

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 MÉDICALE

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. II.

MAI 1880.

No. 5.

Le Tarif Médical et le Bureau Provincial de Médecine.

On nous écrit de la campagne :

“ Au dernier terme criminel j'ai été appelé à rendre témoignage comme médecin, et mes honoraires, ainsi que ceux de confrères n'ont été que de trois piastres par jour, tandis qu'un arpenteur, aussi témoin dans une autre cause, était payé cinq piastres par jour.

“ La raison, c'est que les arpenteurs ont mis dans leur tarif que, lorsqu'un arpenteur serait retenu en Cour, il aurait droit à \$5.00 par jour. Voilà pourquoi ils sont payés cinq piastres, tandis que nous n'en avons que trois.

“ Le greffier m'a suggéré d'en informer qui de droit, avant que notre tarif soit répandu, et de suggérer d'y insérer que, lorsqu'un médecin sera retenu un ou plusieurs jours en Cour^{*} comme médecin, ses honoraires soient de cinq (\$5.00) piastres par jour.”

Nous nous joignons de tout cœur à la juste réclamation de notre confrère et nous sommes heureux de profiter de cette opportunité pour donner quelques détails sur cette question du tarif. Il est à espérer que le futur Bureau des Gouverneurs remplira mieux ses devoirs, sous ce rapport que le précédent.

Tous les médecins se rappellent que le Bureau Provincial de médecine actuel a été constitué conformément à la loi, le 11 Juillet 1877. Entr'autres fonctions, ce Bureau devait voir à l'établissement d'un tarif pour les médecins.

Qu'a-t-il fait pour un tarif ?

Voyons ce qui s'est passé.

A la séance du Bureau des Gouverneurs tenue le 12 juillet 1877, en la ville de Trois-Rivières, il fut proposé par le Dr Lachapelle, secondé par le Dr Howard et résolu :

Qu'un comité soit nommé pour préparer un projet de tarif d'honoraires (maximum et minimum) pour la ville et la campagne, et faire rapport lors de la prochaine assemblée du Bureau et que ce comité soit composé du Président, des Drs Lemieux, Fenwick, Prévost et Worthington.

Nous ne connaissons pas les travaux de ce comité ; mais ce que nous savons, c'est que le 24 septembre 1877, à une assemblée extraordinaire de la Société Médicale de Montréal, la question du tarif médical étant à l'ordre du jour, le Dr A. Ricard soumet un projet de tarif qui est discuté article par article et finalement adopté. Le secrétaire est alors requis d'en transmettre une copie au Président du Bureau Provincial de médecine pour le faire adopter par le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le secrétaire transmet en effet, copie du tarif adopté par la Société Médicale de Montréal au Président du Bureau des Gouverneurs pour le soumettre le lendemain.

A la première assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine qui a eu lieu à Québec les 26 et 27 septembre 1877, un tarif d'honoraires pour la ville et la campagne fut ensuite discuté et adopté, et le Président fut autorisé à faire imprimer ce tarif pour en faire distribuer des copies à chacun des membres du Collège.

Il est à noter que ce tarif était celui adopté par la Société médicale de Montréal.

Rien dans ce tarif ne désigne ce que les autorités devront

payer aux médecins pour retention en Cour de justice, ou pour témoignage et autopsies devant un coroner, ni même pour soins donnés sur la demande des autorités.

Ce tarif souleva plusieurs objections; car, au lieu d'être acceptable par les autorités, le public, et les médecins tant des villes que des campagnes, il est tel qu'il est refusé devant les Cours de justice, vù qu'il est contraire aux usages reçus et établis dans la Province.

Alors, à l'assemblée semi-annuelle tenue le 25 septembre 1878, le Bureau des Gouverneurs nomma un comité pour reviser ce tarif que les médecins de la campagne regardaient comme une injustice grave à leur égard.

