

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

L'ABEILLE MEDICALE

Journal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M.D., *Rédacteur-en-chef.*

Vol. I.

AOÛT 1879.

No. 8.

La question des Cours Médicaux.

Dans notre livraison du mois de Juillet, nous avons annoncé la réouverture des cours de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal pour sa trente-sixième session.

C'était notre droit, c'était notre devoir.

Nous avons témoigné notre reconnaissance au Clergé Canadien, qui nous a toujours honoré de son estime et de sa confiance ; à la profession médicale, qui a toujours trouvé en nous des amis ; à la population canadienne et catholique qui considère notre œuvre comme un œuvre national et patriotique ; aux autorités civiles et religieuses, qui nous ont gratifiés des plus amples avantages.

C'était notre devoir ; la reconnaissance est un sentiment noble qui sied aux âmes bien nées ; et, selon l'expression de St. Laurent Justinien, " il n'est pas de devoir plus grand que la reconnaissance, parce que celui qui sait conserver dans son cœur le souvenir des bienfaits reçus se rend digne de bienfaits plus grands encore."

Puis, nous avons fait connaître les avantages que possédait notre Ecole, et l'appui qu'elle a toujours reçu et qu'elle reçoit encore des communautés religieuses.

C'était encore notre devoir ; c'était aussi notre droit.

Enfin nous avons dit : " Appuyée sur les mêmes communautés religieuses, possédant les mêmes avantages, composée des mêmes Professeurs, qui tous n'ont qu'une chose à cœur : le bien public et l'honneur de l'*Alma Mater*, et qui, comprenant le progrès, ont admis dans leur sein de nouveaux Professeurs, dont ils augmenteront encore le nombre cette année, notre Institution envisage l'avenir avec confiance, de même qu'elle contemple un passé sans tache."

C'était notre droit ; nous nous en sommes servi.

Ces avantages que nous faisons connaître, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal les possédait l'an dernier, elle les possédait il y a dix ans, elle en jouit encore maintenant. Ces avantages lui sont acquis de droit, et ses droits sont appuyés sur la justice et sur l'équité.

Nous sommes heureux d'avoir à revenir sur ce sujet, en reproduisant les correspondances suivantes :

14 Août 1879.

M. le Rédacteur,

Veillez me permettre l'usage de vos colonnes pour exprimer la perplexité dans laquelle se trouvent en ce moment les étudiants en médecine de Montréal, par suite des annonces contradictoires faites par la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal, et l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de la même ville. Cette dernière annonce qu'elle a un droit exclusif dans les hôpitaux catholiques de Montréal, et pourtant l'Université Laval affirme de la manière la plus formelle, que des arrangements ont été pris qui lui assurent l'usage des hôpitaux. Les étudiants en médecine ont le droit, M. le Rédacteur, à ce qu'on fasse enfin cesser tout doute sur cette question, le public ne peut se contenter de ces affirmations.

L'Ecole de Médecine a-t-elle, oui ou non, l'usage exclusif des salles de l'Hôtel-Dieu ? La succursale de Laval n'a-t-elle pas pris des arrangements pour que ses élèves jouissent des mêmes avantages que ceux de l'Ecole de Médecine ?

Les réponses à ces questions intéressent trop les étudiants en médecine pour qu'on nous laisse plus longtemps dans le doute ; car comment veut-on que l'on consente à suivre l'une ou l'autre de ces écoles si nous n'avons pas de garantie formelle à ce sujet. *Nous ne pouvons pas suivre les cours d'une école qui n'aurait pas d'hôpital.* Nous voulons savoir ce qui en est, c'est une question que parents et élèves ont droit de connaître immédiatement.

UN ÉTUDIANT EN MÉDECINE.

La lettre ci-dessus donna lieu à cette explication de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Montréal, 15 Août 1879.

M. le Rédacteur de LA MINERVE,

Je lis ce matin, sur votre journal, une communication signée "Un étudiant en médecine."

Les documents suivants que j'ai en ma possession depuis quelque temps seront suffisants, je l'espère, pour faire connaître au public et en particulier à "Un étudiant en médecine" les droits de l'École de Médecine.

E. H. TRUDEL, M. D.

"A la Très-Révérènde Mère Supérieure et aux Révèrendes Sœurs Hospitalières de St. Joseph de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Les soussignés ont l'honneur d'exposer très respectueusement.

1o. Qu'ils ont fait le service de l'Hôtel-Dieu pendant plusieurs années, et qu'ils ont raison de croire qu'ils ont rempli leurs devoirs à la satisfaction des Révèrendes Sœurs de l'Hôtel-Dieu et des malades ;

2o. Qu'ils ont été éloignés de l'Hôtel-Dieu sans qu'on leur en donnât aucune raison, et qu'ils ont raison de croire que cet éloignement n'est dû qu'à ce que les soussignés ont accepté des chaires dans l'Université Laval de Montréal ;

3o. Qu'en acceptant des chaires de l'Université Laval, les soussignés n'ont fait que se soumettre au décret du premier Février mil huit cent soixante-et-seize de la Sacrée Congrégation de la Propagande qui déclare qu'il ne pourra y avoir à Montréal d'autre université qu'une succursale de l'Université

Laval, et que les écoles de médecine et de droit en cette ville devront cesser d'être affiliées à des universités protestantes ;

40. Que la succursale de l'Université Laval à Montréal a été établie d'après les désirs de Son Excellence Mgr. Conroy, le délégué apostolique, et de Sa Grandeur Mgr. Fabre, avec l'approbation de tous les évêques de la province ;

50. Que la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal, dont les soussignés font partie, va avoir ses cours le 1er d'Octobre prochain ;

60. Que les soussignés sont encore disposés à faire le service de l'Hôtel-Dieu comme par le passé, et que si leur éloignement de l'hôpital continue, ils se verront dans la triste nécessité d'envoyer leurs élèves dans les hôpitaux protestants, et par conséquent d'y envoyer tous les cas intéressants qu'ils rencontreront ;

70. Que les dames de l'Hôtel-Dieu, en mettant une salle de 50 lits dans leur vaste établissement sous le contrôle médical des soussignés et d'autres qu'elles pourront leur adjoindre, favoriseraient le bon fonctionnement de la seule université catholique reconnue par le St. Siège à Montréal ;

80. Que les soussignés, en faisant la présente démarche auprès des Révérendes Dames de l'Hôtel-Dieu, ne sont mus par aucun sentiment d'ambition ou d'intérêt personnel, mais par leur désir de se conformer en tout aux vues des autorités religieuses ; et de plus, parce qu'ils ne veulent pas être responsables du scandale que pourrait produire dans le public le fait d'une université catholique envoyant ses élèves dans un hôpital protestant quand il y a une institution catholique qui peut recevoir ses élèves.

Les soussignés sollicitent respectueusement une réponse.

Signé,	J. P. ROTTOT, M. D.
“	A. DAGENAI, M. D.
“	J. A. LARAMÉE, M. D.
“	E. P. LACHAPPELLE.
“	A. G. A. RICARD.
“	A. T. BROUSSEAU.
“	A. LAMARCHE.

Montréal, 16 Juillet 1879.

De l'Hôtel-Dieu de St. Joseph, }
 Montréal, 18 Juillet 1879, }

Aux Docteurs Rottot, Dagenais, Laramée, Lachapelle, Ricard,
 Brosseau et Lamarche.

Messieurs,

J'ai reçu par Messieurs les docteurs Rottot et Dagenais, votre lettre commune du 16 courant. Je l'ai communiquée au chapitre de notre communauté, qui l'a prise en sa sérieuse considération.

Je regrette d'avoir à vous répondre qu'ayant cessé d'appartenir à l'*Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal*, seule dûment autorisée à donner des soins médicaux aux malades de notre hôpital, vous avez par là même cessé d'avoir le droit de les continuer.

J'ai l'honneur d'être, tant en mon nom qu'en celui des sœurs capitulantes, de vous tous,

Messieurs,

La très humble et obéissante,

(Signé,)

SOEUR BONNEAU,
 Supérieure."

Nous n'avons qu'un mot à ajouter.

Depuis l'établissement de la Maternité Ste Pélagie, l'Ecole de Médecine a toujours donné ses soins à cet hospice, elle a fourni son contingent en argent comme par ses soins médicaux pour l'aider, elle y a meublé des appartements, ses élèves y ont toujours été admis, le plus grand accord n'a cessé de régner entre les deux Institutions; ce sont là des droits acquis.

Ces rapports n'ont pas encore changés. Nous pouvons nous en convaincre par la correspondance suivante :

MONTREAL, 18 AOUT 1879.

M. le Rédacteur de "*La Minerve*,"

Je lis dans les explications données par E. P. Lachapelle, M. D., Secrétaire, F. M. U. L. M., à propos de la Maternité Ste Pélagie :

“20. Qu’avec l’appui de l’autorité ecclésiastique, la Faculté de Médecine de Laval s’est assurée de l’admission de ses professeurs et de ses élèves à la Maternité de Ste Pélagie.”

Il est pour le moins étrange que tel arrangement ait été pris sans que connaissance officielle en ait été donnée à la partie la plus intéressée, aux religieuses de la Miséricorde, dont le consentement est nécessaire en pareil cas. Or, je sais de source certaine qu’elles n’ont eu aucune connaissance de cet arrangement.

E. H. TRUDEL, M. D.

Quant aux Dispensaires, il n’est pas nécessaire d’y démontrer nos droits ; notre article sur le Dispensaire de l’Asile de la Providence, publié le mois dernier, en est la preuve ; qu’il nous suffise de dire que la même constitution régit le Dispensaire de St. Joseph. Ce sont donc encore des droits acquis.

Or, ces droits sont appuyés sur la justice et l’équité ; et, comme le dit St. Ambroise : “ *non solvit potestas justitiam, sed justitia potestatem.* ” “ Le pouvoir ne détruit pas la justice, mais la justice détruit le pouvoir.”

Comme on le verra par l’annonce, l’Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal se présente aujourd’hui devant le public avec un air de jeunesse et de maturité qui lui sied à ravir. On remarquera quelques légers changements dans le personnel, et surtout des acquisitions de la plus grande renommée et de la plus haute valeur. Il est digne de noter qu’elle a établi deux nouvelles chaires : une pour l’histoire de la médecine, et l’autre pour les maladies de la peau ; c’est la seule institution dans le pays qui s’occupe de ces branches de manière à en faire des cours spéciaux.

Dans son personnel, l’Ecole a donc deux éléments de succès : la présence d’hommes instruits, mûris par la sagesse et l’expérience ; et, pour les seconder, la présence d’hommes plus jeunes, mais laborieux, actifs et dévoués. Guidés et soutenus dans leurs cours par les conseils de Professeurs plus anciens, les nouveaux Professeurs profiteront de leur longue expérience, et en feront bénéficier les élèves confiés à leurs soins.

Quant à "M. l'Etudiant en Médecine," qui a fait surgir cette question des cours médicaux, nous lui disons tout bonnement : *Au revoir*, ainsi qu'à tous ses confrères.

Nominations.

