

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.

GAZETTE MEDICALE

Revue Mensuelle, Médico-Chirurgicale.

Rédacteurs-Propriétaires :

DR. A. DAGENAIS,
Licencié du Collège des Médecins
et Chirurgiens du Bas-Canada,
Médecin du Dispensaire de la Pro-
vidence.

ABONNEMENT :
Par An.....\$2.00
Invariablement payable d'avance.

DR. LEMIRE,
Licencié du Collège des Médecins
et Chirurgiens du B. C., Médecin
des Dispensaires des Dames Grises
et de la Providence.

VOL. 1

MONTREAL, AVRIL 1866.

No. 9

L'HOTEL-DIEU.

Il est une question qui au point de vue pratique en médecine est d'une importance vitale ; c'est celle du service d'un hôpital. Pour nous qui sommes enfants de l'Hôtel-Dieu, qui avons puisé dans ses salles les faibles connaissances médicales que nous avons, il y aurait ingratitude de notre part en venant blesser les personnes chargées du service médical de cette institution, car nous sommes les premiers à reconnaître leur mérite ; aussi telle n'est pas notre intention. Mais à côté de notre respect, il y a notre devoir, et partout où notre devoir nous appelle nous arrivons, soit pour applaudir ou blâmer. Si en médecine les connaissances théoriques sont nécessaires, la pratique ne l'est pas moins, et quelque travail que nous faisons, quelque auteur que nous suivions, s'il ne nous est pas donné d'étudier la maladie sur le malade lui-même, on est exposé, lorsqu'au début de la pratique, quand du succès qu'on obtiendra dans le premier cas que l'on aura à traiter dépend notre avenir, on est exposé disons-nous, sinon à se méprendre du moins à hésiter sur le caractère, la nature de cette affection. La description d'une maladie par un auteur diffère beaucoup de celle selon la nature. L'auteur tout en donnant une description exacte d'une maladie, l'accompagne bien souvent d'un style agréable, d'une compré-

hension facile ; tandis que quand l'économie animale a à se débarrasser d'un principe morbide, elle ne le fait pas avec cette facilité d'expression propre à l'écrivain, ses symptômes ne sont pas aussi bien tranchés et ses manifestations, bien souvent, sont accompagnées de variantes qui compliquent de beaucoup son expression et la rendent par conséquent difficile à saisir. Quand pour bien savoir un auteur il suffit de la mémoire, pour bien comprendre une maladie au contraire, il faut un jugement et un tact qui ne s'acquiescent qu'au lit du malade. De là vient que sans la clinique il est impossible d'être pratique, et sans la pratique le succès est problématique. Aussi est-ce une question qui est bien comprise en Europe. A côté du théoricien il y a l'homme clinique, et c'est au lit du malade même et sur le cadavre, qu'il explique la maladie, sa manière de la traiter et le pourquoi de son traitement. Que l'on jette les yeux sur le mode de service qui se pratique dans les hôpitaux, et l'on verra que l'on donne toutes les facilités possibles d'instruction. Les hôpitaux sont nombreux, généreusement octroyés par le gouvernement et sous la direction immédiate des célébrités médicales. En outre du médecin de service, il y a un pharmacien et un interne. L'interne demeurant à l'hôpital même, est tenu de prendre toutes les notes, les observations sur les différents cas qui se présentent et de les donner au chef de clinique qui à son tour lecture sur ces différentes

maladies. De plus le malade qui fait le sujet de la clinique, est amené dans une salle à cet effet, et là est soumis à l'examen de tous les élèves. Si le malade ne peut être transporté à la salle de clinique, c'est au lit même du malade que se fait la lecture; puis deux fois par semaine le chef de clinique fait une revue de tous les cas qui ont été observés pendant cette semaine. On comprend aisément, combien avec tous ces moyens il est facile de s'instruire, de s'habituer au diagnostic différentiel des maladies, et par conséquent d'exercer son jugement.

Il y a de plus des salles spéciales pour les différentes maladies, telles que les maladies de la peau, les maladies vénériennes, les maladies des enfants, etc. de sorte que dans les maladies de la peau par exemple, ou les différentes éruptions sont si variées et de nuances si difficiles à saisir, le diagnostic devient facile, quand tous les jours on a sous les yeux le caractère distinctif et particulier à chaque classe; de même pour les autres maladies. Nous ne voulons certes pas demander ici tout ce que l'on obtient en Europe, ce serait exiger autant d'un enfant que d'un homme. Mais le service de l'*Hotel Dieu* a-t-il toute l'efficacité pratique qu'il devrait avoir? Nous croyons que non; avec les moyens à notre disposition pouvons nous faire plus? Nous le croyons franchement, et il nous semble qu'avec un peu plus d'organisation, avec un peu plus de travail, le service de l'hôpital laisserait peu à désirer. L'hôpital est peut-être le plus vaste, qu'il y ait sur le continent, les salles sont spacieuses et contiennent un nombre de lits plus que suffisants. La Pharmacie sous la direction des Dames Religieuses, nous semble complète et ne laisse rien à désirer quant à la préparation des remèdes. Reste donc le manque d'un interne qui à nos yeux constitue le grand tort que l'on puisse jeter sur le service de cette institution. Nous croyons donc qu'il est opportun, que les professeurs chargés du service médical de cette établissement, prennent les mesures nécessaires d'avoir un interne demeurant à l'hôpital même. Nous le croyons d'autant plus, qu'au-

jourd'hui il existe une grande rivalité entre les différentes institutions médicales de cette province, et le moyen de lutter avantageusement, est de fournir au élèves toutes les facilités possible d'instruction. La clinique bien que sous la direction d'hommes dont l'habileté est ou ne peut mieux établie, dont l'un entr'autre doit son expérience à plusieurs années d'internat dans les hôpitaux de Paris, pêche encore sous le rapport pratique. Comme nous l'avons dit les salles sont nombreuses et nous ne voyons pas pourquoi le chef de clinique n'en aurait pas une à son usage et n'amènerait en présence des élèves, le patient qui fait le sujet de la clinique. Nous aimerions aussi à voir des salles distinctes pour les maladies spéciales telles que les maladies de la peau, des yeux, etc., et sous la direction d'un médecin qui donnerait son temps de service et son expérience à ces maladies. Si de l'autre côté de l'atlantique ou les moyens d'éducation sont si nombreux on juge cette pratique nécessaire à la complétion de l'éducation médicale, nous ne voyons pas pourquoi il n'en serait pas de même ici, et si nous avons les moyens de le faire, nous comprenons encore moins pourquoi nous ne le ferions pas. Si ce mode exige plus de travail de la part du chef de clinique, il doit lui apporter plus de satisfaction intérieure, quant à coté de la conscience d'avoir fait son devoir, il trouve plus tard dans le succès de ses élèves, l'expression de son habileté. Pour nous qui avons grandi à l'ombre de l'*Ecole de Médecine* et de l'*Hotel-Dieu*, qui avons lutté et qui luttons encore contre les difficultés d'une position sociale, nous comprenons peut-être mieux que bien d'autres la nécessité des changements que nous demandons, et nous espérons que l'on ne verra chez nous aucun sentiment d'animosité contre le personnel médical de l'institution. Nous ne voyons que notre devoir, notre stricte devoir, et nous sommes poussé par le désir d'éviter à d'autres les difficultés par lesquelles nous avons passé, avec l'espoir d'obtenir une innovation que nous croyons urgente dans l'intérêt de l'*Ecole de Médecine* de l'*Hotel Dieu* et des élèves.

*Quand on peut parler de la...
Les amis de la plus haute qualité...*

Y A-T-IL ALBUMINURIE DANS L'ÉPILEPSIE ?

—
Conséquences, relativement à son diagnostic d'avec l'Eclampsie. Par Ross Bunting, M. D., (de la thèse de M. Saily.)

—
 (SUITE ET FIN.)