Plus tard, à l'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine qui eut lieu à Québec le 24 septembre 1879, M. le Dr. Perrault soumet un tarif qui est adopté sur la proposition de ce monsieur, secondé par le Dr Belleau; et, le secrétaire est autorisé à le faire imprimer, sanctionner par le Lieutenant Gouverneur en Conseil et publier dans la "Gazette Officielle"

Dans ce nouveau tarif, rien n'est encore stipulé qui rencontre les suggestions de notre correspondant. De plus, d'après la teneur de cette motion, la profession ne sait pas auquel des deux secrétaires incombe le devoir de le faire sanctionner par le Lieutenant-Gouverneur en Conseil.

Même, ce tarif contiendrait-il un article spécial pourvoyant aux honoraires dûs aux médecins pour comparution devant une Cour de Justice ou un coroner, que notre correspondant n'aurait pu retirer les honoraires spécifiés; car, à la date où notre correspondant écrit, le nouveau tarif ne pouvait encore être en force, vù qu'il ne doit être en force que six mois après sa publication dans la "Gazette Officielle."

Enfin, à la réunion du Bureau Provincial de médecine, qui a eu lieu à Montréal, le 13 mai 1880, M. le Dr Perrault, sachant que le projet de tarif adopté à la séance du 24 septembre 1879, n'avait pu recevoir la sanction du Lieutenant-Gouverneur en Conseil, voulut le faire reprendre en consi-

dération par le Bureau des Gouverneurs, mais on préféra renvoyer cette question importante à la prochaine assemblée ; en d'autres termes, le Bureau Provincial actuel, n'ayant encore pu rien faire sous ce rapport pour protéger la profession, a préféré remettre ce soin aux nouveaux Gouverneurs que la profession doit choisir lors des prochaines élections qui auront lieu à Montréal le 14 juillet 1880.

En somme, la profession médicale, malgré l'existence du premier tarif, est, pour ainsi dire, laissée sans protection officielle par le Bureau Provincial de médecine. Nous est avis que, si le Bureau des Gouverneurs eut désiré remplir ses devoirs vis-à-vis la profession médicale qui l'a érigé et constitué, il aurait dû sans plus tarder, voir à faire disparaître cet état de malaise et de mécontentement qui naît toujours dans l'âme de ceux qui ont été la dupe de leur bonne foi.

Nous espérons que le futur Bureau Provincial de médecine se rendra à la juste réclamation de notre correspondant, et revisera une dernière fois le tarif de manière à satisfaire toutes les exigences et qu'il ait force de loi.

Les Assesseurs du Bureau Provincial de médecine.

Depuis quelque temps, cette question des Assesseurs a soulevé dans l'esprit de plusieurs des doutes sur la légalité de certaines nominations.

En effet, d'après les Règlements du Bureau Provincial de médecine, le Bureau nommera pour chaque Université, Collège ou Ecole de médecine incorporée deux Assesseurs, dont la nomination sera pour trois ans, mais sujette à révocation.

Or, à la première assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de médecine tenue les 26 et 27 Septembre 1877 à Québec, le Bureau nomma les Assesseurs suivants :

Pour l'Université Laval.—Les Drs. Marsden et Wells.

Pour l'Université Victoria.—Le Dr Angus Macdonell et le Dr F. Painchaud.

Pour l'Université McGill.—L'Hon. Dr Church et le Dr P. E. Mignault.

Pour le Collège Bishop.—Le Dr J. B. Gibson et l'Hon. Dr A. H. Paquet.

Depuis cette nomination, le Bureau Provincial de médecine n'a pas révoqué un seul de ces Assesseurs.

Cependant quelques changements se sont opérés dans le personnel de ces officiers du Bureau.

Comment cela s'est-il fait ?

Nous aimerions à le savoir, et nous avons droit de le savoir.

Un mot maintenant sur les innovations.

