

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

GAZETTE MEDICALE

Revue Mensuelle, Médico-Chirurgicale.

Rédacteurs-Propriétaires :

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

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

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

VOL. I

MONTRÉAL, MARS 1866.

No. 8

TARIF MÉDICAL.

Dans le monde, on exige généralement beaucoup de désintéressement et d'abnégation de la part du médecin, qualités, nous sommes fiers de le dire, qui sont rarement défaut au praticien, et l'on s'occupe fort peu de l'état de ses affaires. Qu'il soit dans la gêne, qu'il ait à pourvoir à la subsistance et à l'éducation d'une nombreuse famille, peu importe, pourvu qu'il soit toujours prêt à accorder le service de son ministère partout, et dans toutes les occasions. Qu'il travaille sans relâche, la nuit et le jour, le médecin est presque toujours sûr de recueillir pour prix de ses veilles et de ses travaux, l'ingratitude du pauvre et la pitié orgueilleuse du riche qui croit se montrer généreux envers celui qui lui a sauvé la vie ou épargné de grandes douleurs en lui payant de maigres honoraires.

Il paraît que ce n'est pas en Canada seulement que les choses se passent ainsi ; en Europe et surtout en Angleterre, les journaux de médecine se plaignent hautement de la manière dont la profession médicale est rétribuée, et ils appuient sur l'opportunité d'un tarif qui pourrait servir de base à l'avenir pour régler toutes les difficultés se rapportant aux honoraires du médecin.

En France, l'association des médecins du Rhône a nommé en 1864, une commission composée de M. M. Diday, J. Bonnet, Bachellet et Rougier, avocat et conseil judiciaire de cette association pour aviser aux moyens à prendre pour protéger les médecins dans leurs réclamations. Voici quelques-unes des conclusions auxquelles en sont arrivés ces Messieurs, après un examen approfondi de la question :

“ La commission émet le vœu que les membres de l'association des médecins du Rhône, en dehors des circonstances où les soins doivent être absolument gratuits, se refusent à toute condescendance qui serait de nature à déprécier la pratique médicale.

“ Elle leur rappelle que si le désintéressement est dans certains cas un devoir, il n'est pas moins obligatoire d'observer, dans les autres cas, les usages reçus relativement aux honoraires, et qu'il vaut mieux refuser des services que de subir ces exigences qui porteraient atteinte aux traditions et à la dignité de la profession.”

Un des meilleurs moyens ce nous semble, de protéger la profession et lui attirer le respect, serait l'adoption par tous les médecins d'un tarif uniforme, qui sans être trop élevé, offrirait cependant une rémunération suffisante. Celui que nous publions plus bas et qui a été adopté en 1845 par la société médico-chirurgicale de Montréal, nous paraît remplir ces conditions. S'il n'était pas exagéré alors, il doit l'être encore moins aujourd'hui, toutes les choses premières, nécessaires à la vie ayant doublé de prix.

Nous ferons remarquer seulement, que dans l'intention de ceux qui ont signé ce tarif, la première classe devait renfermer les personnes jouissant de moyens plus qu'ordinaires, tandis que la seconde devait comprendre ceux qui, sans être riches, jouissent cependant d'une modique aisance. Car, il est évident qu'un individu chargé d'une nombreuse famille et gagnant quatre à cinq cheilins par jour ne pourrait pas payer trois louis pour l'accouchement de sa femme. Dans ces cas, le médecin peut, sans préjudice pour la dignité professionnelle, faire à son client une

réduction plus ou moins considérable, selon qu'il le juge à propos.

Voici ce tarif que nous reproduisons du *British American Journal of medical and physical science* que M. le Dr. Bibauid a eu l'obligeance de nous procurer.

	1 ^{re} classe	2 ^e classe
Pour une visite de 7 h. A. M. à 8 h.		
P. M.	\$1.00	\$0.50
Avis au bureau du médecin.	1.00	\$0.50
Visite de 8 h. P. M. à 10 h. P. M.	2.00	\$1.00
Visite de 10 h. P. M. à 7 h. A. M.	5.00	3.00
Détention pendant une nuit.	12.00	8.00
Consultation avec un médecin ou un chirurgien.	5.00	3.00
Chaque consultation subséquente pendant la nuit.	4.00	2.00
Chaque consultation subséquente pendant le jour.	3.00	2.00
Consultation par lettres entre médecins	5.00	5.00
Certificat de santé. Avis par écrit. .	4.00	2.00
Accouchements ordinaires.	20.00	12.00
Avec une sage-femme.	20.00	12.00
Version ou application d'instruments.	30.00	17.00
Extraction du placenta.	10.00	5.00
Saignée.	1.00	0.50
Vaccination.	2.00	1.00
Introduction du cathéter.	4.00	2.00
Opérations majeures.	80.00	40.00
Lithotomie.	120.00	
Opération de la cataracte, pupille artificielle.	80.00	40.00
Opérations mineures.	20.00	10.00
Enlèvement des amygdales.	10.00	4.00
Réduction de fracture de la cuisse. .	20.00	12.00
“ de la jambe et du bras. .	12.00	8.00
Prescriptions ordinaires.	0.50	0.50
“ extraordinaires.	1.00	1.00

VISITES A LA CAMPAGNE.

St. Jean.	En hiver.	30.00	30.00
	En été.	20.00	20.00
Chambly	En hiver.	20.00	20.00
	En été.		
Laprairie	En hiver.	8.00	8.00
	En été.	5.00	5.00
Longueil.	6.00	6.00	
Lachine.	8.00	8.00	
St. Laurent.	6.00	6.00	
Côte des Neiges.	3.00	3.00	
Longue-Pointe.	5.00	5.00	
Pointe-aux-Trembles.	8.00	8.00	
Beauharnois et Ste. Anne.	40.00	40.00	
Terre-Bonne.	20.00	20.00	

Le tarif adopté par le bureau médical provincial en 1859, pour les médecins et chirurgiens des campagnes du Bas Canada diffère bien peu de celui-ci. Il accorde les mêmes honoraires pour les accouchements, les opérations et les consultations, quant aux visites, voici ce qu'il alloue :

Pour une visite de 7 h. A. M. à 9 h. P. M. à une distance moindre qu'un demi-mille.	\$1.00
Pendant la nuit.	2.00
Visite à trois milles de distance.	2.00
Pour chaque mille de plus.	0.50

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

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

L'Epilepsie, et l'Eclampsie des femmes enceintes sont deux maladies qui offrent des symptômes tellement identiques, que plusieurs auteurs les ont considérées comme une seule affection. M. Cazeau, décrit l'Eclampsie sous le nom d'Epilepsie puerpérale. "Qu'est-ce que l'Eclampsie comparée avec l'Epilepsie, dit M. Trousseau, et *vice versa*." Relativement à son caractère convulsif seulement, l'Epilepsie soit idiopathique ou symptomatique, n'est rien autre chose que l'Eclampsie à retours, et l'Eclampsie est tout simplement l'Epilepsie transitoire et accidentelle." (*Gazette des Hôpitaux*, 1861.) Selon M. Moreau (de Tours) l'Epilepsie et l'Eclampsie, quant à leur forme, ne constituent qu'une même maladie, la différence existant seulement dans la cause; il fait une différence entre l'Epilepsie chronique et essentielle, à attaques périodiques, qui dans l'état actuel de nos connaissances est incurable, et les attaques épileptiformes, ayant tous les caractères de l'Epilepsie, mais qui se déclarent sous l'influence d'une maladie aiguë; telle que l'apoplexie, les fièvres typhoïdes, les vers, la myélite, ou bien durant la période de la dentition et l'accouchement; attaques que J. Frank appelle éclampsie. Ces attaques cessent avec les maladies dont elles ne sont qu'un symptôme. Valleix définit l'Epilepsie "une maladie nerveuse apyrétique; caractérisée soit par des attaques subites, se reproduisant à différents intervalles, dont les symptômes sont la perte du sentiment, convulsions et difficulté de la respiration." Ainsi la seule différence absolue est la chronicité et la périodicité de l'Epilepsie. Mais cependant, avec ces caractères excellents en eux-mêmes, mais insuffisants, il est nécessaire d'attendre une attaque subséquente avant d'établir un diagnostic. Ne peut-il pas se faire qu'une personne ait une première attaque d'Epilepsie pendant la grossesse, qui peut revenir plus tard. Quant aux causes de l'Epilepsie, quelques auteurs considèrent la gros-

