

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

Certains anesthésiques.

(Par W. H. HINGSTON, M. D., L. R. C. S. E., D. C. L., chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal.)

(Lu devant la Société Médicale de Montréal.)

Il semble exister entre les éthyls, le méthyls et les formyls beaucoup d'analogie dans leur action sur l'économie et dans leur application aux usages anesthésiques.

Pendant bien des années, le chloroforme a régné en maître sans autre rival que l'éther. L'Océan atlantique semblait diviser les partisans de ces deux agents en deux camps opposés: les praticiens anglais donnant la préférence à la découverte de Simpson et les praticiens américains à l'anesthésique de l'école de Boston (je ne mentionne pas son nom, car l'Athènes moderne n'a pas encore décidé à qui appartient l'honneur de l'introduction de l'éther). En Canada, le chloroforme a été plus généralement employé, je puis même dire que jusqu'à ces quelques dernières années il était d'un emploi presque exclusif dans les hôpitaux et les dispensaires. Comme je n'ai à déplorer aucun accident par l'emploi de ces anesthésiques, j'en suis venu à les regarder tous deux avec confiance.

Cependant, nous apprenons de temps à autre des cas de mort par l'éther et plus souvent encore par le chloroforme et cela entre les mains des plus habiles. Mais je suis convaincu que ces résultats déplorablement seraient beaucoup moins fréquents si celui qui administre l'un ou l'autre de ces anesthésiques concentrait toute son attention à cette tâche sans se préoccuper, comme cela arrive trop souvent dans les cas chirurgicaux, de ce que fait l'opérateur. Pourtant, comme je viens de le dire, nous avons de temps à autre des cas de mort à enregistrer et il n'est pas douteux que l'avenir nous en réserve encore. Les efforts de tous tendent au même but: en diminuer autant que possible la proportion.

Il y a quelques années, je fis usage, à la recommandation de

Spencer Wells, du bichlorure de méthylène ($C_2H_2Cl_2$) préparé par J. Robbins & Co., Oxford Street, London. Cet agent à la couleur, presque le goût, et à peu près la même odeur que le chloroforme. Je ne pus constater aucune différence d'action, mais y voyant une grande différence de prix, j'en discontinuai l'usage. Spencer Wells prétend que le vomissement est moins fréquent avec le bichlorure de méthylène qu'avec le chloroforme, mais comme je n'ai pas observé que le vomissement soit fréquent après le chloroforme quand il est convenablement administré, il m'est impossible de donner la préférence au bichlorure sous ce rapport. Tant à l'hôpital qu'au dehors, j'ai employé indistinctement le chloroforme et l'éther produisant l'anesthésie avec le chloroforme et la continuant avec l'éther dans les opérations de longue durée.

Il y a quelque temps la presse médicale et surtout le Dr R. J. Levis dans le *Philadelphia Medical Times*, appelèrent l'attention sur l'éther hydrobromique. Je m'en procurai une certaine quantité de Wyeth à Philadelphie. Permettez-moi de vous dire, en peu de mots, les résultats que j'obtins de son emploi.

Je l'administre de la même manière que j'ai l'habitude d'administrer le chloroforme, sur une serviette épaisse roulée en cône. Je supprime le courant d'air comme j'en ai l'habitude avec le chloroforme et l'éther excepté chez les vieillards. Mais tandis qu'avec ces deux derniers, je ne tiens compte ni de la quantité que j'emploie ni de l'état du pouls, je fus plus méticuleux avec le nouvel anesthésique et je tins compte de la quantité absorbée par chaque malade et souvent de l'état du pouls.

Je fus d'abord frappé de la rapidité plus grande, comparée à celle de l'éther et du chloroforme, avec laquelle le bromure produit l'anesthésie complète et plus encore du retour subit à la connaissance. Ce retour, en effet, est tellement subit qu'en certaines circonstances ceux qui en furent témoins hésitèrent à croire que le malade eut dormi.

Dans un seul cas j'eus de la difficulté à produire l'anesthésie mon aide voulut trop subitement et sans le prévenir aucunement mettre sous l'influence du bromure un jeune homme fort et robuste. Le malade manifesta une excitation cérébrale considérable et la violente résistance musculaire qu'il opposa rendit très-difficile l'application convenable de la serviette. Ce fut là, l'unique exception à la règle et encore aurait-on pu l'éviter, tout en opérant aussi rapidement, si on se fut assuré le consentement du malade, la régularité de l'inhalation en aurait facilité l'action. Les malades n'ont témoigné presque aucune

émotion et n'ont offert aucune résistance, sauf dans le cas cité plus haut et chez un enfant qui ne pouvait se rendre compte de l'épreuve à laquelle on le soumettait. De même qu'avec les autres anesthésiques il se manifesta une plus grande rapidité d'action du cœur et une plus grande tension artérielle générale, comme dit le Dr Lewis. Comme il est facile de le supposer, la fréquence des mouvements respiratoires augmente en raison de l'action plus fréquente du cœur mais moins qu'avec l'éther et le chloroforme et il y a moins d'oppression qu'avec l'oxide d'azote.

Dans aucun cas je n'ai remarqué de vomissement et cela seul suffit à lui donner un grand avantage sur le chloroforme qui sans tenir compte des cas où l'administration fautive en est en grande partie la cause, amène quelquefois des vomissements en dépit de toutes les précautions possibles.

Ces notes sur l'emploi du nouvel anesthésique ne sont pas aussi complètes qu'on aurait pu le désirer. Je dois dire d'avance que je n'ai jamais eu l'habitude de mesurer la quantité de chloroforme ou d'éther que j'administre à un patient, ni de faire aucune attention à l'état du pouls sous l'effet de ces anesthésiques. Rarement, si jamais, je consulte le pouls du patient au poignet ou ailleurs, convaincu que je suis que quand la mort a lieu, le cœur est toujours le dernier à nous apprendre le fatal événement.

Dans mes expériences sur le bromure d'éthyl j'ai presque toujours négligé le pouls. Quand il a été étudié ce fut soit par mon collègue, le Dr Brunelle, soit par l'interne M. St Jacques, soit enfin par mon élève M. Bastien, ou moi-même, mais dans aucun cas, j'en ai dit la raison, avec l'exactitude obtenue dans les expériences faites à Paris sur le nouvel anesthésique. Les premiers essais eurent lieu à l'Hôtel-Dieu, puis à la ville et à Bélœil.

1^o Mde P. M., âgée de 26 ans. Réduction de hernie fémorale. Bromure d'éthyle (C₂ H₂ Br.) 3 ii ss. Anesthésie complète en deux minutes, se prolongeant pendant sept minutes. Cinq secondes après, j'annonçai la réduction, i. e., après qu'on eut discontinué l'anesthésique la patiente était parfaitement consciente. Le pouls n'a pas été noté dans ce cas, la respiration était à peine accélérée. Pas de stertor, pas de vomissements; et retour subit et parfait à la connaissance aussi promptement qu'après le gaz hilariant. Une des Sœurs de l'Hôpital et M. Bastien étaient présents.

2^o Squirrhe du Sein.—Mde... âgée de 38 ans. Pouls à 74 avant l'opération, n'a pas excédé 80 pendant l'opération. Respiration presque normale; anesthésie complète en 55 secondes et main-

tenue pendant 18 minutes avec 3 V ss de bromure d'éthyl. Médecins de l'hôpital présents.

3^o Pied-bot-double.—Patient âgé de 6 semaines. Anesthésie complète en 30 secondes; continuée pendant la division du fascia plantaire et des tibiaux postérieurs de chaque côté. L'enfant s'éveilla parfaitement et reprit connaissance moins de 4 secondes après qu'on eut fait cesser les inhalations. Dr Perrault, de St-Hyacinthe et médecins de l'hôpital, présents.

4^o Hon. M. O..., âgé de 55 ans. Pour examen de l'articulation du coude, 3 ii de bromure furent administrés; excitation considérable et lutte, l'anesthésique ayant été discontinué trop tôt. Deux autres drachmes produisirent anesthésie voulue et la connaissance revint presque aussitôt qu'on eut cessé l'anesthésique. Présent: Dr Brunelle.

5^o Amputation au-dessus de l'articulation du poignet.—Patient L. M., de Bécœil, âgé de 72 ans. Le Dr Perrault qui voulut bien se charger de l'anesthésie ne fut pas informé de l'agent qu'il employait et fut satisfait de ses effets. On n'a pas mesuré la quantité dans ce cas. Retour à la connaissance en enlevant la serviette.

6^o Talipes double, même cas que No 3, ci-dessus. Il s'agissait cette fois de diviser les deux tendons d'achille. L'anesthésique fut administré comme auparavant, mais on permit au petit patient de dormir après l'opération, comme on le conseille après le chloroforme ou les autres anesthésiques. Ces deux opérations ont été faites à Bécœil, en présence du Dr Perrault.

7^o Examen pour la pierre dans la vessie. Dans ce cas je passai l'anesthésique au Dr Finnie qui l'administra sans en connaître la nature. Je crois que le Dr F. en fut satisfait.

8^o Opération pour les hémorrhoides.—Femme âgée de 30 ans. La quantité employée fut peu considérable, moins de 3 iiss. L'anesthésie se produisit rapidement, et les hémorrhoides furent enlevées, mais avant le relâchement des sphincters de la vessie et de rectum. Malgré l'anesthésie complète que dénotait cet accident, l'intelligence revint aussitôt qu'on eut enlevé la serviette.

9^o Anesthésie pour l'enlèvement d'une partie du maxillaire inférieur chez un adulte.—L'opération fut longue et l'anesthésie fut maintenue pendant toute sa durée, le nez et une partie de la bouche restant couverts de la serviette pendant toute l'opération. L'intoxication continua longtemps après que l'opération fut terminée et le bromure discontinué; le patient se livrant à des démonstrations amicales. Plusieurs des médecins de l'hôpital étaient présents. Je crois inutile de mentionner d'autres cas analogues.

Le bromure d'éthyl a maintenant remplacé, jusqu'à nouvel ordre les autres anesthésiques à l'Hôtel-Dieu; et comme aucun fait d'un intérêt particulier n'a été observé, il est inutile d'insister d'avantage. Depuis que j'en ai commencé l'usage à l'hôpital j'ai eu maintes fois l'occasion d'employer le bromure en pratique privée et l'expérience que j'en ai me porte à lui donner la préférence sur le chloroforme à cause de son action plus agréable et plus mitigée. Il a sur l'éther l'immense avantage de n'être pas inflammable.

Le chirurgien saura apprécier cette qualité du nouvel anesthésique, celui-là surtout qui ajoute à l'arsenal ordinaire des lampes et des pulvérisateurs pour signifier aux germes: "Vous irez jusque-là mais pas plus loin." Comme l'introduction du bromure d'éthyl est de date récente et est déjà d'un usage fréquent dans les Etats voisins, les fabricants rivalisent à placer l'article devant la profession. Il est évident que tous n'ont pas également bien réussi, plusieurs variétés en ont été livrées au commerce; l'une d'elle contenait une si grande proportion d'éther qu'elle était inflammable; d'autres ont un goût tellement styptique et irritant qu'on peut difficilement les inhaler. Une seule espèce m'a-t-on dit est parvenue jusqu'à Montréal, celle de Wyeth, de Philadelphie. Je me suis procuré de M. Gray d'abord, puis plus tard des fabricants un article qui semble posséder l'odeur caractéristique quoique non désagréable et la non-inflammabilité qui caractérise le véritable bromure d'éthyl.

Qu'il me suffise de dire que depuis que j'ai commencée à employer le bromure, je n'ai employé qu'une fois ou deux le chloroforme ou l'éther soit à l'hôpital soit en pratique privée et de ces expériences courtes, il est vrai, mais suffisantes je crois, je conclus:

1^o Que le bromure d'éthyl, ou éther hydro-bromique est un anesthésique de grande valeur.

2^o Qu'étant moins âcre que l'éther et moins irritant que le chloroforme il peut être administré avec plus de facilité qu'eux.

3^o Qu'il agit plus promptement que l'éther et même que le chloroforme.

4^o Qu'il trouble moins le pouls et la respiration que l'éther et le chloroforme.

5^o Qu'il amène moins de résistance et de lutte de la part du patient.

6^o Qu'à juger d'une courte expérience il est moins souvent que l'éther et le chloroforme suivi de vomissements.

7^o Qu'il n'a jamais produit à ma connaissance, de dispositions à la syncope.

8^o Qu'il est éliminé de l'organisme beaucoup plus vite qu'aucun autre anesthésique, excepté le gaz hilariant.

Si les propositions ci-dessus sont énoncées de bonne foi, il s'ensuit logiquement que le bromure d'éthyl est un des plus précieux et sous quelques rapports le plus précieux des anesthésiques en usage. Je restreins à dessein mes observations à l'usage du bromure en chirurgie. Il reste encore à savoir quels avantages l'accoucheur pourra en retirer. Le Dr Turnbull prétend qu'employé à la dose d'une cuillerée à soupe quand les douleurs sont très-intenses et très-pénibles il a produit un soulagement aussi prompt que l'éther sans troubler en rien les efforts d'expulsion. Cette dose paraît considérable et semblerait faire supposer qu'il a été administré largement mêlé d'air comme on le pratique pour le chloroforme dans les cas d'obstétrique; tandis que dans ma pratique chirurgicale je me suis efforcé, sauf chez les vieillards d'exclure l'air autant que possible.

Un cas de version spontanée.

Dame B..... multipare, âgé de 38 ans, me fait demander le 30 mai dernier, elle est à terme.

Antécédents.—Accouchements naturels, prompts.

Examen: La poche des eaux crevée; présentation du sommet; l'occiput est à l'articulation sacroiliaque gauche, bassin large, dilatation considérable; j'ordonne de préparer le lit de misère.