C'est avec la plus vive satisfaction que nous avons le plaisir d'annoncer qu'il a plu à Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur de la Province de Quebec, M. le Dr. T. Robitaille, d'approuver les nominations de M. le Dr. A. B. CRAIG comme Professeur à la chaire de Pathologie Interne, en remplacement de M. le Dr. J. P. Rottot, demissionnaire, et de M. le Dr. G. O. BEAUDRY comme Professeur à la chaire d'Institutes de médecine, en remplacement de feu M. le Dr. H. Peltier.

De la valeur séméiologique de l'ecthyma dans ses rapports avec la syphilis.

La syphilis, qui peut emprunter dans ses manifestations, toutes les formes des éruptions cutanées, se traduit souvent vers la peau par des éruptions pustuleuses, dont l'ecthyma constitue une des formes les plus habituelles.

L'importance que l'ecthyma possède, en tant que symptôme de la syphilis, n'est pas justifié seulement par la fréquence de cette syphilide, elle l'est surtout par la signification qui s'attache généralement à son apparition, par les indications pronostiques et thérapeutiques qu'elle comporte. Aussi, les différents syphilographes ont-ils accordé une large part à cette variété de syphilide dans leurs descriptions.

L'ecthyma peut se montrer à toutes les périodes de l'évolution syphilitique, mais c'est généralement un accident tardif qui est loin d'être aussi précoce que certaines autres variétés de syphilides. Il affecte diverses formes suivant la période à laquelle il apparaît, et surtout, suivant les conditions générales qui dominent la maladie.

Ces diverses formes peuvent se réduire à deux principales, qui sont : l'ecthyma superficiel et l'ecthyma profond.

Ces deux variétés ont une marche et une durée bien distinctes, et n'offrent pas la même importance séméiologique.

L'ecthyma superficiel se reconnaît aux caractères suivants : Au début, il est constitué par des pustules exactement arrondies, légèrement coniques, distendues par un liquide épais, jaunâtre, entourées d'une auréole cuivrée, mais sans indurations à leur base. Ces pustules, peu résistantes, s'ouvrent de bonne heure et sont remplacées par une croûte brune, arrondie comme elles, également épaisse dans tous les points, peu adhérente et relevée sur les bords, au-dessous de laquelle existe une ulcération très-superficielle.

L'ecthyma profond diffère à bien des égards de la variété précédente. Ce qui la caractérise principalement, c'est la tendance à l'ulcération, qu'elle présente toujours à un degré plus ou moins avancé. Cette forme d'ecthyma débute par des pustules larges, de forme ovalaire, dont le premier degré est une tache violacée au centre, par la production d'un liquide épais qui semble être un mélange de pus et de sang. La pustule est entourée d'une auréole livide, circonscrite elle-même par une bordure de coloration cuivrée, à l'endroit où finit la distention de l'épiderme, existe un gonflement qui donne à la pustule une forme aplatie ; celle-ci ne tarde pas à se déchirer, et le liquide qu'elle contient s'épanche en partie ; cette position, à laquelle se surajoute une certaine quantité de liquide sanguinolent, se coagule et forme une croûte noire qui augmente les premiers jours, et finit par se sécher de plus en plus de manière à figurer une escharre. Cette croûte

qui a exactement la forme de la pustule, à laquelle elle succède, est plus saillante au centre, où elle est quelquefois comme bombée ; elle va s'amointrissant vers la circonférence qui semble se perdre sous un rebord formé par la peau environnante.

Si l'on fait tomber de bonne heure cette croûte, on découvre une véritable ulcération à fond rougeâtre et hérissée de petites granulations, à bords découpés, taillée à pic, et entourée souvent sur ses bords par une ligne blanchâtre formée par l'épiderme soulevée de la circonférence de l'ulcère.

Quand au contraire on examine ce qui se passe sous l'influence d'une amélioration progressive, on voit la croûte se dessécher de plus en plus, s'affaisse au centre, et se contracte pour ainsi dire sur elle-même, en tirillant la peau tout autour d'elle. Peu à peu cette croûte se brise au bord, puis dans une étendue plus grande, et enfin elle laisse une empreinte cicatricielle qui conserve longtemps la teinte caractéristique. On voit qu'il existe, sous le rapport anatomique, de grandes différences entre les deux formes d'ecthyma syphilitique. Ce qui les distingue principalement, sous ce point de vue, c'est la tendance à l'ulcération qui est si prononcée dans la forme profonde, et qui fait défaut ou qui n'existe qu'à un degré très-faible dans l'ecthyma superficiel.

L'ecthyma superficiel siège surtout à la face, sur le cuir chevelu, sur les parties supérieures du tronc, il peut aussi avoir son siège sur les membres inférieurs ; mais là l'éruption change de caractère, elle devient plus large, moins nettement circonscrite.

Les phénomènes locaux qui accompagnent l'ecthyma superficiel, sont nuls ou insignifiants : cela tient au peu de réaction phlegmatique qu'il provoque, et à l'indolence qui est le fait habituel de presque toutes les manifestations cutanées de la syphilis, à peine observe-t-on une sensation de chaleur, de cuisson, au niveau des pustules. En tous cas, ce phénomène est beaucoup moins prononcé que dans l'ecthyma

aigu, non-spécifique. Le prurit fait également défaut dans cette affection. Du reste, chose à noter, ce symptôme est une rareté très-exceptionnelle dans les dermatoses d'origine syphilitique. L'ecthyma superficiel apparaît le plus souvent comme symptôme intermédiaire entre la période secondaire et la période tertiaire de la syphilis.

L'ecthyma profond a beaucoup moins de tendances que l'ecthyma superficiel à se généraliser, et il a de préférence son siège aux extrémités inférieures, c'est là du moins où il acquiert ses caractères les plus tranchés.

La prédominance des lésions aux membres inférieurs est un caractère commun à l'ecthyma syphilitique ulcéreuse, et à l'ecthyma cachectique. Elle est d'autant plus prononcée que les sujets sont plus affaiblis par l'âge, par les maladies, par les privations antérieures, circonstances qui tendent encore à rapprocher ces deux affections l'une de l'autre. L'ecthyma profond suit une marche essentiellement chronique, sa durée est toujours longue. Les phénomènes graves avec lesquels il coïncide habituellement, dénotent toujours un état grave, une constitution profondément débilitee.

Relativement à son époque d'apparition, et à la place qu'il occupe dans l'ordre chronologique de la syphilis, l'ecthyma profond doit être regardé comme un accident tardif, et il constitue une des manifestations cutanées les plus fréquentes de la période tertiaire de l'évolution de la syphilis.

L'apparition de l'ecthyma profond, dans le cours de la syphilis, dénote toujours une signification pronostique beaucoup plus grave, que celle de l'ecthyma superficiel. En effet, l'ecthyma profond est une des lésions qui accompagnent le plus souvent cet état grave que l'on a désigné sous le nom de cachexie syphilitique. Ainsi donc, on doit le considérer comme la manifestation symptomatique la plus grave de la syphilis, puisque cette complication s'observe presque toujours dans les cas où la diathèse syphilitique se montre elle-même empreinte d'une intensité particulière.

Si nous entrons plus avant dans l'étiologie de l'ecthyma profond, nous voyons que les causes qui impriment à cette lésion un caractère pronostic aussi grave, et qui lui donnent ce cachet de malignité qu'elle présente chez certains sujets.

On sait que la syphilis n'est pas toujours maligne par elle-même, et que dans la plupart des cas elle emprunte sa gravité à des influences de terrains et à des prédispositions individuelles d'une nature particulière. C'est ainsi que les influences débilitantes qui résultent de certaines dispositions constitutionnelles, *scrofules*, *anémie*, *lymphatisme*, ou de circonstances accidentelles,—*grossesse*, *allaitement*, *misère*, etc. etc., jouent un rôle prépondérant dans l'étiologie des manifestations ulcéreuses de la peau chez les syphilitiques.

La conclusion qui ressort de ces observations tend à prouver que l'évolution des syphilides malignes précoces serait indépendante de l'origine du virus. La véritable cause résiderait dans les influences étrangères à la syphilis, *scrofules*, *anémie*, *lymphatisme*, *alcoolisme* etc., etc.... toutes influences qui agissent comme autant de causes de débilitation et de cachexie.

Plusieurs auteurs prétendent que le véritable agent du tertiarisme, existe dans le degré variable de résistance de l'organisme, affaibli par l'âge, les dyscrasies, l'abus des liqueurs alcooliques etc.... et l'alcoolisme est probablement une des causes les plus puissantes des accidents tertiaires, et les syphilides dont il provoque l'apparition, revêtent surtout la forme ulcéreuse.

Il semble donc légitime de conclure, d'après ces témoignages, que les manifestations ulcéreuses qui surviennent du côté de la peau dans la syphilis, sont dues à deux ordres de causes : Une cause syphilitique et une cause qui est étrangère à la syphilis.

Quelle part faut-il faire à chacune de ces influences ?

Etant donné un accident ulcéreux du côté de la peau, à quels signes reconnaitrons-nous qu'il est d'origine syphilitique ?

Cette distinction est loin d'être inutile au point de vue du traitement, car les moyens thérapeutiques qui conviennent dans un cas deviennent insuffisants dans l'autre. Au dire des syphilographes, les caractères de l'ecthyma syphilitique sont assez tranchés pour écarter toute erreur. C'est ainsi que la croûte épaisse, saillante, d'un vert bronzé, souvent formé de couches concentriques, plus tard l'ulcération grisâtre entourée d'un auréole cuivrée, et enfin ultérieurement la cicatrice cuivrée, lisse, régulièrement circulaire, seraient des caractères tout-à-fait spéciaux à l'ecthyma syphilitique. Mais ces particularités ne sont pas assez prononcées, dans tous les cas, pour affirmer l'origine syphilitique de la lésion. Il faut remarquer d'ailleurs que la syphilis, par le seul fait de son existence, peut communiquer aux affections cutanées accidentelles un cachet véritablement spécifique. C'est ainsi que l'on a vu des plaies traumatiques, revêtir, chez les sujets syphilitiques, des caractères tout-à-fait semblables à ceux que présentent les accidents ulcéreux qui surviennent spontanément dans la syphilis.

Dans ces cas, l'examen de l'état général, et des phénomènes concomitants, et la recherche des accidents commémoratifs sont d'un plus grand secours que l'étude des caractères propres de la lésion elle-même. Le traitement qui est un moyen de diagnostic si précieux pour toutes les manifestations de la syphilis, peut fournir également des indications très importantes pour la solution de cette question. Mais nonobstant l'emploi de ces moyens, le diagnostic est condamné, dans bien des cas, à rester en suspens.

Ces difficultés se rencontrent surtout dans certaines lésions ulcéreuses qui surviennent fréquemment chez les nouveau-nés, et qui co-existent avec des états cachectiques plus ou moins semblables à celui qui accompagne la syphilis *infantile*. Ces lésions sont souvent mises sur le compte de la syphilis,

alors qu'elle sont tout-à-fait indépendante de cette diathèse. Cependant dans la syphilis congénitale, les enfants présentent généralement, dès le moment de leur naissance, un aspect particulier et même tout-à-fait pathognomonique. Ils sont amaigris, étiolés, leur peau est jaune et terreuse, des rides profondes sillonnant leurs traits, leur donnant l'aspect de petits vieillards.

