. Enfin, sous le titre "Collection de Portraits" il contient le catalogue de 4,335 portraits de médecins.

Brochures reçues.

Statistiques vitales de la Cité de Montréal pour les mois de mai, juin et juillet.

Annual Announcement of the Toronto School of Medicine, in Affiliation with the University of Toronto and the University of Victoria College.

Life of John M. Briggs by W. K. BOWLING, M. D.

The Antiseptic Treatment of Wounds after Operation and injuries by W. T. BRIGGS, M. D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du C. M. C. P. Q

L'assemblée semi-annuelle de ce bureau a eu lieu dans les salles de la faculté de médecine de l'Université Laval à Québec le 27 septembre dernier.

Le Dr R. P. Howard, au fauteuil.

Après la lecture et l'adoption des minutes de la séance précédente, il est proposé par le Dr Howard, secondé par le Dr Lemieux et résolu unanimement :

Que le bureau des gouverneurs du C. M. C. P. Q. a appris avec beaucoup de regret la mort inattendue du Dr G. W. Campbell, doyen de la faculté de médecine de l'Université McGill, professeur dans cette institution pendant quarante ans, un des premiers membres de ce collège dont il fut un des gouverneurs, et pendant près d'un demi siècle, praticien très distingué ; et que le dit collège desire par là rendre hommage au professeur distingué, au praticien éminent, au confrère désintéressé en même temps qu'un citoyen honorable.

Le rapport des assesseurs de l'Université Laval à Québec et à Montréal est lu et adopté à condition que la faculté de Montréal donne au secrétaire du bureau pour Montréal, les noms de ses huit gradués.

Les messieurs dont les noms suivent sont admis à l'étude de la médecine :

J. H. Dorey, Montreal. Louis V. Benoît, St-Hyacinthe ; Alex. Kinloch, Montreal ; H. Hervieux, St-Jérôme ; J. D. Fontaine, Belœil ; L. S. P. Normand, Trois Rivières ; P. Ulris Garneau, St-André de Kamouraska ; Alfred Malette, Montréal ; J. Legault, St-Valentin ; A. St-Amour, Acton Vale ; A. Lavallée, Yamaska, D. McNamara, Mile End, Montréal ; G. B. Tanguay, Québec.

La demande d'enregistrement de M. Heys de Lennoxville, est rejetée vu que ce monsieur est un éclectique.

La licence du collège est accordée aux messieurs dont les noms suivent après prestation du serment ordinaire :

Drs Arthur Hebert, Québec ; Elz. Laberge, Québec ; Joseph Valère Côté, St-Raphaël de Bellechasse ; G. A. Casgrain, St-Agapit ; J. W. Mills, L. R. C. P. Lond, Walter de Mouilpiéd ; Chs O. Brown et Leon J. Lennox.

Il est ensuite proposé par le Dr J. S. Gibson, secondé par le Dr T. A. Rodger et résolu unanimement que :

“ Attendu que, d'après d'après certaines rumeurs, on a prétendu que des professeurs en relation avec une école de médecine en cette province, et reconnue par ce collège, tiennent des examens privés, et qu'à ces examens des certificats sont donnés pour que les porteurs aient droit à un diplôme et puissent pratiquer de fait; et attendu qu'un nommé Emile de Lormier, un étudiant de ce collège, a déclaré publiquement qu'il avait payé une certaine somme pour avoir un tel certificat; et attendu que, dans l'intérêt de la profession, il est du devoir de ce bureau de s'assurer si de tels examens irréguliers ont été tenus par une école quelconque en cette province, ou si des certificats ou diplômes sont accordés à des examens autres que ceux qui ont lieu devant les assesseurs nommés par ce collège; qu'il soit en conséquence résolu qu'une commission composée des Drs Craik, Hingston, Lachapelle, Robillard et Rodger, soit nommée pour faire enquête et faire rapport à la prochaine réunion de ce bureau.”

Les rapports du trésorier et de l'agent *détective* du collège, ainsi que le projet de tarif sont adoptés.

Sur motion du Dr Marmette, secondé par le Dr Gibson, des remerciements sont votés à l'Université Laval pour l'usage de ses salles.

Et la séance est levée.

Association Médicale du Canada.—La quinzième assemblée annuelle de cette association a eu lieu les 6, 7 et 8 septembre, à Toronto, dans les salles de l'Hôtel-de-Ville.

Le Dr Fenwick, de Montréal, occupait le fauteuil. L'assistance était plus nombreuse que d'habitude. Plusieurs travaux d'un grand intérêt furent présentés à l'assemblée. Nous publions aujourd'hui celui du Dr L. C. Prévost, d'Ottawa.

Les nouveaux officiers sont : MM. les Drs Mullin, de Hamilton, président; W. Osler, de Montréal, secrétaire-général; Robillard, de Montréal, trésorier. La prochaine assemblée aura lieu à Kingston.