Marche de l'accouchement.—La femme mise sur le lit, nouvel examen; douleur forte, occiput au sacrum. Au bout de dix minutes, douleur violente sentie par la femme, et sans effet sur la tête qui n'avance guère. Quelques instants après autre douleur si sérieuse que la tête ayant franchi presque complètement le col, touchant le plancher du bassin, j'introduis le doigt par le rectum, selon une vieille coutume, pour aider au dégagement prompt de la tête. Suspension de la douleur; ici j'annonce à la patiente qu'à la prochaine douleur elle serait délivrée; nouvelle contraction, examen presque nul, la tête retirée. J'attends une nouvelle contraction qui ne tarde pas à venir, l'examen me fait constater un effacement plus considérable de la tête. Quelques instants de repos, puis une nouvelle douleur survenant j'examine et ma main rencontre le

cordon à gauche descendu en masse, puis plus à droite un pied, puis complètement à droite vis-à-vis la crête iliaque, la tête. Hésiter alors me paraît dangereux, je saisis le pied, je fais ma version sans effort, et l'accouchement est bientôt terminé. Redoutant une contraction trop forte du col, je vais à la recherche du placenta que j'ai de la misère à extraire, vu la résistance du col. Hémorrhagie grave, qui n'est suivie néanmoins d'aucune complication secondaire grave.

Réflexions:—Tel est le cas, dans toute sa nudité, de version spontanée que je présente au lecteur avide de curiosité; car pour ne pas avoir été complet, nul doute pour moi du moins, que la version se serait faite toute entière spontanément si je n'étais pas intervenu dans le travail extraordinaire de la nature. Ce qui doit paraître remarquable ici, ce n'est peut être pas tant la version spontanée elle-même, car il faut bien l'admettre, mais la version spontanée après écoulement des eaux de l'amnios, ce que bien des auteurs nient sans crainte.

J'avoue, sans pudeur, que je n'avais pas prévu le cas ci-dessus, que j'ignorais même la possibilité du fait, partageant en cela sans le vouloir l'opinion de ceux qui refusent de l'admettre.

N'eût été cette ignorance de ma part, j'aurais pu étudier la marche des douleurs, et constater si il y a bien dans ces circonstances contraction irrégulière des parois de l'utérus. C'est en effet de cette manière qu'il faut expliquer la version spontanée. Voici ce que dit Cazaux: "Je suis porté à penser, dit-il, que l'irrégularité des contractions n'y est pas étrangère... Dans certains cas, l'organe semble ne se contracter que dans une certaine partie de son étendue, l'autre se resserrant avec beaucoup moins de force et même restant complètement inerte. Eh bien, sans pouvoir citer aucun fait à l'appui de mon opinion, je crois que c'est dans une semblable condition des parois utérines que doit surtout s'opérer la version spontanée.

St Henri de Montréal.

SEVERIN LACHAPELLE, M. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

De la forme médicamenteuse et du mode d'administration des médicaments dans les maladies de l'estomac.—(Suite et fin). III.—*Maladies diverses, avec affection gastrique concomitante.*—C'est tout l'arsenal thérapeutique qu'il faudrait ici passer en revue ; mais encore une fois je n'ai pas la prétention d'être complet et je ne veux pas prolonger outre mesure une étude déjà longue.

Peut-être devrais-je ne considérer que les formes pharmaceutiques en général et ne discuter que leur valeur comparative ; il est pourtant encore quelques médicaments que je ne peux passer sous silence, tant à cause de la multiplicité des indications qui les réclament, que de la durée qu'on donne à leur administration.

La digitale et l'opium sont dans ce cas.

La *digitale* est employée sous forme de poudre, d'infusion, de teintures, de sirop, d'extraits. Souvent, enfin, elle est remplacée par la digitaline amorphe ou cristallisée.

La poudre de digitale, entre les mains de Hirtz, a donné des résultats merveilleux ; mais il faut avoir vu le produit dont s'est servi le célèbre professeur pour comprendre ces résultats. Nous ne saurions nous flatter d'en obtenir de semblables, et, obligés de nous contenter des produits du commerce, il faut reconnaître que cette forme est bien infidèle.

Son action topique irritante sur la muqueuse stomacale, bien qu'atténuée par le mucus qui ne tarde pas à l'invisquer, détermine parfois pourtant des nausées et des vomissements. Une certaine quantité d'ailleurs peut n'être pas absorbée de suite, peut n'être même pas mouillée, puis tout d'un coup elle peut agir en même temps qu'une dose nouvelle et, par accumulation, provoquer des accidents.

La poudre de digitale sera donc rejetée ; il en sera de même des pilules à base de poudre, car celles-ci, si elles sont facilement solubles, déterminent une irritation d'autant plus vive que la muqueuse est déjà malade et, si, au contraire, elles ne fondent que difficilement, exposent aux phénomènes toxiques de l'accumulation de doses.

Les préparations dissoutes sont infiniment supérieures. L'in-

fusion, qu'on doit faire, non avec les feuilles, mais avec la poudre des feuilles, présente les propriétés nauséuses de la digitale en nature et, ultérieurement, détermine des effets diffusés, qui sont d'autant moins intenses que les vomissements auront été plus prompts et plus abondants.

L'infusion, qu'on conseillera avec avantage au début d'une affection aiguë, ne saurait être administrée pendant longtemps sans provoquer des désordres du côté de l'estomac. Elle ne saurait convenir davantage, quand l'irritabilité de l'organe fait mal supporter les médicaments.

Le sirop, bien que mieux toléré en général, trouve pourtant aussi des estomacs rebelles. Peut-être n'y a-t-il souvent qu'à accuser une manipulation défectueuse ou un mauvais choix de la matière première, car quelques sirops sont souvent supportés, alors que d'autres déterminent des vomissements capables d'en faire cesser l'emploi.

Le sirop convient néanmoins à un usage prolongé surtout chez les enfants. C'est lui, ou la teinture alcoolique qu'on doit conseiller, si l'on veut employer la digitale en nature.

La teinture alcoolique est en effet une bonne préparation ; il n'en est pas de même de la teinture éthérée qui, ne contenant que de la chlorophylle, ne peut être considérée comme une préparation de digitale.

Mais toutes ces préparations renferment les éléments complexes de la digitale (matière résineuse, digitalin, digitine, acides digitalique et digitoléique) et ne peuvent posséder l'action précise propre à la *digitaline*. Toutes, à un degré quelconque, sont nauséuses et aux effets diffusés ajoutent une action émétique et spoliatrice.

Or ces propriétés, souvent fâcheuses, alors que les fonctions digestives sont indemnes, sont encore plus nuisibles si l'estomac est malade : toutes les fois donc qu'il y aura nécessité de prolonger l'action du médicament, toutes les fois que chez un dyspeptique on recherchera les effets de tonification cardiaque et vasculaire, c'est à la digitaline qu'on donnera la préférence.

La digitaline se donne en granules ou en solution : on ne saurait l'administrer en nature sous peine de produire une inflammation d'escharas.

Les granules sont une forme commode et généralement bien acceptée de l'estomac. Ils conviennent surtout lorsque la médication doit être prolongée ; on les administre à intervalles éloignés, afin d'assurer leur dissolution et d'éviter les phénomènes d'accumulation.

Par contre, lorsqu'il faudra rapprocher les doses, comme dans une affection aiguë, c'est à la solution alcoolique qu'il faut

dra recourir. Je ne saurais trop recommander l'emploi d'une solution titrée qui permet, outre une posologie des plus faciles, le mélange avec des véhicules appropriés (eau sucrée, potion, sirop, etc.....)

Deux digitalines sont actuellement à la disposition du corps médical ; la digitaline amorphe et la digitaline cristallisée.

A cette dernière appartiendra, en fin de compte, la victoire ; ses effets sont plus énergiques et plus sûrs. Mieux vaut donc fractionner les doses et formuler, au besoin, par un quart de milligramme, et s'assurer une précision que seule peut présenter la substance cristallisée.

J'ai déjà parlé de l'*opium* en commençant ce travail, en traitant les affections gastriques proprement dites ; je ne reviendrai donc pas sur le choix qu'il faut faire entre les différentes formes pharmaceutiques. Mais les préparations d'*opium* qui servent de bases aux potions, sirops, pilules, etc... présentent des différences assez sensibles pour mériter une mention spéciale.

L'*opium* brut est peu employé ; il en est de même des extraits vineux et alcoolique.

L'extrait gommeux, au contraire, est fréquemment ordonné, ainsi que la teinture alcoolique d'extrait, dite teinture thébaïque et la teinture vineuse d'*opium* ou laudanum.

Les alcaloïdes de l'*opium* sont nombreux et possèdent des propriétés diverses ; il y a des stupéfiants (morphine, narcéine, codéine), des convulsivants (thébaïne, papavérine, narcotine), même un émétique (apomorphine). Or les préparations, ci-dessus mentionnées, ne contiennent pas tous ces alcaloïdes divers et leurs propriétés s'en trouvent notablement modifiées.

L'*extrait gommeux*, par exemple, ne contient ni narcotine ni thébaïne : c'est une bonne préparation, supérieure à l'*opium* lui-même, puisqu'elle est privée de substances nuisibles. C'est le calmant par excellence ; c'est lui qu'on prescrira dans les cas de dyspepsie névrosique, douloureuse ou spasmodique ; dans les états inflammatoires de l'organe, etc...

La *teinture thébaïque*, préparée avec cet extrait, convient dans les mêmes cas : c'est peut-être la meilleure préparation liquide : elle n'a pas le goût si désagréable du laudanum et possède une action franchement hypnotique et narcotique.

Le *sirop diacode* enfin, préparé avec cet extrait aussi et non plus avec des pavots blancs, conviendra lorsqu'il faudra n'administrer que des doses faibles, par exemple, lorsque les opiacés en général seront mal supportés. C'est encore le médicament qu'on prescrira aux enfants, à l'exclusion pour ainsi dire de tous les autres.

Le *laudanum de Sydenham* joint au contraire aux propriétés narcotiques de l'opium, une certaine action stimulante; on y trouve, en effet, tous les alcaloïdes de l'opium et de plus quelques substances aromatiques. On le préférera donc dans le cas d'atonie stomacale; pour la même raison on l'associera à l'éther, etc...

Pourtant sa saveur désagréable, nauséuse même, le rend intolérable à certaines personnes. On pourrait alors le remplacer par le *Laudanum de Rousseau* qui est obtenu par fermentation, mais qui renferme une proportion plus que double de substances actives.

Une action stimulante plus énergique serait encore obtenue avec la *teinture d'opium ammoniacale* très-usitée des médecins anglais.

La *morphine*, qui est l'alcaloïde dominant de l'opium et qui reproduit ses principaux effets, n'a pourtant pas avec lui une similitude d'action parfaite; la composition complexe de la substance en nature, l'explique suffisamment. Elle est franchement sédative et narcotique et, introduite dans l'estomac, ne détermine aucune action irritante.

Elle remplacera donc avantageusement l'opium, toutes les fois que celui-ci sera mal toléré, d'autant mieux qu'elle se prête à toutes les formes pharmaceutiques (solution, potion, sirop, pilules, lavement, etc...)

Mais c'est surtout en injections hypodermiques que la morphine rend de précieux services; son administration, *loco dolenti*, s'il est permis de parler ainsi, amène une sédation plus rapide et plus durable que lorsqu'elle n'agit que par ses effets diffusés. C'est ainsi, par exemple, que les injections hypodermiques calmeront les vomissements de la grossesse mieux que ne pourrait le faire l'absorption de la morphine par la bouche.

Il convient toujours de commencer par des doses faibles, certaines personnes présentant une impressionnabilité excessive pour les préparations opiacées et ressentant les effets toxiques du morphinisme aigu, à près l'absorption des quantités les plus minimales.

Je m'arrête, je crois avoir passé en revue les médicaments les plus fréquemment employés, ceux dont l'administration est souvent prolongée. Je terminerai en disant d'une manière générale qu'aux estomacs fatigués il faut éviter l'absorption de quantités massives.

On évitera de gorger l'estomac de tisanes, de macérations ou d'infusions de toutes sortes; on évitera encore de répéter trop souvent l'ingestion des médicaments. On préférera, toutes

les fois qu'il sera possible, l'heure des repas, afin de diminuer l'action topique plus ou moins irritante et d'augmenter la tolérance de l'organe. On choisira toujours avec soin les véhicules, en se rappelant que les mucilages, les solutions albumineuses, le lait, font accepter des substances qui autrement administrées seraient sûrement rejetées.

On évitera encore, lorsque l'intolérance de l'estomac sera manifeste, d'épuiser la contractilité, la vitalité même de l'organe, par des doses multipliées de substances narcotiques qui sans doute finissent par amener la tolérance, mais ne donnent ce résultat qu'au prix d'un anéantissement complet du viscère.

Les formes peu solubles (pilules, dragées, granules, capsules) nécessaires, parfois, lorsqu'il faut dissimuler l'odeur ou la vapeur désagréable du médicament, seront toujours rejetées lorsque celui-ci pourra, sans trop de répugnance, être pris sous une autre forme. On se rappellera, d'ailleurs, qu'elles sont toutes choses égales, moins actives que les préparations solubles et qu'elles exposent particulièrement aux accidents toxiques de l'accumulation des doses.

Il faudra toujours enfin tenir compte, dans une certaine mesure, des goûts et des répugnances du malade et de ne pas oublier que, d'un caprice de l'estomac, peut dépendre souvent le succès ou l'échec d'une médication tout entière.—Dr A. GASSOT.—*Le Concours Médical.*

Mort par le Bromure d'Ethyle.—Le Dr R. G. Levis, de Philadelphie l'éminent avocat du Bromure d'Ethyle a récemment perdu un patient par cet anesthésique à l'hôpital du Collège de Médecine de Jefferson, à Philadelphie.

Le malade allait être opéré pour la pierre, mais il mourut pendant que le chirurgien faisait la première incision. Le Dr Levis était présent pendant l'administration de l'anesthésique et employa, sans nul doute, toutes les précautions possibles, ce cas est un douloureux avertissement et mène un glas de mort aux louanges exagérées dont on a gratifié cet agent. Une immunité parfaite contre la mort par les anesthésiques n'est pas possible. Nous croyons que quand l'engouement aura cessé et que des témoignages calmes et judicieux l'auront remplacé, le chloroforme viendra reconquérir la confiance professionnelle et sera reconnu comme le plus satisfaisant et le plus sûr de tous les anesthésiques employés jusqu'à ce jour.—*Maryland Med. Journ.*—*Nashville Journ. of Med. and Surj.*

Doctrine générale de la syphilis.—*Leçon d'ouverture du professeur Fournier.*— Le vendredi 20 mai avait lieu, à l'hôpital Saint-Louis la leçon d'ouverture du professeur Fournier qui, pour la première fois, prenait la parole au nom de la Faculté. L'amphithéâtre était littéralement trop petit pour contenir les nombreux auditeurs, la plupart docteurs en médecine, qui venaient témoigner leur sympathie à leur ancien maître. Après quatorze ans d'enseignement libre, M. Fournier pouvait avec raison se dispenser d'exposer le programme de son cours; en reportant les applaudissements qui l'avaient accueilli sur ceux qui l'avaient précédé dans la même voie: Denonvilliers, Aran, Chassagnac, Verneuil, Sée, et surtout Ricord auquel cette chaire eût été naturellement destinée si le poids des années lui eût permis de l'occuper.