D'autre part, la syphilis des nouveau-nés suit une évolution très hâtive, et les lésions cutanées se succèdent avec une grande rapidité, les symptômes tertiaires empiétant sur ceux de la période secondaires. Or l'existence de ces manifestations peut-être d'un grand secours pour le diagnostic dans les cas douteux. Parmi ces accidents, celui qui a le plus de valeur, c'est la *plaque muqueuse*.

On voit par ce qui précède que cette question de la nature de l'ecthyma peut offrir des difficultés considérables dans la pratique.

En terminant ce travail, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'ecthyma est une affection rarement idiopathique, presque toujours secondaire.

Que l'apparition de l'ecthyma doit-être considérée surtout comme l'expression d'une tendance cachectique.

Ce fait a une grande importance au point de vue thérapeutique, car il renferme l'indication formelle de recourir à certains moyens qui ont pour but de modifier l'état général, et de relever les forces des malades.

L'ecthyma profond est une des manifestations cutanées les plus graves de la syphilis, fait qui présente une grande importance au point de vue nosologique, car il tend à prouver que les lésions graves de la syphilis empruntent leur gravité moins au virus lui-même, qu'à la nature du terrain sur lequel il s'implante.

DR SYLVESTRE.

Sorel, 15 Août 1879.

Rétrécissement de l'urèthre.

(Suite.)

La ligne de conduite de l'*Abeille* étant d'être un journal pratique, je m'abstiendrai dans ce petit travail d'être trop théorique, et pour parvenir au but que notre journal s'est proposé d'atteindre, je condenserai aussi succinctement que possible les quelques notes qui vont suivre sur cette maladie qui a agité le monde médical pendant si longtemps.

D'abord, quelles sont les causes des coarctations uréthrales ?

Sans parler des vices de conformation dont le canal de l'urèthre peut être le siège, comme les autres parties de l'organisme, je dirai de suite que les violences, les coups, les chutes, sur le périnée peuvent produire des rétrécissements; mais une des causes les plus communes existe dans les inflammations du canal : écoulements, uréthrites, blennorrhagies et gonorrhées.

Ces dernières affections, si fréquentes de nos jours, étaient peu connues des anciens praticiens, qui confondaient, pour la plupart, les divers maladies de l'appareil genito-urinaire. Aujourd'hui ces hésitations dans le diagnostic n'existent plus et la science est faite pour tous ceux qui prennent la peine d'étudier avec soin cette importante question.

D'après les recherches des grands chirurgiens de France d'Angleterre et d'Allemagne, nous pouvons dire que les neuf-dixièmes des malades rétrécis que nous observons dans les hôpitaux ou dans la pratique particulière, ont eu des inflammations du canal de l'urèthre, inflammations souvent maltraitées ou négligées, et qui se terminent sous forme de suintement, augmentant après le plus léger excès. Un grand nombre ont pour cause certaine, les injections caustiques, par malheur trop souvent conseillées dans le but de faire avorter un écoulement, une gonorrhée, ou une blennorrhagie à son début.

Un grand chirurgien de l'hôpital Necker a écrit qu'il a compté par milliers les individus qui ont été victimes de cette méthode de traiter les écoulements par les injections caustiques.

Vidal de Cassis prétendait et a écrit n'avoir pas observé une seule blennorrhée (ou uréthrite chronique) qui n'eut pas cette cause.

Passons maintenant au siège des rétrécissements. Quelques fois un seul point du canal est diminué de diamètre, assez souvent, l'on constate deux ou trois coarctations, quelques auteurs vont même plus loin, ils disent en avoir observé jusqu'à huit. Mais qu'il soit permis d'émettre quelques doutes sur la valeur réelle de ces assertions. Les moyens d'explorations que ces chirurgiens possédaient étaient moins susceptibles de préciser que ceux que nous possédons aujourd'hui, et pourtant il nous est quelques fois difficile, sinon impossible de pouvoir constater exactement le nombre de brides ou de callosités qui déforment le canal de l'urèthre.

Les rétrécissements peuvent exister sur tous les points du canal, à son orifice externe, à la fosse naviculaire, à la partie pénienne et à la courbure sous-pubienne. Il est reconnu aujourd'hui que la partie membraneuse qui avait été signalée par plusieurs auteurs comme étant la portion la plus sujette à ces coarctations est, au contraire, celle où il en existe le moins souvent.

L'état morbide se montre à divers degrés de son développement dans ces différentes régions, mais des caractères particuliers s'observent pour chacune d'elles, et l'on ne saurait trop étudier ces nuances, puisque le traitement repose tout entier sur un diagnostic aussi précis que possible. Et c'est au moyen de recherches précises sur l'anatomie pathologique de ces lésions qu'on est parvenu à élucider le point capital du mécanisme de leur formation. Les formes que présentent les rétrécissements sont diverses, quelque fois ils affectent l'apparence d'une ligne longitudinale ou transversale très peu

sillante. La membrane muqueuse du canal paraît avoir perdu une partie de sa souplesse, de son élasticité et de son extensibilité, sa transparence paraît également diminuée. Dans d'autres cas, il existe un épaissement très-considérable et tous les éléments organiques du canal peuvent y participer.

Car l'urèthre renfermant à l'état normal et dans sa partie antérieure des espèces de lacunes, orifices des glandes ou sinus de Morgagni qui passent à travers la muqueuse et pénètrent dans l'épaisseur du tissu érectile ; lorsque survient une inflammation du canal, ces follicules s'enflamment.

Cette inflammation détermine la coagulation du sang dans ce tissu spongieux, érectile ; et comme dans toutes les inflammations, il y a production de lymphe plastique ; un certain nombre de ces lacunes peuvent alors être oblitérées par le tissu cicatriciel résultant de la coagulation de cette lymphe ; par suite, ce tissu cicatriciel inodulaire durcit et le canal perd une partie de son élasticité jusqu'à la région bulbeuse. Lorsqu'un grand nombre de cellules se trouvent oblitérées, elles constituent ces rétrécissements fibreux, durs, et indilatables dont parlent les auteurs.

Quelquefois l'épaississement formé par le tissu cicatriciel est tellement considérable qu'il occupe la presque totalité du diamètre de l'urèthre ; ces cas sont surtout fréquents alors que des fistules se sont établies en arrière de l'obstacle, et laissent passer par leur ouverture la presque totalité des urines.

Chez quelques malades l'urèthre n'est rétréci que dans la moitié environ de sa circonférence, et cette disposition permet encore la sortie facile du liquide urinaire.

La coarctation occupe parfois la partie supérieure ou les parties latérales du canal, mais, d'après les plus grands spécialistes, faisant autorité aujourd'hui, le siège de beaucoup le plus fréquent est la partie inférieure.

Je dois dire aussi que dans beaucoup de cas la muqueuse paraît saine, et que l'inflammation semble n'avoir porté son

action altérante que sur les tissus sous-jacents. Cette altération se constate parfois très-facilement à l'extérieur du canal, elle caractérise la deuxième période de l'affection, le tissu indulaire retractile étant alors formé.

Plus rarement, le travail pathologique se passe tout entier dans les corps caverneux, et dans ces cas le canal conserve son diamètre à peu près complet.

Il existe encore une autre sorte de rétrécissement que l'on rencontre surtout à la courbure de l'urèthre.

C'est cette forme de coarctation que Vidal de Cassis avait désigné sous le nom de rétrécissement atrophique, et qui est caractérisé par l'affaissement des cellules, affaissement qui a pour résultat de froncer circulairement la muqueuse, et de rendre le canal, de moins en moins perméable au passage de l'urine.

Les ulcérations de cette membrane muqueuse, et leur cicatrisation vicieuse par un tissu inodulaire ou retractile, ne sont pas les seules causes de diminution dans le calibre de l'urèthre. Je me rappelle durant mon internat à l'Hôtel-Dieu avoir rencontré certains malades dont le rétrécissement était uniquement constitué par ce que les anciens chirurgiens appelaient des *carosités*, ce sont des végétations qui s'implantent généralement près de la fosse naviculaire, mais cependant elles peuvent agir sur d'autres points du canal, et il y en a des exemples de rapportés.

Comme conclusion on peut dire :

10. Que les coarctations uréthrales sont formées, dans le plus grand nombre des cas, par l'organisation des produits plastiques de l'inflammation.

20. Que l'organisation de cette production donne naissance à un tissu cicatriciel qui, comme tous les tissus de cicatrice, se rétracte constamment et fatalement.

30. Que ce tissu cicatriciel habituellement très-dur et insensible est pourtant, dans un certain nombre de cas, susceptible d'extensibilité.

Comme il ne suffit pas de bien connaître les rétrécissements en eux-mêmes, mais qu'il faut une étude exacte des désordres anatomiques et physiologiques qui sont les conséquences des coarctations les plus insignifiantes en apparence ; je crois bon de signaler les modifications anatomiques les plus essentielles qui consistent : dans le changement de largeur et de direction des parties situées en avant et en arrière de l'obstacle. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu que, dans nombre de cas, la portion du canal située derrière le rétrécissement s'élargit, quelques fois d'une manière considérable, tandis que la partie située en avant se rétrécit. Et cette modification sera plus ou moins importante, selon l'étendue, l'ancienneté, la dureté de l'obstacle, et aussi selon le degré d'énergie que la vessie aura conservé.

La portion du canal située en arrière de la coarctation est parfois si considérablement agrandie qu'elle ressemble à une poche et simule complètement la vessie ; elle-même, elle efface le col vesical et annihile sa contractilité normale.

Il y eut en 1875 un cas assez prononcé dans la salle Saint-Patrice no. 83, service du Dr. Brosseau, alors professeur de médecine opératoire à l'École de Médecine ; ce malade après avoir subi l'opération d'uréthrotomie interne, a pu retourner mourir peu de temps après dans sa famille ; le rétrécissement s'étant reformé de nouveau, il est mort par infiltration urinaire.

Cette distention de l'orifice interne de l'urèthre, amène fatalement l'incontinence d'urine, et il n'est pas rare de voir la même cause organique donner lieu tantôt à une rétention d'urine et tantôt à l'incontinence plus ou moins complète du même liquide. Chez ce malade du Dr. Brosseau, il y avait rétention complète.

L'espèce de poche ou vessie supplémentaire dont je viens de parler subit elle-même des modifications. Ces changements dont la connaissance importe tant au point de vue du traitement, ont été étudiés par différents spécialistes avec un grand

soin. Ainsi quelquefois les parois de cette poche peuvent s'amincir considérablement ou s'hypertrophier, elle peut s'inflammer, s'ulcérer, et quelquefois l'ulcération produit des fistules uréthrales précédées d'abcès et d'infiltration urineuse. Il a été également observé comme lésions consécutives, diverses modifications de la partie prostatique du canal, des urètères et des reins.

Il faut aussi se rappeler que la portion du canal située en avant du rétrécissement, subit aussi un changement très-appreciable dans son diamètre, l'urine ne s'écoulant que goutte à goutte et ne distendant plus à chaque instant les parois uréthrales, ces parois reviennent sur elles-mêmes perdant leur ressort comme tous les organes dont les fonctions sont en partie abolies.