Examen des urines des patientes épileptiques. — Je crois devoir faire connaître au lecteur la manière dont j'ai procédé dans mes expériences. M. Moreau (de Tours) a eu la bonté de placer à ma disposition, les malades de ses salles, à l'hôpital de la Salpêtrière. J'en ai choisi 30 qui avaient des attaques fréquentes et répétées d'Épilepsie. Quelques unes avaient 4 à 5 attaques tous les jours, d'autres 3 à 6 tous les deux ou trois jours, d'autres de 8 à 10 tous les huit jours, quelques unes un nombre illimité pendant une semaine tous les mois. L'âge moyen de ces patientes était de 25 ans, elles avaient séjourné à l'hôpital depuis un an jusqu'à treize, de sorte qu'il ne peut exister aucun doute relativement au diagnostic. Pendant plus de deux mois les urines de chaque cas en particulier, ont été examinées avec la plus scrupuleuse attention, pendant et après chaque paroxysme et durant l'intervalle des attaques. Pendant le paroxysme si la femme était couchée je faisais placer un bassin sous elle afin de recevoir les urines dont l'émission comme je l'ai déjà dit se fait involontairement, et si l'attaque avait lieu hors du lit on en recueillait une petite quantité dans un tube à test. Je n'ai employé le cathéter que dans les cas où j'ai trouvé de l'albumine. Lorsqu'il y a de l'albumine dans les urines, l'emploi du cathéter est indispensable afin d'éviter certaines erreurs : à la vérité l'albumine peut venir du sang des menstrues, (plusieurs malades épileptiques ayant des attaques durant la menstruation) ou bien de l'écoulement blanc qui précède quelquefois l'apparition des menstrues ou encore du mucus provenant de l'utérus. Les femmes épileptiques sont fréquemment affectées de leucorrhée, due probablement à la masturbation. J'ai traité l'urine 1o. par l'acide nitrique, 2o. par la chaleur, maintenant l'ébullition pendant un

certain temps. 3o. par la chaleur et l'acide nitrique ensemble. Quelquefois au moment de l'ébullition il se forme un précipité blanc ressemblant beaucoup à l'albumine, ce qui pourrait nous faire croire à la présence de cette dernière substance, tandis que ce n'est réellement qu'un dépôt de phosphates. Dans ces cas, quelques gouttes d'acide nitrique rendent l'urine claire ; d'un autre côté, la présence de l'acide phosphorique libre et de sels alcalins, empêchant la précipitation de l'albumine par la chaleur, quelques gouttes du même acide la rend manifeste. J'ai toujours fait attention à l'acidité ou à l'alcalinité de l'urine de même qu'à sa couleur et à son degré de limpidité. Sur 126 observations prises chez mes 30 malades, j'ai toujours trouvé les urines acides, pas un seul cas n'a offert de traces d'alcalinité. La couleur variait comme les urines normales, du jaune à l'orange ; Elles étaient généralement limpides excepté pendant la période mensuelle, il y avait quelque fois alors une certaine quantité d'urates. Si quelques auteurs ont constamment vu les urines troubles pendant les paroxysmes, et limpides immédiatement après, c'est probablement dû à ce qu'elles étaient mêlées de mucus ou d'écoulement leucorrhéal, parce que chaque fois que le cathétérisme a été pratiqué, elles étaient toujours limpides à quelque temps que l'expérience eut lieu. Il est bon de remarquer aussi que pendant un paroxysme il y a un espèce de catarrhe utérin, tout comme les autres évacuations involontaires. J'ai aussi toujours trouvé une grande quantité d'urine dans la vessie au commencement d'un paroxysme. La femme L... a eu plusieurs attaques, les urines étant retirées après leur commencement ; une fois on en a retiré plusieurs pintes. Ceci est un fait qui est important à noter, puisque M. Blot dit, qu'au début d'une attaque d'Eclampsie il y a bien peu d'urine dans la vessie. Toutes les malades que nous avons examinées urinaient involontairement pendant le paroxysme, excepté la femme L. : cinq fois j'ai examiné l'urine de cette malade immédiatement avant le paroxysme, elle était d'une couleur jaune

noire, acide, et n'offrait aucune trace d'albumine. Voici la division des 126 observations réunies: Cinq immédiatement avant l'attaque, pas d'albumine. Sur 26 pendant l'attaque, 23 n'offraient pas d'albumine. Deux, quelques traces, mais ici il y a eu une cause d'erreur une des patientes étaient dans ses règles alors, et l'autre avait la leucorrhée. J'ai obtenu quelque urine plusieurs fois par le catheter, dans les mêmes conditions et toujours avec un résultat négatif.

Quatre. — Immédiatement après le paroxysme, pas d'albumine

Cinq. — 15 minutes après l'attaque, même résultat.

Sept. — 30 minutes do do

Sept. — 1 heure do do

Quatorze — 2 heures do do

Dix-sept 3 heures après, 15 ont fourni le même résultat 2, l'albumine dans l'urine des deux patientes mentionnées plus haut.

Dix cas 4 heures après l'attaque — pas d'albumine huit cas 6 do do

Sur vingt-sept cas durant l'intervalle des paroxysmes 26 n'offraient aucune trace d'albumine, un cas seulement en offrait quelques traces. La patiente avait un catarrhe utérin.

Ainsi jamais je n'ai trouvé d'albumine dans les urines des femmes épileptiques à moins qu'elles ne fussent mêlées à quelques écoulements provenant des organes génitaux. J'ai remarqué après que les urines étaient refroidies que très rarement elles offraient des dépôts d'urates, et que, dans à peu près un quart des cas, il y avait des dépôts phosphatiques. L'acide nitrique avec l'urine chauffée donne généralement une couleur variant du rouge pâle au rouge foncé. Dans tous les cas excepté ceux qui offraient des dépôts phosphatiques, la coloration produite par l'acide nitrique et la chaleur était accompagnée d'effervescence. "L'albuminurie, dit *Seyfert*, existe en très grande quantité dans l'urine des femmes épileptiques immédiatement après le paroxysme, mais pas constamment, ni dans tous les cas; pourvu qu'il n'y ait pas maladie de Bright, cette albuminurie que nous observons dans l'épilepsie, disparaît immédiatement après les convulsions et n'apparaît

qu'après l'attaque subséquente. Dans le but de vérifier ces conclusions, j'ai pris de l'urine durant le paroxysme, et ensuite j'ai attendu l'émission suivante. Il était évident que s'il y avait de l'albumine dans l'urine immédiatement après l'attaque, cette albumine dans la vessie ne pouvait pas être réabsorbée, et que je la trouverais encore lorsque la malade urinerait. J'ai observé 15 cas durant l'attaque, 15 résultats négatifs. De ces 15 cas la première émission a eu lieu une fois, quinze minutes après l'attaque, six fois, trente minutes après l'attaque, deux fois, une heure après, une fois une heure et demi après, une fois deux heures après, une fois trois heures et demie, trois fois trois heures, et jamais je n'ai pu découvrir aucune trace d'albumine. Je n'ai pas l'intention de discuter les causes de l'albuminurie des femmes éclamptiques, qu'elle soit due à une congestion active ou passive des reins, ou à une irritation de l'axe cérébro-spinal ou bien encore à un simple dérangement fonctionnel.

"Dans l'éclampsie, selon *Seyfert*, l'albuminurie est occasionnée par l'interruption des fonctions respiratoire et circulatoire, conséquence de l'attaque." Si tel était le cas, on trouverait de l'albumine chez les femmes épileptiques, car dans ces cas aussi il y a interruption des mêmes fonctions; il y a aussi des phénomènes congestifs très importants, les veines du cou se tuméfient, la respiration est suspendue, le pouls petit et faible, et cependant l'urine ne contient pas d'albumine. Il est évident que selon cette théorie, *M. Seyfert* aurait dû trouver de l'albumine dans l'urine des femmes épileptiques. De plus cette théorie ne peut pas être soutenue puisque généralement l'albuminurie existe avant les attaques éclamptiques, et c'est particulièrement pendant ces dernières que l'albumine est plus abondante. *M. Moreau* (de Tours) ayant fait des recherches sur les malades de Bicêtre, m'a dit qu'il avait toujours obtenu des résultats négatifs.