Ou bien la faculté de médecine de la succursale de l'Université Laval est la même qu'à Québec, et alors les Drs. Marsden et Wells en étaient de droit les Assesseurs ; ou bien cette faculté n'est pas la même qu'à Québec, et comme elle n'a aucune existence légale, personne ne doit tenir compte de ses cours ou de ses examens.

Cependant, n'y a-t-il pas eu des Assesseurs nouveaux nommés pour la succursale de l'Université Laval ?

Par qui ont été faites ces nominations ?

Si ces nominations ont été faites par le Bureau, quand ces nouveaux Assesseurs ont-ils été choisis ?

Sinon, ceux qui les ont nommés avaient-ils le droit de le faire ?

Ce sont ces faits qui ont provoqué quelques demandes insérées dans le dernier numéro de *l'Abeille Médicale*, et dont la profession médicale sera heureuse de voir la réponse.

Il suffit de voir la signature de ce document pour savoir de suite qu'il provient d'un des hommes les plus capables et les plus autorisés par son expérience, sa capacité et son indépendance à donner une réponse juste et impartiale :

A Monsieur le Rédacteur de L'Abcille Médicale,

CHER MONSIEUR,

Un correspondant dans votre journal de ce mois demande :

“ Si les Assesseurs sont nommés par le Bureau Provincial de médecine ? ”

Je réponds : Oui !

Ensuite : “ Si leur nomination est pour trois ans ? ”

Je réponds encore : Oui ! Par les réglemens faits par le Bureau, “ leur nomination serait pour trois ans, mais sujette à révocation. ”

Aussi : “ Si le président peut les révoquer à volonté ? ”

Certainement non ! D'autant, que le Bureau qui les a nommés, a seul le pouvoir de les révoquer.

Il demande aussi : “ Si le président peut en choisir de nouveaux, ou en nommer d'autres quand bon lui semble ? ”

Non ! Seulement “ dans le cas de mort, d'absence ou résignation d'aucun des Assesseurs, le Président est obligé de les remplacer. ”

J'ai l'honneur d'être,

Cher Monsieur,

Respectueusement,

WILLIAM MARSDEN, M. A., M.D.

ASSESEUR POUR L'UNIVERSITÉ LAVAL à Québec.

Québec 23 Avril 1880.

Tous les médecins honnêtes doivent concourir dans les vues de cet honorable correspondant, et il est à espérer que le Bureau des Gouverneurs saura jeter le blâme là où il faut que le blâme soit jeté.

N'y aurait-il pas une autre remarque à faire sur cette question des Assesseurs ?

Le Bureau Provincial de Médecine choisit, parmi les membres de la Profession, les médecins les plus distingués et les plus indépendants pour agir comme Assesseurs, qui doivent rédiger un rapport des examens et le transmettre au Secrétaire du Collège résidant dans la ville où les examens auront eu lieu.

Ce rapport des Assesseurs ne doit-il pas être reçu et adopté sans commentaires et discussion par le Bureau Provincial de Médecine ?

Sinon, ne serait-il pas juste et convenable qu'ils assistent aux assemblées du Bureau, pour discuter leur rapport, si quelqu'un manquait de délicatesse au point de critiquer leurs actions en leur absence ?

A l'appui de nos assertions, nous citerons les opinions légales suivantes :

“ Ottawa, 12 Mars 1880.

“ L'HON. A. H. PAQUET, M.D.

“ Mon cher Docteur,

“ Si je comprends bien votre lettre reçue hier, la question que vous me posez est celle-ci :

“ Comme membre du Bureau Provincial de médecine vous avez été nommé par ce Bureau un des Assesseurs pour assister aux examens des universités, collèges et écoles incorporées de la Province. Depuis votre nomination comme tel, vous avez été choisi comme l'un des Professeurs de l'Université du Collège Victoria à Montréal. Par la Section 13, S. Section 4, de l'acte pour amender et refondre de nouveau les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec, il est pourvu que les Assesseurs ne seront pas choisis parmi les Professeurs dans aucune des dites universités ou écoles incorporées. Cette nomination comme Professeur fait-elle cesser votre position d'Assesseur et le Président du Bureau des médecins a-t-il le droit par le fait seul de votre nomination comme Professeur, de vous remplacer comme Assesseur ?