sesse comme une cause déterminante de la maladie ; d'autres, au contraire, affirment que la grossesse éloigne des attaques épileptiques. Ce n'est pas dans les causes, mais dans les symptômes que nous devons chercher les éléments d'un bon diagnostic. Les phénomènes précurseurs des deux maladies sont identiques ; l'Eclampsie se déclare rarement sans que le patient en ait connaissance ; il y a généralement un peu d'irascibilité, douleur et pesanteur de côté, quelques difficultés dans la respiration, vertiges, troubles de la vue, tintements d'oreilles et différents autres symptômes nerveux ; il en est ainsi dans l'Epilepsie. Si dans l'Epilepsie ces prodromes ont manqué, n'en est-il pas de même dans l'Eclampsie. M. Beau dit qu'au début d'une attaque épileptique, le patient pousse un cri violent, puis vient la perte de connaissance. M. Tarnier s'est servi de ce symptôme comme moyen de diagnostic dans l'Eclampsie, car dans cette dernière maladie il y a un silence parfait. Ceci serait un signe très important si le cri avait toujours lieu, mais il est loin d'exister dans toute les attaques d'Epilepsie. J'ai vu à la Salpêtrière des personnes qui n'ont jamais poussé de cris, les attaques étaient tellement subites, que si on n'eut porté la plus sévère attention, on les aurait trouvées mortes, asphyxiées sous les couvertures ; accidents rares sans doute, mais qui se sont rencontrés dans cet établissement. Nous pouvons ajouter que le médecin est rarement présent au début de l'attaque. On a dit aussi que dans l'Epilepsie il y avait l'aura, que le début était plus prompt que celui de l'Eclampsie. Est-ce que l'aura n'a pas été contestée par M. Calméil ? Et tous ceux qui ont rencontré des cas d'Epilepsie savent que les attaques sont tellement subites, que le patient même ne les prévoit pas. On a aussi cherché un diagnostic différentiel dans les différents phénomènes que présentent les attaques ; ainsi on a dit qu'il y avait une certaine différence dans la forme des convulsions ; dans l'Epilepsie il y avait des contractions (*jerks*) rapides ; dans l'Eclampsie une torsion violente des membres. Mais dans ces deux maladies, les convulsions sont identiques ; dans les deux il y a roideur tétanique, torsion des membres et convulsions toniques et cloniques. Cependant, il y a un phénomène qui est d'une importance très grande, ce sont les évacuations involontaires. Pendant une attaque d'Eclampsie les malades n'urinent pas, il n'y a aucune évacuation involontaire ; dans l'Epilepsie, au contraire, elles existent toujours. Il y a cependant quel-

ques exceptions à cette règle. J'ai observé à la Salpêtrière, une épileptique qui n'a jamais uriné durant les attaques, il était nécessaire de pratiquer le cathétérisme. Du 24 Février au 12 Mars elle n'a jamais uriné seule, depuis cette dernière date, il y a incontinence d'urine. De ce que je puis voir, cette incontinence pourra durer 15 jours, après ce temps, la malade sera aussi bien qu'avant cette attaque. Mais si l'émission involontaire de l'urine ne se rencontre pas dans tous les cas d'Epilepsie, elle est rarement absente, tandis que dans l'Eclampsie, elle n'existe jamais. C'est sans doute par erreur que M. Caseaux a admis l'existence des évacuations involontaires dans l'Eclampsie ; parce que tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et en particulier M. Blot, ne les ont jamais observées ; il est nécessaire d'introduire le cathéter pendant l'attaque, si l'on désire examiner les urines. Quelques auteurs ont affirmé que dans l'Epilepsie, la période de coma était plus courte, que le patient recouvrait connaissance plus vite ; sans doute qu'ils ont voulu faire allusion aux cas simples, parce qu'il y a des paroxysmes qui ne sont sitôt terminés que d'autres commencent, de sorte qu'il peut y en avoir une série successive de quinze, vingt et vingt-cinq pendant laquelle le patient ne recouvre pas sa connaissance. Des principaux symptômes que nous avons mentionnés, il s'en suit que pas un n'est particulier à l'une de ces deux maladies. Nous ne trouvons aucun élément de diagnostic ni dans les prodromes, ni dans les phénomènes des paroxysmes ; de sorte que de la similitude des symptômes devons-nous conclure que ces deux affections sont identiques ? Nous devons cependant admettre une différence capitale entre elles, dont nous trouvons la preuve dans le traitement. Ne réussit-on pas à suspendre pendant un certain temps le phénomène éclamptique par l'administration du chloroforme ? Ce mode de traitement héroïque, recommandé par Simpson, nous rend ici un service important. En est-il de même dans l'Epilepsie ? M. Moreau (de Tours) a essayé chez ses malades à Bicêtre, la méthode anesthésique, mais il fut obligé d'y renoncer, parce que dans plusieurs cas, des convulsions à caractères tétaniques ont suivi l'administration de ce moyen. Nous sommes forcé de reconnaître le fait, que ces deux maladies, dont les manifestations sont identiques, sont essentiellement différentes dans leur nature ; ce qui est un point important relativement au pronostic. Il y a un symptôme presque toujours constant dans

l'Eclampsie sur l'importance duquel on a beaucoup insisté, et qui selon notre expérience est le principal symptôme dans le diagnostic de ces deux maladies; je veux parler de l'albuminurie.

Albuminurie dans l'Eclampsie. — Ayant éprouvé la difficulté d'établir un diagnostic certain dans l'Eclampsie, M. Blot a suggéré que peut-être en faisant une comparaison des urines dans ces deux maladies, on en viendrait à la solution de cette difficulté; il me conseilla de faire des recherches à ce sujet chez les femmes épileptiques. C'est un fait admis par presque tout le monde, qu'il y a toujours quelques traces d'albumine dans l'urine des femmes affectées d'Eclampsie. M. Blot dans sa thèse inaugurale (1849) a démontré, par des expériences, que dans l'Eclampsie, l'urine contient toujours de l'albumine, quelquefois en très grande quantité. Il a établi en outre, que pendant les attaques, l'urine excrétée en contenait une plus grande quantité; que dans presque tous les cas, l'albuminurie est due à une simple hyperémie rénale; un simple dérangement fonctionnel des reins; que les primipares semblent plus sujettes à l'albuminurie et l'Eclampsie; que tous les cas d'Eclampsie qu'il a observés étaient accompagnés d'albuminurie, mais que beaucoup de femmes enceintes avec des urines albumineuses ne sont pas nécessairement affectées d'Eclampsie; que l'albuminurie disparaît aussitôt après la délivrance, pour ne plus reparaitre, et que quelquefois elle disparaît après le paroxysme, reparaisant à l'attaque subséquente. Les faits ci-haut mentionnés ont reçu la sanction de MM. Simpson, Leser, Sabatier et Legroua. "Toutes les femmes affectées d'Eclampsie, dit M. Becquerel, au moment du travail présentent de l'albumine dans les urines." M. Depaul rapporte deux cas d'Eclampsie sans albuminurie, observés par M. Mascarel, en outre de celui rapporté par M. Leser dans lequel il n'y en avait pas, mais qui à l'autopsie a offert des traces de méningite. Etait-ce Eclampsie ou méningite? M. Blot à l'hôpital des Cliniques, dans deux différents cas, voyant que les patientes étaient dans un coma profond, n'a pas hésité à diagnostiquer une méningite, sur ce qu'il n'y avait pas d'albumine dans les urines, diagnostique que l'autopsie est venue confirmer. Quelqu'importance que peuvent avoir ces deux exceptions, nous pouvons nous poser ces deux questions: Etait-ce réellement de l'Eclampsie? Les recherches ont-elles été faites avec soin? M. Blot dans ses recherches

sur l'albuminurie des femmes enceintes, mentionne plusieurs cas dans lesquels l'urine étant alcaline, l'albumine n'était pas précipitée par la chaleur, mais quelques gouttes d'acide nitrique ont donné un précipité abondant, de là la nécessité de toujours s'assurer de l'alcalinité ou de l'acidité de l'urine avant d'expérimenter. Admettant qu'il n'a pas dû y avoir erreur dans les cas rapportés plus haut, nous pouvons encore regarder l'albuminurie comme étant presque toujours constante dans l'Eclampsie. Ces faits étant établis, j'étais désireux de m'assurer si la même chose n'existait pas dans l'Epilepsie.

(A CONTINUER.)