Actions en dommage.—Les Drs A. Lamarche, S. Lachapelle et H. B. Desrosiers ont donné instruction à leur avocat, M. F. X. Archambault de poursuivre en dommages pour \$10,000 chaque les Drs F. W. Campbell, Perrigo, Kennedy et Simpson, en raison d'un indictement pour libelle lancé contre

eux en cour criminelle, par ces messieurs au sujet duquel indiquement le Grand Jury a rendu un verdict d' "Accusation non fondée."

Université Laval, Montréal.—Faculté de médecine,

ANNÉE 1882-83.

Durant le premier terme finissant à Noël, les cours de la Faculté de Médecine seront donnés dans l'ordre suivant:

Physiologie.—M. S. DUVAL : 9 heures A. M., tous les jours

Anatomie descriptive.—M. A. LAMARCHE : 10 heures A. M., tous les jours.

Anatomie pratique.—M. J. E. BERTHELOT : 2 heures P. M., tous les jours depuis le 1er novembre.

Pathologie interne.—M. J. P. ROTTOT : 3 heures P. M., tous les jours.

Toxicologie.—M. H. E. DESROSIERS : 4 heures P. M., tous les jours.

Pathologie externe.—M. A. T. BROUSSEAU : 5 heures P. M., tous les jours.

CLINIQUE—HÔPITAL NOTRE-DAME.

Médecin. M. J. A. LARAMÉE.—Service à 11 heures A. M., tous les jours : Conférences cliniques les lundi et mercredi, Consultation le vendredi.

Chirurgien : M. A. T. BROUSSEAU.—Service à 11 heures A. M., tous les jours : Conférences cliniques les mardi et samedi. Opérations le jeudi.

Oculiste. M. A. A. FOUCHER.—Service et dispensaire à 9½ heures A. M., tous les jours.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ.

Chirurgien accoucheur : M. A. DAGENAI. —Clinique de toxicologie (avertissement spécial à chaque fois).

Réformes sanitaires.—A une assemblée, composée des membres du Bureau de Santé et d'un certain nombre de médecins et de citoyens importants, tenue le 28 septembre dans les salles du "Medico-Chirurgical Society," l'assemblée étant d'opinion que l'allocation de \$10,000 accordée par le gouvernement fédéral pour la collection des statistiques vitales est insuffisante pour atteindre le but auquel elle est destinée, il a été résolu que la dite somme serait appliquée exclusivement à la collection des statistiques de décès.

Personnel.—M. le Dr J. P. Rottot est de retour d'Europe depuis le 1er octobre.

Acquisition.—L'Université Laval vient d'acheter de M. C. S. Cherrier, pour la somme de \$50,000, le terrain situé rue St Denis, et compris entre les rues Dorchester et Ste Catherine. L'Université se propose d'y faire ériger sous le plus court délai les édifices nécessaires à l'installation de ses Facultés à Montréal. L'acte de vente a été signé le 12 septembre dernier, pardevant MM. Papineau et Durand notaires de cette ville.

Université Laval, Montréal. Faculté de Médecine.
—Les cours de cette faculté ont été ouverts mardi le 3 octobre courant. Il y a eu messe solennelle du St-Esprit, chantée par le révérend Messire V. Rousselot, curé de St Jacques. Sa Grandeur Mgr l'évêque de Montréal assistait au trône.

Université McGill.—Faculté de Médecine.—Cette Faculté a célébré mercredi, le 4 courant, l'ouverture de sa 50e Session par une inauguration solennelle dans le "Peter Redpath Institute." L'élite de la société anglaise encombra la salle. Le discours d'ouverture fut fait par le Dr Howard qui donna un historique détaillé de cette faculté depuis son berceau, et la biographie de son dernier doyen le regretté Dr Geo. W. Campbell. Un somptueux banquet réunissait le lendemain, dans la grande salle du Windsor les professeurs, les diplômés, les amis de l'institution au nombre de 225.

Les deux soirées ont été un magnifique succès. Décidément nos confrères du McGill font bien les choses.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—

Les cours de cette institution se sont ouverts lundi, le 1^{er} courant. Le discours d'ouverture a été prononcé par le Dr L. D. Mignault.

Hôpital Notre-Dame.—Le Dr A. T. Brosseau a remplacé le Dr A. Lamarche au service chirurgical, et le Dr A. Laramée succède au Dr H. E. Desrosiers dans le service médical de cet hôpital.

Contribution de membres du Collège des Médecins et Chirurgiens, P.Q.—A la séance du 10 mai dernier, il a été résolu par le Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens que M. de Lamirande serait, à l'avenir, autorisé à collecter la contribution annuelle des membres du collège. Nous avertissons en conséquence nos confrères qu'ils pourront à l'avenir s'adresser à C. E. de Lamirande, 55 rue St Jacques, Montréal.