D'après les observations que j'ai pu faire, et être témoin, il m'a été démontré que la courbure naturelle augmente ou diminue considérablement selon la place occupée par la coarctation ; quelquefois il est fort difficile de diagnostiquer ces sortes de déviations, et ces changements de directions que l'urètre peut subir dans les innombrables variétés que peut prendre l'affection (ou les affections) qui font le sujet de ce travail. Car parfois la déviation est latérale, et tout récemment j'en ai rencontré un cas très-remarquable chez un homme de trente-deux ans, rétréci depuis plus de sept ans. Le rétrécissement occupait le côté gauche du canal et avait près d'un quart de pouce de longueur. Je crois pouvoir dire qu'avant plusieurs mois je pourrai reproduire le cas, avec des observations sur la méthode de traitement que je suis à expérimenter et qui m'a l'air à promettre succès assez rapidement.—*A continuer.*

J. A. S. BRUNELLE, M. D. V.

Hernie crurale étranglée chez un vieillard de 80 ans.

Cas rapporté par J. E. Bergeron, B. M. V., Interne à l'Hôtel-Dieu.

Mr. F. X. B*** demeurant à Acton Vale se sentit, après de violents accès de toux, le 12 mai dernier, une proéminence dans l'aîne gauche. Le lendemain le 13, il se présentait à l'Hôtel-Dieu avec une hernie crurale bien développée. Mr. le Dr. Brosseau, à qui ce malade était adressé par Mr. le Dr. Mignault, essaya par le taxis et les moyens accessoires les plus recommandés, chloroformisation, etc., à faire la réduction, mais il ne put réussir, et l'opération fut pratiquée de suite. Après une incision, longue de deux pouces environ, et d'une profondeur à atteindre le sac, qui cependant ne fut pas divisé; l'incision du ligament de Gimbernat, permit une réduction facile. Jusqu'à la troisième journée après l'opération, il n'y eut seulement qu'un peu de fièvre; le pouls et la température que je surveillais attentivement n'offraient rien de bien menaçant. Nous ôtâmes alors les bandelettes de diachylon et le bandage compressif qui couvraient la région inguinale. Le lendemain un érysipèle se déclara et plus tard quelques indices de gangrène se montrèrent aux bords de la plaie. L'espoir d'une union par première intention étant perdu, les sutures furent enlevées; Mr. le Dr. Brosseau prescrivit les toniques à l'intérieur, les émollients et les antiseptiques localement. La plaie était devenue béante, mais quoique la toux fut encore assez sévère, l'intestin n'y faisait pas hernie.— Nous en concluons qu'elle était unie du moins en grande partie dans sa portion profonde. Il se fit alors pendant quelques jours le suintement d'une substance huileuse et d'une matière brunâtre qui ne laissait aucun doute sur la réalité d'un pertuis entre la plaie et la cavité abdominale.

La fièvre était intense durant tous ces jours; le pouls fréquent et plein se maintenait à 100, une fois même il battait 114,—la température toujours à type rémittent, ne dépassa pas 39°4/5.

C'est par un traitement des plus actifs que Mr. le Dr. Brosseau chercha à maintenir les forces du patient. Il ordonna un pansement à l'acide phénique avec des applications d'alcool camphré et de bourdonnets de charpie,—plus un nettoyage complet de la plaie 4 ou 5 fois par jour ; ensuite il exigea la plus grande régularité dans la médication intérieure.

Huit jours après, la suppuration était devenue presque nulle, et la plaie recouverte de bonnes granulations avait complètement changé d'aspect. Enfin, des améliorations notables continuèrent à se faire chaque jour pour faire espérer une guérison certaine. Malheureusement 4 semaines passées au lit dans le décubitus dorsal que le vieillard gardait opiniâtement, amenèrent une congestion passive du poumon, et le 11 juin il succomba à une pneumonie. A l'autopsie, on trouva entre la plaie et la cavité abdominale une cloison bien résistante de tissu cicatriciel ; la guérison de ce côté était donc complète.

Si le malade n'eut pas été un peu en enfance, s'il eut pu comprendre l'importance de changer et varier sa position dans le lit, et s'il eut voulu rester assis, il n'aurait probablement pas été enlevé par la pneumonie.

Ce que j'ai cru voir de plus remarquable dans ce cas, c'est d'abord le développement d'une hernie crurale chez un homme ; la soudaineté de l'étranglement de cette hernie, puis, le succès de l'opération, malgré l'érysipèle, la toux et l'indocilité du malade qui, cherchant même à se lever dans les premiers jours après l'opération, fit plusieurs chutes du haut de son lit. L'occlusion cicatricielle à l'entrée du canal crural était très-ferme, comme l'a prouvée l'autopsie, et aurait certainement résisté à tout effort ultérieur de l'intestin.

HOTEL-DIEU.

L'Hôtel-Dieu de St Joseph de Montréal, ce palais érigé par la charité chrétienne pour le soulagement des maladies des pauvres, fut fondé en 1642 par Mademoiselle Mance. Les trois premières religieuses de St Joseph qui vinrent en la Nouvelle-France pour se dévouer aux soins de cet hôpital furent les Sœurs de Brésoles, Macé et Maillet. Outre les inquiétudes que leur causèrent continuellement les Iroquois, et les troubles qu'elles rencontrèrent de leur part pour fonder leur institution, elles furent, après avoir enfin réussi, complètement ruinées par un premier incendie en 1695. Grâce aux secours reçus de France, elles purent quitter l'asile que leur avait été offert par les Révérendes Dames de la Congrégation, et s'installer dans le nouvel hôpital qu'elles avaient fait construire. Leur nouvel hôpital devint encore, par deux fois, en 1721 et en 1734, la proie des flammes.

Après bien des vicissitudes et des efforts, elles avaient en 1825 un hôpital contenant 25 lits. En 1826, elles en ajoutèrent 25 nouveaux, ce qui faisait un total de 50 lits.

En 1842, elles firent construire deux nouvelles salles de 25 lits chaque, ce qui formait un total de 100 lits.

Les Dames de l'Hôtel-Dieu de St Joseph ont bâti, en 1860, au Mont Ste Famille, leur nouvel hôpital, qu'elles ont élevé à des proportions qui devront répondre aux besoins toujours croissants de la population de Montréal. Cet hôpital contient au-delà de 250 lits, et pourraient facilement en contenir 400 et même 500, au besoin.

Le nombre de malades admis de 1760 à 1810 a été de 12237 hommes et 8707 femmes, ce qui donne un total de 20944 patients admis à l'hôpital pendant l'espace de 50 ans.

De 1810 à 1860, le nombre d'hommes admis fut de 30545, et celui des femmes de 30632, ce qui forme un total de 61177 pour ce demi siècle.

De 1860 à 1878, le nombre de malades admis a été de 22634 hommes et 25395 femmes, ce qui donne un total de 48029 personnes qui ont reçu des soins médicaux à l'Hotel-Dieu dans l'espace des 18 dernières années.

Il y eut, par conséquent, 65416 hommes et 64734 femmes qui ont reçu des soins dans cet hôpital de 1760 à 1878, soit un total de 130150.

De 1810 à 1860, le nombre de décès fut de 1261 pour les hommes et de 1264 parmi les femmes, formant un total de 2525 décès, ce qui donne une proportion de 4-13 par 100 sur le total des patients admis durant ces 50 ans.

De 1860 à 1878, les statistiques indiquent 1295 décès pour les hommes et 1343 chez les femmes, soit un total de 2638, donnant une proportion de 5-49 par 100.

Cet hôpital admet des malades de toutes les origines, ainsi : Canadiens, Irlandais, Français, Anglais, Américains, Ecos-sais, Allemands, Italiens, Belges, Suisses, Nègres, Indiens et d'autres origines. Il admet en outre les malades de toute dénomination religieuse.

Cette noble institution a déjà fourni au pays quatre missions : l'hôpital de Kingston, de Chatham, de Madawaska, et le lazaret de Tracadie.

Le plus beau, le plus vaste et le plus riche des hôpitaux des possessions Britanniques en l'Amérique du Nord, l'Hôtel-Dieu se soutient par ses propres ressources. Indépendantes jusqu'à un certain point des vicissitudes de la fortune, les nobles Religieuses de St Joseph consacrent leur vie exclusivement au soulagement des souffrances de leurs malades. Aussi possèdent-elles la confiance du public et le respect général. Les malades leur arrivent de tous les points du pays; l'Hôtel-Dieu est par conséquent le plus vaste champ d'observation où les Etudiants en Médecine peuvent s'initier aux difficultés que rencontre le médecin au lit du malade.

Le contrôle médical est entièrement dévolu aux Professeurs

de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, depuis 1850, alors que les Révérendes Dames de l'Hôtel-Dieu ouvrirent leur hôpital à ses élèves.

En 1860, lors de l'érection de leur nouvel hôpital, les Révérendes Dames réitérèrent à l'École que la direction médicale en est dévolue à ses Professeurs.

En 1871, les autorités de l'Hôtel-Dieu ratifient de nouveau à l'École de Médecine son droit exclusif au contrôle médical de l'hôpital, en ne permettant pas l'entrée au dit Hôpital d'aucun professeur appartenant à une autre École que la nôtre.

Enfin, en 1879, les droits de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal au contrôle exclusif du département médical de l'hôpital sont de nouveau sanctionnés par les Très-Révérendes Dames Religieuses de l'Hôtel-Dieu de St. Joseph, et cela de la manière la plus solennelle par leur refus d'admettre dans leur hôpital d'autres médecins que les Professeurs de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

De sorte que tous les dix ans, des circonstances imprévues, incontrôlables, et on serait porté à dire providentielles, ne font que cimenter de plus en plus les liens qui existent entre ces deux Institutions. L'accord parfait qui règne entre les Religieuses hospitalières de St. Joseph qui ont l'administration de l'Hôtel-Dieu et l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, qui en a la direction médicale, est un sûr garant pour le public de la valeur de ces deux maisons. Les rapports qui existent entre elles sont tels que l'on peut dire que les deux Institutions n'en font qu'une, car il est permis de considérer l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal comme le Collège Médical de l'Hôpital Hôtel-Dieu de St. Joseph, de sorte que la prospérité de l'une est liée au succès de l'autre.

Institution Catholique des Sourds-Muets,

POUR LA PROVINCE DE QUEBEC.

Nous accusons réception du rapport annuel de cette Institution pour 1878.

Cette jolie petite brochure a été imprimée par les élèves de l'Institution et contient des renseignements de la plus grande utilité.

C'est ainsi que le frontispice représente le portrait de l'abbé de l'Épée, le premier Instituteur des Sourds-Muets, et que ce pamphlet se termine par l'exposé de l'alphabet manuel employé dans leur éducation.

Cette belle Institution fondée en 1848, a été incorporée par le Parlement en 1873.

Dirigée par les Rêvds. Clercs Sts. Viateurs, sous le contrôle habile du Rév. Alf. Bélanger, Ptre. S. V., cette Institution est devenue la plus importante de la Province de Québec.