PLAN DE QUARANTAINE CONTRE LE CHOLÉRA,

Par W. MARSDEN, M. D.,

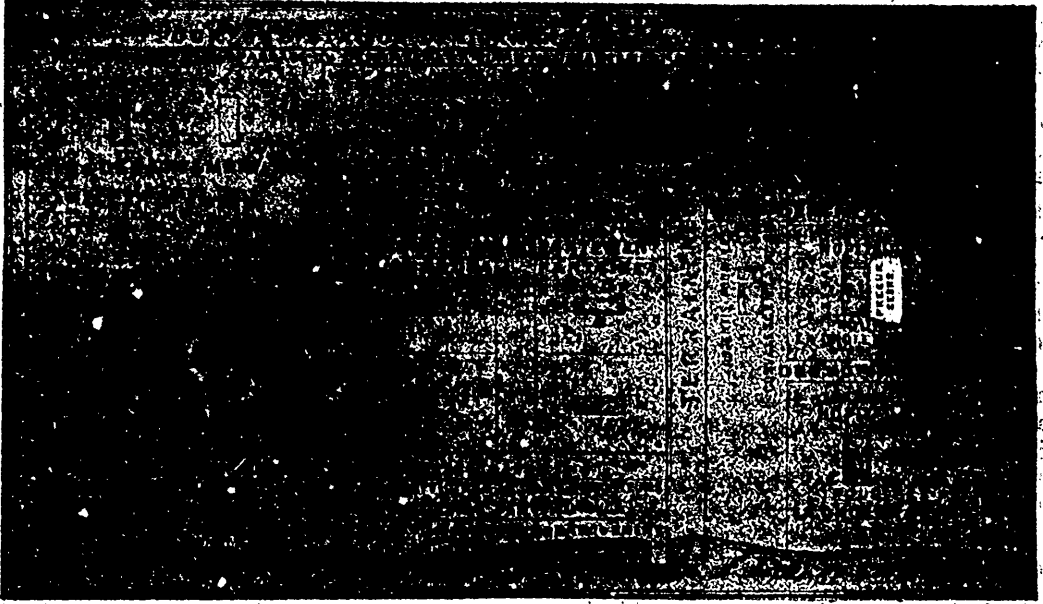
Ex Président et Gouverneur du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada, membre honoraire de la Société Med. Botan., Londres; membre correspondant de la Société Médicale de Londres; membre honoraire de la Société Pathologique de Montréal; membre honoraire de la Société Médicale et du Lycée d'Histoire Naturelle de Berkshire; membre honoraire de la Société Médico-Chirurgicale de New York, etc.

Le plan suivant de Quarantaine pour le choléra Asiatique est le résultat d'une étude spéciale de l'étiologie et de la pathologie de cette maladie, durant les cinq visites distinctes du choléra en ce pays depuis trente-quatre ans. Mon intention aujourd'hui n'est pas de toucher à la question controversée de contagion et de non contagion; le plan que je propose est fondé sur le principe que le choléra est une *maladie sortable, contrôlable et communicable*, et que comme la peste, elle peut-être *transmise et communiquée* par les personnes et par les effets. La base de ce plan est par conséquent, *communication complètement interdite* pour une courte période d'avec les personnes venant de l'étranger et soupçonnées d'être infectées; et une désinfection complète, et entière de leurs effets personnels.

J'accepte ce principe avancé par Kennedy, dans son "Histoire du choléra contagieux", que la variété particulière de choléra qui a visité diverses parties du monde, durant le dernier demi-siècle, est identique avec celle qui s'est déclarée aux Indes en 1817, et "qui a pris une propriété contagieuse dont il n'y a pas de preuve qu'elle ait jamais été douée auparavant."

Les occasions que j'ai eues d'examiner les faits en rapport avec la maladie, sur ce

continent, ont été amples et nombreux ; et j'ai pu par des observations et investigations personnelles tracer l'introduction de la maladie dans ce pays, en chaque occasion, à son importation d'endroits infectés. Sa diffusion subséquente dans toutes les Provinces Britanniques et les Etats-Unis a été bien marquée par les caractères ordinaires d'infection, malgré l'opinion contraire émise par certains écrivains.



1. La station de Quarantaine pour le Choléra sera divisée en trois sections ou départements distincts et séparés.

2. Chacune de ces trois sections ou départements sera isolée, séparée l'une de l'autre, par un cordon ou partie de terrain neutre, de pas moins de cent pieds de large.*

a. Une de ces sections ou départements sera appropriée à l'usage des malades, et sera le Département de l'Hôpital.

b. Le département suivant ou section centrale sera consacré à l'usage des passagers, n'ayant pas eu le choléra, mais venant de vaisseaux infectés.

c. Et le troisième département, ou section saine, sera approprié à l'usage des personnes en santé, qui ont été transportées du département central après y avoir fait la quarantaine.

A. Dans la première section ou département, il y aura trois hôpitaux distincts et séparés, à part d'un hôpital ou appentis pour les convalescents.

a. Un pour les cas de choléra confirmé, appelé L'HÔPITAL DU CHOLÉRA."

b. Un autre pour les cas de diarrhées cho-

lériques ou autres symptômes précurseurs du choléra, sera appelé l'Hôpital pour la Cholérine.

c. Le troisième, sera pour toutes les autres maladies, qui ne seront pas choléra ou cholérine, mais venant des vaisseaux infectés ou des vaisseaux ayant eu des cas de choléra à bord, et sera appelé l'HOPITAL GÉNÉRAL.

B. Le département suivant ou section centrale sera le département de quarantaine primaire, et sera approprié pour toutes les personnes qui ne sont pas malades, mais venant des vaisseaux ayant eu le choléra à bord; ici chaque cas, en débarquant sera soumis à l'inspection, et les personnes et effets personnels seront lavés, nettoyés et purifiés. Une quarantaine de quatre jours y sera accomplie, et au bout de ce temps, toutes les personnes qui continueront d'être en bonne santé seront transportées au département de Quarantaine finale, et si aucune personne tombe malade ou est menacée d'aucune maladie durant les quatre jours de probation elle sera, dès la première observation de son état, transportée à l'hôpital convenable, dans le département de l'Hôpital. La aussi, les personnes en santé seront transportées journellement à un nouveau local, occupant ainsi

* Je suis d'opinion qu'un moindre espace pourrait suffire.

quatre différentes habitations durant leur séjour dans ce département.

C. Le troisième, ou département de santé, sera le département final, et sera pour tous les cas venant du département de quarantaine primaire, après qu'ils auront été nettoyés, lavés et désinfectés, et après qu'ils auront subi les quatre jours de quarantaine; et ici une quarantaine additionnelle de six jours sera faite (excepté pour les cas venant de l'hôpital ou appentis des convalescents, auxquels il est pourvu ci-dessous,) formant en tout dix jours de quarantaine, alors toutes personnes continuant d'être en santé seront déchargées de la quarantaine et transportées hors de la station. Si aucun symptôme précurseur du choléra ou autres cas de maladie se déclareraient dans ce département durant les six jours de quarantaine, le malade sera, aussitôt découvert, transporté à l'hôpital convenable, dans le département de l'hôpital.

Aucune communication n'aura lieu avec le Département de l'Hôpital, excepté par l'intermédiaire du Département central de Quarantaine Primaire, pour cet objet il sera réservé un passage spécial, auquel n'aura accès aucune personne de la quarantaine.

Les trois sections ou départements ci-dessus décrits, seront désignés et connus comme suit :

1. LE DEPARTEMENT DE L'HOPITAL.

2. LE DEPARTEMENT DE QUARANTAINE PRIMAIRE.

3. LE DEPARTEMENT DE LA QUARANTAINE FINALE.

AUX PILOTES

1. Tous vaisseaux venant des Ports infectés, et ayant, ou ayant eu, des cas de choléra à bord, seront mis à l'ancre vis-à-vis la station centrale, ou département de quarantaine.

2. Tous vaisseaux venant des ports connus pour être infectés par le choléra ou non, et n'ayant ou n'ayant pas eu aucun cas de choléra à bord, seront mis à l'ancre vis-à-vis la station saine, ou département de quarantaine primaire, où ils seront visités par l'officier médical de ce département, qui aura le pouvoir, soit de les décharger immédiatement de la quarantaine, ou de les détenir s'il trouve cause suffisante.

DÉBARQUEMENT ET REMBARQUEMENT.

a. Le débarquement des passagers et de leurs effets aura lieu *seulement* au département de quarantaine primaire.

b. Le rembarquement des passagers et de leurs effets aura lieu *seulement* au département de quarantaine finale.

1. Lors du débarquement des passagers d'un vaisseau à la station primaire de quarantaine, les malades seront immédiatement transportés au département de l'hôpital, et ceux en santé, au local à eux assigné dans le département primaire de quarantaine.

2. Les malades seront portés sur une litière et seront placés vers le milieu du terrain neutre entre la quarantaine primaire et le département de l'Hôpital, par les personnes qui les porteront à terre, lesquels se retireront alors au département primaire de quarantaine, à moins qu'ils ne soient des matelots appartenant au vaisseau, dans lequel cas, ils retourneront à bord; alors les personnes du département de l'hôpital entreront sur le terrain neutre et les transporteront à l'hôpital propre à leur cas.