Dans cette première leçon, M. Fournier jette un coup d'œil général sur la syphilis. Et tout d'abord qu'est-ce que la syphilis? La plupart de ceux qui en ont parlé se sont contentés d'en décrire les manifestations sans la définir elle-même, et cependant, il n'est pas absolument impossible de le faire: C'est une maladie diathésique, résultant de l'introduction d'un virus particulier dans l'économie, contagieux et héréditaire, essentiellement chronique et susceptible de se manifester par une série d'accidents apparaissant par poussées successives dans un ordre déterminé.

La syphilis est une maladie d'importation étrangère, elle n'est pas préparée dans l'organisme par des causes individuelles comme la tuberculose, par exemple. Sa spécificité est évidente, et on aura beau accumuler les causes banales comme le froid, l'humanité, le chaud, etc., qui peuvent déterminer les autres affections, jamais on ne produira la vérole, il faut pour cela un contagion spécial.

Comment naît la syphilis?

Deux lois primordiales dirigent sa pathogénie: 1^o le premier symptôme qui succède à la contagion morbide n'apparaît qu'après un certain temps d'incubation variant de 1 à 8 jours; 2^o le premier phénomène appréciable se produit et se restreint au point où s'est effectuée la contagion. Ainsi, si c'est à la verge qu'a eu lieu le contact impur, ce sera à la verge aussi qu'apparaîtra la première lésion. Si c'est le sein d'une nourrice qui a été contaminé par la bouche de son nourrisson, ce sera le sein qui portera la première trace de la maladie; il en sera de même pour le bras de l'enfant inoculé avec du vaccin syphilitique, etc. La lésion qui révèle de la sorte l'explosion de la syphilis a reçu le nom de *chancre*, c'est l'accident initial qui résulte *in situ* de l'infection syphilitique.

Avec le chancre, la vérole est née, dans la semaine suivante elle retentit sur les ganglions, le bubon ne fait *jamais* défaut; il est le compagnon fatal, le satellite obligatoire du chancre; à eux seuls ils constituent la période primitive, à ce moment il ne se montre rien d'aileurs.

A voir ainsi le bubon et le chancre localisés, on pourrait croire que là sera toute la maladie, et on l'a cru naguère. Il n'en est rien, 45 jours ne se sont pas écoulés qu'une scène nouvelle commence et que surviennent les accidents consécutifs ou généraux. Ils se différencient du chancre en ce que : 1^o ils sont postérieurs; 2^o ils ne sont pas le résultat d'une influence extérieure, mais spontanée dans leur apparition et leur évolution; enfin 3^o ils ne sont pas localisés *in situ*.

Un simple coup d'œil jeté sur la table des matières d'un traité sur la syphilis, nous permet de constater la *multiplicité* et la *variété* de ces accidents, rien que les titres prennent plusieurs pages. Leur *dissémination* n'est pas moins considérable; tous les systèmes; tous les tissus peuvent être affectés sans exception; ainsi l'on a dit avec raison que la vérole constituait à elle seule toute une pathologie. Elle présente deux caractères principaux dans son évolution: 1^o l'évolution de la diathèse se fait par des manifestations intermittentes; 2^o cette évolution est soumise, comme succession d'accidents, à une véritable discipline chronologique.

1^o Il ne faut pas en effet se représenter la vérole comme une maladie sans cesse *en action*, à jet continu; elle a des manifestations séparées les unes des autres par des intervalles de repos, tous plus longs que la durée de chacun des accidents. On a dit fort spirituellement et avec justesse que c'était un état de santé apparent interrompu par des accidents; pendant les entr'actes, l'influence morbide ne se traduit par aucun symptôme.

La syphilis jeune, qualifiée de *secondaire* par Ricord présente deux caractères importants: les accidents n'intéressent jamais les tissus que d'une façon: 1^o superficielle et 2^o peu grave. Il y aura par exemple, une éruption érythémateuse, papuleuse, quelquefois une iritis ou quelques troubles viscéraux; ces accidents peuvent à coup sûr, avoir leur importance pour les malades, mais ils ne font qu'effleurer les tissus sans jamais les transformer profondément. Toutes les lésions secondaires peuvent disparaître spontanément; et en tous cas on en vient très vite à bout par un traitement mercuriel.

Dans la période tertiaire, les deux caractères majeurs sont tout opposés: 1^o Les accidents intéressent profondément les tissus, les désorganisent, détruisent et abolissent les fonctions,

2^o ils comportent un pronostic grave, très-grave pour quelques-uns d'entre eux, il y a des hyperplasies aboutissant à la *sclérose* qui enserre les organes et les étouffe, ou à la *gomme* qui produit la nécrobiose des éléments et leur destruction. C'est la syphilis tertiaire qui cause ces ulcérations profondes qui détruisent le nez, le voile du palais, ces lésions vasculaires si peu connues jusqu'ici, la phthisie syphilitique, la cirrhose, la syphilis cérébrale, etc.

La syphilis jeune a une certaine uniformité dans l'ordre d'application des accidents qui sont en outre, remarquablement polymorphes. Ainsi, sur 10 sujets syphilitiques à la période secondaire, voici ce que l'on rencontrera successivement chez au moins neuf d'entre eux : roséole ou éruption papuleuse, plaques muqueuses, croûtes du cuir chevelu et ganglions cervicaux, troubles nerveux légers, céphalée, etc. Au contraire, à la période tertiaire, l'un aura une gomme du pharynx, le second une syphillide de la verge, le troisième, une oxostose, un autre une syphilis cérébrale, un autre encore une cirrhose hépatique, etc., plus la vérole vieillit, plus elle est disparate d'un sujet à un autre.

Dans un autre ordre d'idées, plus la syphilis est jeune, plus elle est prodigue en manifestations *simultanées* ; plus elle est vieille, plus elle est avare. Ainsi, à la période secondaire un malade aura en même temps : des éruptions, des adénopathies, de l'alopecie, des plaques muqueuses, etc., à la période tertiaire, la syphilis sera discrète, les lésions se montreront isolément, au plus deux ou trois à la fois, mais on sera loin de cette pluie, de cette kyrielle d'accidents de la période secondaire.

Les accidents secondaires ne se montrent que pendant un certain espace de temps, passé lequel ils ne réapparaissent plus ; ils se succèdent rapidement les uns aux autres ; ainsi, au bout d'un certain temps, on n'est plus exposé à voir se montrer une plaque muqueuse ou un psoriasis palmaire.

Tout au contraire, les accidents tertiaires n'ont ni début fixe, ni fin certaine. Ordinairement, c'est deux ou trois ans après l'accident initial qu'ils commencent, ils ne se succèdent pas à court délai, mais sont parfois espacés par plusieurs années ; de même, l'entr'acte qui sépare la période secondaire de la tertiaire peut être extrêmement long. Pendant un grand nombre d'années, la diathèse peut être larvée.

Mais encore, quelles sont les limites ? pendant combien d'années peut on être menacé du retour de ces accidents ? Des entr'actes de 3, 4, et même 10 ans, ne sont pas rares. On voit aussi, même après 15 ou 18, reparaitre des symptômes tertiaires. On en a cité se produisant même 30 à 40 ans après le

chancre; enfin, j'ai vu dernièrement un vieillard de 72 ans avoir une gomme de la cuisse due à un chancre contracté à 17 ans; à l'âge de 69 ans, il avait eu une carie du maxillaire, que Demarquay, Ricord et Nélaton avaient reconnu comme étant de nature syphilitique; ce malade guérit par l'emploi de l'iodure de potassium. On peut donc dire que les accidents tertiaires sont les billets à ordre de la syphilis à échéance illimitée.

La syphilis même la mieux traitée peut donner lieu à des accidents tertiaires tardifs. Ce que l'on sait encore, c'est que la vérole ne se double pas, qu'on ne peut avoir deux fois la syphilis, et les cas contraires qu'on a cités, outre qu'ils ne présentent pas un caractère incontestable d'authenticité, ne seraient toutefois qu'exceptionnels. La vérole peut donc durer autant que la vie, mais cette conclusion désolante est loin d'être absolument réelle dans la grande majorité des cas. Ce qu'on peut affirmer, c'est qu'après avoir déterminé un certain nombre de manifestations, elle reste silencieuse et inoffensive pour le reste de l'existence. Ce qui est certain, c'est que quantité de sujets, après avoir eu la syphilis et s'être traités convenablement, vivent vieux, atteignent un âge avancé sans avoir rien transmis ni à leurs femmes ni à leurs enfants. La vérole n'est pas du reste la seule maladie qui ne se double pas; il est exceptionnel d'avoir deux fois la fièvre typhoïde, la variole ou la scarlatine. Pense-t-on pour cela que l'on reste toute sa vie sous l'influence de l'atteinte de ces maladies? Si l'on n'a la vérole qu'une fois, c'est peut être heureux en quelque sorte, puisque cela empêche la diffusion de la maladie.

Au point de vue pratique, il est une morale à retenir de cette durée de la syphilis; de toute évidence, une diathèse semblable réclame un traitement long et énergique. L'expectation pure, appliquée à la vérole, a fait ses détestables preuves; elle est aujourd'hui universellement condamnée. On ne combat efficacement une diathèse, qu'elle soit goutteuse, scrofuleuse, rhumatismale ou herpétique qu'au moyen d'une médication de longue haleine, il en est de même pour la diathèse syphilitique. Elle exige un traitement chronique comme elle-même, on ne le suivra pas sans interruption mais suivant les indications, il devra être repris, cessé et repris encore.

Telle est, messieurs, ce que je pourrais appeler la doctrine générale de la syphilis, et qui fera l'objet du cours de cette année.—*Le Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Rapport du docteur Thulié sur l'allaitement artificiel;—critiques académiques;—nécessité de l'allaitement artificiel et moyens de le pratiquer.—Il y a eu grand émoi à l'Académie à la suite d'un rapport du docteur Thulié au Conseil municipal de Paris. Ce rapport avait pour objet le conseil négatif donné par l'Académie de médecine au directeur de l'Assistance publique relatif à la création d'un établissement d'allaitement artificiel.

On se souvient que nous avons parlé de cet incident assez longuement à l'article 10,680. Après un rapport du docteur Thulié, concluant à l'établissement d'une sorte de nourricerie modèle à titre d'essai, la direction de l'Assistance publique avait demandé un avis à l'Académie, qui par la bouche de M. Devilliers, rapporteur, avait condamné en principe l'allaitement artificiel et, par conséquent, le projet du Conseil municipal.

Un rapport récent du docteur Thulié revenait à la charge et concluait à l'établissement d'une nourricerie modèle à l'hôpital des Enfants assistés: l'auteur pour répondre aux objections de l'Académie avait pris une forme agressive que nous regrettons, et nous le disons d'autant plus volontiers que nous avons loué sans réserve son premier rapport et que nous nécrivons cet article que pour dire qu'au fond il a raison.

M. Delpech, membre du Conseil municipal, a défendu dans le Conseil l'Académie, et, au sein de l'Académie, a exposé les motifs de sa défense.

M. Jules Guérin seul a protesté contre le rejet de l'allaitement artificiel.

Il y a eu là de part et d'autre quelques excès de parole qui ne feront aucun bien à la discussion.

Peut-être en posant très bien la question serait-il facile de s'entendre.

Il est de mode de prêcher aujourd'hui avec beaucoup de sentimentalité que toute mère doit nourrir son enfant et, qui plus est, le nourrir exclusivement; et nous voyons des médecins faire la guerre, sans pitié, au moindre secours alimentaire apporté au sein maternel.

En réalité, voit-on cette alimentation exclusive et peut-on la voir quelque part? D'abord l'immense majorité des femmes d'une grande ville sont beaucoup trop misérables pour qu'elles

soient bonnes nourrices. Il faut manger pour nourrir, et elles ne mangent pas; l'enfant mourrait de faim s'il n'était alimenté en plus. Et, parmi les femmes aisées qui mangent, beaucoup ne suffisent pas à leurs nourrissons; et, que le médecin le veuille ou non, les enfants sont alimentés en partie artificiellement.

Il y a des femmes dans l'impossibilité absolue de nourrir qui gardent leur enfant pour les nourrir au biberon.

Les femmes de la campagne qui emportent des enfants pour les allaiter, les nourrissant toujours, au moins pour moitié, artificiellement.

En réalité, excepté pour un très petit nombre de mères bien douées, et pour les nourrices mercenaires à domicile que l'on engrais-*e ad hoc* et que l'on surveille, l'allaitement au sein n'est que très incomplet; et l'alimentation artificielle est la règle, à titre de secours, pour le grand nombre, exclusivement pour beaucoup.

Que l'on prêche autant que possible pour l'alimentation naturelle, pour l'allaitement maternel, rien n'est plus juste. Mais faut-il pour cela abandonner en la réprouvant l'alimentation artificielle, nous ne le pensons pas.

M. Thulié a touché très justement à la question capitale d'intérêt pour l'Assistance publique.

Il y a un nombre considérable d'enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère; de quelle ressource dispose-t-on pour eux? de placements, ou on les nourrit artificiellement et mal, le nourrices de rebut.

Personne n'ignore qu'à Paris une bonne nourrice trouvera toujours pour sa personne un placement en ville où on lui donnera de 50 à 100 francs par mois, plus sa nourriture, ses habits et nombre de petits profits. Comment veut-on trouver une nourrice convenable laquelle ou offre en tout 22 francs par mois!

Puisqu'en réalité les pauvres êtres déshérités de la fortune ne trouveront pas de lait féminin, ne vaut-il pas mieux essayer de les nourrir artificiellement, que de leur laisser fournir une nourriture mal conçue, mal préparée, dans des conditions malsaines et sans surveillance possible, par des femmes qui font semblant de les allaiter?