Bien que le nombre d'élèves-pensionnaires admis durant l'année ne soit que de 74, ce nombre est de beaucoup inférieur à celui des Sourds-Muets de la Province, que l'on peut évaluer à 1,100 environ. Aussi le but de l'Institution n'est-il pas d'offrir un refuge à tous les Sourds-Muets, mais de présenter à cette catégorie d'hommes, pour ainsi dire, rebutés et déclassés, une maison d'éducation d'où ils peuvent sortir des ouvriers intelligents, des fils, des pères, des citoyens et des chrétiens exemplaires

A part le langage mimique dont on se sert pour développer l'intelligence des élèves, on inculque encore aux Sourds-Muets l'art de l'articulation et de la lecture sur les lèvres.

Quelques élèves peuvent même chanter en s'accompagnant sur le piano.

Cette méthode d'enseignement a été reconnue tellement supérieure qu'elle a valu à l'Institution une médaille de l'Exposition Universelle de Paris.

Quelle est la cause du nombre comparativement petit de Sourds-Muets admis dans l'Institution ?

On ne saurait douter que la cause principale et l'unique cause est l'exiguité des moyens. Si l'argent est le nerf de la guerre, on peut dire avec autant de vérité que, sans lui, on ne peut fonder ni entretenir des hôpitaux, des hospices, des asiles ou des maisons d'éducation.

Il est à espérer que le Gouvernement Provincial voyant le bien immense fait à cette pauvre classe par cette noble Institution, s'empressera à sa prochaine session à voter des subsides assez considérables pour permettre à un plus grand nombre de Sourds-Muets d'y être admis. L'opportunité et la nécessité qu'il y avait d'améliorer cette maison font que le gouvernement doit, en outre, nécessairement accordé des subsides supplémentaires pour suppléer aux frais de bâtisses exigés par l'état de cette Institution qui est une des gloires de Montréal et de la Province.

Un grand nombre de visiteurs distingués se sont plus à visiter cette maison, entre autres la noble Dame du Gouverneur-Général, Lady Dufferin.

L'octroi du gouvernement, lors de la dernière session, a été de \$5135,50, soit environ \$70,00 par tête.

Il n'est pas inutile de faire connaître quelques statistiques démontrant ce que font nos philanthropiques voisins pour leurs Sourds-Muets. Ainsi :

Dans la Virginie :	\$472,00 par tête.
“ Caroline :	350,00 “ “
“ Iowa :	340,00 “ “
“ Alabama :	325,00 “ “
“ Californie :	631,00 “ “

Et dans la Province de Québec : 70,00 par tête.

Ne serait-il pas possible d'organiser une souscription publique pour venir en aide à cette belle et utile Institution, dont les bienfaits se repartissent sur toute la Province ? Un comité actif pourrait s'établir dans chacune des principales villes pour recueillir les souscriptions ; chaque municipalité

pourrait voter une certaine somme d'argent pour subvenir aux besoins de cette Institution qui, en retour, pourrait plus facilement donner l'éducation aux pauvres Sourds-Muets disséminés dans la Province de Québec.

Quoiqu'il en soit, cette Institution est la plus prospère de la Province, si on considère les beaux résultats qu'elle a obtenus ; et le bien qu'elle fait est incalculable, grâce au dévouement et aux sacrifices des Révds. Clercs Sts. Viateurs.

Lorsqu'une Institution a un but utile, qu'elle n'est mue ni par les sentiments d'envie ou de jalousie, cette Institution ne saurait faillir, car elle est appuyée sur la justice, l'honnêteté et l'amour du bien public.

Aussi, est-ce un grand honneur et une marque d'estime toute particulière que de pouvoir être admis dans une semblable Institution pour en étudier le côté scientifique.

Nous sommes heureux aujourd'hui de pouvoir annoncer que, grâce à la bienveillance du Révd. Directeur et des Professeurs de l'Institution Catholique des Sourds-Muets, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal est en état de pouvoir démontrer à ses élèves la méthode d'enseignement adoptée dans l'Institution, leur faire constater les diverses causes de surdi-mutité, et par là les rendre utiles à cette classe qui mérite tant l'attention de la société.

Les médecins de l'Institution sont des Professeurs de notre Ecole.

Rapport de l'état sanitaire de la Cité de Montréal pour l'année 1878.

- Nous avons reçu, il y a quelques jours, le rapport du Dr. A. B. Larocque, officier de santé.

Ce document contient plusieurs données statistiques très-importantes pour la ville de Montréal. C'est ainsi que nous

constatons une augmentation de 319 mariages, sur l'an 1877, et une diminution de 52 naissances et 596 décès.

L'étude statistique de la mortalité de la cité de Montréal est fort bien faite, on y voit en effet l'influence comparative de l'âge, de la saison, du mois, de la température et des principales maladies dans les diverses parties de la ville.

Mr. le Dr. Larocque consacre une partie considérable de son rapport à la variole, à la vaccination et à l'hôpital des variolés.

Il est à espérer que les autorités civiques prendront toutes les mesures nécessaires pour faire disparaître de la ville de Montréal ce terrible fléau qui cause tant de ravages à sa population, à son industrie et à son commerce. Si les mesures préventives, qui ont été conseillées depuis quatre ans, avaient été adoptées, on peut dire que cette maladie ne serait qu'à l'état sporadique au lieu d'être endémique. Mais, tant qu'on sera toujours à discuter sur l'opportunité d'un Bureau de Santé, qu'on ne confiera pas le soin médical de la cité à des hommes spéciaux, comme on se sert d'un homme de loi pour les questions légales, et qu'on n'allouera pas au Bureau de Santé les subsides nécessaires pour le bon fonctionnement d'une branche si importante du service public, il est inutile d'espérer voir l'état sanitaire de Montréal s'améliorer. On craint de fournir au Bureau de Santé les sommes d'argent nécessaires pour maintenir en bon état la condition de la ville; on se refuse à suivre les conseils éclairés qui viennent de ce département important, et on est ensuite surpris que des maladies contagieuses sévissent dans certaines localités. Pour ne citer qu'un seul exemple de la manière dont les fonds publics sont dépensés sans aucun souci de la santé publique, il suffit de mentionner le fait que l'on a comblé le ruisseau qui traversait la rue Maple, tout en oubliant de construire au fond un canal par où les eaux pouvaient s'écouler. Plus tard, on s'aperçut de l'étrange bévue qui avait été commise, et on fut obligé de creuser une tranchée pour y poser le canal requis;

mais, au lieu de construire ce canal en brique ou en pierre, ce qui aurait pu durer indéfiniment, on crut plus économique de le construire en planches, ce qui nécessitera de le renouveler dans quelques années.

Comment peut-on espérer qu'avec un tel système, on puisse jamais purger la ville de Montréal des effets des terribles fléaux qui la déciment et la dévastent.

Quelques soient les suggestions faites par l'Officier de Santé, soit au sujet de la variole, de la diphthérie, des fièvres typhoïdes, si le Conseil-de-Ville ne les adopte pas, à quoi peuvent-elles servir? Cependant, il est du devoir du Bureau de Santé, de maintenir et de faire respecter ses droits. Si quelqu'un n'accomplit pas les obligations que la science lui impose, il doit en être responsable; et l'Officier de Santé est tenu de protester contre toutes mesures adoptées contre l'intérêt sanitaire de la ville.

Dans ses rapports précédents, l'Officier de Santé avait fait d'excellentes suggestions. En outre de la vaccination, cet Officier public avait suggéré en 1875, l'établissement d'abattoirs, annonçant même qu'une allocation de \$100,000 avait été donnée par le Conseil-de-Ville dans ce but, et qu'un comité avait été nommé pour choisir le terrain. Après quatre ans d'attente, on se demande ce qui a été fait.

C'est ainsi qu'en 1875, il recommandait l'inspection et l'analyse du lait. Qu'a-t-on fait dans ce but? Où est le bureau d'inspection? Quel est l'inspecteur? A quelle heure et quel jour les citoyens peuvent-ils faire inspecter le lait qu'ils achètent? Ce sont là autant de questions qui sont jusqu'ici restées sans solution.

Dans son rapport de 1876, Mr. le Dr. Larocque revenait encore à ses suggestions de construire des abattoirs, et de faire inspecter le lait. Il recommandait, en outre, de placer les manufactures de charbon animal et de suifs en dehors des limites de la ville. Qu'a-t-on fait pour remédier à ces graves inconvénients? Rien, absolument rien, malgré

les remontrances du Bureau de Santé et les protestations des citoyens.

Quand donc finira ce régime ?

On aurait désiré que, dans son rapport pour 1878, Mr. le Dr. Larocque eût insisté plus que jamais pour faire mettre en vigueur ces excellentes recommandations. Ce n'est qu'en répétant la même chose souvent que l'on parvient à obtenir ce qu'il faut.

Il est à espérer que durant l'année 1879, l'Officier de Santé se montrera plus ferme dans l'accomplissement de ses devoirs ; que le Bureau de Santé fera sanctionner par le Conseil de Ville les améliorations qu'il jugera nécessaires pour le bien public. De cette manière, la ville de Montréal sera moins exposée à toute maladie contagieuse, et ainsi s'accompliront nos plus chères aspirations, que Montréal soit la reine des cités de la Province de Québec, sous le rapport sanitaire, comme elle l'emporte par la supériorité de son commerce, de son industrie, de ses manufactures, de ses institutions scientifiques et de ses grandes, vastes et belles maisons d'éducation.

Valeur séméiologique de l'aspect de la langue.

(Suite et fin).

Une langue très-rouge indique une inflammation violente, surtout du canal intestinal, mais aussi et des poumons, du pharynx ; on la rencontre en outre dans l'exanthème aigu.

Le pronostic est mauvais, quand une langue chargée, dans les maladies aiguës du canal intestinal, devient nette et très-rouge, si ce changement n'est pas accompagné du retour des forces du malade.

Si la débilité n'est pas considérable, et que la langue de-

vienne nette et très rouge, tandis que les autres symptômes fébriles continuent, on peut s'attendre à une nouvelle inflammation.

Dans de telles affections, la rougeur de la langue est toujours plus considérable chez les sanguins que chez les lymphatiques; et en portant son pronostic, on ne doit pas méconnaître le tempérament.

La langue devient d'un rouge noirâtre ou bleuâtre dans tous les troubles sérieux de la circulation et de la respiration, il en est de même aussi dans les maladies graves des poumons et du cœur, comme dans les catarrhes, les suffocations, l'asthme, l'inflammation étendue des poumons, la cardite, le choléra asiatique, la variole confluyente, et les fièvres putrides.

Elle devient noire et livide dans les cas d'altération du sang, surtout dans le scorbut, au moment de la gangrène, et dans la phthisie quand la mort est imminente.

Parmi les maladies qui donnent origine à une augmentation de la température de la langue, sont la glossite, des inflammations internes violentes, et le typhus.

Le refroidissement de la langue s'observe dans le choléra asiatique et à l'approche de la mort.

Une langue nette et humide est une indication favorable.

Une langue nette, sèche et rouge, comme dans les fièvres lentes, nerveuses, les exanthèmes aigus, est de mauvais augure.

Une langue chargée se rencontre surtout dans les désordres intestinaux, les maladies du poumon et de la peau, et dans les affections rhumatismales.