“ Ma réponse est celle-ci :

“ Votre nomination comme Assesseur a été faite dans un temps où rien ne pouvait être opposé à cette nomination qui est, en vertu de la clause II du chap. X des Statuts et Règlements des médecins, pour trois ans, mais sujette à révocation. Cette révocation ne peut se faire que par le Bureau, et hors le cas de mort, d'absence ou de résignation d'un Assesseur, tel que pourvu par la clause VIII du chap. X des dits Statuts et Règlements, le Président n'a pas le droit de remplacer cet Assesseur.

“ Comme vous le désiriez, j'ai soumis le cas à l'Honorable M. Blake, et comme moi, il est d'avis que vous avez droit d'agir comme Assesseur tant que votre nomination n'a pas été révoquée par le Bureau et que vous n'avez pas été régulièrement remplacé.

“ J'ai l'honneur d'être,

mon cher Docteur,

Votre tout dévoué,

C. A. P. PELLETIER.

Je concours,

JAS. MALOUIN.”

Le Docteur Paquet a été nommé l'un des Assesseurs du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec par le Bureau de médecine pour la Province, en 1877, en vertu de la section 12 du chapitre 37 de l'acte 42 et 43 Victoria de la Législature Provinciale intitulé : Acte pour amender et consolider les actes relatifs à la Profession de médecin et chirurgien en la Province de Québec. Depuis il est devenu l'un des Professeurs du collège de médecine “ Victoria.” Le paragraphe 4 de la section ci-dessus citée en vertu de laquelle le Docteur a été nommé dit : “ Mais tels Assesseurs ne seront pas choisis parmi les professeurs dans aucune université, etc., etc.” La sec. 8 du chap. 10 des règlements du Bureau dit : “ Dans le cas de mort, absence ou résignation d'un Assesseur, le Président nomme un successeur, etc., etc.

Question.

La charge d'Assesseur occupée par le Docteur Paquet est-elle devenue vacante par l'acceptation faite par lui de sa charge de Professeur, et le Président du Bureau peut-il en vertu de la clause et des règlements ci-dessus citée lui nommer un successeur ?

Réponse.

Le paragraphe 4 de la section suscitée étant limitatif et obstructif dans sa disposition, doit être interprété à la lettre et ne peut être étendu ou appliqué à des cas qui n'y sont pas

mentionnés. En conséquence, le Docteur Paquet lors de sa nomination comme Assesseur a été légalement nommé n'étant alors sujet à aucune disqualification, et depuis n'étant ni mort, ni absent, ni résignataire comme Assesseur, Monsieur le Président du Bureau ne peut en vertu de la disposition ci-dessus citée lui nommer un successeur dans cette charge d'Assesseur, le droit de révoquer sa nomination, et dans ce cas de lui nommer un successeur, restant entre les mains du Bureau qui l'a nommé.

Ottawa 7 Avril 1880.

F. GEOFFRION.

I concur in the forgoing opinion.

Ottawa 8 Avril 1880.

J. J. C. ABBOTT.

Ces opinions ont été unanimement adoptées par le Bureau Provincial de médecine, qui blâmait par là même l'initiative prise par son Président, M. le Dr J. P. Rottot, de nommer des Assesseurs à sa guise ou suivant son bon plaisir.

Le Bureau Provincial de Médecine et les Examineurs.

Puisque la majeure partie des jeunes aspirants à l'étude de la médecine et de la chirurgie viennent des collèges classiques établis par le clergé dans cette province, on se demande :

Pourquoi le Bureau Provincial de Médecine a choisi particulièrement comme Examineurs des personnes engagées dans les Ecoles Normales, au lieu de personnes qui s'occupent de l'œuvre de l'éducation en général ?