C'est là un raisonnement irréprochable auquel on n'a pu faire d'autres objections de celle-ci. On encouragera la résistance des mères à l'allaitement,—on favorisera le progrès de certains industriels qui se proposent de faire fortune avec des maisons spéciales ou en fabriquant certains aliments.

La première objection tombe d'elle-même, les médecins agiront là dans la mesure qu'ils jugeront convenable.

La seconde est plus sérieuse, et nous avouons que depuis longtemps nous tenons en réserve des faits intéressants relatifs à l'alimentation artificielle que nous n'osons discuter largement de peur de voir les industriels en question s'en faire une enseigne pour battre monnaie. Aussi croyons-nous que le rapporteur du Conseil municipal a sagement fait d'éloigner toute entreprise privée, pour demander un essai de nourricerie modèle sous la direction d'un service hospitalier, actuellement sous l'excellente direction de M. le professeur Parrot.

L'alimentation artificielle est sans contredit bien plus difficile à diriger que l'allaitement par la mère. Elle demande une surveillance de tous les instants. Sa base sera le lait de vache. Le rapporteur a bien signalé le lait d'ânesse, de jument et même de chienne. On conçoit que dans certaines circonstances spéciales ces ressources puissent être utilisées; mais il ne peut être question de s'en servir largement.

On a fait beaucoup de bruit autour du lait de chèvre, d'autant plus qu'il s'agit d'un animal que l'on peut faire têter directement par l'enfant. Il y a là une ressource sérieuse, mais qui ne se prêterait peut-être pas à un élevage en grand. On a quelque expérience de ce mode d'élevage au voisinage des villes où il s'emploie assez souvent. Dans ses remarquables leçons sur les nourrices et nourrissons syphilitiques, M. Fournier en fait un grand éloge et cite l'opinion très compétente de M. le docteur Boudart de Gannat. Mais, en réalité, le lait de vache sera toujours la source la plus abondante et la plus certaine de l'alimentation.

Il est désirable que les vaches soient nourries le mieux possible; de sorte que les vacheries dans l'intérieur de Paris ne sont pas très favorables. D'autre part, comme il importe d'avoir du lait vivant, il est bon que ces vacheries ne soient pas très éloignées.

Dans un établissement modèle de ce genre, il est bon de mettre un certain nombre de nourrices au sein au moins pour le début de l'alimentation chez les enfants faibles. C'est en effet un point qui ressort très nettement de l'intéressante étude du docteur H. Huborn *sur les causes de la mortalité comparée de la première enfance* (Bruxelles. 1878) que l'alimentation artificielle très supportable pour un enfant vigoureux est souvent pernicieuse pour un enfant né faible.

Le mode de préparation du lait est d'importance capitale, et ceux qu'intéressent cette question, trouveront à ce sujet d'excellents renseignements dans une brochure très bien faite du docteur Joannès Grangé. L'auteur qui a beaucoup étudié l'alimentation des enfants nouveau-nés et dans les crèches, a fait un long plaidoyer en faveur du *lait pur*.

Non seulement il démontre que l'addition de toutes les eaux altérées est pernicieuse, eau panée, eau d'orge, eau de graine de lin, etc., mais il professe que l'addition d'eau pure est mauvaise aussi. La différence entre le lait de vache et le lait de femme est beaucoup moins grand qu'on se le figure; elle porte surtout sur les matières albuminoïdes beaucoup moins abondantes chez la femme et le sucre un peu plus abondant chez elle. Aussi l'addition de l'eau changeant la proportion des éléments le lait en réalité diffère davantage de celui de la femme et le rend plus difficile à digérer.

D'après M. Grangé le lait donné pur et sans addition de sucre, même à un nouveau-né, est parfaitement digéré, à la condition que la quantité donnée ne soit pas trop grande.

D'une manière générale, selon lui, on fait ingurgiter aux enfants des quantités de liquide beaucoup trop grandes, et c'est en les réduisant que l'on remédie aux accidents, vomissements et diarrhée, qui viennent traverser l'alimentation artificielle.

L'addition de sucre n'apporte aucun secours à l'alimentation, puisque les sécrétions de l'enfant sont incapables de transformer le sucre de canne en glycose. Pour être logique, il faudrait sucrer le lait avec du sucre de lait, comme le font faire quelques médecins.

Dans un grand nombre de cas il suffit de faire supprimer l'eau mise dans le biberon pour supprimer la diarrhée quotidienne.

Mais c'est surtout la quantité qui doit être surveillée, de façon à osciller entre 30 grammes et 100 grammes, maximum qu'il ne faut guère atteindre.

Pour le nouveau-né la dose ne doit pas dépasser quatre cuillerées à café de lait pour toutes les une heure et demie ou deux heures.

Le lait doit être tiède, mais non bouilli.

Le biberon est le mode d'administration communément employé, aussi M. Grangé a-t-il passé en revue les variétés de biberon sans se décider, du reste, en faveur d'aucun, les estimant tous défectueux.

En réalité, il nous paraît trop sévère en ce qui concerne l'emploi du caoutchouc pour les biberons. On fait aujourd'hui d'excellent caoutchouc souple, désulfuré, qui est précieux pour la construction du biberon; le médecin doit examiner ce caoutchouc et rejeter celui qui n'a pas de souplesse ou présente une mauvaise odeur.

Du reste, certaines parties, les soupapes en particulier, prennent rapidement une mauvaise odeur et doivent être changées

fréquemment. Cependant elles sont indispensables, si on veut que le biberon ne soit pas converti en siphon qui inonde l'enfant, ou au moins lui fait ingurgiter le lait beaucoup trop rapidement.

Le lavage du biberon, petit détail en apparence, est d'importance capitale. Il n'est aucun médecin qui n'ait vu des accidents graves dus, non à la malpropreté, mais à l'insuffisance du lavage du biberon. Nous avons aujourd'hui un moyen des plus précieux et parfaitement inoffensif dans les lavages avec une eau additionnée d'acide salicylique, lavages auxquels on fait succéder un lavage à l'eau chaude.

En définitive, l'élevage artificiel des enfants, avec le lait de vache est possible mais réellement difficile; il mérite toute l'attention et tous les soins dont on veut l'entourer. Sans en donner le détail, nous l'indiquons à grands traits. Il est évident qu'il serait bien utile d'avoir un personnel spécial qui sût le pratiquer et l'enseigner.

Faut-il employer d'autre substance que le lait? On peut dire non, d'une façon formelle, et rappeler que toutes les substances amylacées sont indigestes pour l'enfant qui n'a pas encore de dents comme l'a bien exposé M. Grangé; aussi peut-on, au moins avant le sixième mois, procrire absolument tout autre aliment que le lait. Nous ne parlons que pour mémoire du lait artificiel de Liebig, mélange chimique indigeste à rejeter sans examen.

Il y a une substance qui a été fort diversement appréciée par les médecins, c'est le lait concentré. Un de nos confrères, le docteur Flamain de Châlons, nous a donné à ce sujet les plus précieux renseignements. D'une manière générale il fait faire l'allaitement maternel, et l'alimentation par le lait de vache. Mais, pour peu qu'il constate que ce lait n'est pas digéré, qu'il se produit de la diarrhée, il donne le lait concentré en remplacement. Depuis plusieurs années, il a acquis une longue expérience de son emploi.

Pour le rendre suffisamment digestible, il le fait diluer au douzième.

M. Flamain croit que l'excellente qualité du lait employé pour faire le lait concentré, joue un grand rôle dans sa digestibilité. Et, dans les pays où les pâturages sont médiocres une grande partie de l'année, ce produit doit selon lui jouer un rôle des plus importants.

Cette opinion appuyée sur une pratique considérable mérite que l'on essaie sérieusement ce mode d'alimentation et ses ressources dans les cas de diarrhée persistante.

En dehors de cette substance, aucune ne peut être employée dans l'alimentation du début.

Vers le cinquième ou sixième mois on peut commencer à donner quelques aliments additionnels, mais timidement d'abord, et l'on peut dire que le tâtonnement sera la règle. Il est bien vrai que les enfants survivent souvent aux soupes administrées dès le jeune âge, mais c'est là mauvaise raison pour les conseiller.

Les féculents ne doivent entrer que dans une proportion très restreinte dans l'alimentation, les œufs ensuite et bien plus tard le bouillon et la viande. Ce n'est là que la progression logique voulue pour la développement des organes digestifs de l'enfant.

Comme nous l'avons dit en commençant, l'allaitement complet par la mère prolongé jusque vers le douzième au quatorzième mois n'existe pour ainsi dire pas.

Le plus commun est l'allaitement illimité et complété rapidement par une alimentation artificielle. Aussi en présence du fait acquis ne comprenons-nous pas que des Académiciens se soient laissés aller à taxer d'immorale l'alimentation artificielle, qui, bien faite et sur des enfants suffisamment vigoureux, peut donner des résultats très supérieurs à ceux fournis par une mauvaise nourrice, dont le sein ne nourrit l'enfant que nominalemeut, alors que sa diarrhée s'alimente de soupes, panades, croûtes de pain et autres ingrédients, ses nourriciers réels et funestes.—*Journal de médecine et de chirurgie.*

Du traitement par les alcalins d'une cause peu connue de stérilité (acidité du mucus utéro-vaginal).—Par le Docteur A. Charrier, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté, vice-président de la Société de médecine de Paris, etc.

Il y a déjà quelques années que j'ai été frappé du fait suivant; une jeune femme mariée, accompagnée d'un mari bien portant, vient consulter parce qu'elle n'a pas d'enfants.

Depuis deux, trois, quatre ans qu'elle est mariée, aucun trouble dans sa santé n'a appelé son attention, les époques cataméniales ont une régularité parfaite, elles durent de trois à quatre jours, le sang est d'une couleur normale, et le flux sanguin ne provoque aucune douleur. A peine un peu de fatigue lombaire indique-t-elle l'arrivée des règles, pas de troubles dans la santé générale. Les nuits sont très bonnes, l'appétit est régulier, les digestions faciles. La jeune femme n'est ni grasse ni maigre, elle mène une vie régulière, ne passe pas les nuits à danser et à se fatiguer, elle va rarement au spectacle, elle

marche facilement; en un mot elle réunit tous les signes d'une santé parfaite, et cependant elle n'a pas d'enfants.

Le mari, lui, est robuste; il n'a jamais été malade, n'est atteint d'aucune diathèse, et même quelquefois un examen histologique vient démontrer qu'il jouit entièrement des attributs de la virilité.

Vous examinez alors votre jeune patiente par le palper abdominal fait avec le plus grand soin; aucune tumeur n'est sentie dans l'abdomen, aucune douleur n'est provoquée ni par la succession ni par la pression des parois abdominales.

Vous procédez au toucher; le col de l'utérus n'est ni trop long ni trop court: il est dans l'axe du vagin; les culs de sacs vaginaux sont libres, souples et indolores, et l'utérus est parfaitement mobile.

Au spéculum, le col est indemne de toute lésion; il n'est pas pointu, et l'orifice du museau de tanche est de sa grandeur ordinaire. Le cathétérisme est facile et la forme d'une bougie emplastique que l'on laisse quelques minutes dans le col et que l'on retire très doucement vous démontre qu'il n'existe aucun rétrécissement, aucune déviation, mais il s'écoule de l'utérus du mucus transparent et un peu abondant.

Le vagin est plus humide, plus lubrifié que de coutume; cependant le linge n'est pas taché. Si vous approchez de vos narines le doigt indicateur retiré du vagin, votre odorat perçoit une odeur aigrelette qui rappelle celle de la pomme de terre crue. Si alors vous prenez un morceau de papier de tournesol et que vous le tempiez dans le liquide utéro-vaginal entre les lèvres du museau de tanche, le papier de tournesol rougit; le liquide est donc acide.

A plusieurs semaines d'intervalle, chez la même malade, je pus constater l'acidité du liquide utéro-vaginal.

Or, il y a longtemps de cela, notre regretté camarade et ami Liégeols avait commencé à publier son premier fascicule de physiologie, et de concert avec le docteur Byasson, lechimiste si distingué que l'on connaît, il avait étudié le sperme. Dans ses études et ses expériences, Byasson avait remarqué que les phosphates alcalins mélangés à de l'eau albumineuse augmentaient et conservaient longtemps la vitalité des spermatozoïdes. Il en avait même conservé vivants pendant une dizaine de jours dans un liquide alcalin et albumineux, à l'étuve, à la température de 36 degrés.

De plus, je savais aussi depuis longtemps que les spermatozoïdes sont frappés de mort dès qu'on les met en contact avec un liquide même légèrement acide.

Rapprochant toutes ces données les une des autres, je fis le

raisonnement suivant : si le liquide utéro-vaginal d'un femme est acide, les spermatozoïdes mis en contact avec lui sont instantanément frappés de mort ; c'est au reste ce que l'on peut constater, sous le microscope, quand dans la préparation où les spermatozoïdes sont très mobiles et très vivaces, vous ajoutez un atome d'acide acétique par exemple, ces spermatozoïdes se recoquillent sur eux-mêmes et meurent.

Il était donc probable que chez la femme dont les sécrétions utéro-vaginales sont acides, les choses se passaient de la même manière : les spermatozoïdes étaient détruits et la fécondation impossible.

De là, cette déduction logique que, pour remédier à cet état pathologique, il fallait détruire cette acidité sécrétoire et mettre les organes génitaux de la femme dans la même condition chimique que celle que l'on obtient en immergeant les spermatozoïdes dans un liquide conservateur alcalin.

Or, on obtient ce résultat en ordonnant à la malade des injections alcalines tièdes, en lui faisant boire pendant quelque temps de suite de l'eau de Vichy ou de Vals, en un mot, en détruisant l'acidité et en créant artificiellement un milieu alcalin où le spermatoïde pût vivre et rester vivant.

J'essayai l'eau de Vichy, l'eau de Vals tièdes, mais le meilleur de tous les liquides conservateurs du sperme est celui dont je vais indiquer la formule d'après Byasson :

Eau	lb ij
Un blanc d'œuf.	
Phosphate de soude.....	ʒ ij

Dans cette solution alcaline, Byasson a pu conserver vivants des spermatozoïdes pendant douze jours, dans une étuve à 36 degrés.

Il y a des malades qui ont des dyspepsies acides, dont la salive est acide : pourquoi n'existeraient-ils pas des malades qui auraient des sécrétions utéro-vaginales acides ?