L'enduit de la langue varie en couleur, épaisseur, adhérence, et étendue, et divers genres de sécrétions de la membrane muqueuse surviennent dans différentes maladies, et même dans la même maladie dans des tempéraments divers.

On rencontre aussi sur la langue des fausses membranes et des pustules.

Les fausses membranes sont parfois de petites pointes blanchâtres, parfois des plaques étendues, elles enveloppent quelquefois toute la langue.

Leur couleur est quelquefois blanche, jaune ou rouge ; et plus la surface qu'elles recouvrent est grande, plus le pronostic est défavorable.

Les pustules de la langue sont quelquefois idiopathiques, mais dans la plus part des cas symptomatiques.

Elles sont distinctes ou confluentes ; les confluentes sont les pires.

Celles qui sont dures et sèches, celles qui sont bleues, ou d'un aspect noirâtre, qui surviennent quelquefois dans les maladies aiguës, sont défavorables.

Celles qui ont une apparence blanchâtre, molle, humide et demi-transparente, sont moins défavorables, et quand les apthes se répètent, elles indiquent une longue durée de la maladie.

Les pustules ou les aphtes accompagnent fréquemment la gastrite, les catarrhes, l'entérite, la métrite, la dysenterie, le choléra des enfants, la péritonite, les fièvres intermittentes et le typhus, la pleurésie, la pneumonie, et le troisième degré de la phthisie.

Leur pronostic est favorable quand elles apparaissent avec les évacuations critiques après le septième jour, il est défavorable quand elles surviennent comme conséquence d'un affaiblissement des forces physiques du corps.

HARRIS.

CÉPHALALGIE.

Ce qui suit est une lecture du Dr. A. Smith à l'hôpital du Collège de Médecine de Bellevue, San Francisco. Nous prenons cet extrait du *Western Lancet* :

Quand la céphalalgie est dûe à un trouble nerveux, tel qu'il arrive chez des sujets hystériques ou excitables, si elle est unie à la pléthore, elle cédera souvent à un purgatif salin. Le plus agréable est la solution de citrate de magnésie qui doit être donnée quand l'estomac est à jeun. Ajoutons qu'il est bon de donner des bromures combinés avec la valériane. Je me sers souvent de la prescription suivante :

R Bromure de sodium.....	ʒvi
Elixir de valérianate d'ammoniaque	ʒvi

M. Une cuillerée à thé toutes les heures jusqu'à soulagement.

Si cette céphalalgie nerveuse coïncide avec l'anémie, après l'avoir soulagée de suite avec la formule ci-dessus, donnez le fer pendant des semaines jusqu'à ce qu'il y ait amélioration dans l'état du patient. Il faut toujours donner le fer après les repas. Dans ces cas d'anémie, il est souvent avantageux de stimuler l'action du cœur. Pour cela, j'ai trouvé la formule suivante très à propos :

R Muriate d'ammoniaque	ʒss
Teint : de cimicifuge	} aa ʒiij
Eau	

M. Une cuillerée à dessert, après les repas, dans un verre à vin d'eau.

S'il y a découragement et dépression de l'esprit, le phosphore avec la noix vomique est une bonne combinaison. Le goût désagréable du phosphore, disparaît dans les pilules recouvertes de sucre ou d'une couche de gélatine. Je prescris souvent une pilule contenant phosphore gr. 150, extrait de noix vomique, gr. $\frac{1}{3}$ trois fois par jour avec les résultats les

plus heureux. Ces pilules sont en vente chez tous les pharmaciens. Ce découragement arrive à ceux qui travaillent beaucoup mentalement, qui sont fatigués des affaires ou qui frent d'anxiétés mentales. Si, outre ces symptômes, il y a manque de sommeil, j'emploie les pilules suivantes :

℞ Poudre de camphre	grs. xxv.
Extrait de chanvre indien	grs. x.
“ jusquiame	grs. xx.

M. Divisez en dix pilules.

Une pilule le soir, à répéter deux heures après, au besoin, pour produire le sommeil.

Il est important de surveiller l'état général du patient. Faire disparaître les causes d'excitation; l'encourager à l'exercice à l'air libre, que la nourriture soit simple mais nutritive, que la chambre à coucher soit grande et bien aérée, en somme que le patient soit entouré par les meilleurs moyens hygiéniques. Ces quelques remarques peuvent être appropriées à toutes sortes de céphalalgies.

MIGRAINE.

Je reconnais habituellement deux formes de migraine (ainsi appelée) l'une dont le caractère est névralgique, comme l'hemicramie et la névralgie trifaciale, l'autre une céphalalgie dyspeptique. Dans la variété névralgique, la douleur de tête précède les nausées, tandis que dans la céphalalgie dyspeptique la douleur de tête succède aux symptômes dyspeptiques. Dans la névralgie, les vomissements ne soulageront pas la douleur, tandis que dans la dyspeptique un émétique ou un laxatif fait disparaître la douleur de tête en enlevant la cause. Ajoutons de plus au traitement donné dans une lecture précédente pour la migraine névralgique, qui survient à des intervalles de quelques jours, ou d'une semaine ou deux, quelquefois au lever du soleil et disparaissant à son coucher, que j'ai obtenu de bons résultats de l'usage du guarana ou comme il est souvent appelé paulinia sorbilis.

Je le donne ordinairement en poudre à la dose de grs. xv, tous les quart-d'heure, jusqu'à la sixième dose. Il est préférable de le donner dans un peu d'eau sucrée, et si les six doses ne font pas l'effet, il ne faut pas le continuer, probablement il ne soulagera pas. On peut donner ces poudres dans toutes céphalalgies (pourvu qu'elles ne soient pas miasmiques), de longue durée, et qui ont des tendances à revenir à certains intervalles.

CÉPHALALGIE MIASMATIQUE.

Le poison miasmaticque peut produire une douleur dans n'importe quelle partie de la tête, mais les points les plus fréquents sont la région sous-occipitale, la frontale et les côtés (hémicranie). Commencez votre traitement par la quinine. Si elle est tout-à-fait périodique, donnez de grs x à grs xv deux ou trois heures avant l'attaque prévue. Il peut être nécessaire de donner la quinine à petites doses jusqu'à production de quinisme, continuez plusieurs jours et ensuite diminuez peu à peu la dose. Si la douleur persiste, ce qui arrive souvent, ayez recours à l'arsenic et à la belladonne : gtt. v chaque de solution de Fowler et teinture de belladonne après les repas augmentant chaque jour d'une goutte de la solution de Fowler jusqu'à production d'œdème arsénicale. Ce traitement manque rarement de soulager. J'ai trouvé la formule suivante profitable dans la céphalalgie provenant de la goutte :

R. Vin de semence de colchique.....	3iij
Bromure de lithium.....	ʒss
Sirop de gingembre.....	ʒss
Eau de cannelle.....	ʒvj

M. Une cuillerée à soupe dans un grand verre d'eau de Vichy toutes les quatre heures.

Ces patients se trouveront bien d'un traitement hygiénique, de toniques et en discontinuant partiellement les stimulants particulièrement ceux qui, par expérience, ont aggravé les symptômes de la goutte.

Il est peu nécessaire de vous dire que la céphalalgie syphilitique est plus grave le soir, elle est sujette à éveiller le patient après minuit, à cause de la grande douleur. L'usage du calomel à la dose de 1/10 de grain toutes les heures pendant douze heures, immédiatement avant que la douleur éveille le patient, donne un soulagement plus rapide que le traitement constitutionnel ordinaire. Le traitement au calomel peut être continué pendant deux ou trois jours, après cela discontinuez et donnez de l'iodure de potassium. Je donne ordinairement l'iodure de potassium à la dose de grs. xv après les repas en augmentant graduellement jusqu'à ce que l'effet spécifique de l'iodure de potassium apparaisse, ou qu'il survienne de l'irritation de l'estomac, pourvu cependant que les symptômes ne cèdent pas. Il peut être nécessaire de pousser la dose de l'iodure de potassium jusqu'à 350 grs. à 400 grs. avant que les symptômes cèdent.

La céphalalgie rhumatismale est ordinairement caractérisée par une sensibilité de la chevelure, qui augmente au toucher. Servez-vous d'un léger *courant induit* (électricité) sur la tête, et donnez à l'intérieur :

R Iodure de potassium.....	ʒjss
Muriate d'ammoniaque.....	ʒjss
Infusion de houblon.....	ʒ vi

M. Une cuillerée à soupe quatre fois le jour dans un verre à patte d'eau.

Dans quelques cas de céphalalgie rhumatismale, rebelles au traitement ci-haut, j'ai trouvé que le bromure d'ammonium à la dose de grs xx toutes les deux heures agissait avantageusement.

Il y a une autre espèce de céphalalgie d'une grande importance comme symptôme précurseur d'affections sérieuses. La céphalalgie peut être le premier signe pour indiquer qu'il existe une maladie des reins, et que réellement nous avons à traiter une céphalalgie urémique. Le plan judicieux du traitement dans de tels cas a pour objet d'enlever le montant

anormal d'urée dans le système. Pour accomplir ceci, il faut mettre en action un ou tous les trois émonctoires du corps : les reins, les intestins et la peau. Faites fonctionner les reins si vous le pouvez, appliquez des ventouses sur leur région, et donnez à l'intérieur :

R. Acétate de potasse.....	3vj
Infusion de digitale.....	3vj

M. Une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

L'infusion doit être faite avec des feuilles anglaises fraîches. Il faut donner cette préparation jusqu'à ce que les reins fonctionnent bien ; ce qui peut se faire en moins de vingt-quatre heures. Vous ne devez pas cependant toujours compter sur cela. Si les reins ne fonctionnent pas facilement, et que la céphalalgie mécanique n'est pas soulagée en vingt-quatre heures, donnez un cathartique salin. Un traitement pour ainsi dire domestique, et souvent très-approprié, est de mettre ℥j de bitartrate de potasse dans Oij (1 pinte) d'eau que le patient prend dans l'espace de 8 à 10 heures. Ce mélange agit comme diurétique et cathartique. Il ne faut pas se servir de cathartiques hydragogues, à moins qu'il n'y ait menace de convulsions ; ils sont trop irritants pour le canal intestinal. Quelques uns préfèrent expulser l'urée par la peau. Ce qui peut se faire au moyen des diaphorétiques et de bains chauds, humides ou à air sec. N'allez pas croire que vous devez vous servir de diurétiques, cathartiques et diaphorétiques dans tous les cas de maladie de Bright ; servez vous en dans les cas où il y a quantité déficiente de la sécrétion urinaire, et quand vous avez raison de croire que l'urée s'accumule, et que vous pouvez soulager votre patient en expulsant cette urée du système.

Il y a d'autres causes de céphalalgie dans la maladie de Bright qui, je crois, arrive indépendamment de la présence anormale de l'urée dans le sang, et qui cependant, dépend des suites de la maladie des reins. Ces causes peuvent être l'anémie, la névralgie, l'œdème du cerveau lui-même, l'effu-

sion sereuse dans les ventricules ; et dans la maladie de Bright aigüe, la congestion cérébrale s'ajoute à l'accumulation de l'urée. Dans cette dernière circonstance, si la céphalalgie est très-sévère et que les convulsions soient à craindre, il faut enlever du sang si l'état du patient le permet. De $\bar{\text{v}}$ xij à $\bar{\text{v}}$ xx de sang enlèveront les symptômes alarmants. Le meilleur est d'appliquer les ventouses sur la région rénale.