En comparant les services rendus à la Société et à la Profession par les Examineurs et les Assesseurs, on se demande en outre :

Pourquoi le Bureau Provincial de Médecine accorde, comme honoraire à chacun des Examineurs (professeur d'Ecole Normale), une somme de vingt-cinq (\$25.00) piastres

pour le premier jour des examens auxquels il aura assisté, et ensuite une somme de dix (\$10.00) piastres pour chaque autre journée qu'ils voudront faire durer ces examens ; tandis qu'il n'alloue aux Assesseurs (des médecins) qu'un honoraire de dix (\$10.00) piastres pour chaque jour qu'ils seront détenus par leurs devoirs ?

Le Bureau Provincial de Médecine considère-t-il les Assesseurs comme des personnes inférieures aux Examineurs en mérite et en capacité ?

Ou bien, sera-ce que le Bureau Provincial de Médecine estime les aspirants à la pratique de la médecine et de la chirurgie comme inférieurs ou de moindre valeur que les aspirants à l'étude de la médecine et de la chirurgie ?

Les services rendus par les Examineurs seraient-ils, par hazard, plus importants que ceux que rendent les Assesseurs ?

On se demande encore :

Pourquoi les Assesseurs auraient-ils droit au remboursement de leurs frais de voyage et de plus à un honoraire de dix (\$10.00) piastres pour chaque journée qu'ils seront détenus par leurs devoirs ; lorsque tout Gouverneur qui se trouve à l'assemblée semi-annuelle n'a droit, pour s'indemniser de sa perte de temps et de ses frais de voyage, qu'à dix (\$10.00) piastres pour la première journée et cinq (\$5.00) pour chaque autre journée que durera l'assemblée ?

N'est-ce pas odieux, en effet, pour les collèges classiques que de voir la manière dont ils sont traités par le Bureau Provincial de médecine ? Au lieu de choisir comme Examineurs des personnes prises dans leur sein, on nomme des hommes appartenant aux Ecoles Normales, institutions qui n'ont pour but que de former de simples instituteurs. Même certain Gouverneur de ce Bureau n'a pas craint d'avancer qu'on ne pouvait trouver dans les collèges des personnes compétentes et aptes à faire subir ces examens préliminaires. Cet avancé était en réponse à une motion qui comportait que MM. les Supérieurs des collèges de Nicolet et de St. Hyacinthe soient choisis comme examineurs du Bureau Provincial de médecine.

Bien plus, les Examineurs du Bureau semblent remplir leur devoir avec un zèle et une ardeur tout-à-fait particuliers vis-à-vis les élèves qui sortent de leurs maisons. On ne fait aucune difficulté de refuser impitoyablement des jeunes gens venant de nos meilleurs collèges, comme les collèges de Montréal, de Ste. Thérèse et de l'Assomption, et munis de certificats d'études complètes. Même assure-t-on que des candidats provenant de certaines maisons d'éducation étaient d'une grande familiarité avec les Examineurs. De plus, quelques-uns même paraissaient connaître les questions qu'on devait leur poser.

Il est bien vrai que le Bureau de médecine a réélu les mêmes Examineurs lors de sa réunion à Montréal le 13 Mai courant, mais la profession médicale ne doit pas oublier que la nomination de ces Examineurs est révocable, car, d'après la section 9 du Bill qui régit la profession, cette nomination est sujette constamment à l'approbation du Bureau (*).

Ne serait-il pas plus judicieux de choisir ces Examineurs dans le sein même de la Profession Médicale ?

Il faut donc de toute nécessité, que les Gouverneurs élus au mois de Juillet révoquent immédiatement lors de leur première assemblée ces nominations, pour faire disparaître cette injustice que le Bureau Provincial de médecine actuel a commise envers les collèges classiques et la Profession Médicale.