3. Il y aura dans le département de l'hôpital, à une distance raisonnable de l'hôpital du choléra, une bâtisse ou appentis pour les cholériques convalescents, où ils resteront au moins quatre jours avant d'être transportés au département primaire de quarantaine, où une quarantaine additionnelle de quatre jours leur sera imposée, après qu'ils auront été nettoyés, lavés et purifiés, avant d'être transportés au département final de quarantaine, où deux jours seulement de quarantaine additionnelle, au lieu de six, sera fait, formant en tout dix jours entiers, après avoir laissé l'hôpital du choléra. Alors, si le patient continue à être en santé il sera déchargé.

4. Les personnes ayant complété leur période de quarantaine, seront de suite transportées de la station de quarantaine par des vapeurs employés pour cet objet et continueront de suite leur voyage.

5. Les provisions, hardes, linges de lit et tout autre accessoire nécessaire pour le département de l'hôpital, seront transportés dans les limites de l'hôpital sous les mêmes restrictions et règlements que les personnes.

6. Tous médecins, aides, domestiques, garde-malades et autres assistants en rapport avec la station de quarantaine du choléra, et aussi toutes personnes faisant la quarantaine, resteront et seront gardés constamment dans la section ou département auquel ils ont été respectivement assignés, il ne sera permis à aucun d'eux, sous aucun prétexte d'avoir directement ou indirectement, aucune communication quelconque avec les personnes d'un autre département

ou section, excepté durant le service régulier de quarantaine.

7. Tout employé, garde-malade ou aide appartenant à la section de quarantaine qui sera trouvé violant la règle ci-dessus, sera passible d'être suspendu de ses fonctions avec forfaiture de son salaire et de ses émoluments, ou déchargé de son emploi, à la discrétion de l'officier médical en charge ou du Surintendant, à part d'être obligé de faire telle quarantaine que la nature du contact ou de son exposition pourra requérir.

8. Toutes personnes violant la règle ci-dessus en allant du département final de quarantaine au département primaire ou d'aucun de ceux-ci au département de l'hôpital, seront dès que la chose sera découverte, détenues dans le département où elles auront été contrairement à la loi, et seront tenues de faire là une nouvelle quarantaine.

9. Toutes personnes souffrant ou permettant l'approche de personnes d'un autre département, excepté durant le service régulier de quarantaine, seront passibles à la discrétion de l'officier médical, d'être renvoyées au département auquel la personne qui les approche ainsi appartient, et d'être soumises à une nouvelle quarantaine.

10. Les trois sections ou départements de quarantaine seront séparés les uns des autres et bornés par un cordon ou morceau de terrain neutre, d'au moins cent pieds de large, et seront entourés par une forte clôture d'au moins sept pieds de haut.

11. Entre le département de quarantaine finale et celui de l'hôpital, au bout extrême du département primaire de quarantaine, il y aura un cordon, ou passage, ou portion de terrain, d'au moins trente pieds de large, avec une clôture bien close de sept pieds de haut pour servir exclusivement de passage entre le département final et celui de l'hôpital pour le retour des patients au département de l'hôpital, s'il y a lieu.

12. Chacune des sous-division dans les autres départements, et particulièrement dans le département Primaire de quarantaine sera entourée d'une clôture close de sept pieds de haut.

14. Chacun des départements ci-dessus mentionné peut être et sera subdivisé de telle manière que les circonstances pourront le requérir, et autant qu'il sera possible, en conformité avec le plan qui accompagne ce projet.

15. L'endroit pour débarquer dans le département primaire de quarantaine, sera aussi près du département de l'hôpital que

possible, et aussi loin que possible de l'endroit du département de rembarquement dans le département final de quarantaine.

16. Il y aura communication télégraphique entre chaque département, avec un opérateur télégraphique à chaque.

Parmi les détails additionnels de mon plan, ce qui suit est très important :—

On fera couler un courant continu d'eau dans les lieux d'aisance (water closets), les réceptacles d'eaux sales, les égouts, qui se déchargeront d'eux-mêmes à marée basse; et on se servira de tels autres désinfectants que la science peut indiquer ou la nécessité suggérer.

LE CHOLÉRA.

Lecture publique faite devant l'Institut Médical,

Par J. P. ROTTOT, M. D.

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

M. le Président et Messieurs.

Le sujet de la lecture de ce soir sera le choléra. Quoique cette maladie soit ancienne, elle est encore un sujet de discussion tout neuf et plein d'actualité; car on peut dire que le choléra est à nos portes, et que selon toute probabilité nous l'aurons ce printemps au milieu de nous. De plus il s'en faut de beaucoup que nous le connaissions à fond: aussi, sa nature, ses effets sur notre système, son traitement, sont des sujets pleins d'intérêt et qui réclament toute notre attention. Je vous prie cependant de ne pas croire que je vais vous expliquer tous ses mystères, vous annoncer la découverte d'un remède infailible dans tous les temps, dans toutes les périodes, et pour toutes les personnes atteintes de cette terrible maladie. Je viens tout simplement faire la conversation, raisonner avec vous, afin de tâcher de comprendre autant que possible ce que c'est que le choléra, et le meilleur remède à employer. Aidé des écrits de ceux qui ont traité ce sujet, je veux vous le présenter à mon point de vue. Il me semble que quand il existe quelque question obscure chacun doit y mettre la main; et faire connaître ses impressions, ses idées, tout soumettre en un mot à l'examen, à la critique de ses confrères, afin de parvenir à découvrir la vérité.

Qu'est-ce qu'on entend donc par choléra? On entend une maladie qui à certaines périodes des attaque l'espèce humaine, et emporte en peu de temps un grand nombre de ceux

qu'elle atteint, et dont les principaux symptômes sont selles et vomissements fréquents et abondants de matières particulières. Au lieu de commencer immédiatement par l'étude de cette maladie, nous allons d'abord tâcher d'en connaître la cause; c'est le meilleur moyen d'en comprendre la nature et le traitement. C'est ce que l'on fait dans la plupart des autres maladies, et c'est ce que l'on a fait surtout pour le choléra; on n'a rien négligé afin de parvenir à la découvrir. De sorte qu'aujourd'hui, nous sommes certains, d'abord, que ce n'est pas une maladie engendrée par le climat, particulière à un seul climat, puis qu'on la voit quelquefois exister dans tous, et qu'elle est parfois longtemps sans paraître dans les climats mêmes d'où elle prend son essor: que c'est une cause accidentelle, développée seulement sous certaines circonstances: enfin il paraît être prouvé aujourd'hui à l'évidence, que les causes du choléra sont les miasmes qui se dégagent des matières animales en décomposition, provenant des cadavres que les Orientaux jettent dans le Gange par principe religieux, et des animaux que les Mahométans immolent à la divinité dans leur pèlerinage à la Mecque, et qui ne sont pas enterrés. Il n'est pas difficile pour nous de croire que ce soit la véritable cause quand l'on connaît déjà les effets produits sur nous lorsque l'on dissèque des cadavres, dont la putréfaction est même à peine commencée, quand l'on sait avec quelle promptitude les gaz provenant des cadavres en décomposition causent la mort de ceux qui les respirent. Les miasmes agissent-ils directement sur le système? Ou agissent-ils d'abord sur l'air atmosphérique, en modifiant sa composition de manière à le rendre impropre à remplir ses fonctions? On n'en sait trop rien. Toujours est-il que les premiers affectés sont ceux qui sont les plus exposés à ces miasmes cadavériques, et que la maladie en se communiquant, soit directement par leur entremise de proche en proche, soit par le moyen de l'air des vents, promène son action dévastatrice dans presque toutes les parties du Globe, Les miasmes, voilà donc les causes du choléra. Connait-on à présent, leur nature, leur mode d'action sur le système? Non, on n'en a qu'une connaissance approximative, à peu près semblable à celle que nous avons de l'action de tous les autres corps en élément de la nature sur notre organisation. Mais pour obtenir cette connaissance même imparfaite, il faut avant tout avoir une idée de ce que c'est que la vie, l'existence et ses phénomènes. Aussi,