Pouvons nous conclure de ce qui précède que l'albuminurie est un signe d'éclampsie. Est-ce qu'une femme prise d'épilepsie pendant la grossesse ne peut pas offrir quelque

traces d'albumine dans ses urines, puisque sur 205 femmes enceintes 41 offraient des traces de cette substance. Je n'ai jamais rencontré un cas d'épilepsie dans la grossesse, mais M. Blot m'en a raconté quatre cas qu'il a eus à l'hôpital des cliniques; quatre femmes ont eu des attaques d'épilepsie du huitième au neuvième mois de grossesse, l'histoire des cas étant parfaitement connue, toute erreur devenait impossible. Elles ont été affectées d'épilepsie pendant une longue période, et leur urine ne contenait pas d'albumine.

Résumé. — Pour diagnostiquer l'éclampsie il suffira de savoir que la femme est enceinte, qu'elle n'a jamais eu de convulsions antérieures, et que l'urine est albumineuse. De ceci nous pouvons conclure :

1° Dans l'éclampsie, pas de convulsions antérieures à l'attaque, dans l'épilepsie le contraire.

2° Dans l'éclampsie, pas d'évacuations involontaires; tandis que c'est toujours le cas dans l'épilepsie.

3° Au moment du paroxysme éclamptique il y a bien peu d'urine dans la vessie, dans quelques cas il n'y en a pas du tout; dans l'épilepsie, l'urine offre tous les caractères de l'urine naturelle, à quelque moment de l'attaque qu'elle soit recueillie.

4° L'urine de toutes les femmes éclamptiques est albumineuse, et l'albumine est plus abondante pendant le paroxysme que dans tout autre temps.

Nous ne trouvons jamais d'albumine dans l'urine des femmes épileptiques, avant, pendant ou après les attaques, à moins qu'il n'y ait maladie de Bright. — (*Medical and Surgical Reporter*).

PARAPLÉGIE ET ÉPILEPSIE

résultant de la présence du Tœnia dans le tube intestinal,
Par J. G. McKENDRICK, M. D.

Mary L., âgée de 29 ans, mariée, mère de trois enfants, demeurant à White Chapel, fut admise au Dispensaire le 28 Mars 1835, souffrant de dyspepsie et de céphalalgie. Elle a toujours joui d'une parfaite santé jusqu'à ce qu'elle eut donné naissance à son der-

nier enfant qui est maintenant âgé de 7 mois; depuis ce temps, elle a eu de fréquentes attaques de céphalalgie, vertige, douleur dans l'abdomen, et faiblesse dans les membres. On prescrivit une mixture de bi-carbonate de potasse et d'esprit d'ammoniaque aromatique, qui amena bien peu de soulagement. Elle s'aperçut pendant quelque temps que la faiblesse des membres augmentait, et vers le 10 mai, elle ne pouvait se tenir debout ni marcher. La paralysie était incomplète. Elle ne pouvait ni se tenir, ni marcher sans être supportée de chaque côté, et lorsqu'elle était couchée elle pouvait remuer les jambes d'un côté à l'autre, mais ne pouvait les fléchir. Il n'y avait aucune douleur, ni sensibilité à la pression le long de l'épine dorsale. La vessie et le rectum étaient à l'état normal, l'urine légèrement acide. Il n'y avait pas de fourmillement ni de sensation désagréable dans aucune partie du corps. La sensibilité et la température étaient naturelles dans les deux membres. Les intestins étaient dérangés et la langue offrait le caractère qu'elle présente généralement dans la scarlatine. J'ai découvert, d'une manière accidentelle, que depuis plusieurs mois, la patiente passait des portions de Tœnia, et vû la nature anormale des symptômes, et la difficulté de les assigner à une cause efficiente, excepté que ce fût la présence du Tœnia, j'ai cru devoir amener l'expulsion du parasite et attendre le résultat. J'administrai 3jss d'huile de fougère mâle et le lendemain un Tœnia de l'espèce *mediocanellata* fut expulsé. Il avait près de 22 pieds de long et était composé d'à peu près 600 segments; quatre jours après l'expulsion de ce Tœnia, la patiente avait acquise l'usage de ses membres, et presque tous les symptômes dyspeptiques étaient disparus.

Remarques. — Ce cas est intéressant aujourd'hui que le Tœnia et les symptômes auxquels il donne lieu attirent toute l'attention. On a cité des cas où il avait causé l'amaurose et le strabisme, et il existe aussi le cas bien connu du docteur Mohl, de Vienne, chez une femme qui eut une paralysie des deux bras pendant trois mois et qui fut guérie immédiatement après l'expulsion

d'un Tœnia. Le cas que j'ai observé paraît être purement une paraplégie réflexe causée par la présence du Tœnia, parcequ'il est facile d'après les symptômes, d'établir un diagnostic différentiel entre ce cas et toutes les autres formes de paraplégie dépendant d'un myélite, méningite, pression de la moëlle épinière, etc., etc. La seule espèce de paraplégie avec laquelle elle peut être confondue est celle appelée par le docteur Brown-Séquard. "Paraplégie Hystérique." Cette paraplégie suit généralement l'hystérie, mais dans le cas que j'ai cité, la malade n'avait jamais eu d'attaques de cette maladie. La paraplégie hystérique est aussi déterminée quelquefois par quelques maladies de l'utérus ou des ovaires; mais Mary L... n'a jamais été affectée d'aucune maladie de l'utérus ou des ovaires. La guérison immédiate de la paraplégie après que l'irritation extérieure eut été enlevée, semble aussi indiquer quelle était entièrement d'une nature réflexe. Des convulsions épileptiformes probablement dues à la même cause, se sont présentées chez une femme qui a été admise au même dispensaire. Cette femme était âgée de 37 ans, mariée et mère de plusieurs enfants. Elle était très sujette à ces attaques quoiqu'elle n'eut pas l'apparence caractéristique des épileptiques. Les convulsions arrivaient spontanément, étaient très violentes avec tendance à l'opisthotonos dans l'intervalle. Les fonctions mensuelles étaient normales. Elle dit avoir passé maintes fois des portions de Tœnia. A la suite de l'administration de 3 ijs d'huile de fougère mâle, elle a expulsé une grande quantité de portions de ce parasite. On prescrit ensuite l'infusion composée de gentiane à la dose d'une once, 3 fois par jour, pendant deux semaines et pendant cette période de temps, elle n'a eu qu'une bien faible attaque. Une seconde dose de l'anthelminitique fut administrée, suivie encore de l'expulsion de portions de Tœnia, elle continua l'infusion amère, et depuis le mois de Janvier à la fin de Mai, elle n'a pas eu d'attaque. Dans ce cas-ci, il est difficile de dire que la guérison a été radicale, car je n'ai pu réussir à amener l'expulsion de la tête du ver, (ce qui est

très important au point de vue thérapeutique) Toutefois, si l'on considère que cette femme avait des attaques presque tous les jours, et qu'à la suite du traitement dirigé contre le Tœnia, on a obtenu une intervalle de 5 mois d'une santé parfaite, il est difficile de ne pas assigner à la présence de ce parasite les convulsions auxquelles cette femme était sujette. — (*Lancette de Londres.*)

DEUX CAS DE CROUP

traités par les fumigations d'éther, guérison

Par le Dr. M. BESSON.

Dans le mois de Mai dernier, je fus appelé rue St Jacques, 342, pour donner mes soins à la nommée Louise Iselin, âgée de 6 ans. Cette jeune fille d'un tempérament lymphatique très prononcé, et malade depuis plus de vingt-quatre heures, présentait à mon arrivée les symptômes suivants : engorgement des ganglions sousmaxillaires, face vultueuse, pouls légèrement accéléré; elle accuse de la douleur à la gorge et se plaint de ne pouvoir avaler que difficilement. La muqueuse de l'isthme du gosier et de l'arrière gorge présente une rougeur très vive, et les amygdales assez fortement tuméfiées laissent apercevoir quelques taches de cette exsudation pelliculaire qui caractérise l'angine diphtéritique. La voix n'existe plus, et la toux sèche, sourde et comme étouffée, offre dans son timbre ce type si bien connu sous le nom de toux croupale. La respiration est courte et accélérée au moment des quintes qui sont fréquentes et qui donnent à la malade une anxiété pénible.

Ces symptômes sont assez caractéristiques pour établir un diagnostic rationnel, c'est un croup vrai au milieu de la seconde période.