Je ne sais si cette acidité des sécrétions utéro-vaginales est fréquente, je ne le crois pas ; mais tout est encore à étudier dans cette question-là. Sur 27 femmes examinées à ce point de vue, 4 seulement ont présenté cette réaction acide. Sur ces 4 cas, je n'ai pu en observer que 2 d'une manière complète. Ce sont les deux observations suivantes : les deux dames qui en fournissent le sujet étaient nullipares, et il est probable qu'elles n'avaient pas d'enfants à cause de cette acidité utéro-vaginale.

Obs. I. Une dame âgée de vingt trois ans s'est mariée à dix

neuf ans; elle est d'une excellente santé habituelle, n'a jamais eu que les maladies de l'enfance, et depuis une rougeole survenue à l'âge de dix ans, elle n'a jamais été malade. Ses époques se passent sans encombre et sans douleur; depuis son mariage, elles ont une durée longue et l'écoulement sanguin est plus considérable. Cette dame vient me consulter en juin 1877. Je l'examine avec le plus grand soin et ne trouve absolument que l'acidité des sécrétions utéro-vaginales qui puisse expliquer la stérilité de cette jeune femme.

Le mari est robuste n'a jamais été malade; il a trente ans.

Le liquide qui s'échappe du museau de tanche et transparent, abondant, et donne la réaction acide au papier de tournesol.

Comme l'écoulement est assez abondant, j'ordonne des injections sulfureuses; les règles reviennent en juillet, en août. L'écoulement a un peu diminué, mais il est toujours acide. Je prescris alors des injections tièdes avec l'eau de Vichy (Célestins); deux verres de la même eau par jour, à boire un le matin et l'autre le soir; des bains alcalins, deux par semaine de vingt minutes de durée.

Au bout de six semaines de ce traitement très régulièrement suivi, le liquide utéro-vaginal n'est plus acide, les règles manquent et une grossesse se manifeste avec tout le cortège des ennuis du début: état nauséux, appétits bizarres, quelques vomissements glaireux le matin en se réveillant. Cette dame vit cesser ces accidents dans son quatrième mois. Elle accoucha en 1878, et en 1879, elle eut encore une grossesse qui se termina très heureusement.

Entre les deux grossesses, j'eus l'occasion d'examiner les liquides vaginaux avec le papier de tournesol, la réaction acide n'existait pas.

Obs. II. Une jeune femme âgée de vingt-quatre ans, mariée depuis quatre ans, vint me consulter pour savoir la cause de sa stérilité. Son mari, qui l'accompagne, est très bien portant et doit être mis hors de cause. C'était en septembre 1879; j'examine ma cliente avec la plus grande attention et je ne constate qu'une acidité. Le liquide est assez abondant pour provoquer à la face interne de cuisses une irritation très apparente.

Je conseillai le traitement alcalin interne et externe matin et soir, injections alcalines tièdes. Je vois cette dame tous les quinze jours; pendant cinq examens consécutifs, c'est-à-dire jusqu'au milieu de novembre 1879, le liquide resta acide sans changement, il avait seulement diminué d'abondance.

A cette époque, je prescrivis en injections le liquide alcalin à 31 degrés, d'après la formule de Byasson, et je continuai l'eau

de Vichy à l'intérieur; ce traitement, au bout de dix-huit jours, avait modifié les sécrétions vaginales, qui ne rougissaient plus le papier tournesol.

Cette dame continua le traitement, et les règles, qui devaient survenir dans les premiers jours de janvier 1880, manquèrent, et les mois suivants ne reparurent plus. A l'heure qu'il est, la grossesse est certaine, elle sent les mouvements actifs de l'enfant.

Voilà deux cas d'acidité vaginale qui avaient empêché la fécondation; et la fécondation a pu avoir lieu lorsque cet état acide a été modifié par les alcalins; car l'examen le plus minutieux des deux conjoints n'a pu, par deux fois, déceler une autre cause de stérilité.

Je sais que l'on m'objectera que bien souvent des femmes, parfaitement portantes, au moins en apparence, mariées à des hommes très bien portants, restent pendant un certain nombre d'années sans être fécondées, et qu'ensuite, sans traitement aucun, ont des grossesses successives; c'est vrai, mais qui me dit que pendant ce temps de stérilité, ces femmes n'avaient pas les sécrétions acides? Acidité qui pouvait n'être que temporaire, et qui, une fois disparue, n'était plus un obstacle à sa fécondation.

Ceci est donc à voir et à étudier, et cette acidité sécrétoire qui peut disparaître sous certaines influences, qu'elles soient spontanées ou provoquées, expliquerait ainsi les succès que l'on obtient contre la stérilité par les cures d'eau thermales alcalines et sulfo-alcalines.

Dans les ouvrages des gynécologistes, on ne trouve rien sur ce sujet. Marion Sims parle bien de l'écoulement leucorrhéique acide, qui est pour lui un tel obstacle à la conception, qu'il conseille la fécondation artificielle; mais, dans le cas présent, il n'y a pas de leucorrhée, le mucus est seulement un peu plus abondant et acide, la santé parfaite, et cependant ce n'est qu'après le traitement alcalin qui a fait disparaître cette acidité du mucus utéro-vaginal que la grossesse a pu avoir lieu.

En publiant ces deux observations, je n'ai eu d'autre but que d'appeler l'attention des observateurs sur une cause peu connue de stérilité et de signaler un nouveau-terrain à explorer.

De tout ceci, je crois que l'on peut conclure:

1^o Que dans quelques cas rares, chez une femme parfaitement portante, les sécrétions utéro-vaginales peuvent être acides, ainsi que le démontre, en rougissant, le papier de tournesol trempé dans le liquide;

2^o Que cette acidité peut être un obstacle absolu à la fécondation, les spermatozoïdes étant frappés de mort dans un milieu même légèrement acide;

3^o Que, pour remédier à cet état anormal des liquides utéro-vaginaux, il faut faire un traitement alcalin (boissons alcalines, bains alcalins, injections alcalines tièdes);

4^o Que cet état acide disparaissant et les liquides étant devenus neutres, l'obstacle est levé, et la conception peut avoir lieu;

5^o Que cette disparition de l'acidité sous l'influence du traitement alcalin explique les succès que l'on obtient contre la stérilité dans les stations thermales alcalines et sulfo-alcalines.

—*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

—

Vomissements incoercibles chez une primipare; inhalation d'oxygène; disparition des accidents — M. Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, relate une intéressante observation de vomissements incoercibles qui disparurent assez rapidement sous l'influence des inhalations d'oxygène. L'auteur nous dit qu'il n'accorde aucune confiance au traitement médical; aussi ne faut-il pas nous étonner qu'il n'ose conclure aux bons effets de l'oxygène dans le cas qu'il a observé, et se contente-t-il d'engager ses confrères à vouloir bien tenter ce moyen et d'en publier les résultats.

Voici, résumée en quelques lignes, l'observation de M. Pinard :

Femme de 22 ans, de bonne condition, réglée pour la dernière fois du 16 au 20 mars. Début des vomissements le 4 mai. Etat saburral combattu par 3 gr. d'ipéca, et le surlendemain par 40. de citrate de magnésie. Glaces, sorbets, bière, tout est rejeté.

Du 9 au 20 mai, administration d'extrait thébaïque à dose fractionnée (10 centigr. dans les 24 heures), pas de résultat. Pendant trois jours injection hypodermique de 0,015 milligr. de morphine matin et soir, qui n'amènèrent aucune cessation ni diminution des vomissements.

Du 20 au 30, pulvérisations d'éther à l'aide de l'appareil de Richardson sur les régions épigastrique et dorso-lombaire. Résultat négatif.

Pas de traitement du 1^{er} au 15 juin. En raison des douleurs atroces éprouvées par la malade à l'épigastre et au niveau des insertions diaphragmatiques, M. Pinard revint à l'usage des injections hypodermiques à la dose quotidienne de 10, 15 et 20 milligrammes.

Des vomissements, aussi fréquents, mais sans efforts ni douleurs, ressemblant plutôt aux régurgitations des enfants.

Amaigrissement de plus en plus prononcé. Cependant, sous l'influence de la morphine, les téguments de la face acquièrent une couleur rose.

Le 25 juin, troubles de la vue. La malade ne distingue plus les meubles de sa chambre. Elle croit être entourée par un épais brouillard. Pouls 71, température 37°, pas de constipation. *Tout en continuant les injections sous cutanée de morphine à la dose de deux centigrammes*, M. Pinard fit respirer de l'oxygène, à l'aide de l'appareil Limouzin : 10 litres le premier jour, 25 juin ; 12 litres le deuxième, 15 le troisième. Le 28 juin, dans la soirée, la malade demande un potage julienno qui fut pris avec plaisir et conservé, ainsi qu'un verre de bière. A partir de ce moment, les vomissements cessèrent et tout traitement fut suspendu. Accouchement le 14 décembre d'une fille pesant 3 k. 200. Suites de couche normales.

La connaissance des faits communiqués par M. Hayem à la Société de biologie, et démontant l'heureuse influence des inhalations d'oxygène sur les vomissements des chlorotiques, avait engagé M. Pinard à tenter ce dernier moyen chez sa malade. (*Annales de gynécologie.*)

Peut-être le docteur trouvera-t-il bien écourtée la fin de cette observation ? S'il connaît comme nous quelque éclatant succès de la morphine dans les vomissements incoercibles, il eût voulu savoir si les injections sous-cutanées de morphine ont été continuées à partir du 26 juin, et en ce cas quelle est la part de la morphine et de l'oxygène dans le succès obtenu par M. Pinard ? Ces détails font défaut dans l'observation publiée par les *Annales*, et nous en exprimons nos regrets au savant agrégé de la Faculté.—*Lyon médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Pansement des brûlures.—La baudruche a été recommandée pour divers pansements. Je veux aujourd'hui signaler les avantages qu'elle procure dans le pansement des brûlures et dans celui des vésicatoires.

1° Dans le pansement des brûlures, tout praticien connaît les douleurs et les difficultés des pansements au papier avec le liniment oléo-calcaire, ou avec la ouate.

Le papier se sèche, casse, devient adhérent, malgré la couche de liniment interposé; avec la baudruche tous ces inconvénients disparaissent. J'ai eu occasion, depuis plusieurs mois d'avoir

à penser des brûlures chez des enfants et j'ai établi un pansement différent ; chez l'un, pansement au papier avec liniment oléo-calcaire ; chez un second, d'abord pansement au papier, puis à la baudruche ; troisième pansement à la baudruche.

Les résultats de ce pansement chez ce dernier étaient tellement satisfaisants (absence de douleurs, commodité du pansement, etc.), que les parents du deuxième enfant ayant eu connaissances des résultats de ce pansement à la baudruche, le réclamèrent pour leur enfant. Celui-ci qui criait, pleurait à chaque pansement et dont les plaies étaient très-enflammées, supporte aujourd'hui son pansement avec calme ; la plaie est moins vive ; en un mot plus de tiraillements, de saignements comme dans le pansement avec le papier.

Il suffit pour conserver la baudruche de la laver à l'eau froide à chaque pansement et la même peut servir, enduite de liniment oléo-calcaire, pendant cinq à six semaines. Ce pansement est donc en même temps moins douloureux, plus facile, plus économique.

2^o Beaucoup de malades redoutent ou refusent l'application des vésicatoires par la crainte des pansements consécutifs : que ceux-ci soient faits avec le papier, la ouate ou tout autre agent. Avec la baudruche ces pansements ne sont plus à craindre ; plus de tiraillements ni de douleurs ; la baudruche, enduite de cérat ou tout autre corps gras, se décolle presque seule ; il suffit de la soulever par un coin ; elle tombe alors presque d'elle-même. Le malade n'a plus à craindre que l'application du vésicatoire.—Dr MEURISSE.—*Le concours médical.*

—

Traitement de la blennorrhée par l'irrigation de l'urèthre, par M. HARRISON.—Pour l'auteur, l'existence d'un suintement uréthral est la preuve qu'un rétrécissement est en voie de formation. C'est donc autant pour le prévenir que pour guérir la goutte qu'il préconise son mode de traitement.

L'endoscope ayant montré que l'irritation, cause du suintement, a son siège dans les parties bulbeuse et membraneuse de l'urèthre, M. Harrison en conclut que les injections faites par le procédé ordinaire avec une petite seringue ne peuvent agir efficacement sur une région située aussi profondément. Demander à ces injections d'influencer les surfaces d'où procède la blennorrhée, c'est, dit-il, comme si on espérait guérir par un gargarisme les maladies des poumons ou des bronches. Pourquoi les femmes guérissent-elles de la leucorrhée ? ajoute-t-il, invoquant une considération, selon nous, moins

péremptoire. C'est parce qu'on peut aisément découvrir et modifier les surfaces malades.

Le procédé de M. Harrison consiste à faire introduire dans l'urèthre, deux ou trois fois par jour, par le malade une petite sonde en caoutchouc ou en gomme élastique, de 16 c. environ de longueur et d'y injecter ainsi, au moyen d'un appareil en caoutchouc à aspiration, une solution astringente. Celle qu'il préfère s'obtient en dissolvant dans une pinte d'eau une demi-cuillerée à thé de sulfo-phénate de zinc. Il s'agit, ne l'oublions pas, d'une irrigation. Aussi le liquide doit-il, à mesure qu'il est injecté, pouvoir sortir entre l'urèthre et la sonde. (*The Lancet.*)—*Lyon médical.*

Note sur le traitement de l'eczéma, par J. SAWYER.— L'eczéma est souvent diathésique; celui des enfants et des adolescents est presque toujours scrofuleux et doit être traité par l'huile de foie de morue, l'iode, le fer et une bonne nourriture. L'eczéma des adultes et surtout des hommes, communément d'origine goutteuse, est amélioré par les eaux minérales purgatives Friedrichshall, Hunyadi Janos, etc., le colchique, l'iode de potassium, les alcalins, un régime sévère et l'exercice nécessaire à l'excrétion de l'acide urique. Souvent la faiblesse, l'épuisement nerveux, produits par le chagrin ou l'excès de travail, jouent le principal rôle dans la production de l'eczéma, d'où l'indication du fer et de l'arsenic. L'eczéma n'est jamais syphilitique, mais la diathèse syphilitique l'entretient dans un état chronique dont triomphe l'iode.