je vais considérer ce sujet pendant quelques instants. La vie, c'est l'existence, c'est être quelque chose. Pour qu'une chose soit, pour qu'elle existe, il lui faut d'abord sa substance, sa forme, et enfin ses attributs ou qualités qui font le complément de son existence. En effet l'attribut est essentiellement attaché à l'être lui-même, c'est ce qui l'identifie, qui en fait un être à part, distinct de tous les autres, c'est par ses attributs, ses qualités, qu'un être prouve qu'il est. On peut dire que l'attribut est le principe de vie de la substance elle-même. Attribut ou qualité veut donc dire propriété quelconque capable de se manifester par une action, par un effet quelconque. La vie en d'autres mots est donc une puissance? par conséquent toute substance a une puissance qui lui est particulière. Quand donc on parle de l'inertie de la matière, il ne faut pas prendre cette expression à la lettre; car la matière est active, elle vit, elle réunit ces trois qualités fondamentales de l'existence; elle a sa substance, sa forme, et ses attributs. On peut dire maintenant qu'il y a plusieurs espèces de vie; il y a par exemple la vie de la matière proprement dite, la vie organique, et manifestée chacune par leurs divers attributs. La vie de la matière est la vie primitive, la première existante, c'est une vie particulière à elle-même indépendamment et indépendante de l'organisation; elle a existé avant la vie organique; la matière existerait sans jamais devenir organisée si elle n'obéissait qu'aux lois qui gouvernent cette première existence. Les attributs de la matière sont les propriétés particulières appartenant aux diverses substances de la matière, par lesquelles elles agissent les unes sur les autres, les unes par les autres, causant de nouvelles formes, produisant des décompositions, et formant d'autres combinaisons. L'eau par exemple ne change-t-elle pas continuellement, soit de forme, de consistance ou de nature? Ne devient-elle pas neige, glace, ou vapeur? Ne se décompose-t-elle pas pour former des gaz, et se combiner avec d'autres substances? Le fer exposé à l'air ou dans les entrailles de la terre, ne se transforme-t-il pas? N'en est-il pas de même pour toutes les autres substances de la nature? Voilà par conséquent ce que l'on peut appeler la vie de la matière, la même en tous lieux et toujours. Si maintenant on examine la matière comme faisant partie d'un corps organisé, on voit une déviation de ces règles premières; ce ne sont pas les mêmes effets, les mêmes phénomènes; d'autres actions, d'autres changements se font, en opposition pour ainsi dire

aux lois primitives. Pour que ceci ait lieu, il faut que la matière soit sous l'influence d'autres lois, il faut qu'elle soit soumise à l'action d'une autre puissance, d'un autre principe de vie, qui est le principe de la vie organique. L'organisation a donc ses lois, son action, ses effets; de sorte que la matière qui fait partie d'un corps organisé, se trouve directement soumise à ses lois, elle ne vit plus entièrement d'après les lois primitives de la matière, mais d'après les lois de l'organisation de l'être dans lequel elle se trouve: cet état dure tant que l'être organisé conserve sa vie propre, mais du moment que sa vie cesse, la matière obéit autrement à ses lois primitives. On voit ceci dans un corps après la mort, ou même pendant la vie, lorsqu'une partie seule du corps cesse de vivre. Ainsi qu'un bras soit isolé du corps simplement par la compression, les différentes parties qui le composent ne resteraient pas longtemps dans le même état, leurs actions, leurs fonctions seraient complètement changées, les éléments agiront les uns sur les autres d'après d'autres lois, et il en résultera d'autres composés d'une nature tout à fait différente. La vie organique modifie donc la vie primitive de la matière, mais ne la détruit pas, car celle-ci prend son cours du moment que l'autre cesse d'exister. On pourrait dire que la vie organique est l'antagonisme de la vie matérielle, qu'il y a lutte continuelle entre les deux. Cependant on dirait avec plus de raison qu'il y a tout à la fois lutte et harmonie; harmonie, par les manifestations de la vie organique, dans les rapports entre elle et le milieu dans lequel le corps organisé existe; lutte si l'on considère l'action réciproque de l'une contre l'autre: lutte continuelle et incessante, durant laquelle chaque puissance peut se glorifier tour à tour de la victoire: car s'il est vrai que l'être organisé s'empare de la matière pour se l'assimiler, pour la soumettre à ses lois, il n'en est pas moins vrai, que cet être finit par perdre sa vie, sa puissance, qu'il se désorganise, et qu'il remet à la matière les substances qu'il lui avait dérobées pour un moment. Tout corps organisé est composé de plusieurs parties, mais quel qu'en soit le nombre, ça ne constitue toujours qu'un seul tout, qui vit, et dont les diverses fonctions se font en vertu d'une seule force vitale, d'un seul principe de vie; par conséquent on peut dire que la vie et la santé ont lieu, lorsque ce principe de vie conserve toute sa force, son énergie, qu'il étend son action sur toute les parties du corps; et que la maladie et la mort ont lieu lorsque ce prin-

cipe de vie est affaibli, que son action est entravée, ou qu'il cesse complètement d'agir. Cependant il faut encore remarquer que les différentes parties, les différents organes d'un corps, sont de forme, de texture, de composition différente, et qu'ils remplissent des fonctions tout à fait différentes. Chaque organe paraît donc avoir une espèce de vitalité distincte, qui fait qu'il agit d'une manière qui lui est propre et particulière sur les substances avec lesquelles il vient en contact: c'est ainsi que les éléments sont changés en os, muscles, sang, urine, etc, par les organes préposés à cet effet: mais chaque organe ne peut malgré cela, remplir ses fonctions à moins de recevoir sa force, son pouvoir d'action du principe vital qui préside à tout l'organisme: et les organes, à leur tour, chacun suivant son importance, agissent sur ce principe, modifiant sa condition, selon qu'ils remplissent plus ou moins bien leurs fonctions respectives. J'ai dit que les organes agissent différemment sur les éléments, de même les éléments agissent différemment sur les organes; on voit par exemple des substances agir sur des organes et ne pas produire d'effets sur d'autres, on voit des remèdes agir sur les poulmons sans produire le moindre effet sur le cerveau, les intestins etc; et vice, *versa*. Pour résumer donc, je dis que la vie organique est une force, une puissance, et la vie matérielle primitive pareillement; que la première continue son existence tant qu'elle conserve assez de force pour résister à l'action de l'autre, que la maladie et la mort arrivent lorsque la vie matérielle, affaiblit ou détruit le principe de vie de l'être organisé. Ainsi le devoir du médecin est de supporter ce principe de vie, lorsque la maladie a lieu, et d'en détruire la cause, quand il le peut. Nous avons vu au commencement que les miasmes étaient les causes du choléra. Nous allons examiner maintenant une autre question. Le choléra est-il contagieux? Je crois que oui. D'abord une maladie est contagieuse, lorsqu'elle donne de nouveau, naissance à l'élément qui a premièrement causé la maladie. Maintenant, toutes les maladies contagieuses, ne se propagent pas de la même manière; les unes se communiquent, par le toucher, les autres par la respiration, d'autres seulement par l'inoculation, etc. Or donc, pour qu'une maladie contagieuse soit contagieuse, il faut que son virus soit présenté au système dans les conditions voulues pour que son absorption se fasse, autrement elle ne sera pas contagieuse. La première chose que l'on a à faire donc dans un cas

douteux, c'est d'examiner comment une maladie se propage, et qu'elles sont les circonstances qui favorisent cette propagation. On peut donc dire qu'une maladie est contagieuse, lorsqu'on la voit se propager sans que les individus se soient exposés à la cause première de la maladie ; car il faut nécessairement alors qu'un nouveau virus ait été formé. Il y a des maladies contagieuses tellement actives, que personne n'a de doutes sur leur nature, il ne suffit que de toucher ou d'approcher les malades pour être infecté du même virus. Mais il n'en est pas de même pour toutes, et ce qui fait qu'un grand nombre de médecins doutent ou croient même que le choléra n'est pas contagieux, c'est qu'il s'en faut de beaucoup disent-ils, que tous ceux qui s'exposent aux émanations cholériques provenant des malades en soient affectés ; d'autres, se sont mis de la salive des cholériques sur la langue pour prouver la même chose. Mais tout cela ne prouve pas que la maladie n'est pas contagieuse, cela prouve tout simplement que le virus cholérique n'est pas extrêmement actif, et que son absorption ne se fait de toutes les manières et sous toutes les circonstances. Ainsi, je suppose qu'un cholérique soit dans un endroit sain, dans un vaste appartement, que l'on renouvelle l'air souvent, il est bien probable que ceux qui visiteront ce malade, eux-mêmes qui le soigneront ne seront pas atteints de la maladie, s'ils ont soin de ne pas demeurer trop longtemps près du malade, de changer d'air, de ne pas le voir dans un état de faiblesse, s'ils remplissent en un mot toutes les précautions recommandées dans ces circonstances là. Au contraire que le malade soit dans un endroit malsain dans une petite chambre, qu'il y ait une agglomération de personnes, que l'air ne soit pas ou presque pas renouvelé, que les autres précautions soient négligées, vous verrez le choléra se propager et atteindre si non toutes, au moins le plus grand nombre des personnes ainsi exposées à son influence. Ceci a lieu non seulement quelquefois, et en quelques endroits seulement, mais toujours et partout, chaque fois que ces mêmes circonstances se présentent. Ceci prouve donc que la maladie est contagieuse et que les circonstances favorables à sa propagation, sont une agglomération de personnes dans un endroit malsain et où l'air ne peut pas être renouvelé. Aussi, suis-je porté à croire que c'est principalement si non totalement, par la respiration que l'absorption du virus cholérique se fait. Plus l'air en est imprégné, plus on le respire long-