INEPTIE.

A l'assemblée du Bureau Provincial de médecine tenue à Montréal le 12 Mai 1880, est survenu un incident que nous ne pouvons pas laisser passer inaperçu. Il n'est que juste que la profession médicale sache comment le Président, M. le Dr J. P. Rottot, apprécie et qualifie ses confrères.

Plusieurs membres de la profession médicale, MM. les Drs

(*) Subject to the continual approval of the Board. (Version anglaise.

W. H. Hingston, Ed. Robillard, Alf. Jos. Duchesneau et G. O. Beaudry, étaient présents aux délibérations du Bureau comme simples spectateurs, se tenant à l'écart, évitant même de parler à aucun des Gouverneurs. Tout-à-coup, M. le Président se lève, somme en anglais et en français ces membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec de se retirer, disant qu'il n'était pas permis *aux étrangers* d'assister aux délibérations du Bureau.

Il est à remarquer que trois de ces membres présents étaient d'anciens Gouverneurs du Bureau, et que l'autre n'était là que comme représentant d'un journal de médecine.

Et, voilà comment M. le Dr J. P. Rottot apprécie et qualifie les membres de la profession médicale; il les appelle *des étrangers* ! Il se rappelait sans doute que la profession médicale était *étrangère* dans l'institution choisie comme lieu de convocation de cette assemblée.

Nous devons féliciter sincèrement M. le Dr Rottot de l'heureuse expression dont il s'est servi pour qualifier des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec; et, nous espérons que toute la profession médicale saura tôt ou tard lui en tenir compte, imitant en cela la noble conduite des Gouverneurs.

En effet, le Bureau Provincial de médecine, appréciant cette ineptie à sa juste valeur, censura-t-il vertement la conduite de son Président, en adoptant à l'unanimité une résolution par laquelle dorénavant tous les membres enrégistrés de la Profession auront le droit d'assister aux délibérations du Bureau Provincial de médecine.

Traitement des entorses par l'eau chaude.

Le Dr Brinton ("Philadelphia Medical Reporter") prétend que, pour traiter les entorses, il faut placer le membre malade dans l'eau bouillante à une température aussi élevée que le malade peut supporter. Il faut laisser séjourner le membre dans l'eau durant environ un quart d'heure, alors que la douleur sera à peu près disparue.—*Chemist & Druggist.*

CLINIQUE CHIRURGICALE

Des hernies.

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR MUNRO,

Recueillie par M. Stanislas Gareau, Etudiant en médecine.

On entend par hernie, la sortie d'un viscère en dehors de sa cavité naturelle : on dit vulgairement de celui qui en est affecté, qu'il est crevé. Les hernies se rencontrent dans différentes parties du corps ; mais nous ne nous occuperons ici que des plus fréquentes. Il y en a plusieurs espèces que l'on divise d'après leur situation, le contenu du sac et l'état dans lequel elles se trouvent.

1o Selon leur situation, les hernies sont dites : cérébrales, quand le cerveau sort par une ouverture dans le crâne ; abdominales, quand elles se forment à l'abdomen ; ombilicales, à l'ombilic ; inguinales, dans l'aîne ; et enfin, crurales, lorsqu'elles passent derrière le ligament de Poupert et se déclarent au-dessous du pli de l'aîne.

Chez l'homme on rencontre le plus souvent la hernie inguinale ; la hernie crurale est plus commune chez la femme tandis que l'enfant est plus sujet à l'ombilicale.

La hernie ombilicale se guérit chez les enfants par un bandage convenable appliqué sur la partie et porté sans interruption pendant plusieurs années.

2o D'après le contenu du sac, les hernies sont désignées sous les noms : d'épiplocèle, si le sac contient une portion de l'épiploon ; d'entérocele, s'il contient une portion de l'intestin ; et d'entéro-épiplocèle, lorsque l'intestin et l'épiploon s'y trouvent renfermés en même temps.