Le traitement local (propreté et adoucissants) ne doit pas être négligé.

L'auteur recommande les applications de l'onguent suivant:

Oléate de plomb.....	24 parties.
Huile de paraffine lourde et sans odeur	14 —

(*Practit.*)—*Lyon médical.*

Hedysarum gangeticum dans la dyssenterie.— Amrito Zall. Deb est convaincu de l'efficacité de cette racine de légumineuse indienne, dont le nom bengalien est Salpany, qui doit être employée à l'état frais, réduite en pulpe avec un peu d'eau et donnée trois à quatre fois par jour, ou toutes les quatre heures à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. 50. Ce médicament n'est pas nauséux, ne produit aucun effet désagréable. L'auteur dit que sa valeur médicinale rappelle celle de l'ixora coccinea.—(*Indian med. Gaz. et Practitioner.*)—*Lyon médical.*

Traitement de la syphilis par le jaborandi. — M. Lockwood est parti de ce fait que ceux qui transpirent facilement guérissent plus rapidement de la syphilis. Dans un premier cas, pendant trente-trois jours, tous les deux jours une injection de 0,01 cent. de nitrate de pilocarpine précédait un bain de vapeurs de calomel. Le mercure et l'iode de potassium avaient échoué. Dans un deuxième cas, les injections de pilocarpine tous les deux jours furent seules employées; guérison après deux semaines.—(*Med. times and Gaz.*)—*Lyon médical.*

Dyspepsie nerveuse. — Worthington Myers récrimine contre l'usage par trop banal des pilules bleues, purgatifs, altérants, stomachiques, etc., et emploie les modificateurs des centres nerveux: oxyde d'argent et de manganèse, valériane, sulfate et phosphore de zinc, phosphates et autres préparations de fer, acides minéraux, phosphorique, noix vomique, et surtout l'arsenic et l'électricité. Voici sa prescription préférée lorsqu'il suppose une hyperémie cérébrale:

Bromure de sodium.....	℥ j
Extrait fluide d'ergot (1).....	℥ ij
Pepsine saccharifiée.....	℥ ij
Poudre de charbon.....	℥ ij
Eau.....	℥ ij

Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures. S'il y a constipation, tous les soirs, ou un soir non l'autre, une des pilules suivantes:

Fiel de bœuf.....	gr xv
Extrait d'aloès.....	gr xv
Podophylline.....	gr iv

Pour six pilules.

L'auteur ferait aussi des séances de cinq à dix minutes par jour de galvanisation de la moëlle et du pneumogastrique!—(*Virg. med journal et Pract.*)—*Lyon médical.*

De la quinine comme abortif.—Benson de Mysore a souvent donné sans accident de la quinine à des femmes enceintes atteintes de fièvre intermittente. Il cite néanmoins deux cas d'avortement; l'une des femmes était enceinte de trois mois et l'autre de huit. Cette dernière avait pris 0,75 de quinine. L'auteur se propose, dans les cas de fièvres intermittentes compliquées de grossesse, d'essayer l'arsenic, avant d'employer la quinine.—(*Practitioner.*)—*Lyon médical.*

Hyposulfite de soude spécifique des maladies zymotiques, par CROWTHER.—Environ 10 grains, toutes les huit heures, plus des toniques en général. S'il s'agit de diphtérie, en outre gargarismes avec chlorate de potasse, acide chlorhydrique dilué, glycérine, tannin; inhalations d'acide sulfureux. (*The Lancet.*)—*Lyon médical*

Gelsémium dans la fièvre hectique, par HOLDEN.—Deux gouttes d'extrait fluide ou dix à douze gouttes de teinture toutes les deux heures, combattent la fièvre, modèrent la toux en moins de quarante-huit heures. Le gelsémium n'entrave ni la digestion, ni les excréctions. Il est indiqué surtout dans la fièvre hectique symptomatique d'une affection grave des voies respiratoires, à cause de son action sédative sur ces dernières, (*New-York med. record.*)—*Lyon médical.*

Du gayac dans l'hématurie, par UPSHUR.—L'auteur réussit avec 3,75 de la teinture (pharmacopée des États-Unis) trois fois par jour; l'hémorrhagie fut arrêtée dès le deuxième jour; revenue l'année suivante, le moyen réussit encore. L'auteur connaît trois autres cas semblables où le gayac a réussi après l'insuccès d'autres remèdes. (*New-York medical Rec.*, et *London medical Rec.*)—*Lyon médical.*

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine.—Kelp fait dans le voisinage du sacrum une injection sous-cutanée de quelques milligrammes de strychnine; une seule injection quelquefois suffit. (*Le Praticien.*)—*Lyon médical.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, AOUT 1880.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

L'Hôpital Notre-Dame.

Personne n'ignore plus l'existence du nouvel Hôpital Notre-Dame à Montréal, les journaux des deux langues et de toutes couleurs politiques en ont fait connaître la fondation dans toutes les parties du pays. L'unanimité de la presse à approuver chaleureusement son existence et à en reconnaître la nécessité, n'est pas la moindre récompense de ceux qui y ont consacré leur argent et leurs peines. Toutes les générations de médecins qui ont successivement passé par nos deux hôpitaux ne sauraient différer d'opinion avec la presse sur ce point. Presqu'à toutes les époques de l'année, mais surtout pendant la saison d'hiver, l'Hôtel-Dieu de Montréal regorge de malades et la charité qu'elle prodigue à pleines mains ne saurait satisfaire à toutes les demandes tant est grand le nombre. Le "Montreal General Hospital" épuise tous les jours ses revenus et les fruits de la charité publique sans pouvoir y trouver une part à toutes les infortunes. Et tous les ans on se voit forcé de refuser asile à des centaines de malheureux. C'est pour eux qu'est fondé l'hôpital Notre-Dame, qui arrive comme un renfort de troupes fraîches au secours de l'héroïque armée de la science et de la charité, pour continuer avec elle une lutte jusqu'ici disproportionnée contre la maladie et la pauvreté. La presse a compris ces faits et a accordé au nouvel hôpital son approbation unanime et sans réserve ses encouragements les plus flatteurs.

Montréal tend à ce placer de l'avant comme centre d'enseignement médical en Canada, un homme haut placé en dehors des rangs de la profession médicale constatait ce fait, ce n'est donc pas se brûler de l'encens que de le répéter, espérons que ce troisième monument élevé à la science, à la charité viendra

lo corroborer. Ses quatre facultés, ses trois hôpitaux, ses deux maternités, son hôpital des femmes, ses nombreux dispensaires et ses asiles si fructueusement fréquentés par des centaines d'étudiants, venus de toutes les parties de la Puissance et des Etats-Unis, prouvent assez que notre prétention n'est pas exagérée et que nous ne sommes pas les seuls à la partager. Ceux qui ont présidé à l'installation de l'hôpital Notre Dame n'ont pas oublié que noblesse oblige, et n'ont rien négligé pour mettre la nouvelle institution à la hauteur d'utilité scientifique de ses aînées, et pour confirmer les prétentions de notre métropole.

L'hôtel Danogana, après avoir été longtemps l'établissement public le plus somptueux et le plus fashionable de Montréal, était devenu suivant l'expression d'un de nos journalistes, une véritable *cour des miracles*, entre les mains d'industriels de petit calibre; aussi a-t-il fallu refaire presque à neuf la maison pour effacer les délabrements du temps et de la malpropreté et lui donner un aspect en rapport avec les infortunes qu'elle est destinée à abriter et à consoler. Plus de 4000 piastres de réparations en ont fait non pas peut-être un petit bijou, comme le disaient plusieurs visiteurs, mais assurément un établissement des plus convenables, en rapport avec les exigences de son but, les progrès du jour et les besoins de la science.

Quelques correspondants anonymes ont prétendu que le site du nouvel hôpital et son système de ventilation était déficient, mais leurs communications sont restées sans réponse jusqu'à ce que la presse entière, après inspection de la bâtisse ornée de sa nouvelle parure, eut donné son appréciation sur ce sujet, et certes elle n'est pas défavorable. L'ignorance des faits qu'on veut apprécier ou des vues étroites et intéressées, caractérisent trop souvent les avancés des correspondants anonymes. Quoiqu'il en soit, l'hôpital est maintenant ouvert au public et sans prétendre être parfait est prêt à subir la critique des gens désintéressés.

La façade de l'édifice est à trois étages, plus un rez-de-chaussée; deux portes latérales donnent accès à ce dernier qui est destiné à un dispensaire pour les malades du dehors. Une salle d'attente, une de consultation privée et une troisième pour le dispensaire proprement dit, sont consacrés à ce but. En arrière sont la cuisine avec fournaise Froidevaux, la dépense, la buanderie, le réfectoire des religieuses et les chambres des domestiques.

L'entrée principale donne accès dans un vestibule spacieux où se trouve le grand escalier qui communique avec les trois étages de l'édifice, à droite du vestibule est le parloir, et en

arrière de celui-ci la chapelle; ces deux appartements sont séparés par une porte d'arche qu'on peut ouvrir au besoin pour admettre un plus grand nombre de personnes aux cérémonies religieuses.

A gauche du vestibule s'ouvre la salle d'attente des étudiants en médecine et la pharmacie; et sur l'arrière-plan le laboratoire et une petite salle destinée aux recherches chimiques et microscopiques appliquées au diagnostique. A l'extrémité du vestibule, c'est-à-dire dans la bâtisse centrale, est la salle St-Joseph pour les hommes. Cette salle, haute et spacieuse, contient vingt lits. Ces lits se composent d'une couchette en fer, d'un sommier à ressorts, d'un matelas en varoch, ou *crin marin*, avec couvertures et oreillers; ils n'ont pas de rideaux; à chaque lit est annexé une table de nuit, fabriquée de façon à servir au besoin de table à manger. En arrière de la salle des hommes est la tabagie et quelques appartements pour les malades bruyants ou gâgereux. En montant au deuxième par le grand escalier du vestibule, on rencontre sur la façade les appartements privés pour les femmes, puis le dortoir et la communauté religieuse, et en arrière une salle spacieuse, la salle Ste-Marie, contenant vingt lits pour femmes, le tout sur le même plan que la salle St-Joseph. A l'extrémité de cette salle est la salle d'opération, comprenant deux étages sur la hauteur et dans laquelle quatre fenêtres superposées deux à deux versent des flots de lumière; des gradins sont disposés autour de la salle pour les étudiants. Deux autres appartements lui sont annexés, l'un servant de salle de consultation pour les chirurgiens, et contenant les appareils chirurgicaux d'urgence, l'autre destinée à la chloroformisation des malades avant leur installation sur la table d'opération. Au troisième sont, en avant, les appartements privés pour les hommes et les salles du médecin interne, M. le Dr H. Desrosiers, professeur de toxicologie à la faculté de médecine de l'Université-Laval à Montréal; en arrière, les chambres pour les malades (femmes) qui ont besoin d'être isolées. Aux deux grandes salles publiques et appartements privés sont annexés des chambres de bains. Le système de chauffage a dû subir une amélioration très-dispendieuse mais très-avantageuse. L'hôtel Donegana était chauffé à la vapeur, et l'on sait que le bruit fatiguant que produit ce système est peu en rapport avec l'idée qu'on se fait d'un hôpital bien tenu; il a donc fallu remplacer les vieux engins par deux splendides machines neuves, et doubler dans toute la bâtisse le nombre des tuyaux calorifères pour remplacer la vapeur par l'eau, afin d'assurer le repos et le confort des malades. La distribution des aliments et des médicaments,

etc., se fait par un élévateur qui communique avec tous les étages, ce qui simplifie et facilite énormément le service.

L'hôpital Notre-Dame est desservi par les Rvdes Dames Grises, qui sont actuellement au nombre de six, dont voici les noms : les Révdes sœurs Perrin, supérieure, sœur Aickey, sœur Duhaut, sœur Hénault, sœur Panet et sœur Ste-Angèle, leur nombre devant être augmenté si les besoins du service l'exigent ; deux infirmiers et quatre infirmières sont en outre à la disposition des médecins de service. Nos bonnes religieuses ont dû faire des prodiges de travail et d'activité pour donner au pandemonium d'hier le parfum de propreté qu'on respire dans l'hôpital d'aujourd'hui. Elles tenaient à honneur de ne pas déroger à une de leurs qualités proverbiales.

L'hôpital Notre-Dame n'occupe pas tout l'hôtel Donegana, il reste encore un étage dans la bâtisse centrale et une partie de la bâtisse qui fait face sur la rue du Champ-de-Mars, qui compte sept étages, et dont quelques appartements à peine sont occupés. C'est assez dire que si l'assistance publique et les revenus de l'établissement permettaient d'agrandir l'hôpital, ce ne serait pas le local qui ferait défaut ; ce qui existe est déjà un pas énorme, et ce n'est peut-être pas sans raison qu'on s'étonne que des particuliers aient pu mener à bonne fin une entreprise aussi considérable. M. le curé de Notre-Dame a fait preuve d'une générosité philanthropique qu'on ne saurait trop admirer en se chargeant de défrayer de ses propres deniers le prix de la nourriture des malades, du chauffage et de l'éclairage de l'établissement. Les professeurs de la faculté de médecine de l'Université-Laval à Montréal se sont chargés pour leur part des réparations et de l'ameublement de l'institution, du paiement du loyer, des médicaments et des instruments et appareils de chirurgie. M. le curé Rousselot, malgré qu'il se rendit compte des frais énormes dont il se chargeait, n'a pas hésité un instant à en accepter la responsabilité ; mais il est permis d'espérer que la charité publique, qui s'est manifestée si spontanément en faveur des professeurs de la faculté saura partager avec lui le mérite d'une fondation qui est toute à l'avantage du public.