Le traitement devait être énergique : aussi les parties recouvertes d'exsudations plastiques sont cautérisées à plusieurs reprises avec une solution concentrée de nitrate d'argent, on admistre un vomitif composé de 4 grains d'émétique et d'une once et demie de sirop d'ipécacuanha suspendus dans une décoction de polygala. Les matières vomies

finissent de caractériser la maladie; au milieu de matières filantes et visqueuses, elle présentent plusieurs grumeaux blanchâtres, arrondis, semblables à de l'albumine concrète et dont l'un est de la grosseur d'une petite noisette. Ce traitement, auquel s'associe une potion au chlorate de potasse et des frictions sur la région du cou avec la pommade mercurielle, est continué pendant deux jours sans aucune amélioration. Sans doute, les vomitifs avaient toujours amené une rémission marquée, mais de plus en plus momentanée, et les paroxysmes se rapprochant étaient devenus de plus en plus pénibles surtout pendant les nuits. A ce moment donc, les accès présentaient une extrême gravité, la dyspnée était excessive et la suffocation imminente faisait craindre le collapsus de la troisième période.

J'avais épuisé les ressources de la thérapeutique ordinaire et je pensais au moyen ultime et si souvent désespéré de la trachéotomie, lorsqu'il me vint à l'esprit d'employer les fumigations d'éther. Les propriétés tout à la fois antispasmodiques et stimulantes de ce précieux médicament répondaient pour moi aux exigences de la position; calmer d'une part, l'anxiété pénible de ma pauvre malade, et de l'autre, détacher, par un stimulus énergique, les fausses membranes qui obstruaient les voies respiratoires, et peut-être aussi plus tard, changer la vitalité de la muqueuse en fluidifiant les sécrétions, *hoc erat in votis!* Voici l'appareil que sur le champ j'organisai; je coiffai une tymbale d'argent d'un petit entonnoir, et je lutai, au moyen d'une bande de papier, les bords par lesquels ces deux pièces s'affrontaient. Cet appareil, le plus primitif possible, mais simple et répondant au besoin de la circonstance, fut placé dans un bol rempli à moitié d'eau à 40-degrés environ, et alors on versa une cuillerée à bouche d'éther sulfurique à 66° dans la tymbale.

La malade saisissant entre les dents la petite extrémité de l'entonnoir aspira fortement. La température élevée du bain-marie vaporisa assez rapidement l'éther qui passa avec la colonne d'air dans les voies respiratoires. Un violent accès de suffocation s'en-

suivit et jeta dans une anxiété inexprimable la malade, dont tout le corps et les membres se livrèrent à des mouvements désordonnés. Mais après une lutte désespérée de près d'une minute, et après des efforts suprêmes elle rejeta une fausse membrane de plus de 6 centimètres de longueur et d'une épaisseur de 3 millimètres environ, très dense, semblable à un morceau de parchemin qu'on aurait fait macérer dans l'eau; puis des lambeaux maldessinés, enveloppés dans des mucosités diffuantes.

Les accidents de ce paroxysme provoqué s'apaisèrent peu à peu et firent place à un calme presque complet, à une réfoccillation bienfaisante et à un sommeil réparateur. Ce bien-être qui n'était troublé que par quelques quintes très éloignées, persévéra huit heures environ, au bout desquelles, la dyspnée et la suffocation étant revenues, nous eumes recours de nouveau aux fumigations d'éther; mêmes phénomènes que ci-dessus et expulsion nouvelle de deux lambeaux de fausse membrane qui simulent de petits polypes mêlés à quelques crachats épais et jaunâtres. Après quoi toux incessante, toujours croupale, mais beaucoup moins sèche et nullement suffocante, qui dure deux heures environ, puis le calme s'établit pour ne plus disparaître; les accès s'éloignent, le sifflement diminue, les crachats prennent le caractère muqueux de la bronchite, la toux perd de sa raucité et devient aussi catharrale, le rythme de la respiration plus régulière et la fièvre tombe complètement. Bref, au bout de quelques jours a malade était parfaitement guérie.

Vers la fin du même mois, rue Val-de-grâce, 21, Amable Guillaume, âgé de 5 ans, d'une constitution délicate, était atteint d'une angine diphthéritique. Les vomitifs et les caustiques arrêtaient au bout de 6 à 7 jours la maladie dans son évolution menaçante. Il y avait déjà une quinzaine de jours que le malade avait repris ses habitudes, lorsque le 15 Juin dernier les parents me firent appeler de nouveau. Cette fois la maladie me parut beaucoup plus grave que la première fois, l'exsudation membraneuse qui recouvrait les amygdales tuméfiées me paraissait s'é-

tendre profondément. Les vomitifs à l'émétique et au sulfate de cuivre successivement employés amenèrent l'expulsion d'une fausse membrane peu consistante, d'une longueur de 4 à 5 centimètres et mêlée à des grumeaux gélatineux. Les insufflations dans l'arrière-gorge avec de la poudre d'alun, la potion au chlorate de potasse et les frictions avec la pommade mercurielle ne furent pas oubliées. Ces différentes médications n'amènèrent que des rémissions très courtes, le mal progressa dans sa marche fatale, et le 19 au matin, voici quel était l'état du malade.

Aphonie complète, amygdales tuméfiées et recouvertes de plaques blanchâtres, toux insonore avec suffocation, dyspnée excessive, quintes fréquentes avec convulsion des muscles expirateurs, inspiration brusque, sifflante, comme si une colonne d'air passait dans un tube métallique, quoique le bruit respiratoire soit encore sensible à l'auscultation, face injectée, yeux saillants, jugulaires distendues, anxiété extrême, agitation convulsive et fièvre intense. Le malade est en proie à ces paroxysmes terribles qui n'ont presque plus de rémission et qui annoncent que les symptômes ultimes de l'asphyxie ne tarderont pas à se prononcer.

C'était donc le moment de recourir aux fumigations d'éther qui, dans un cas à peu près identique, m'avaient si bien réussi quelques jours auparavant. L'enfant, d'une grande docilité et terrifié par l'idée de la mort, aspira pendant quelques minutes et à plusieurs reprises 5 drachmes d'éther sulfurique, et bientôt après, au milieu des efforts violents d'une véritable strangulation, il rejeta, enveloppée de mucosités filantes, une fausse membrane considérable, longue de 7 à 8 centimètres, large dans sa plus grande étendue, de 2 centimètres environ, très dense et présentant dans le sens de la longueur quelques arborisations qui semblaient indiquer un commencement d'organisation. Une demi-heure après, les bienfaits d'une sédation presque générale remplacèrent les symptômes effrayants de tout à l'heure, et pendant une partie de la journée on aurait pu croire tout danger conjuré, sans quelques accès de toux

croupale. La nuit, jusqu'ici si anxieuse, se passa dans un calme relatif jusque vers minuit, mais, à partir de ce moment, la dyspnée reparut, les paroxysmes devinrent si violents que le malade réclama lui-même le petit appareil. Cette seconde fumigation produisit l'expulsion de quelques lambeaux de fausse membrane roulés sur eux-mêmes, mais beaucoup plus mince que la fausse membrane rendue la veille, et accompagnés de plusieurs grumeaux brunâtres de consistance gélatineuse.

Nouvelle rémission qui durait encore quand je vins voir le malade, le 20, vers huit heures du matin. Mais, vers deux heures de l'après-midi, les accidents de suffocation parurent assez pénibles pour nécessiter l'emploi d'une troisième fumigation qui n'amena que l'expulsion de mucosités épaisses et filantes. La nuit fut assez calme et le sommeil dura quelques heures de suite.

Le 21 fut encore une journée orageuse, et au milieu du découragement et du désespoir des parents, j'eus recours encore jusqu'à deux fois, aux fumigations d'éther. Mais après la 5^{me}, la scène changea. La toux quoique rauque, prit les caractères de la toux d'une bronchite intense, elle devint plus grasse, l'expectoration se fit plus facilement et donna des crachats assez épais et jaunâtres, la respiration cessa d'être anxieuse, et, à l'auscultation, l'oreille perçut des râles muqueux et à grosses bulles. Pendant la nuit il eut huit heures de sommeil continu. Enfin le lendemain, de tous les accidents du croup le mieux caractérisé et des plus graves, il ne restait plus que de l'aphonie et une toux bronchique, symptômes qui, huit jours après, avaient complètement disparu.