temps, plus on est exposé à en subir l'influence. Il en est de cette substance comme de toutes les autres, pour qu'elle agisse, il faut qu'elle soit prise à une certaine dose ; vous savez tous aussi que les remèdes les plus actifs, les poisons les plus violents sont inactifs si vous les divisez, si vous les diluez trop, et de plus que la même dose ne produit pas les mêmes effets sur tous les individus, aussi ces mêmes règles s'appliquent aux miasmes cholériques. Ces miasmes existent donc dans l'air, ils proviennent du malade, par conséquent ils existent en lui. Mais comment existent-ils en lui ? Son sang, les fluides, ou quelques autres parties constituantes de son système, se trouvent-elles décomposées, désorganisées, enfin produisent-ils un effet semblable à celui de la peste, du venin de certains animaux ? Non, je ne le crois pas. Le virus cholérique ne produit aucune désorganisation, il circule dans le système, produit son effet particulier sur la muqueuse intestinale (que j'expliquerai tantôt,) et forme de nouveaux miasmes cholériques en agissant sur les substances qui ne font plus partie du système, qui sont privées du principe vital, qu'il transforme en une matière de même nature que lui. Ces miasmes sont ensuite éliminés du système par la respiration, la transpiration, et le canal intestinal. Comment ce virus une fois absorbé agit-il sur le système ? Est-ce que toutes les parties du corps, tous les organes en sont affectés ? Non. Il n'y a que la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins qui le soit. Le cerveau, les poumons, le cœur et tous les autres organes ne présentent aucun symptôme de maladie. Comment donc agit-il sur la muqueuse ? Est-ce qu'il produit une irritation, inflammation, ou désorganisation. Non, rien de tout cela. Ce dont on s'assure par les symptômes pendant la vie, et par l'autopsie. En effet, il n'y a pas cette sensibilité, cette douleur d'une maladie inflammatoire ; la peau n'est pas chaude, le pouls n'est pas dur, au contraire il est petit, faible, vif, les sueurs sont froides, abondantes, il n'y a pas de ténésmes, ni selles sanguinolentes, elles sont liquides, et abondantes. Ainsi, non-seulement il y a absence de symptômes d'irritation, d'inflammation, mais on ne voit que des symptômes contraires ; des symptômes de faiblesse, de prostration. A l'autopsie maintenant, trouve-t-on la membrane muqueuse congestionnée, enflammée, ulcérée, ramollie, ou la formation de quelque lymphé ou sécrétion, telle qu'il s'en forme dans les maladies inflammatoires ? Non, on ne trouve rien de tout cela. Par conséquent le choléra

n'est pas une maladie inflammatoire. On trouve il est vrai, le sang en plus grande abondance dans les vaisseaux capillaires, mais il faut se rappeler qu'il a perdu son élément séreux, de sorte qu'il est devenu d'une consistance syrupeuse, et c'est cette consistance qui le force à stagner dans les vaisseaux capillaires, dans lesquels il devient noirâtre par manque d'oxygénation. Puisqu'il n'y a pas d'irritation, d'inflammation, comment donc le choléra agit-il sur la muqueuse? Pour découvrir cela, examinons les fonctions de la muqueuse. Vous savez que cette membrane absorbe et sécrète. Elle absorbe les aliments et sécrète les substances provenant du sang, du système, qui ne peuvent plus servir à la nutrition. Pour qu'elle puisse remplir ses fonctions, il faut qu'elle soit à son état normal, qu'elle possède une certaine puissance, une certaine force vitale. Maintenant, modifiez son état normal, augmentez ou diminuez sa force vitale, son action se trouve modifiée, elle agit trop ou elle n'agit pas assez. Ainsi irritez, stimulez modérément cette membrane, vous augmentez son pouvoir digestif, son pouvoir sécrétoire; poussez cette irritation plus loin, vous changez, vous détruisez son action. Le sang alors afflue en trop grande abondance; il y a congestion, inflammation; son pouvoir absorbant est diminué, ses excréments sont changés, sont diminués, elles deviennent sanguinolentes. D'un autre côté, affaiblissez un peu ce pouvoir vital, l'absorption diminue ainsi que la sécrétion. Continuez à l'affaiblir qu'arrivera-t-il? Le pouvoir absorbant devient presque nul et l'excrétion augmente. Ainsi vous voyez une personne sous l'influence de la peur, affaiblie par conséquent sans maladie organique, vous la voyez, dis-je, obligée d'aller à la garde robe, ses intestins deviennent lâches, ses selles sont liquides abondantes; ou bien elle passera une grande quantité d'urine, ou encore elle éprouvera une forte transpiration; il en est de même bien souvent après une forte saignée, après des maladies qui diminuent les forces vitales: on dirait que les membranes, que les vaisseaux ne peuvent plus retenir les liquides qu'ils contiennent, leurs pores s'élargissent, et le liquide sort; c'est pour ainsi dire, un effet physique, on dirait même une paralysie de ces vaisseaux. Eh bien, suivant moi, voilà comme le choléra agit, il affaiblit le pouvoir vital de la muqueuse intestinale, de sorte qu'elle laisse échapper la partie séreuse du sang en trop grande abondance; de là cette

situation du sang se trouve changée, il n'y a plus d'équilibre entre ses parties constituantes, il devient impropre à remplir ses fonctions, il ne peut plus supporter la vie, il devient plus épais, il ne circule plus si facilement, il y a stagnation dans les capillaires, il prend une couleur bleuâtre, puis vient la mort. La mort donc dans le choléra, n'arrive pas par la désorganisation de quelque organe nécessaire à la vie, elle arrive par la décomposition du sang, par la perte de son sérum.

(A CONTINUER.)

VAGIN ARTIFICIEL.

Travail lu devant la société Médico-Chirurgicale de Montréal
Par W. H. HINGSTON, M. D.; L. R. C. S. E.,
chirurgien du département St. Patrice de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Un des derniers numéros du *Boston Medical Journal*, nous donne des détails relativement à un cas d'absence congénitale du vagin, chez une jeune personne de cette ville, qui à juste titre a présenté assez d'intérêt pour mériter l'insertion dans la *Gazette Médicale*. Le docteur Collins, de Boston, fut consulté par une jeune fille âgée de 22 ans, qui n'avait jamais été menstruée, et qui à l'examen n'offrait aucune trace de vagin. Le méat urinaire était à sa place normale et une légère dépression qui existait au bas, indiquait le lieu de *l'os externum*.

L'examen *per rectum* fit constater l'existence d'un utérus et la conclusion du rapport fut, que le "cas a été jugé irrémédiable." En lisant le rapport ci-haut mentionné, que j'ai esquissé, il offre les mêmes caractères que celui que j'ai rencontré dans ma pratique, avec cette différence seulement, que le cas fut jugé remédiable; et comme les détails pourraient offrir quelque intérêt à quelques-uns des membres de cette société, je crois devoir les rapporter brièvement. Dans l'été de 1859 je fus appelé auprès de Mlle.... de cette ville, âgée de 23 ans, qui n'avait jamais été menstruée, et qui en conséquence souffrait beaucoup. Mlle.... était une jeune fille grasse, d'une figure colorée et bouffie, et présentant l'apparence d'une pléthore générale. Elle me dit que ses souffrances étaient presque continuelles, mais que cependant, elles étaient plus grandes durant quelques jours de chaque mois; elle était dans cet état depuis l'âge de 14 ans, et depuis lors ses souffrances avaient augmenté d'intensité. Ses jours s'écoulaient au milieu de douleurs continuelles et ses nuits étaient troublées par des ré-