Voici la liste des messieurs qui ont bien voulu s'inscrire comme fondateurs de l'hôpital :

R. Devins	\$125	S. Lachance.....	25
Abbé A. L. Valois	100	Joseph Barsalou.....	25
Alf. LaRocqve, sr	100	John Lee	25
W. J. Whitehead	60	Jacques Brosseau.....	25
C. S. Cherrier.....	50	Succession A. Prévost...	25
A. Hamelin.....	50	C. Beausoleil.....	25

Hon. J. R. Thibaudeau, souscription annuelle.	25	H. R. Gray	25
M. le maire Rivard	25	J. H. Leblanc	25
Abbé H. A. Verreau	25	Cyriac Filiatrault.....	25
F. Benoit.....	25	E. A. Généreux	25
Thos. Mussen	25	Jacques Grenier.....	25
S. Pagnuélo.....	25	B. E. McGale.....	25
Dr J. A. G. Jacques.....	25	J. B. Vinet.....	25
Z Lapierre	25	F. Drapeau	25
Laviolette & Nelson.....	25	Cadieux & Derome.....	25
Henry Morgan.....	25	E. Mathieu & Frère.....	25
Jos. Hudon	25	Joseph Comte	25
C. P. Hébert.....	25	A. J. Gingras	25
O. Dupuis	25	G. Peltier.....	25
A. Racine & Cie	25	F. Filiatrault.....	25
Révd N. Desmazures....	25	Pepin & Lepage	25
G. Boivin.....	35	P. M. Galarneau.....	25
P. P. Lachapelle.....	25	Sicard & Limoges.....	25
H. Lamontagne	\$25	Lacoste & Globensky....	25

L'hôpital est en outre redevable à M. J. Leduc d'une boîte de produits chimiques et d'appareils de petite chirurgie; à M. le Dr F. Casgrain, d'une boîte de réactifs; et à plusieurs bienfaiteurs anonymes, de produits pharmaceutiques d'appareils et instruments chirurgicaux.

L'hôpital Notre-Dame est sous le contrôle médical des professeurs de la faculté de médecine de l'Université-Laval à Montréal, mais ces messieurs, ne voulant pas imposer leurs services aux malades qu'ils admettront, ont résolu que tout malade occupant un appartement privé, aura le droit de requérir les services du médecin de son choix en dehors de la faculté et de régler avec lui la question des honoraires, ou bien d'accepter les soins d'un des médecins de l'établissement; tout membre de la profession sera bienvenu à profiter de cet avantage. Tous les malades seront admis sans distinction de religion ou de nationalité.

Comme nous l'avons déjà dit, M. le Dr H. E. Desrosiers est attaché à l'hôpital comme médecin interne, en sorte que les malades seront toujours sûrs de recevoir des secours immédiats, jour et nuit dans les cas d'urgence, c'est là une garantie importante qu'on saura apprécier.

L'hôpital contient 50 lits pour les malades pauvres et 15 à 20 pour les malades payants.

Vingt-six lits sont déjà occupés, et il est facile de prévoir que les autres ne seront pas longtemps vacants.

Le 25 juillet dernier, Mgr Fabre fit la bénédiction du nouvel hôpital en présence de nombreux représentants de toutes les sociétés et communautés religieuses, de la profession médicale, du barreau, des principaux citoyens de Montréal, et de MM. le comte de Foucault et Claudio Janet, de Paris. Le lendemain, M. le curé Rousselot disait la première messe dans la chapelle de l'établissement pour les religieuses et les médecins de la faculté.

L'hôpital Notre-Dame est donc un fait accompli, et nous lui souhaitons de tout cœur le succès que méritent les bonnes œuvres.

Collège des Médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée triennale des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu mercredi, le 14 juillet dernier, à Montréal, dans les Salles du Cabinet de Lecture Paroissial; près de deux cents médecins venus de toutes les parties de la Province y assistaient et plus de 350 votes ont été enregistrés pour l'élection des Gouverneurs.

Cependant, ce nombre de 200 médecins présents est loin d'être satisfaisant, surtout lorsqu'on sait qu'au-delà de 700 avaient payé leur contribution et par conséquent avaient droit de vote en cette circonstance. C'est là une nouvelle manifestation de cette apathie si habituelle aux médecins, de cette insouciance si détrimentale à la profession; pourtant on sait que les plus négligents à remplir leurs devoirs ne sont pas les derniers à se plaindre qu'il ne sont pas suffisamment protégés. Bien que nous soyons convaincus qu'il est impossible de stimuler le zèle de tous ces retardataires il serait au moins à souhaiter que leur nombre diminuât et que chacun sût mieux apprécier ses intérêts. Nous avons à notre disposition tous les éléments de succès et de protection nécessaires, il est vraiment déplorable qu'on se préoccupe si peu de les faire valoir.

Au nombre des membres présents, se trouvaient MM. les docteurs J. A. Sewell, A. Lamarche, J. E. Berthelot, Olivier Raymond, Wm Marsden, A. M. Rivard, J. A. Brun, J. A. Beaudry, W. E. Scott, F. C. D. Lamoureux, Norbert Fafard, Alfred Vilbou, Alph. Aubry, F. Labadie, J. B. Brossard, Edm. Robillaud, C. M. Filiatrault, H. Moreau, G. Manseau, Arthur Ricard, E. P. Lachapelle, R. Craik, F. Sheppherd, H. M. Barcelo, F.

Buller, W. Osler, Clément St-Paul, A. B. Craig, John Pratt, G. Aug. Tirney de Laval, Antoine Gadbois, J. C. Tanguay, Geo. O. Beaudry, E. E. Duquet, Jos. O. Prevost, M. E. Guertin, H. W. Wood, J. B. Gibson, G. E. Desjardins, Eug. Trudel, G. A. Lapierro, G. H. Monk, C. R. Jones, A. H. David, J. A. Elie, N. Desmarteau, Art. Mathieu, J. S. Brigham, A. P. Cartier, J. E. LeCavalier, Ed. Worthington, W. Crothers, W. A. Molson, A. T. Brosseau, L. G. Routhier, J. Gagnon, A. A. Latour, F. W. Campbell, J. W. Monk, Thos Roddick, R. P. Howard, G. Ernest Roy, Séraphin Gauthier, A. Gladu, J. A. Leblanc, A. Demers, F. D. Gilbert, Jos. Perrigo, W. Beaupré, J. B. Bouchard, Jos. Lanctot, B. H. Leblanc, Isaïe Sylvestre, G. A. Jeannotte, J. E. Turcotte, J. P. Rottot, G. A. Brunelle, Alex. Germain, A. Dagenais, G. Leroux, Ed Desjardins, J. A. St-Germain, G. A. Roy, A. Piché, E. J. Bourque, C. F. Pominville, L. B. Durocher, A. G. Belleau, J. C. Poitevin, Jos. Marmotte, J. C. Gauthier, P. E. Lafarge, A. Laporte, D. A. Hart, E. Lorgley, J. Letourneau, P. E. Mount, André Hébert, F. X. Perrault, F. L. Palardy, H. Thérien, A. Gaudin, N. H. Ladouneur, A. Proudfoot, F. Z. Tassé, J. Leprohon, Geo. Wilkins, Alex. Ouimet, G. B. Laporte, F. X. Trudel, J. A. Laramée, H. A. Mignault, G. Madoro, S. A. Longtin, D. Marcil, C. E. Lemieux, Chs Lescault, I. A. G. Duhaunt, A. H. Paquet, J. A. Duchesneau, A. Fortier, C. Fafard, G. H. Desjardins, A. Meunier, M. Prime, Tho. Rodgers, Geo. Ross, L. LaRue, B. H. Bernier, W. H. Hingston, L. Duhamel, F. Paré, G. S. Badeaux, J. E. A. Lanouette, N. Duchesnois, H. Jeannotte, G. E. Fenwick, P. Munro, L. G. Turgeon, J. N. Chapin.

M. le Dr J. P. Rottot prit le fauteuil à 10 heures A. M.

Les minutes de la dernière assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec furent lues et adoptées sur motion du Dr. Marsden, secondé par le Dr Sewell.

Le Pré-ident donna lecture de son rapport qui fut adopté sur motion du Dr Sewell, secondé par le Dr Duchesneau. Nous publions ce rapport dans le prochain numéro de l'*Union Médicale*.

Le Trésorier soumit le rapport suivant :

ÉTAT FINANCIER du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, depuis le 14 Juillet 1877 jusqu'au 14 Juin 1880.

RECETTES.

Banque d'Épargne (Livret)	\$703.50
Dr Fenwick, règlement de compte	735.17
Contribution et Enregistrement	2075.21
Examens préliminaires	162.00
Honoraires des Licences	3770.00
Examens des Sages-femmes	170.00
Dividende, Banque de Montréal	308.00
Dr Rottot, pour payer le Dr Robillard	30.00
Intérêt sur Dépôt	24.41
Produit de la vente de deux Parts de la Banque de Montréal ..	525.00
	<hr/>
	\$9966.29

DÉPENSES.

Gouverneurs, honoraires	\$2390.00
Assesseurs "	1316.60
Examineurs "	970.00
Secrétaires "	300.00
Registreur "	450.00
Tresorier "	150.00
Impressions	791.26
Remises d'honoraires d'examen aux candidats malheureux	547.00
Frais judiciaires, affaire Worthington-Fenwick et charlatans ..	1192.46
Annonces	476.68
Commission sur Enregistrement	361.00
Estampilles et Telegrammes	88.33
Canada Guarantee Co., Police de garantie du Trésorier	20.00
Portiers	30.00
Frais de voyage	42.70
Cochers	28.45
Bill Medical	26.00
Auditeurs pour examiner les livres du Dr. Fenwick	26.00
Papeterie	22.29
Boîte en Noyer noir	18.00
Pupitre et Serrure	4.75
Livres	3.30
Copie de Règlements, etc	11.50
Commission sur Chèques	1.46
Dr Larue, Balance en main	\$165.68
Dr Lachapelle do	532.83
	<hr/>
	\$ 698.51
	<hr/>
	\$9966.29

E. P. LACHAPELLE, M. D.,
Trésorier.

N. B.—Le Collège des Médecins et Chirurgiens possède en outre cinq parts de la Banque de Montréal valant au pair \$1000.

Nous, soussignés, auditeurs dûment appointés par le Président du Col-

lège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, certifions avoir examiné en détail tous les livres de comptess et reçus entre les mains du Registrateur, des deux Secrétaires et du Trésorier, et avoir trouvé le tout conforme à l'état financier ci-dessus que nous certifions correct.

Pour prévenir toute complication ou confusion, nous recommandons respectueusement qu'à l'avenir, tous les comptes contre le Collège ne soient payés que par le Trésorier et entrés dans ses livres seulement, après avoir été certifiés corrects par l'officier qui aura contracté la dette et avoir été approuvés par le Président.

Montreal, 13 Juillet 1880.

EDMUND B. HOLT, }
L. ARCHAMBAULT, } Auditeurs.

Ce rapport fut adopté unanimement.

Le Dr. Lachapelle fit observer que, vu la rentrée des contributions annuelles depuis le 14 juin, la balance en caisse s'élevait maintenant à près de \$2000.

Le Président nomma les messieurs suivants scrutateurs: les Drs Lemieux, Gilbert, Perrigo, Craig, Raymond, Marsden, Lachapelle, Lanctôt, Lanouette, Duchesneau, Meunier, Fafard, Mount et Lamarche.

Puis l'assemblée s'ajourna à 1 heure 30 minutes sur motion du Dr Gilbert, secondé par le Dr Lanctôt.

Après l'ajournement, on procéda à la votation, et chacun déposa son bulletin dans une des boîtes placées de chaque coté de la salle.

Le Dr Hingston proposa, secondé par le Dr Marmette que la votation soit close à cinq heures du soir et l'assemblée ajournée à 9 heures P.M. Cette motion fut adoptée.

A cinq heures de l'après-midi messieurs les scrutateurs commencèrent le dépouillement du scrutin qui se prolongea jusqu'à neuf heures du soir; le Dr Lanctôt, secrétaire du comité des scrutateurs, soumit alors le rapport suivant:—

Cité de Montréal.—Edm. Robillard, 211; T. A. Rodgers, 205.

District de Montréal.—L. R. Church, 349; N. H. Ladouceur, 343; J. B. Gibson, 321; F. X. Perreault, 316; Jules Prévost, 215; L. D. Lafontaine, 208; Jos. Lanctôt, 197; P. E. Mignault, 172; E. Laberge, 154.

Cité de Québec.—A. G. Belleau, 351; N. Marsden, 319; E. A. de St-George, 295; C. S. Parke, 262; L. LaRue, 214; R. F. Rinfret, 166.

District de Québec.—Jos. Marmette, 349; Alfred Simard, 190; Théodore Robitaille, 189; Chs. Gingras, 185; L. T. E. Rousseau, 184; O. Bonin, 182; A. T. Michaud et Côme Rinfret, 171.

District des trois-rivières.—J. J. Ross, 355; D. E. Désaulniers, 181 et E. Gervais, 159.

District de St-François.—J. F. Austin, 209; E. Worthington, 185; Thos. LaRue, 177.

Je, soussigné, certifie que la liste ci-annexée contient le résultat correct et vrai des membres élus, ainsi que le nombre des votes donnés à chacun lors du dépouillement du scrutin pour l'élection du Bureau Provincial de Médecine, le 14 juillet 1880. En foi de quoi je signe le présent certificat en ma qualité de Secrétaire des scrutateurs. Donné à Montréal ce 14^{me} jour de juillet 1880.

(Signé),

JOS. LANCTÔT. M. D.

Ce rapport fut adopté sur motion du Dr Lanctôt, secondé par le Dr Belleau.

Le Dr A. T. Michaud, du district de Québec, ayant le même nombre de voix que le Dr Côme Rinfret, le Président donna sa voix prepondérante en faveur de ce dernier, et en conséquence le Dr Côme Rinfret fut déclaré élu gouverneur.

La une lettre du Dr A. H. David, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université du Collège Bishop annonçant que les Drs A. H. David et Francis W. Campbell ont été rée-us comme délégués de la dite Université.

La une lettre du Dr G. O. Beaudry, secrétaire *pro-tempore* de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, annonçant que les Drs E. H. Trudel et W. H. Hingston ont été choisis délégués de la dite Ecole.

La une lettre du Dr George W. Campbell, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, annonçant que les Drs R. P. Howard et Robert Craig ont été nommés délégués de la dite Université.

La une lettre du Dr E. P. Lachapelle, secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval, Montréal, annonçant que les Drs J. P. Rottot et E. P. Lachapelle ont été nommés représentants de cette Faculté.

La une lettre du Révérend Thos E. Hamel, Vice-Rector de l'Université-Laval, annonçant que les Drs J. A. Sewell et C. E. Lemieux, ont été choisis comme représentants de l'Université-Laval, Faculté de Médecine de Québec.