Ce traitement couronné d'un plein succès, dans les deux cas de croup *vrai* que nous venons de rapporter est-il nouveau ?

Multa senascentur quæ jam cecidere.

Au commencement de ce siècle, deux médecins qui ont laissé quelque réputation, Pinel et Alibert, avaient eu recours aux fumigations d'éther, et voici comment le thérapeute le plus remarquable de notre époque caractérise leurs observations :

“ On ne peut qu'attribuer à une erreur de diagnostic des cas de guérisons radicales que Pinel et Alibert racontent avoir obtenus par l'emploi des fumigations d'éther. Il suffit de lire leurs observations pour voir que ces deux praticiens ont eu affaire à des faux croup, à des angines striduleuses.”

Il est vrai qu'à cette époque le diagnostic différentiel de l'affection qui nous occupe, n'avait pas la précision qu'il a acquise de nos jours, quoiqu'aujourd'hui même, on soit tout étonné de voir l'illustre clinicien de Dublin, *Graves*, confondre le croup avec l'angine striduleuse.

Quoiqu'il en soit, l'action thérapeutique de l'éther dans la laryngite pseudo-membraneuse ne pourrait-elle pas s'expliquer sans vouloir toutefois établir une synthèse appuyée sur deux faits seulement ?

D'abord la diffusibilité du médicament en question lui permet d'agir directement et d'une manière topique sur la muqueuse malade ; avantage immense que ne présente aucune des médications employées ordinairement dans la diphthérie laryngée. Ensuite, la stimulation puissante, mais passagère, exercée sur le tissu malade ne peut-elle pas changer le mode d'irritation existant, et, par cette substitution, amener des modifications heureuses, changer la lésion spéciale de la diphthérie en une lésion purement inflammatoire et changer des sécrétions plastiques en sécrétions fluides ?

Nous n'insistons pas davantage sur ces théories peut-être un peu aventurées, nous désirons seulement appeler l'attention des praticiens sur un traitement qui peut rendre d'immenses services dans une affection faisant si souvent le désespoir du médecin. — (*Abeille Médicale.*)

FISTULE LACRYMALE

traitée sans succès par la canule et guérie très vite par l'occlusion galvano-caustique des conduits lacrymaux.

Bien que les faits plus ou moins analogues à celui-ci ne soient pas très rares, puisque j'en ai rapporté moi-même divers exemples dans

mon mémoire sur la *Méthode galvano-caustique oculaire*, j'ai cru utile néanmoins, d'appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce même sujet, d'autant plus qu'il semble vraiment, si j'en juge par les publications plus ou moins récentes qui ont paru sur la matière, que l'on mette autant d'ardeur à embrouiller la question thérapeutique des tumeurs lacrymales, qu'il m'a fallu déployer de patience et d'activité pour arriver à la résoudre d'une manière définitive.

En effet, j'ai dit et je répète que par les méthodes anciennes les guérisons obtenues n'étaient que temporaires, dans le plus grand nombre des cas. J'ai ajouté que la guérison définitive, radicale, absolue, n'était possible qu'à la condition de faire cesser toute espèce de contact, et par conséquent de rapport entre les larmes d'une part et la muqueuse naso-lacrymale de l'autre.

De là est née l'excision de la partie antérieure des conduits, déjà exécutée par *M. Velpeau*, et plus tard, la galvano-cautérisation qui est beaucoup plus simple comme exécution et beaucoup plus certaine dans ses résultats.

Ce que j'ai dit au début, je puis le répéter avec plus d'autorité encore ; c'est qu'il n'y a pas de tumeur ou de fistule lacrymale possible avec l'occlusion réalisée des deux conduits lacrymaux.

Toute la question est donc de savoir si l'on peut toujours réaliser cette même occlusion.

Oui, assurément, l'occlusion du conduit est réalisable par l'excision et surtout par la galvano-cautérisation, à la condition toutefois, que l'on fera ce qu'il faut pour l'obtenir, c'est-à-dire que si l'un des conduits reste une première fois perméable aux larmes, ce conduit sera galvano-cautérisé de nouveau.

Je n'ai procédé autrement dans l'observation suivante : j'ai donc obtenu un succès au lieu d'un revers que m'eut fourni une seule opération.

Or, les insuccès de la méthode, que l'on veuille bien le remarquer, ne sauraient tenir à autre chose qu'à une application insuffisante ou défectueuse. Ce n'est pas la méthode qui est alors en défaut, c'est le praticien

qui ne sait pas s'en servir. Son emploi n'offre cependant, aucune difficulté réelle dans son exécution.

Observation. — M. Guimard, âgé de 23 ans, attaché au chemin de fer de l'Ouest, est d'une constitution un peu lymphatique, sans avoir néanmoins été souvent malade. La tumeur lacrymale, qui a pour siège le côté droit, remonte à 1859 ; elle ne s'accompagna tout d'abord d'aucune inflammation intercurrente ; plus tard, elle s'inflamma de temps en temps, ce qui décida le malade à consulter M. le professeur Laugier.

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu opéra M. G., en 1861, par la canule, laquelle resta en place environ deux ans et demi, sans qu'il y ait eu, pendant cette période de temps, une guérison même momentanée.

Il y a six mois, M. Laugier retira lui-même la canule qu'il avait placée, et depuis cette époque, une fistule lacrymale persiste et ne paraît avoir aucune tendance à s'oblitérer. Dans cet état, le malade m'est adressé par son médecin ordinaire, le docteur Tahère, de Saint-Cloud.

Je pratiquai, le 7 mars 1864, la galvanocautérisation de l'un et de l'autre conduit dans la même séance ; néanmoins, le supérieur fut à peine cautérisé par l'indocilité du malade, et dix jours plus tard, l'opération a dû être répétée sur ce même conduit. La guérison était complète au vingtième jour, et la fistule oblitérée.

J'ai revu ce malade aujourd'hui, 14 Mai, tout-à-fait guéri et n'ayant plus qu'un léger larmolement qui ne le gêne en aucune façon pour ses travaux de bureaux.

J'ajouterai, enfin, qu'au mois de Mars également, mais en 1862, j'ai opéré d'une fistule lacrymale un jeune enfant, et que la guérison depuis lors n'a pas cessé un seul instant d'être complète. Je possède d'ailleurs, actuellement des observations de guérisons beaucoup plus anciennes, (les seules dans l'espèce qui soient réellement probantes et démonstratives), puisqu'elles datent depuis 5, 6, 7 et même 8 années. Aussi, fais-je tout ce qu'il dépend de moi pour généraliser et répandre de plus en plus ma méthode de traitement

des tumeurs et des fistules lacrymales, tout en me reposant un peu de ce soin sur le temps qui est le plus grand de tous les vulgarisateurs. — (Dr. TOUGNET, *Abeille Médicale*.)

MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA

Par W. MARSDEN, M. D., Québec.

Mon expérience du choléra oriental confirme entièrement les observations d'Alex. Moreau, de Gounès, quant au "Mode de propagation du Choléra-Morbus pestilentiel," contenues dans le rapport du Conseil Supérieur de Santé. Ce rapport est fondé sur des faits dont l'existence ne saurait se concilier avec l'idée d'une infection locale, d'une cause épidémique ayant pour moteur l'air atmosphérique, puisqu'alors la maladie se gagnerait à distance ; que des murs d'enceinte seraient impuissants pour l'arrêter ; qu'au lieu de suivre les grands chemins, les voies de communication, elle suivrait la direction des vents ; qu'elle se disséminerait rapidement dans toute une ville, dans tout un pays, au lieu de se propager successivement d'une maison où d'un quartier à l'autre, et de s'avancer lentement par des lignes itinéraires qui sont précisément celles que parcourt le plus fréquemment la population.