ves fiévreux et par de l'insomnie. Quelques années auparavant, son médecin lui avait conseillé de prendre de la morphine qu'elle avait graduellement augmenté, quoique sans soulagement aucun, et le sommeil dans lequel elle se trouvait plongé était tellement laborieux, sa respiration était tellement stertoreuse que fréquemment, sa famille était obligé de l'éveiller. Pendant cette période de temps, plusieurs médecins avaient été consultés, et comme elle avait retenu une liste des remèdes employés par chacun d'eux, je pus voir qu'elle renfermait des emménagogues, des cathartiques, des sudorifiques, des dérivatifs et des stimulants. Comme tout l'arsenal de la matière médicale était à peu près épuisé, je proposai un examen par le toucher. On y fit cependant quelques objections, jusqu'à ce qu'une sage-femme très intelligente, qui m'avait conseillé dans ce cas-ci, (et qui à ma suggestion fit un examen) m'informa que la patiente n'était pas comme les autres femmes. À l'examen, le *mons veneris* était bien peu couvert de poils, la couche de tissu adipeux sur la symphyse du pubis, n'était ni épaisse ni ferme. Le méat urinaire était à son siège normal, et un peu en bas il y avait une légère dépression qui indiquait la place du vagin. Il n'y avait ni preputium clitoridis, ni clitoris, ni lèvres, nymphes, ni vestibule. À l'examen *per rectum* on put établir l'existence d'un utérus, mais en introduisant en même temps le cathéter dans l'urètre, on ne pouvait reconnaître la présence d'un vagin. Je proposai immédiatement de remédier à cet état de chose par la chirurgie, croyant qu'une division de la peau qui paraissait mince, conduirait à quelque chose comme un vagin. Ayant obtenu le consentement de la jeune fille, je fis une première incision, le 23 Juin 1859, à trois lignes du méat urinaire jusqu'à une même distance du rectum. Dans la ligne d'incision, je rencontrai ça et là du tissu aréolaire condensé, mais aucune trace de vagin. Je vis alors qu'il n'existait aucun passage naturel, et jugeai nécessaire d'en tracer un à travers le tissu mou. Le jour fut choisi et en même temps je pris une grosse éponge de Turquie que je plongeai dans une forte solution de gomme arabique, que je soumis à une forte pression pendant quelques jours, et qui par ce moyen acquit l'épaisseur et la dureté du cuir à semelle. Le 27 Juin la malade fut mise sous l'influence du chloroforme, puis une incision de la longueur de la première fut faite dans la ligne médiane; un spéculum à trois valves fut introduit, et à travers, plu-

sieurs bandes étroites d'éponge durcie. L'hémorragie pendant l'opération fut quelque peu alarmante; mais après mon départ, la quantité de sang perdu fut tellement grande qu'il passait, à travers le lit, coulait sur le plancher et avait déterminé plusieurs syncopes. Ayant été appelé en toute hâte auprès de la malade, j'enlevai les morceaux d'éponges gonflés, au moyen de cordes qui avant leur introduction avaient été attachées à chaque morceau et je fis des injections astringentes. L'hémorragie cessa graduellement.

Deux jours après avoir enlevé l'éponge j'en introduisis de nouveaux morceaux par le spéculum, la malade étant sous l'influence du chloroforme, et je répétai ce procédé sans chloroforme tous les deux jours pendant quinze jours, lorsque à force d'instance je fis consentir la patiente à se soumettre de nouveau à l'opération, lui assurant, en même temps qu'à ses amis, que l'hémorragie cette fois serait très légère, vu que je pouvais sentir l'utérus à une petite distance de la plaie déjà faite. Le 15 Juillet je fis une autre incision plus profonde allant en haut et en arrière, toujours dans la ligne médiane, et je réussis à atteindre l'os utéri qui était plein, et à lèvres épaisses. Quoiqu'une bougie élastique fut introduite dans l'intérieur de la cavité à la profondeur ordinaire il ne s'échappa aucun écoulement ni aucune sécrétion. J'eus alors un vagin ferme, apte à tout et l'éponge comprimée augmentant encore sa capacité. L'éponge fut enlevée, des morceaux nouveaux introduits tous les deux jours, pendant plusieurs semaines, lorsque je leur substituai le spéculum couvert de charpie que j'introduisis de la manière ordinaire, et les manches furent liés ensemble. Quinze jours après la dernière opération, il se fit une légère sécrétion qui augmenta à la période mensuelle subséquente, et fut accompagnée de la guérison complète de tous les symptômes alarmants pour lesquels cette jeune fille m'avait consulté. La morphine fut mise de côté, et le sommeil fut profond et rafraichissant, et la patiente qui était grosse, bouffie, d'une apparence apoplectique, devint aussi délicat et gentille qu'elle put désirer. Le procédé de dilatation employé fut continué pendant plusieurs mois. Quelque temps après, je fus consulté relativement à son mariage (dont il était alors question) et après examen je le conseillai sans hésitation. Les parois du vagin artificiel étaient douces, lubrifiées par une certaine sécrétion et la capacité de l'organe était naturelle. Maintenant je dois mentionner ce qui me paraît le plus

remarquable dans ce cas-ci; avant l'opération il n'y avait aucun désir sexuel, mais lorsque la menstruation fut parfaitement établie, il y eût une grande différence sous ce rapport, et après le mariage les désirs augmentèrent avec les rapports. La malade n'est pas devenue enceinte. Tels sont, messieurs, les points les plus saillants d'un cas qui m'a beaucoup intéressé. J'ai consulté tous les ouvrages que j'ai pu rencontrer afin d'avoir des détails d'un cas semblable, et n'ai pu réussir, et ce n'est que le cas rapporté par le Dr. Collins, plus haut mentionné qui a attiré mon attention.

ARTHRITE AIGUE DU GENOU

Gubrison par le cataplasme belladoné.

Dans les derniers jours de Décembre, une jeune femme de vingt ans sortait de l'Hôtel Dieu, guérie d'une arthrite aigue du genou, liée, suivant toute apparence, à l'existence antécédente d'une blennorrhagie. Les douleurs étaient tellement vives que la malade poussait des cris. L'inflammation était d'une intensité menaçante pour l'articulation. Les cataplasmes émoullients et les sangsues n'avaient amené aucun soulagement. C'est par l'application d'un moyen empirique dont M. Trousseau a déjà eu plusieurs fois l'occasion de constater les bons effets, que cette guérison a été obtenue. Ce moyen qui paraît doué d'une grande énergie, n'est autre que le cataplasme belladoné, dont nous croyons devoir rappeler ici la formule.

Pour un cataplasme de grande dimension tel que celui qui est destiné à envelopper le genou, (ce cataplasme n'est applicable qu'aux articulations qui peuvent être entourées de toutes parts, comme le genou, le coude, le poignet ou le cou-de-pied), on fait cuire dans de l'eau une livre à une livre et demie de pain, croute et mie, non pas au feu direct, mais au bain-marie, afin que le pain ne soit pas brûlé. La cuisson doit être poussée jusqu'à ce que la pâte ait la consistance du gâteau anglais connu sous le nom de *plum-pudding*. Quand la pâte est cuite aux trois quarts et qu'elle est de consistance à conserver la forme du vase et à se tenir debout sans s'affaisser, on la délaye dans huit onces d'alcool camphré, et on la soumet de nouveau à la cuisson jusqu'à ce qu'elle ait repris la même consistance. Ce résultat obtenu, on verse la pâte sur une serviette ou une large compresse, sur laquelle on l'étend de manière qu'elle ait environ trois centimètres d'épaisseur. Cette consistance et cette

épaisseur sont des conditions essentielles, car plus mou ou moins épais, le cataplasme se déplacerait, et les parties saillantes de l'articulation n'en seraient plus couvertes; il faut qu'il puisse rester exactement appliqué sur toutes les parties saillantes ou déprimées de la jointure. La pâte ainsi étendue, on la recouvre d'une couche de bouillie faite avec deux drachmes d'extrait de belladone, une drachme d'opium, deux drachmes de camphre en poudre. Pour faire cette bouillie, on fait préalablement dissoudre le camphre dans un peu d'éther, et on y ajoute les extraits de belladone et d'opium. Le cataplasme ainsi confectionné est appliqué autour de la jointure et enveloppé d'abord d'une pièce de flanelle; puis d'une pièce de taffetas ciré. Le membre est placé sur un coussin. Ce cataplasme doit être maintenu en place, sans y toucher, pendant huit jours. Il peut rester quelquefois huit ou dix jours et même d'avantage sans s'altérer.

Chez la malade en question, il a été enlevé le huitième jour, et on a pu constater qu'il n'y avait pas d'odeur. Mais ce qui était plus important, la tuméfaction du genou était notablement diminuée; la douleur était très amoindrie, il en restait encore un peu toutefois.

On a attendu quatre jours; puis après le quatrième jour, on a appliqué un deuxième cataplasme semblable au premier. Ce second cataplasme a été enlevé après une période égale de huit jours, et on a pu constater alors avec satisfaction qu'il n'y avait plus ni gonflement, ni douleur, et que l'articulation jouissait de toute la liberté de ses mouvements.

M. Trousseau affirme avoir appliqué souvent avec succès ce moyen de traitement dans des arthrites très graves et surtout très douloureuses, dépendant soit de blennorrhagies, soit de suites de couches, alors même qu'il y avait déjà dans quelques cas, flexion du membre avec commencement d'ankylose.