Proposé par le Dr Hingston, secondé par le Dr Gibson, et résolu unanimement;—

Que le Collège de Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec est et doit être le gardien de l'honneur, de la dignité et des intérêts de la profession, et qu'il est désirable qu'aucune question concernant les intérêts de la profession ne soit soumise à la Législature de la Province de Québec sans avoir été considérée par le Bureau des Gouverneurs du Collège et, si ceux-ci le jugent opportun, soumise à la profession même.

« Le Dr Hingston accompagna cette motion de quelques remarques faisant ressortir l'importance des devoirs du Bureau et insistant sur les dangers qu'il y aurait à laisser à un chacun le droit de prendre l'initiative de la législation médicale.

Le Dr Dagenais dit qu'en principe il approuvait la motion du Dr Hingston ainsi que ses remarques, mais qu'il n'en saisissait pas l'application pratique, vu qu'aucune législation n'a été faite ni tentée en dehors de l'initiative du Bureau actuel.

Le Dr Hingston répondit que sa motion et ses remarques s'appliquaient à deux projets de loi médicale actuellement devant la Législature de Québec.

Nous apprenons depuis que l'un de ces projets de loi était présenté par M. Taillon à l'instigation de la Faculté de Médecine de Victoria.

Les Drs Beaudry et Lanctôt s'élèverent contre le droit de la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal d'avoir deux représentants dans le Bureau.

Le Dr E. P. Lachapelle fit remarques à ces messieurs que la question était hors d'ordre, vu que ce droit a été sanctionné par la Législature, et que d'ailleurs ce droit de représentation est aussi juste pour la Faculté de Médecine à Montréal de l'Université-Laval de Québec qu'il l'est pour la Faculté de Médecine à Montréal de l'Université Victoria de Cobourg.

L'assemblée fut close à 10 heures et 20 minutes du soir.

La profession a tout lieu de se féliciter du résultat des élections; pour notre part, nous en sommes satisfaits et nous croyons qu'elles sont de nature à sauvegarder les intérêts généraux et particuliers. Il n'y a qu'un seul point sur lequel nous ne saurions approuver le résultat, du scrutin, c'est le fait de l'élection du Dr Worthington. Inutile de réveiller des souvenirs désagréables, mais nous restons d'avis que certaines tentatives de réhabilitation sont de nature à déprécier ceux qui les font sans profiter à ceux qui en sont l'objet. La profession choisit parmi ses membres ceux qu'elle croit les plus dignes pour en former un bureau de gouverneurs, or nous ne nous sentons pas disposés à signer le certificat d'excellence décerné en cette circonstance.

Bureau Provincial de Médecine.

Le nouveau Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec s'est assemblé jeudi, 15 juillet 1880, à Montréal, dans les salles du Cabinet de

Lecture Paroissial, à 10 heures et 30 minutes du matin, M. le Dr J. P. Rottot au fauteuil.

Présents :— MM. les Drs J. P. Rottot, W. Marsden, N. H. Ladouceur, L. LaRue, Jos. Marmette, C. E. Lemieux, T. A. Rodgers, E. H. Trudel, A. H. David, Edm. Robillard, R. P. Howard, R. Craik, E. Worthington, Jos. Lanctot, F. Austin, E. P. Lachapelle, F. X. Perreault, F. W. Campbell, W. H. Hingston et A. G. Belleau.

Le Secrétaire, Dr Belleau, donna de nouveau le résultat du dépouillement du scrutin.

Puis on procéda à l'élection des officiers et les Drs. Perreault et Lachapelle furent nommés scrutateurs.

Pour *Président* : le Dr R. P. Howard, de Montréal, réunit 17 voix, le Dr E. H. Trudel, de Montréal, 1 voix et le Dr C. E. Lemieux, 1 voix ; le Dr Howard est alors déclaré élu Président et prend de suite le fauteuil.

Sur motion du Dr Gibson, secondé par le Dr LaRue, des remerciements sont votés au Président sortant de charge, M. le Dr. J. P. Rottot.—Adopté.

Pour *Vice-Présidents* : Le Dr C. E. Lemieux, du Québec, réunit 16 voix, le Dr J. A. Sewell 3 voix.

Le Dr Lemieux est alors déclaré élu Vice-Président pour Québec.

Pour Montréal, le Dr E. H. Trudel réunit 12 voix, Dr Ed. Robillard 6 voix, et le Dr A. H. David 1 voix.

Le Dr Trudel est alors déclaré élu Vice Président pour Montréal.

Pour *Registreur* : Le Dr L. LaRue, de Québec, réunit 11 voix, Dr F. W. Campbell, de Montréal, 5 voix. Dr A. H. David, de Montréal, 3 voix, et Dr Jos. Lanctôt, des Tanneries, 1 voix. Le Dr LaRue est alors déclaré élu Registreur.

Pour *Trésorier* : Le Dr E. P. Lachapelle, de Montréal, réunit 18 voix, Dr W. H. Hingston, de Montréal, 1 voix, Dr F. W. Campbell, de Montréal, 1 voix. Le Dr Lachapelle est alors déclaré élu Trésorier.

Pour *Secrétaires* : Le Dr A. G. Belleau, de Québec, réunit 18 voix. En conséquence, le Dr Belleau est déclaré élu unanimement Secrétaire pour Québec.

Pour Montréal, le Dr F. W. Campbell, de Montréal, réunit 8 voix, Dr Edmond Robillard, de Montréal, 6 voix, Dr Jos. Lanctot, des Tanneries, 4 voix, Dr T. A. Rodgers, de Montréal, 1 voix, et Dr Craik, de Montréal, 1 voix. Le Dr F. W. Campbell est alors déclaré élu Secrétaire pour Montréal.

Sur proposition du Dr Craik, secondé par le Dr Hingston, il est résolu que les Drs. L. R. Church et P. E. Mignault soient nommés assesseurs pour l'Université McGill.

Sur proposition du Dr Lemieux secondé par le Dr Belleau, les Drs W. Marsden et P. Wells, sont nommés assesseurs pour l'Université-Laval, Québec.

Sur proposition du Dr Hingston, secondé par le Dr Rodgers, les Drs C. F. Painchaud Sr. et Angus Macdonell sont nommés assesseurs pour l'École de Médecine et Chirurgie de Montréal.

Sur proposition du Dr Marsden secondé par le Dr Belleau, les Docteurs Edmond Robillard et J. B. Gibson sont nommés assesseurs pour l'Université Bishop.

Sur proposition du Dr L. LaRue, secondé par le Dr Marmette, les Docteurs John Reddy et Olivier Raymond sont nommés assesseurs pour l'Université-Laval, Montréal.

Sur proposition du Dr Lanctôt secondé par le Dr Rodgers, des remerciements sont votés unanimement aux officiers sortant de charge.

Proposé par le Dr F. W. Campbell, secondé par le Dr F. X. Perreault et résolu unanimement :—

Que le Président sortant de charge, le Président et le moteur soient priés de s'enquérir et de faire rapport à la prochaine assemblée semi-annuelle du Bureau devant avoir lieu à Québec en septembre prochain, sur les meilleurs moyens à prendre pour mettre en force et faire exécuter la loi contre les charlatans et les médecins non enregistrés.

Dr Rottot propose, secondé par Dr David, et il est résolu :—

Que le même Comité (les Drs Marsden, Perreault et Belleau) nommé à la dernière assemblée semi-annuelle du Bureau pour reviser le tarif, soit continué et fasse rapport à la prochaine assemblée.

L'assemblée s'ajourne à une heure de l'après-midi ; membres présents à l'ajournement. Docteurs Howard, Rottot, Marsden, Ladouceur, L. LaRue, Marmette, Lemieux, Rodgers, Trudel, David, Robillard, Craik, Worthington, Lanctôt, Austin, Lachapelle, Perreault, Campbell, Hingston et Belleau.

NÉCROLOGIE.

Paul Broca.—Le docteur Paul Broca est mort subitement le 9 juillet, à Paris.

Le docteur Paul Broca était sénateur inamovible depuis quelques mois.

Broca anatomiste, Broca expérimentateur, Broca professeur

a brillé d'un si vif éclat depuis le jour—il y a de cela vingt ans—où Malgaigne disait de lui: "C'est la plus brillante étoile de la jeune chirurgie", qu'il est permis de se demander qui sera assez fort pour relever le flambeau scientifique tombé de sa main glacée.

Successivement professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux Saint-Antoine et de la Piété, professeur au laboratoire d'Anthropologie et hautes études, secrétaire-général de la Société d'Anthropologie il était depuis 1818. membre de l'Académie de Médecine. Parmi ses nombreux ouvrages on cite: Des Anévrismes et de leurs traitements (1856; Étude sur les animaux ressuscitants (1860); Instructions générales pour les recherches de l'Anthropologie (1865; L'Ordre des primates (1870); Mémoire de l'Anthropologie (1871-75). M. Broca avait, en outre, collaboré au grand Atlas d'anatomie descriptive du corps humain.

Au fond, c'était moins un grand chirurgien qu'un illustre savant, et c'est comme savant surtout, qu'il mérite de passer à la postérité. Instigateur et fondateur de presque toutes les Sociétés d'Anthropologie d'Europe et d'Amérique, la France lui doit de marcher aujourd'hui dans cette science, à la tête des autres nations.

Le docteur Broca, n'avait pas un ennemi. Malgré son incursion, au moins inutile, dans la politique active, il était resté fidèle à ses études. Sa mort est une perte sérieuse pour la science, perte qui sera vivement ressentie, non-seulement en France, mais dans l'univers entier, où son nom était un des plus connus du monde savant.

Nomination.—M. le Dr Ths. Simpson vient d'être nommé professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine du *Bishop's College*.

Brochures reçues.

Transactions of the Medical and Chirurgical Faculty of the State of Maryland. Eighty-second annual session, held at Baltimore, Ind., April, 1880.

University of Bishop's College.—Tenth Annual Announcement of the Faculty of Medicine. Session 1880-81.

VARIÉTÉS.

UN PORTRAIT PEU FLATTÉ.

Dans Florence jadis vivait un médecin,
 Savant hâbleur, dit-on, et célèbre assassin.
 Lui seul y fit longtemps la publique misère :
 Là, le fils orphelin lui redemande un père ;
 Ici, le frère pleure un frère empoisonné.
 L'un meurt vide de sang, l'autre plein de séné ;
 Le rhume à son aspect se change en pleurésie,
 Et par lui la migraine est bientôt frénésie.
 Il quitte enfin la ville en tous lieux détesté.
 De tous ses amis morts, un seul ami resté,
 Le mène à sa maison de superbe structure ;
 C'était un riche abbé, fou de l'architecture.
 Le médecin d'abord semble né dans cet art
 Déjà de bâtiments parle comme Mansard ;
 D'un salon qu'on élève il condamne la face ;
 Au vestibule obscur il marque une autre place ;
 Approuve l'escalier tourné d'autre façon.
 Son ami le conçoit, et mande son maçon.
 Le maçon vient, écoute, approuve et se corrige.
 Enfin, pour abréger un si plaisant prodige,
 Notre assassin renonce à son art inhumain,
 Et désormais la règle et l'équerre à la main,
 Laisant de Galien la science suspecte,
 De méchant médecin devient bon architecte.
 Son exemple est pour nous un prétexte excellent :
 Soyez plutôt maçon si c'est votre talent,
 Ouvrier estimé dans un art nécessaire,
 Qu'écrivain du commun et poète vulgaire.

BOILEAU.

Aphorismes professionnels.—Les misères professionnelles sont très-diverses et nombreuses. Notre aimable et savant confère, M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, en rencontre avec esprit une partie dans les aphorismes suivantes :

La vie est courte, la clientèle difficile, la confraternité trompeuse.

La clientèle est un champ dont le savoir-faire est l'engrais.

La clientèle est comparable à la flanelle ; l'un et l'autre ne peuvent pas se quitter un instant sans danger.

Jeunes médecins, soignez, choyez, caressez vos premiers clients ; c'est la graine qui ensemence de proche en proche, centiare par centiare, les hectares de la clientèle.

Voulez-vous vous défaire d'un client ennuyeux? Envoyez-lui la note de vos honoraires.

Le client qui paie son médecin n'est qu'exigeant, celui qui ne le paie pas est un despote.

Le médecin qui attend ses honoraires de la reconnaissance spontanée de ses clients, ressemble à ce voyageur qui attendait que la rivière eût fini de couler pour passer sur l'autre rive.

L'exagération dans le prix des honoraires tourne toujours à la confusion de l'art et de ceux qui l'exercent. Un homme riche, auquel un chirurgien venait de faire une opération grave, reçut de lui la demande d'une somme énorme.—Il fallait m'avertir, lui répondit-il, que vous exercez votre métier en demandant la bourse ou la vie.

Quand on songe à la stupide crédulité des hommes en fait de médecine, ce n'est pas de ce qu'il y ait des médecins charlatans qu'il faut s'étonner, mais bien de ce qu'il y ait encore un si grand nombre de médecins honnêtes gens.

Une dame du grand monde, connue par ses légèretés, demandait à son docteur combien de médecins il fallait pour faire un savant.—Juste autant qu'il faut d'amants pour lasser une coquette, lui répondit-il.—*Le Scalpel.*

MARIAGE.

A Arthabaska, le 13 ult., D. B. G. Désaulniers, Ecr, M. D., de Nicolet, conduisait à l'autel Dame veuve C. G. Béchar, fille de M. Ant. Gagnon, agent des terres de la couronne.

La bénédiction nuptiale a été donnée dans l'église paroissiale, par le Rév. M. Héroux, curé.

NAISSANCES.

En cette ville, le 7 juillet dernier, la Dame du Dr J. A. Laramée, un fils.

En cette ville, le 26 juillet dernier, la Dame du Dr A. Dagenais, une fille,

DECES.

En cette ville, le 11 juillet dernier à l'âge d'un an et huit mois, Charles-Paul, enfant du Dr. J. A. Laramée.

Au St-Esprit, le 17 juillet dernier, âgé de deux mois et trois jours, Marie-Anna-Blanche-Parmélice-Hermel, enfant du Docteur J. J. E. Brouillet.

Au St-Esprit, le 20 juillet dernier âgé de deux mois et six jours, Marie-Joseph-Rodolphe-Wilfrid-Armand, enfant du Docteur J. J. E. Brouillet.