Si le patient est anémique, fortifiez-le par des toniques, une bonne diète nutritive, des stimulants, l'exercice en plein air. Si, au contraire, la céphalalgie dépend d'une effusion sereuse dans les ventricules, ou d'œdème cérébrale, ici encore il faut remédier à l'appauvrissement du sang, et stimuler le cœur et les reins par l'acétate de potasse dans l'infusion de digitale. Il arrive qu'avec cette effusion et l'œdème, on remarque l'anasarque générale.

La céphalalgie de l'alcoolisme aigü ou de l'enivrement survient à la suite d'excès. La première chose à faire est d'expulser l'alcool du canal intestinal. Pour cela donnez rhubarbe et magnésie calcinée, de chaque 3ss. Ensuite :

R Esprit d'ammoniaque aromatique.....	3ij
Teinture de camphre.....	3ij
Teinture de jusquiame.....	3 ijss
Alcoolat de Lavande composé, Q. S. ad	$\bar{\text{v}}$ ij

M. Une cuillerée à thé toute les heures, jusqu'à soulagement, ensuite donnez capsicum grs. ij, quinine, grs. iij, avant chaque repas pendant plusieurs jours.

S'il y a insomnie, donnez :

β. Bromure de sodium.	$\bar{\text{v}}$ ss
Hydrate de chloral.....	3 ijss
Sirop d'écorces d'oranges.....	3 ss
Eau.....	$\bar{\text{v}}$ ijss

M. Une cuillerée à soupe le soir, à répéter au bout de deux heures si besoin il y a.—(A continuer).

SYPHILIS LARYNGÉE.

A la fin du long et intéressant article de Sechteins sur la Syphilis Laryngée. (*Weiner Med. Press*, Nos. 27, 28, 29, 30, 31, 1878), nous trouvons les directions suivantes appropriées à son traitement, et comme elles représentent parfaitement bien le plan adopté à Vienne, nous les donnons au long :

Dans les cas doux et récents de la Syphilis Laryngée, lorsqu'il y a des plaques superficielles dans le pharynx, érosions ou ulcérations légères du larynx, on apprécie hautement l'avantage des inhalations de sublimé corrosif dans de l'alcool et de l'eau telles que recommandées par Demarquay et Schnitzler. Sous ce traitement, la moindre manifestation de trouble pharyngien disparaît promptement ; les progrès ulcératifs de quelque étendue qu'ils soient, demandent de plus, la cautérisation avec le nitrate d'argent en substance.

Dans d'autres cas, où il existe des symptômes secondaires, les inhalations doivent être associées à l'usage interne du mercure. Les onguents sont habituellement employés. Dans les ulcérations étendues de l'épiglotte et du larynx, on regarde comme avantageux une solution d'iode et d'iodure de potassium dans de la glycérine appliquée avec un pinceau. Cette substance est aussi recommandée dans la dysphagie causée par l'ulcération de l'épiglotte, les excroissances et les hypertrophies de la membrane muqueuse, et les enflures folliculaires. La potasse à l'intérieur doit être recommandée en même temps.

Dans la périchondrite, si nous avons le temps, il faut appliquer sur le larynx, Ungt. Citr. et donner à l'intérieur quelque préparation de potasse, traitement qui souvent diminue le gonflement en un jour ou deux. S'il y a rétrécissement du larynx et dyspnée urgente, la trachéotomie est nécessaire. Les affections nerveuses du larynx, qui existent quelque fois avec une faible inflammation catarrhale, sont mieux traitées par les inhalations de chlorate de potasse et les insufflations

de muriate de morphine. Le galvano-cantère a été employé par Schnitzter à plusieurs reprises pour détruire des excroissances syphilitiques trouvées dans le larynx, et est recommandé lorsque la solution d'iode a failli. Finalement, les différentes formes de rétrécissements du larynx, pharynx, de la trachée, dues aux polypes ou cicatrices, doivent être enlevées en ayant recours à la Chirurgie.—(*Archives de Dermatologie*, avril 1879.

Traitement de la diarrhée par les douches d'eau chaude.

Schorstein conseille dans la "*Wiener Med. Press*, n° 49 1878, l'application de douche chaude, à haute pression, sur la région ombilicale, dans les cas de diarrhées. La température est pour commencer de 50° degrés, mais elle peut être élevée jusqu'à 72° degrés. La durée de l'application varie de 3 à 5 minutes, après quoi le patient prend un bain de siège à la température de 50° à 62° degrés. Ce traitement n'est généralement pas répété plus de deux fois le jour. Les diarrhées dysentériques avec ténésme, et la dysenterie elle-même si elle n'est pas opiniâtre, peuvent être traitées de la même manière. L'effet est très rapide, et dure plus longtemps que le traitement par l'opium, la douleur disparaît aussi rapidement. L'auteur a aussi trouvé que ces douches d'eau chaude agissent bien dans la colique, causée par des calculs biliaires, et dans diverses espèces de névralgies, excepté la sciatique, où il est désirable d'enlever les calculs rénaux et la gravelle, ou encore lorsque les matières fécales ont longtemps séjourné dans l'intestin.—*London Med. Record*, 15 avril 1879.

De l'analyse qualitative du Quinquina et de l'Opium.

Mr. Lepage donne la méthode suivante pour l'analyse qualitative du quinquina jaune :—Prendre plusieurs fragments d'écorce du même échantillon, et en faire une poudre épaisse. Dix-huit grains (1 gramme) de cette poudre est pesée et réduite en poudre fine; cette dernière est mélangée avec ʒijss (10 grammes) d'eau distillée, contenant dix-huit grains (1 gramme) d'acide sulfurique dilué, (10 par cent). Ce mélange est laissé en repos pendant deux ou trois heures, ayant soin de le remuer souvent pendant ce temps. Deux onces et une drachme et demi (ʒij et ʒiiss) d'eau sont alors ajoutés, et le mélange est encore mis de côté pour quelques heures, la bouteille étant souvent remuée; on laisse déposer et on filtre. Une solution de deux scrupules et onze grains (280 centigrammes) d'iodure de cadmium et deux scrupules et cinq grains (250 centigrammes) d'iodure de potassium, dans un once et demi (50 grammes) d'eau distillée est versée légèrement en excès dans le liquide filtré; et si le quinquina est de bonne qualité, il produira immédiatement des flocons, et dans quelques heures un précipité volumineux. Ce dernier est en proportion directe du montant d'alcaloïde contenu dans le quinquina. Cette méthode s'applique au quinquina rouge, gris, au quinquina de Loxa ou d'Huanaco.

Pour l'opium les directions sont comme suit :—Prendre grs. ijss (10 centigrammes) d'opium, le pulvériser dans un mortier en verre, et mélanger minutieusement ʒvjss (25 grammes) d'eau distillée, la laisser dans cet état pendant $\frac{1}{2}$ heure, secouant la bouteille de temps en temps, ensuite filtrer. Au $\frac{2}{3}$ de ce liquide (qui décidément doit avoir un goût amer) ajouter quelques gouttes de la double solution d'iodures qui, si l'opium est bon, sera troublée considérablement, donnant place à un précipité épais; si toutefois l'opium ne contenait que 4 à 5 % de l'alcaloïde, ou en moindre quantité, il n'y

aurait qu'un petit ou même aucun changement dans le liquide. Le reste de la solution devra, en ajoutant une goutte de perchlorure de fer dilué, donner une couleur rouge, indiquant la présence de l'acide méconique. Il est conseillé de répéter cette expérience avec plusieurs fragments d'opium pris du même échantillon.—*Chemist and Druggist*.

Iodure d'amidon comme antidote à divers poisons.

A une lecture faite devant la Société Médicale de Florence, le Dr. Bellini recommande l'iodure d'amidon comme antidote aux poisons en général. Ce mélange n'a aucun goût désagréable, et n'a pas les propriétés irritantes de l'iode. De là il trouve qu'on peut l'administrer aux patients, à hautes doses. Bellini admet, après des expériences nombreuses, que, à la température de l'estomac, et en présence du suc gastrique, l'iodure se combine avec un grand nombre de poisons, formant avec les uns, un mélange insoluble, et avec les autres des mélanges solubles qui sont inoffensifs, tant qu'ils ne sont pas en trop grande quantité. On peut employer cet antidote avec sûreté dans tous les cas où la nature du poison n'est pas connue. On le trouvera très-efficace dans des cas d'empoisonnements par le gaz hydrogène-sulfuré : par les alcaloïdes et les sulfures alcalins ; par les alcalis caustiques, par l'ammoniaque et spécialement par ces alcaloïdes avec lesquels l'iode forme des mélanges composés. Il est préférable sous ce rapport à la teinture d'iode iodurée. Quant aux sels de plomb et de mercure, il aide à l'élimination de ces poisons. Dans les cas d'empoisonnements bienprononcés, on devrait donner un émétique après son administration.—*London Med. Record*, 15 février 1879.

**Statistiques Vitales de la Cité de Montréal pour le
mois de Juillet 1879.**

SEXE.		QUARTIERS.	
Masculin	212	Ste. Anne	45
Féminin	209	St. Antoine.....	78
		St. Laurent.....	30
Total	421	St. Louis.....	43
		St. Jacques.....	92
		Ste. Marie.....	98
		Ouest.....	0
CONDITIONS.		Centre.....	0
Mariés	53	Est.....	11
Veufs.....	8	Inconnus.....	1
Veuves	17	Hôpital Civique.....	1
Célibataires	46	Hôtel-Dieu	14
Enfants	297	Hôpital Anglais.....	2
		Autres Institutions.....	6
Total	421	Total	421
NATIONALITÉS.		MORT-NÉS.	
Canadiens-Français.....	311	Canadiens-Français	9
Canadiens-Anglais	83	Catholiques parlant l'anglais.....	2
Irlandais.....	14	Protestants.....	7
Anglais	5	Total	18
Écossais.....	7	Masculin 12; Féminin 6.....	18
Autres nationalités.....	1		
Inconnues	0		
Total	421		

AGES.	Canadiens-Français.	Catholiques parlant l'anglais.	Protestants.	Total.
Au-dessous d'un an	172	23	21	216
De 1 à 5 ans.....	52	3	7	62
“ 5 à 10 “	7	2	2	11
“ 10 à 15 “	5	3	1	9
“ 15 à 20 “	4	4	0	8
“ 20 à 30 “	16	2	5	23
“ 30 à 40 “	11	1	3	15
“ 40 à 50 “	7	3	5	15
“ 50 à 60 “	8	3	3	14
“ 60 à 70 “	13	5	3	21
“ 70 à 80 “	8	4	6	18
“ 80 à 90 “	5	1	0	6
“ 90 à 100 “	2	0	0	2
Inconnu	1	0	0	1
Total.....	311	54	56	421

CAUSES DE LA MORTALITÉ.		Autres maladies Cerveau et système nerveux..... 14	
<i>1re Classe.—Maladies Zymotiques.</i>		Maladies des org. de la circ. 15	
Variolo.....	26	Bronchite.....	6
Scarlatine.....	1	Pneumonie.....	7
Diphthérie.....	7	Maladies des org. respiratoi. 6	
Croup.....	1	Maladies des org. digestifs. 32	
Copueluche.....	2	Autres maladies Locales.... 4	
Fièvres Typhoïdes.....	3		
Autres Fièvres.....	1	Total.....	110
Dysenterie.....	6	<i>4me Classe—Mal. de Développement.</i>	
Diarrhée.....	71	Naissance prématurée.....	8
Choléra Infantum.....	39	Débilité Infantile.....	48
Autres maladies Zymotiques	5	Dentition.....	7
		Vielliesse.....	5
Total.....	162	Débilité Chronique.....	8
		Autres maladies de Développement.....	0
<i>2me Classe—Mal. Constitutionnelles.</i>		Total.....	76
Cancer.....	2	<i>5me Classe—Décès par Violence.</i>	
Phthisie.....	32	Accidentelles.....	11
Autres maladies Constituti.	17	Autres causes.....	0
		Inconnues.....	11
Total.....	51	Total.....	22
<i>3me Classe—Maladies Locales.</i>		Grand Total.....	421
Céphalite.....	7		
Apoplexie.....	1		
Paralysie.....	7		
Convulsions.....	11		

BUREAU DE SANTÉ, MONTRÉAL, Août, 1879.