Le sac est formé par une portion du péritoine. La division en est souvent dangereuse à cause de l'inflammation, et de la gangrène qui s'ensuit. Il y a des hernies sans sac, telles que la hernie de la vessie au-dessus du pubis, et la hernie inguinale congénitale.

3o La hernie, selon la condition dans laquelle elle se trouve peut être réductible, irréductible, ou étranglée.

Lorsque vous êtes appelé pour un cas de cette nature, l'état de la hernie est la première chose qu'il vous importe de connaître. Si elle est réductible, il faut appliquer le bandage herniaire ; si elle est irréductible, c'est un bandage suspensoir ou à pelotte concave qu'il faut employer dans les cas de hernie crurale ; mais, avez-vous affaire à une hernie étranglée, il vous faut recourir à l'opération qui doit être faite le plus tôt possible, et généralement avant 24 heures, afin d'éviter la gangrène.

Je vous ferai remarquer cependant, qu'avant d'opérer, on peut faire coucher le malade sur le dos, le mettre sous l'influence du chloroforme et essayer le taxis.

Les symptômes qui annoncent la gangrène sont : la douleur forte, le hoquet, des nausées, des vomissements des matières contenues dans l'estomac d'abord, des vomissements de matières fécales ensuite, pâleur de la face, vitesse et petitesse du pouls, cessation de toute douleur, le malade tombant dans le collapsus.

L'existence établie de la gangrène n'est pas une raison pour ne pas opérer. On a vu des cas où la guérison a eu lieu après l'ablation de la partie gangrénée, le chirurgien ayant eu le soin de pratiquer l'anús artificiel avec l'entérotôme de Dupuytren.

J'ai eu moi-même à l'Hôtel-Dieu un cas où six pouces d'intestin gangréné furent enlevés en présence des Drs Coderre, Hingston et autres. Un anus artificiel se forma graduellement ; mais la malade ayant un jour quitté le lit pour aller fermer une fenêtre, prit du froid et succomba à l'inflammation cinq semaines plus tard.

(A continuer.)

LA VACCINATION

(Suite.)

“ La présence de maladies de peau : herpes, scrofules, etc., peut annuler l'effet de l'inoculation du virus variolique ” dit Jenner. (p. 22 vol. 2.)

En réponse aux observations qui lui étaient faites relativement aux dispositions de contracter la variole après l'inoculation du vaccin, Jenner disait : “ Puisque nous avons des preuves si nombreuses qu'il y a des personnes qui contractent la petite vérole une seconde fois, pourquoi vouloir que le “ cow pox ” soit, sans exception, un préservatif chaque fois qu'il est inoculé ?

“ As we have such abundant testimonies of persons having the small pox a second time, why may there not be exception to the cow pox giving security in every instance of inoculation ? ” (p. 26 vol. 2.)

N'est-ce pas là se rire de la crédulité des admirateurs de la vaccination ? Ainsi, après avoir affirmé positivement qu'une personne une fois vaccinée est pour toujours préservée de la variole et de ses effets, Jenner vient nous dire tout le contraire : “ qu'on ne peut attendre du virus-vaccin ce que la variole ne donne pas elle-même. ” (C'est-à-dire que la variole ne nous préservant pas, la vaccine ne saurait le faire davantage). Baron cite un cas de vaccination et de revaccination avec succès, où l'enfant contracta la variole : des faits de cette nature, au lieu d'être rares, sont fréquents et très fréquents parmi nous, et en Angleterre ils se comptent par milliers et par centaines de milliers. Ces faits seuls justifieraient notre opposition si elle n'était déjà motivée par la triste expérience que nous faisons tous les jours des maux qui découlent de la vaccination. Et puisqu'il est constant que cette pratique transmet dans notre organisme des maladies telles que la syphilis, les scrofules et autres maladies constitutionnelles plus redoutables que la variole, n'est-il pas juste et du

devoir de tout citoyen de se récrier contre cette pratique monstrueuse, introduite parmi nous dans un but de gain plutôt que dans l'intérêt de la santé publique. D'autres accidents tels que les érysipèles phlegmoneux, des abcès, la mort même, causés par la vaccination, sont inévitables; mais il ne faut pas tenir compte de ces accidents, si l'on veut que cette pratique bénéficie aux vaccinateurs publics.