"Ces faits établissent" dit-il, contrairement à l'opinion qui attribue la maladie à une cause épidémique résidant dans l'atmosphère :

1° Que le choléra pestilentiel provient d'un germe, d'un principe *sui generis* ;

2° Qu'il se transmet exclusivement par les communications avec les individus qui sont infectés de ce germe, et par l'usage des choses qui le recèlent ;

3° Qu'il apparaît uniquement dans les lieux où s'opèrent ces communications ;

4° Qu'il est importé d'un endroit à un autre par les bâtiments de guerre, les navires du commerce, les embarcations de passage, les caravanes, les rouliers, les corps d'armée, les troupes de pèlerins et de fuyards, et les individus isolés ;

5° Qu'il se répand à bords de navires par

les rapports de leurs équipages avec des individus ou des choses qui en sont infectés et qu'il est introduit par eux dans les ports de leurs relâches ou de leur destination ;

6° Qu'il s'étend des points du littoral infectés de cette manière, à travers l'intérieur des pays les plus vastes, suivant les hommes dans toutes leurs communications, et se propageant avec une rapidité proportionnelle à l'activité des relations sociales ;

7° Qu'il pénètre constamment dans une contrée par la partie de ses frontières qui est en rapport avec d'autres pays déjà infectés, et qu'il s'introduit dans une ville par les quartiers dont les habitans sont en rapport avec des lieux qu'il a déjà ravagés ;

8° Que, pour en préserver un port, une ville frontière, il suffit de surveiller ou d'interdire l'arrivée des navires ou des voyageurs provenant des contrées où il règne ;

9° Que, pour en garantir une masse d'individus habitant une ville où il s'est introduit, il suffit de les séparer du reste de la population et d'empêcher qu'ils aient avec elle aucune communication ;

10° Que l'air atmosphérique est tellement impuissant pour le propager à distance qu'une famille, une réunion de personnes peuvent vivre avec sécurité au milieu de ses ravages, dans la ville, dans le pays où il cause la plus terrible mortalité, pourvu qu'elles soient séquestrées strictement avant d'avoir été exposées à son action et jusqu'au moment où elle a totalement cessé.

D'où il suit que le choléra oriental se transmet et se propage, comme la peste, par les communications médiatees ou immédiates avec les individus qui en sont infectés ; ce qui constitue le caractère propre et essentiel des maladies contagieuses, et le fait différer entièrement des maladies épidémiques dont les causes résident dans l'atmosphère. "

ERATA.—L'article de M. le Dr. Marsden, publié dans notre dernier numéro, contient certaines fautes que nos lecteurs voudront bien pardonner. A la 10me ligne, première colonne, au lieu de *sortable* lisez *portable*.

Dans la 6me colonne la clause 12 à été omise, lisez comme suit: "Chacune des subdivisions dans le département de l'Hôpital sera entourée d'une clôture ouverte de sept pieds de haut." Au lieu de clause 12 lisez clause 13.

LE CHOLÉRA,

Lecture publique faite devant l'Institut Médical,

Par J. P. ROTTOT, M. D.,

Professeur de Médecine légale et de Botanique à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal; médecin attaché au service de l'Hôtel-Dieu, etc.

(SUITE ET FIN.)

M. le Président et Messieurs.

Nous allons considérer à présent le traitement que l'on doit employer pour cette maladie. La cause de la mort étant cette perte abondante, extraordinaire de liquide, il ne s'agit donc que d'arrêter cette évacuation. Le moyen le plus sur et le plus simple serait d'en faire disparaître la cause, soit en l'éliminant du système, soit en la neutralisant. Mais nous ne connaissons pas la nature, la composition, les propriétés de cette cause ; nous ne connaissons aucune substance capable de la décomposer, de la neutraliser. Nous ne pouvons donc pas encore agir directement sur le choléra de cette manière. Il est probable cependant qu'il y a des substances capables de le neutraliser, car on a remarqué que dans les districts où l'on boit beaucoup de cidre, il n'y a que très peu de cas de choléra, ainsi que là où on fait de l'acide sulfurique, et aussi parmi ceux qui travaillent le cuivre et le zinc. Rien n'empêche donc d'espérer que ces indices pourraient nous faire découvrir le véritable antidote du choléra. L'autre moyen serait d'éliminer le poison du système. Vous verrez que chaque fois qu'une poison quelconque a été introduit dans le système, la nature vient toujours à bout de l'en chasser, par les organes de la sécrétion, les intestins, les reins, la peau, les poumons, pourvu toujours que le poison n'ait pas été trop puissant. Il s'agit de savoir maintenant, si dans le choléra on doit aider la nature en excitant l'action de ces derniers organes. Je suppose qu'on doit le faire. Examinons d'abord la valeur intrinsèque de chacun de ces moyens, pour voir le quel nous offrirait le plus d'avantages. A première vue, on peut se convaincre qu'on ne doit pas chercher à faire cette élimination par les poumons ; il n'y a pas de remèdes connus capables d'augmenter la

sécrétion des poumons assez promptement et assez abondamment, pour nous permettre de réussir par ce moyen. On ne peut pas espérer d'avantage en agissant sur les reins, quoiqu'on connaisse plusieurs remèdes qui ont une action assez puissante et assez certaine sur ces organes; on ne serait pas justifiables de les employer, principalement parce que leurs effets seraient trop lents par rapport aux progrès de la maladie. La peau, vu sa grande étendue, vu l'abondante sécrétion que l'on peut obtenir promptement, nous offre beaucoup plus d'avantages, aussi n'est-il pas surprenant si on a cru pouvoir réussir à éliminer le virus par ce moyen, d'autant plus qu'on rapporte avoir guéri des individus mordus par des bêtes venimeuses, seulement par avoir déterminé une abondante transpiration, au moyen d'un exercice violent. Cette transpiration peut-être obtenue encore autrement, par exemple par les bains, l'air chaud etc. Il pourrait se faire que l'un de ces moyens serait préférable à l'autre; ce ci dépend des circonstances, de l'état du malade. Mais la transpiration ne doit pas être poussée jusqu'à produire un état de faiblesse, de débilité. On a donc employé et on emploie encore aujourd'hui ce traitement avec beaucoup d'avantage. Le quatrième moyen à notre disposition, pour éliminer le poison, c'est par les intestins. C'est la voie la plus naturelle pour chasser du système toute substance qui peut détériorer la santé. Mais quand c'est le choléra que nous avons à traiter, il faut y mettre beaucoup de circonspection, car c'est une maladie qui produit elle-même une surpurgation, desorte qu'en donnant des purgatifs sans prudence, au lieu de lui mettre un frein, on s'exposerait à lui donner un aide. Nul doute qu'il doit être avantageux d'administrer un évacuant convenable, surtout au début de la maladie, lorsqu'il y a des matières irritantes dans l'estomac ou les intestins, et les meilleurs remèdes doivent être ceux qui ne produisent pas des selles trop abondantes, trop liquides et dont l'action est tonique et irritante. Plusieurs médecins disent même ne commencer leur traitement que par un émétique et un purgatif, et que bien souvent la guérison se fait de suite sans qu'il soit nécessaire de donner autre chose. Mais les différents cas de guérison que l'on rapporte, sont-ils vraiment le résultat de l'élimination du poison soit par la transpiration soit par les selles? Je ne le crois pas. Le poison du choléra n'est pas semblable à la plus part des autres poisons, car du moment qu'il agit sur le système, il est repro-

duit de nouveau, il est dans l'air, de sorte qu'il est continuellement absorbé par la respiration, par conséquent il est impossible de pouvoir l'éliminer du système, soit par la transpiration soit par les selles. La guérison doit donc être dûe à un autre effet, produit par ces deux traitements. En effet lorsque vous excitez une transpiration, vous produisez une surréexcitation de tout le système nerveux, vous augmentez donc son pouvoir, sa puissance, toutes les parties du corps éprouvant la même influence, par conséquent les vaisseaux de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins aussi, de sorte qu'ils se trouvent en état de résister et de vaincre l'action débilitante du poison. Le même résultat a lieu lorsqu'on emploie les purgatifs, avec une différence cependant; c'est que les remèdes étant appliqués directement sur la membrane muqueuse, elle est la première à en éprouver les effets, mais dans les deux cas la guérison est toujours dûe à l'irritation, à la révulsion, à la réaction. C'est donc toujours ce but là que l'on doit avoir en vue, lorsque les circonstances nous permettent l'emploi des évacuants. Ce traitement cependant n'est pas toujours convenable, ni toujours sûr, car si on ne réussit pas à obtenir la réaction désirée, l'évacuation continue et augmente, de sorte que le malade meurt plus vite. Puis qu'on ne peut pas décomposer ou neutraliser les miasmes cholériques, ni les éliminer du système, la seule chose qui nous reste à faire, c'est de chercher le meilleur moyen d'arrêter cette évacuation le plus tôt possible.