Le microbe de la syphilis.—Si les récentes recherches de MM. Martineau et Harmonie se confirment, nous verrons sous peu l'agent causal figuré dans la production de la syphilis, faire son entrée dans le royaume de la pathologie sous forme de microbe et de bactérie. Certaines expérimentations physiologiques par le procédé de la culture, ont déjà donné des résultats affirmatifs. Le premier pas est fait; la grande idée de Pasteur se propage et nous laisse entrevoir un remède prophylactique à la plus terrible plaie de l'humanité.

VARIÉTÉS.**Encore un comble !**

Un de nos amis nous ayant, l'autre jour, signalé certaine réclame affichée à la porte d'un médecin (hélas !) de cette ville, nous avons pris la peine de nous transporter sur les lieux afin de vérifier les faits. Et voici ce que nous avons lu :

SIROP SAUVAGE
 COMPOSÉ DE RACINAGES
 GUÉRIT L'ASTHME, LES BRONCHES
 ET LA CONSOMPTION. À VENDRE ICI.
 DR. ***

Avouons-nous à nos lecteurs la tentation qui nous vient en ce moment? Vrai! nous serions tenté de faire connaître le nom de ce guérisseur-là, et il nous semble que ce serait rendre au public un service signalé. Avec cela que ce nom s'étale en toutes lettres sur l'affiche et que tous les passants peuvent l'y voir. Mais nous hésitons, nous craignons, nous tremblons, bref nous avons peur que l'Esculape susdit nous traîne sur les banes de la cour criminelle, et nous accuse de l'avoir injurié en l'appelant "un comble." N'y aurait-il pas là matière à libelle, Messieurs du collège Bishop?

Nous avouons que cette annonce nous amuse infiniment et que nous ne nous sentons pas le courage de dénoncer au bureau des gouverneurs un aussi innocent et aussi paisible délinquant. Il est évident que le code d'éthique médicale lui est totalement inconnu ainsi qu'une infinité d'autres choses, et c'est là ce qui nous désarme!

Comment! cet homme-là est assis tranquillement au coin de son feu, fumant sa pipe et rêvant peut-être aux cures merveilleuses du "Sirop sauvage," dans tous les cas, très satisfait de lui-même et de ses succès, et nous irions troubler son repos? Tenant pour certain qu'il n'entend pas malice à la chose et qu'il agit avec toute la candeur et la simplicité d'une âme de quinze ans, nous préférons le laisser à ses illusions. Tout de même nous sommes curieux de savoir comment nos amis d'outre-mer vont apprécier ce nouveau spécimen de réclame. Qu'ils n'oublient pas au moins que nous avons presque tous ici—suivant l'opinion de quelqu'un qui s'y connaît,—un peu de *sang sauvage* dans les veines et que nos produits indigènes doivent nécessairement sentir leur terroir. Le *sirop sauvage* n'est pas encore, que nous sachions, inscrit au codex ou à la pharmacopée britannique, mais cela viendra. Et ne pourrait-on pas par la même occasion y inscrire la tisane *ROOT RACINA* (sic!) du citoyen Georges Brault?

Il paraît que depuis la découverte du sirop guérissant la consommation, l'huile de foie de morue se vend à des prix insignifiants, et que l'éditeur de M. Jaccoud, a fortement conseillé à ce dernier de ne plus préparer de nouvelles éditions de son traité sur la *phthisie*. *Habent sua fata libelli!*

Ils n'en veulent pas.—Il paraît que certains médecins, las d'avoir à payer la contribution annuelle au Collège des Médecins et Chirurgiens, refusent absolument de solder cette contribution, déclarant *qu'ils ne veulent plus faire partie de ce collège-là!* C'est une idée... un peu croche!... Eh! les amis! que vous le vouliez ou que vous ne le vouliez pas, c'est tout un pour le bureau qui n'en mettra pas moins l'*embargo* sur vos fioles. La loi, voyez vous, n'a pas de ces accommodements. Ce qu'elle décide doit être exécuté à la lettre. Tant pis pour les réfractaires.

Nous devons à la vérité de dire que cette *nouvelle* nous vient de loin!

Jugements.—Nombre de poursuites intentées par le Bureau Provincial contre les charlatans depuis le 20 juillet 1882 au 20 septembre.

J. B. Guay, St Gervais, Bellechasse, 7 août.

Damase Ruel, St Gervais, Bellechasse, 7 août.

Philippe Beaudet, instituteur, Julieuville, 11 août.

François Xavier Destrempe, cultivateur, St Cuthbert, 6 septembre.

John Bishop, Township de Dudswell.

MARIAGE.

PARADIS-MILLER.—A l'Eglise St Roch, Québec, le 25 septembre, M. le Dr Abraham Paradis, de Chicago, à Mademoiselle Welhelmina Miller.

DÉCÈS.

LAVOIE.—A St-Roch de Québec, le 3 septembre dernier, à l'âge de 5 semaines, Marie-Joseph-Arthur Gaston, enfant du Docteur J. P. Lavoie.

DUMOUCHEL.—A St-Benoit, le 23 septembre, l'hon- Léandre Dumouchel, M. D., sénateur, à l'âge de 71 ans et 6 mois.