Il y eut 421 décès durant le mois de Juillet dernier,—83 de plus que dans le mois de Juin, mais 68 de moins qu'en Juillet 1878.

421 décès pour le mois représentent une proportion annuelle de 37 par 1000 de la population.

311 décès eurent lieu chez les Canadiens-Français, 54 chez les Catholiques parlant l'anglais, et 56 parmi les protestants.

Il y eut 7 décès par la diphthérie,—7 de plus que dans le mois précédent,—et 2 de plus qu'en Juillet 1878. 3 décès eurent lieu par les fièvres typhoïdes,—2 de plus que dans le mois précédent,—et 1 de plus que dans le mois correspondant de l'an dernier.

26 décès furent causés par la variole—6 de plus que dans le mois précédent,—mais 27 de moins qu'en Juillet 1878. —De ce nombre 16 n'étaient pas vaccinés, 4 rapportés comme ayant été vaccinés, 6 dont on n'a pu avoir aucune information. —24 furent parmi les Canadiens-Français, et 2 parmi les Catholiques parlant l'anglais. 23 de ces décès eurent lieu dans la partie Est de la ville et 2 dans la partie Ouest, 1 à l'Hôpital Civique. Les rues dans lesquelles il y eut le plus de décès sont les rues Panet 4, Wolfe 5, Visitation 2, Montcalm 2.

Il y eut durant le second quartier de l'année 922 décès, 5 de moins que durant le premier quartier, et 64 de moins que durant le quartier correspondant de l'année dernière. Cette mortalité représente une proportion annuelle de 27 par 1000 de la population. La moyenne de la température pendant le quartier fut de 44,545. La moyenne du baromètre de 29,9240, de l'humidité de 61,64. La vitesse du vent par heure de 13,25. Direction du vent : O. N. O.

Le plus grand nombre de décès eut lieu dans les quartiers suivants : St. Jacques 189, Ste. Marie 184, St. Antoine 127, St. Louis 124, Ste. Anne 129. Dans le quartier St. Laurent, il y eut 67 décès, dans le quartier Est 12, Centre 4, Ouest 4-71 décès eurent lieu par la variole, 103 de moins que dans le premier quartier et 53 de moins que dans le quartier correspondant de l'année dernière. Par la diphthérie, il y eut 38 décès, 12 de plus que durant le premier quartier, mais 50 de moins que dans le quartier correspondant de l'année dernière. La variole a beaucoup diminué durant ce quartier. Il y a encore cependant plusieurs cas de cette maladie dans la partie Est de la ville. Un grand nombre d'enfants non-vaccinés sont directement exposés à la contagion, et ce n'est que parmi ceux-ci que la variole fait des victimes.

Tel que nous l'avons déjà constaté, le plus grand nombre de décès eut lieu dans les deux districts déjà signalés dans le

rapport du premier quartier, c'est-à-dire dans la partie Est de la ville située entre les rues Ste. Catherine, Jacques-Cartier, Seaton et Craig,—et à l'Ouest, dans cette partie située entre les rues McGill, St. Antoine, St. Joseph et les limites de la ville. Les plus mauvais canaux de ces deux districts devraient au moins être reconstruits.

Une autre cause d'insalubrité, non seulement dans ces deux districts, mais dans beaucoup d'autres localités de la ville, est due à la mauvaise construction des bâtisses, de celles surtout construites pour la classe ouvrière. A Paris, à Londres et à New-York, il existe des lois pour la construction des bâtisses. A Brocklyn et à New-York, lorsqu'il y a plus d'une bâtisse sur le même lot, on exige qu'il y ait une espace suffisant entre les bâtisses. Pour les maisons d'un seul étage il doit y avoir 10 pieds d'espace, pour celles de deux étages 15 pieds, celles de 3 étages 20 pieds. Il doit en outre y avoir un espace de pas moins de 10 pieds entre les bâtisses et la ligne du lot voisin.

Chaque occupant doit avoir au moins 600 pieds cubes d'air. Enfin ces villes possèdent des codes complets pour ce qui a rapport à la construction des bâtisses.

L'encombrement est préjudiciable à la santé physique et morale. Un certain philosophe a dit que le niveau de la santé et de la morale s'abaissait en proportion de l'agglomération des masses. Il est donc du devoir des autorités sanitaires de considérer sérieusement cette question et de préparer un code pour la construction des bâtisses. J'ai cru devoir écrire à Paris, à Londres et à New-York afin d'obtenir leur législation sur cet important sujet.

A. B. LAROCQUE, M. D.,

Officier de Santé.

Bulletin Météorologique pour le mois de Juillet 1879.

OBSERVATOIRE DU COLLEGE MCGILL

HAUTEUR AU-DESSUS DU NIVEAU DE LA MER : 187 PIEDS.

Dates.	THERMOM.		BAROMET.		Pression moyenne de la vapeur.	Humidité relative moyenne.	VENT.			Pluie.	
	Max.	Min.	Max.	Min.			Direction Générale.	Vitesse moyenne en milles p. h.	État nuageux du ciel.		
									Moy		
	1	74.0	55.7	30.241	30.105	3417	54.5	N. O	5.2	2.7	
	2	81.6	60.4	30.144	29.932	4157	53.1	S. O	14.2	0.4	
	3	80.7	65.8	29.889	29.730	6267	76.4	S. O	12.2	8.7	
	4	79.7	58.1	30.050	29.552	4884	67.0		13.7	8.0	0.05
	5	67.1	51.6	30.212	30.100	2825	53.7	N. E	7.1	0.4	
Dimanche	6	74.1	54.6	.....	.....	.....	.....	S. O	7.4	.....
	7	70.0	60.4	30.023	29.777	5327	85.9	S.	11.1	10.0	0.05
	8	72.5	62.2	29.747	29.490	5544	82.2	S. O	12.3	8.7	0.14
	9	76.5	59.2	29.772	29.654	4811	72.4	O.	9.7	6.5	0.08
	10	75.8	60.4	29.713	29.625	5002	73.9	O.	8.6	5.2	
	11	74.1	61.9	29.706	29.616	5010	70.0	N. E	4.3	6.0	
	12	81.8	59.7	29.781	29.621	4134	53.7		6.1	0.4	
Dimanche	13	83.1	63.7	.....	.....	.....	.....	S. O	13.0	.....	Inapp.
	14	80.8	65.9	29.888	29.797	6402	83.4	O.	7.1	8.2	0.54
	15	82.2	64.0	29.903	29.704	6472	85.5	S. O	8.7	7.2	0.52
	16	80.0	66.1	29.694	29.586	5790	73.4	O.	11.7	4.1	Inapp.
	17	69.0	58.0	30.878	29.605	4211	70.9	N. O	11.0	7.0	0.1
	18	67.1	53.9	30.074	29.876	4145	78.2	N. E	4.1	6.1	0.12
	19	69.7	51.9	30.187	30.099	3700	68.4	N. E	4.0	2.7	
Dimanche	20	73.0	54.7	.....	.....	.....	.....	S.	5.7	.....	Inapp.
	21	74.8	63.2	30.015	29.870	5239	73.9	S. O	10.8	8.5	0.28
	22	72.4	60.9	29.971	29.847	4951	74.7	N. E	3.0	9.1	0.03
	23	66.0	58.4	29.796	29.664	5011	92.9	N. E	6.0	9.9	1.94
	24	69.1	55.8	30.054	29.798	3339	58.5	N. O	6.2	1.4	Inapp.
	25	71.8	54.1	30.127	29.961	3606	62.2	E.	4.6	8.5	Inapp.
	26	75.0	63.0	29.930	29.738	5002	71.4	S. E	12.0	9.9	Inapp.
Dimanche	27	71.0	60.9	.....	.....	.....	.....		3.6	.....	0.91
	28	77.9	59.9	29.886	29.789	5317	74.4	S. O	4.9	3.6	Inapp.
	29	78.0	66.3	29.893	29.771	5207	66.7	O.	9.7	5.5	
	30	77.2	62.9	30.038	29.883	5052	66.7	S. O	5.3	3.1	
	31	81.1	62.5	30.132	30.013	4971	61.4	S. O	4.2	0.1	
Moyenne.....		75.07	59.87	.....	.....	4825	70.57	.....	7.98	5.63	

Dispensaire de la Providence.

Mr. le Dr. A. B. Champagne a été le médecin en service dans ce Dispensaire durant le mois de juillet, 1879.

Le total des ordonnances a été de 2096, et celui des visites de 196.

Ces visites sont faites par les divers médecins du Dispensaires aux pauvres, qui, ne pouvant se rendre à la consultation, réclament des soins médicaux à domicile.

Mr. le Dr. A. A. Meunier s'est chargé du service pour le mois d'août.

NAISSANCE.

A Southbridge, Mass., le 24 du courant, la Dame du Dr J. A. Robillard, un fils.

Mariage.

A l'Eglise St. Jacques, le 21 Juillet, Joseph Boutillier Trudel, Ecuier, avocat, fils de M. le Dr E. H. Trudel, Président de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, conduisait à l'autel Mademoiselle Marie-Alexina Robillard, fille de M. le Dr Edmond Robillard, de Montréal.

Le Révérend Messire Loranger, curé de Lanoraie, et oncle de la mariée, donna la bénédiction nuptiale.

Nous souhaitons cordialement à l'heureux couple, longue vie, bonheur et prospérité.

J. G. BIBAUD, M.D.

VISITES ET CONSULTATIONS,

EN VILLE ET A LA CAMPAGNE

HEURES DE BUREAU :

De 8 à 9 hrs. A.M. De 12½ à 2 hrs., et de 5 à 8 hrs. P.M.

NO. 30, RUE ST. DENIS, MONTRÉAL.