Pour cela divisons la maladie en deux périodes. Il est extrêmement rare de voir le choléra apparaître tout à coup dans toute son intensité. Il débute presque toujours par une petite diarrhée; cette diarrhée est si peu considérable, que les gens n'y font pas d'attention; ils ne sentent rien d'anormal à part de cela, leur appétit est toujours le même, et leurs forces ne sont pas diminuées. Cet état dure généralement de un à trois jours. Après cela commence la deuxième période. Les symptômes sérieux apparaissent et marchent avec une effrayante rapidité. Cette deuxième période est caractérisée principalement par des vomissements et selles abondantes de matières blanches particulières, crampes, sueurs froides, pouls faible, petit, vite, presque imperceptible etc. Je crois avec ceux qui ont eu le plus d'expérience dans cette maladie, que prise à son début elle est des plus facile à guérir, et qu'on pourrait sauver l'immense majorité de ceux qui en sont atteints. On a

vu la preuve de ceci en Angleterre : dans un endroit où le choléra sévissait avec beaucoup de violence, on avait établi le système de visites à domicile, au bout de quelques jours seulement le nombre de cholériques était diminué de moitié. Le remède qui alors paraît agir le mieux est l'opium, soit seul, soit mélangé avec un astringent quelconque, répété plus ou moins souvent suivant la fréquence des selles. L'opium probablement n'agit pas seulement comme astringent, mais aussi comme stimulant, et possédant de plus le pouvoir d'émosser la sensibilité nerveuse, il se pourrait que les vaisseaux de la membrane muqueuse seraient moins susceptibles d'être affectés par les miasmes cholériques. Avec cela, diète et exercice modéré, boissons stimulantes et acidulées. Il y a des médecins qui pour tout traitement n'emploient que les acides, principalement l'acide sulfurique et muriatique, soit séparément, soit mélangés ensemble, et avec beaucoup de succès disent-ils. Vous savez aussi, que bien souvent cette diarrhée est arrêtée seulement en prenant un bon verre d'eau-de-vie, le plus souvent chaud et mélangé avec d'autres substances stimulantes, tel que le poivre de Cayenne, etc. On ne doit pas être surpris si ce traitement réussit assez bien car la diarrhée est passive, elle est due à un état de faiblesse des vaisseaux, par conséquent stimulez les, donnez leur du ton, vous l'arrêterez. Les stimulants alors deviennent de bons astringents, meilleurs même que ceux qui paraissent posséder le plus cette propriété, tel que le catechu, kino, craie, etc. Malheureusement il est rare que nous ayons à traiter le choléra à son début, on ne nous envoie chercher généralement que lorsque le malade est rendu à la deuxième période, avec tous les symptômes de prostration. Et malheureusement encore, il s'en faut de beaucoup que les remèdes dont je viens de vous parler agissent alors aussi bien. Les principales raisons de ce manque de succès, sont les vomissements trop fréquents, et la perte presque entière du pouvoir absorbant de la muqueuse intestinale. Les remèdes sont renvoyés presque aussitôt après avoir été pris, ou bien si l'estomac les garde, ils ne sont pas ou très peu absorbés, de sorte qu'ils ne produisent pas leurs effets. Les médecins, découragés par la non action des remèdes, en employèrent un grand nombre les uns après les autres, et on rapporte des cas de guérison, par presque chacun de ces remèdes. Entre autre, un médecin russe emploie de la strychnine, il enveloppe ses malades dans une couverture trempée dans de l'eau froide,

un autre donne de l'huile de croton, 1 à 2 gouttes toutes les deux ou trois heures si le vomissement et la diarrhée continuent, il n'agit pas comme purgatif, etc., etc. Si on examine le traitement de la plus part des médecins, on verra qu'il avait presque toujours pour but de produire une irritation, une réaction locale et générale, et que la guérison n'a eu lieu je crois, que lorsque ces effets ont été produits. C'est dans ce but encore qu'on emploie les frictions, les contre irritants avec les bains et les stimulants. Le remède qui a été employé avec le plus de succès dans cette période d'après les rapports que j'ai vus, et celui que je crois le meilleur d'après mon expérience, c'est le calomel. Il n'est pas possible je crois d'expliquer comment il agit. Il est probable que ce n'est pas constitutionnellement, car il ne produit presque jamais la salivation, de sorte qu'il n'est pas ou très peu absorbé ; il faut donc que son action soit locale. Le calomel comme vous le savez a un effet particulier sur la membrane muqueuse, il l'irrite, et produit des selles sanguinolentes, salivation, ulcération et quelquefois gangrène ; vous connaissez aussi les bons effets du calomel appliqué localement dans certaines inflammations de la gorge, dans les condylômes, et dans beaucoup d'autres maladies de la peau, rien ne nous empêche donc de croire qu'il a aussi une action particulière sur la muqueuse dans le choléra, quoique nous ne comprenons pas la nature de cette action. Ceux qui l'emploient ne le donnent pas tous de la même manière. Il y en a qui le donne à fortes doses, 10, 20, 30 grains, répétés à peu près toutes les demi-heures ; d'autres le donnent à la dose de 1 à 2 grains répété, toutes les 10 ou 15 minutes, seul ou avec très peu d'opium.

Cette dernière pratique est celle du Dr. Ayre ; et il rapporte 12 cas de guérison dans l'état de collapse, dans les quels, quelques uns ont pris successivement 36, 40, 60, 134, 156, et jusqu'à 256 grs de calomel. Plusieurs autres médecins qui ont adopté cette pratique en parle d'une manière tout à fait avantageuses et rapportent aussi un grand nombre de guérisons. Le calomel alors n'agit pas comme purgatif. Devrait on l'employer dans la première période de la maladie ? Si l'on juge que les premiers remèdes indiqués doivent réussir, je crois que l'on doit s'en dispenser, car pouvant être alors facilement absorbé, il produirait peut-être une salivation sans nécessité. Mais si l'on avait besoin d'un purgatif, ou si l'on voit que la diarrhée ne cède

pas, je crois qu'on ne doit pas tarder de le donner.

Quant à la soif intense que les malades éprouvent, il y a plusieurs raisons qui doivent nous déterminer à la satisfaire, si non complètement, du moins avec prudence, autant que possible, en choisissant les boissons qui conviennent le mieux aux malades, et s'il n'y a pas de contre indications, je crois que l'on doit donner la préférence aux boissons acidulées. Par rapport aux précautions hygiéniques que l'on doit prendre et observer, elles sont connues depuis longtemps; je n'ai rien autre chose à ajouter, je me permettrai cependant d'observer qu'il y a certaines choses qui doivent contribuer à vicier l'air de notre ville, à nuire à la santé publique, à favoriser l'action non seulement des miasmes cholériques mais encore de tous les autres, ce sont les vapeurs qui s'élèvent des soupiraux à chaque coin de rue, provenant des immondices de toute la ville qui coulent dans les canaux souterrains. D'après ce que m'a dit un homme très habile avec qui j'en parlais, la Corporation pourrait y remédier facilement et à bon marché. Cette amélioration faite, le système de visites à domicile adopté, avec les connaissances que nous avons sur le choléra, je crois que nous pouvons l'attendre sans le craindre plus qu'aucune autre maladie.

PREMIÈRE ASSEMBLÉE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRUR- GICALE DE MONTRÉAL.