L'application successive de deux, trois, quatre cataplasmes au plus, lui a toujours paru suffisante.

Parmi les faits les plus saillants qu'il a rappelés à cette occasion, nous avons retenu l'histoire d'un homme entré en 1832 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Récamier, que suppléait alors M. Trousseau, pour une arthrite blennorrhagique très grave du genou. L'articulation était fléchie à angle droit. Breschet consulté, avait, après un examen attentif, proposé l'amputation comme la seule ressource possible à ses yeux. M. Trousseau ne partageant pas cette opinion, eut recours

au cataplasme en question, dont l'usage fut suivi de l'application d'un appareil extensif. Le malade sortit guéri au bout de quelque temps, et ne conservant seulement de sa grave affection qu'une légère ankylose. — (*Gazette des Hôpitaux.*)

EMPLOI DU DRAINAGE

dans la Pleurésie.

L'efficacité du drainage appliqué aux épanchements pleurétiques récidivés, purulents, qui tend à s'introduire dans la pratique anglaise, est une nouvelle preuve de l'innocuité de l'air et des corps étrangers sur les membranes séreuses. C'est généraliser avec succès le traitement de l'hydrocèle par le séton. Dans un mémoire de M. Kidd, sur ce sujet (*Dublin Quarterly Jour. of Med. Sciences*), six exemples de l'application de cette méthode sont relatés, et lui-même en rapporte un septième dont le succès ne laisse rien à désirer. Il s'agit d'une nouvelle accouchée qui, prise d'un point pleurétique à gauche, le quatrième jour, dut être ponctionnée le vingt-neuvième. Trois pintes de séro-pus s'écoulaient ; mais douze jours après, il fallait recommencer. C'est alors qu'un drain ou tube perforé en caoutchouc, fut introduit pour l'écoulement continu du liquide. Dès lors, l'amélioration ne fut plus interrompue ; le cœur reprit définitivement sa place, ainsi que le poumon, toutes les fonctions s'exécutèrent normalement, et la malade se levait, allait et venait dans la maison, dès le 25 Décembre, trois semaines après l'application de ce tube. Le 8 Février dernier, l'écoulement ayant graduellement cessé depuis plus de quinze jours, il fut enlevé et remplacé par quelques fils de soie en cas de récidive. Après quelques jours, ce nouveau séton donnait issue à 3 ou 4 onces de liquide, dans les vingt-quatre heures ; il diminua ensuite et permit de supprimer cette mèche le 23 Mars. Le 13 Avril, cette femme se portait parfaitement, faisant plusieurs milles à pied, sans gêne de la respiration, ni trouble des autres fonctions. Cette extension du drainage a-t-elle reçu sa considération jusqu'ici en France ? Le silence gardé à cet égard dans la récente discussion sur la thoracentèse prouve du moins que les médecins français n'en font pas grand crédit. Elle tend néanmoins à diminuer de plus en plus les craintes exprimées sur le danger de l'introduction de l'air dans les séreuses et le contact des corps étrangers. Suivant M. Kidd, elle convient surtout dans l'empyème. Dès que la certitude de la purulence est ac-

quise, dit-il, il faut y recourir sans hésiter ; plus le tube sera appliqué de bonne heure, et plus il y aura de chances de guérison.

Union Médicale.)

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE

de la solution de Permanganate de Potasse et de l'Ozone.

Le docteur Jackson de l'Université de Pennsylvanie, après s'être assuré des propriétés désinfectantes de la solution de Permanganate de Potasse, résolut d'étudier son action thérapeutique et son application pratique. Il a trouvé, après des expériences sur lui-même que la solution n'avait aucun goût particulier, mais produisait une sensation de fraîcheur à la bouche, laissant après elle un goût styptique et une certaine sécheresse qui durait une heure et plus. Pris à la dose d'une cuillerée à thé légèrement diluée, deux ou trois fois par jour, il ne causait aucun inconvénient, était quelque peu diurétique et augmentait l'appétit. Il prescrivit la solution dans un cas de dyspepsie accompagné de perte d'appétit et une lassitude extrême. Le patient après en avoir pris une cuillerée à thé dans un verre à vin d'eau quatre fois par jour, pendant quelque temps, fut très bien. Quatre cas de même nature furent traités ainsi, suivis d'un résultat heureux et rapide. Le docteur Jackson rapporte d'autres cas dans lesquels la solution de Permanganate de Potasse a été également utile, parmi lesquels un cas de sécrétion abondante de l'urine. Mais les effets les plus remarquables et les plus merveilleux de ce sel, s'observent dans le traitement des plaies gangréneuses, et dans ce but il a été employé dans plusieurs hôpitaux des États-Unis. Ayant ainsi prouvé l'action thérapeutique certaine de cette substance, le docteur Jackson voulut s'assurer de son principe actif, et il trouva une très grande quantité d'ozone. Il considère que la solution de Permanganate de Potasse contient en outre du sel lui-même, de l'ozone et du peroxide d'hydrogène. Ces substances ont la propriété d'arrêter le procédé de désorganisation dans les tissus vivants, et de ranimer l'action vitale. — (*The American Journal of the Medical Sciences.*)

DE L'EMPLOI LOCAL DE L'IODE PUR,

dans le traitement de l'Inflammation Scrofuleuse et Syphilitique des glandes cervicales ou inguinales.

Sous ce titre, le docteur Priœur a adressé à l'Académie, un mémoire dont Ricord parle

favorablement. Le procédé consiste à appliquer sur les glandes, de petites parcelles d'Iode, renfermées dans une couche de ouate où il se produit une évaporation rapide sous l'influence de la chaleur. L'Iode doit être étendu aussi uniformément que possible sur la moitié à un tiers, ou un quart de l'épaisseur de la ouate, qui doit être couverte avec des feuilles de gélatine, dont la circonférence adhère à la peau, et concentre les vapeurs d'Iode sur un point déterminé. On laisse l'appareil sur place pendant 24 ou 48 heures, et il se forme une phlyctène remplie d'une sérosité épaisse, purulente, ou sanguinolente. Le docteur Prieur dit qu'il a traité pendant 10 ans, par ce moyen, 120 patients qu'il a guéris. M. Ricord regrette qu'en parlant des glandes inguinales, l'auteur du mémoire n'ait pas spécifié qu'il a eu à traiter une inflammation des glandes, soit symptomatique du chancre infectant, ou simplement des bubons sympathiques du chancre mou, ou même des bubons virulents. Mais la région inguinale, comme la région cervicale, est le siège choisi pour les enflures scrofuleuses, et souvent un chancre ou une blennorrhagie sont seulement la cause du développement de ces glandes. M. Ricord a lui-même essayé la méthode de M. Prieur dans 8 cas d'adénite scrofuleuse bien marquée, et le résultat est venu confirmer le succès de ce traitement. — (*Medical and Surgical Reporter.*)

Nos remerciements à M. le Dr. Tassé, inspecteur des prisons, pour l'envoi du Rapport du Bureau des inspecteurs des asiles et prisons, pour l'année 1864.

L'auteur de la correspondance signée "Médicus" est prié de vouloir bien passer à nos bureaux. Nous ne publions aucune communication à moins d'avoir le nom de l'auteur.

Nos remerciements à Elwin M Snow, M. D. Officier de Santé à Providence R. I. pour l'envoi de trois documents relatifs au choléra.

AVIS.

Le plus haut prix sera donné pour les numéros 5, 9 et 10 de "LA LANCETTE CANADIENNE, Journal Médico-Chirurgical" de Montréal; Rédigé par G H Leprohon M. D. Ecuyer en 1847.

AUSSI. Les numéros 1, 4, 7, 8, 10, 14, 15 et 19 du "CANADA LANCET" de M. E. Bowman M. D. Montréal 1863 et 1864.

W MARSDEN, M. D.

Place D'Armes.

Québec: 19 Février 1866.

COLLÈGE MÉDICAL DE BERKSHIRE.

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

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

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

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

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

DISPENSARE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DES DAMES GRISES. — Le nombre de prescriptions données depuis le 20 Janvier au 20 Février, s'élève à 767, réparties entre hommes, femmes et enfants. Médecins de service, M. le Docteur Desrosiers.

DISPENSARE DE MONTRÉAL. — Le nombre de prescriptions pour la même période de temps, est de 572, répartis entre hommes, femmes et enfants. Médecins de service, messieurs les docteurs Peltier et Campbell.

DISPENSARE DE LA PROVIDENCE. — Le nombre de prescriptions données depuis le 20 Janvier au 20 Février est de 1005, à 400 malades, et 42 visites ont été faites. Médecin de service, M. Le docteur Dagenais.