L'assemblée annuelle de la société Médico-chirurgicale de Montréal a eu lieu dans les salles du Dispensaire, lundi, 15 Janvier, à 8 heures p. m. Le Dr. Hingston occupa le siège présidentiel. Après les affaires de routine le Dr. Squire, l'un des secrétaires, lut le rapport suivant:

Le 28 Juillet 1865, trente-un membres de la profession médicale répondirent à l'appel de MM. les Docteurs Howard, Peltier et Hingston et s'assemblèrent dans les salles de l'Institut des Artisans pour délibérer sur l'opportunité de former une société médicale. Le Dr. Sutherland fut appelé à présider l'assemblée. Après une longue discussion, il fut unanimement résolu, sur proposition du Dr. Hingston qu'il était désirable de former une société pour l'avancement de la science médicale, et dont le nom serait société Médico-chirurgicale, de Montréal. A la suggestion du Dr. Howard, un comité

d'organisation composé des Drs. Peltier, Reddy, Leprohon, Hingston, Craik et Squire, fut nommé pour rédiger la constitution et les règlements de la nouvelle société. Le 4 août eut lieu une autre assemblée présidée par le Dr. Fraser et qui fut ajournée à la semaine suivante. A une assemblée subséquente présidée par le Dr. Campbell, le rapport du comité fut pris en considération et reçu; et la société fut définitivement fondée par l'élection au scrutin des Messieurs suivants: Drs. Campbell, Sutherland, Fraser, Beaubien, Trudel, Coderre, Scott, Howard, Craik, Peltier, Bibaud, Leprohon, Reddy, Hingston, Fenwick, Boyer, Lemire, Dagenais, Thompson, F. W. Campbell, Squire, Larocqué, Globensky, Desrosier. L'élection des officiers pour 1865, qui eut lieu le 8 août, à une assemblée spéciale des 24 membres que nous venons de nommer donna le résultat suivant:

Président.—J. W. Campbell, A. M. M. D.; Vice-présidents.—E. H. Trudel M. D., W. H. Hingston, M. D. L. R. C. S. E.; Trésorier,—H. Peltier, M. D. Edin.; Secrétaires,—W. Wood, Squire, A. M. M. D. et le Dr. E. Lemire; Conseillers; R. P. Haward, M. D., L. R. C. S. E.; J. L. Leprehon, M. D., A. Craick, M. D., J. E. Coderre, M. D., W. E. Scott, M. D., et les officiers *ex-officio*. A la même assemblée il fut décidé que les règlements seraient soumis au conseil.

La première assemblée régulière eut lieu le 25 Août et après le rapport du conseil, le Dr. Craik donna avis qu'à la seconde assemblée mensuelle, il proposerait l'adoption définitive de la constitution et des règlements, qui furent adoptés clause par clause à l'assemblée du 27 Octobre. La Société en ordonna en même temps l'impression en Anglais et en Français pour l'usage des membres. Quoiqu'il se soit à peine écoulé deux mois depuis cette époque, la Société a déjà eu trois communications importantes: une du Dr. Craik sur le tétanos traumatique; une du Dr. Hingston sur l'influence du climat du Canada sur les Européens et enfin quelques observations pratiquées sur la prévention du choléra par le Dr. Godfrey. Ces travaux donnèrent naissance à d'intéressantes discussions qui furent conduites avec beaucoup d'entraîn et de bonne entente. Plusieurs autres membres se sont aussi engagés à fournir quelque travail, et la société s'occupera bientôt de questions importantes pour la profession en général. La Société compte déjà parmi ses membres plus de la moitié des médecins de Montréal et elle

espère qu'à la prochaine assemblée annuelle tous en feront partie. L'empressement des membres à payer leur contribution fait que les finances de la société sont dans un état satisfaisant, et le conseil espère qu'au mois de Mai prochain il pourra louer des salles de réunion dans un quartier plus convenable. Le tout, néanmoins, respectueusement soumis

Après l'adoption de ce rapport le Dr. Hingston fit quelques remarques suivantes:

"Messieurs, vous regrettez tous, sans doute, comme moi, l'absence du Dr. Campbell notre président, sa présence seule, ce soir, aurait plus fait pour l'avancement de la société que toutes les observations que je pourrais vous adresser. Cette absence est d'autant plus regrettable pour moi, qu'elle m'impose le devoir de faire quelques remarques sur l'état présent de notre jeune société, et sur la perspective qui s'ouvre devant elle. Elle ne compte que cinq mois d'existence, et le rapport que l'on vient de nous lire nous a fait voir qu'on ne pouvait que se féliciter de son état actuel. Quant à l'avenir tout nous porte à espérer qu'il sera pour le moins aussi satisfaisant; il ne nous manque ni matériaux, ni ouvriers. Deux écoles de médecine florissantes, trois grands hôpitaux, trois dispensaires, quatre-vingt médecins pratiquant dans les limites de la cité et vingt aux alentours sont plus que suffisants pour assurer le succès d'une société médicale. Si l'on considère que des sociétés de ce genre existent dans toutes les parties du monde civilisé, et qu'en Allemagne chaque petite ville à ses réunions médicales fournissant à la presse un grand nombre d'observations intéressantes, nous ne voyons pas pourquoi Montréal n'aurait pas la sienne.

L'invasion probable du choléra qui sévit en Europe rend la fondation d'une société médicale encore plus opportune; car il sera de son devoir de faire connaître tous les moyens propres à empêcher les ravages de cette terrible maladie et de calmer les craintes exagérées, qui accompagnent toujours son apparition. La presse médicale de cette ville, nous en sommes certains, sera toujours prête à donner son concours à la société qui, de son côté lui fournira des matières. Il existe deux journaux de médecine à Montréal, dont les éditeurs se sont plaint, et avec raison, du peu de communications originales qu'on leur envoyait; et ils ont fait de fréquents appels aux membres de la profession. Un des meilleurs moyens de leur venir en aide serait la lectures de nombreux travaux devant la société, qui par les opinions qu'ils émettraient

et les discussions qu'ils soulèveraient seraient d'un grand secours pour les journaux.

Ces discussions qui ne couteraient aucun travail et qui ajouteraient beaucoup de valeur aux communications elles-mêmes publiées dans les journaux, offriraient les moyens de travailler au progrès des sciences médicales à ceux qui n'ont le temps, ni le goût de faire plus. La bonne harmonie qui existe entre les membres des diverses origines, met chacun à même de puiser à toutes les sources d'informations et augmente encore l'utilité de la société en resserrant l'union qui doit exister entre tous les médecins. En outre, la science de la médecine ne reconnaît pas de distinctions nationales et rien ne peut la limiter.

COLLÈGE MÉDICAL DE BERKSHIRE.

La 44^{me} session annuelle des cours de Lectures de cette institution, commencera jeudi le 24 Juin 1866 et se continuera pendant dix-huit semaines.

FACULTÉ. H H Childs M. D., Président; Wm Warren Green M. D., Doyen; Henry H Childs M. D., Professeur de Théorie et de Pratique de Médecine; Corydon L Ford A M, M. D., Professeur d'anatomie et de Physiologie; Wm Warren Green M. D. Professeur de Chirurgie et de Clinique Chirurgicale; Alonzo B. Palmer A M, M. D., Professeur de Pathologie et de Pratique de Médecine; Wm C. Richards A M, M. D., Professeur de Chimie et d'Histoire Naturelle; Horatio B. Storer A M, M. D., Professeur d'Obstétrique et des maladies des femmes; A B Palmer A M, M. D., Professeur de Matière Médicale et de Thérapeutique; Horatio B. Storer A M, M. D., Professeur de Jurisprudence Médicale; Frank R Paddock M. D., Démonstrateur d'Anatomie et Prosecteur de Chirurgie.

Les officiers du collège ont tout récemment ajouté deux semaines au cours, ce qui le constitue de dix-huit semaines, et il commencera donéavant à la mi-Juin au lieu du premier Jeudi d'Aout comme d'habitude; donnant ainsi assez de temps pour un cours d'Été complet sans entraver les cours d'Hiver et de Printemps des autres Ecoles.

Il est compris que le cours d'instruction dans chaque département est éminemment complet. Les cliniques Médicale et Chirurgicales ont lieu tous les Mercredi et Vendredi. Différents prix sont offerts dans chaque département.

Pour plus amples informations s'adresser à
WM WARREN GREEN M. D., Doyen.
Pittsfield Mass.