On lit encore dans le 2ème vol. de la vie Jenner, par Baron : "La sécurité que donne à la constitution l'inoculation du virus-vaccin est exactement la même que celle que donne le virus-variolique. On aurait tort d'en attendre quelque chose de plus."

"The security given to the constitution by vaccine inoculation, is exactly equal to that given by variolous. To expect more from it would be wrong." (p. 28 vol. 2.)

Jenner écrivait encore au Dr Evans : "La vaccination nous a certainement dévoilé plusieurs des faits mystérieux qui se rattachent à la petite vérole et à son inoculation. Combien de fois n'avons nous pas vu (apparemment) la matière variolique produire tout son effet sur le bras qui l'avait reçue, causer une (affection) indisposition, être même suivie d'une éruption, puis se terminer par une large et profonde cicatrice; et si la personne qui avait subi cette opération se trouvait exposée à la contagion, elle contractait la petite vérole, etc., etc.

"L'origine de la variole est la même que celle du cow pox; et comme il est probable que ce dernier a existé en même temps que la création, la première ne fut qu'une variété à laquelle il donna naissance.

"Il est certain que, sans considérer les variations ordinaires qui ont lieu entre la variole confluente et la variole discrète, il existe certainement plus d'une forme sous laquelle la maladie apparait dans ce qu'on appelle son état naturel."

"Vaccine inoculation has certainly unveiled many of the mysterious facts attendant upon the small pox and its inoculation. How often have we seen (apparently) the full

“ effect on the arm from the insertion of variolous matter,
 “ indisposition and even eruptions following it, and its termi-
 “ nation in an extensive and deep cicatrix ; and yet, on expo-
 “ sure, the person who underwent this, has caught the small
 “ pox, &c., &c.”

“ The origine of small pox is the same as that of cow pox ;
 “ and as the latter was probably coeval with the brute crea-
 “ tion, the former was only a variety springing from it.”
 (p. 29-30 vol. 2.)

“ There are certainly more forms than one, (without con-
 “ sidering the common variation between the confluent and
 “ distinct) in which the small pox appears in what is called the
 “ natural way.”

Je crois que ceci est assez clair : si la variole ne nous met pas à l'abri d'une seconde attaque, comment la vaccine nous préservera-t-elle de la variole si celle-ci n'est qu'une variété de la première ? Les deux sont une seule et même maladie, suivant Jenner, et cette opinion est celle d'un grand nombre de médecins distingués.

Les Drs Pearson, Parr et autres, se prononcèrent fortement contre la découverte de Jenner, qui recevait des différentes villes du Royaume de la Grande Bretagne et d'ailleurs des témoignages d'approbation.

Napoléon 1er lui envoya une médaille d'honneur au sujet de cette grande découverte, comme on l'intitulait. Jenner écrivit à l'empereur pour le remercier de l'honneur qu'il venait de lui conférer, et le pria en même temps de vouloir bien permettre le retour de Will. Thos. Williams et du Dr Wickham, retenus prisonniers en France. Comme ces hommes étaient de grands partisans de la vaccination, Napoléon leur permit de retourner en Angleterre.

Jenner s'adressait également au clergé protestant afin que celui-ci l'aidât de son influence à propager la vaccination.

Ici, on a été moins heureux. En 1876, certaines tentatives auraient été faites auprès de Sa Grandeur, Mgr. Bourget, évêque de Montréal et aujourd'hui archevêque de Martiana.

polis, pour l'engager à recommander la pratique de la vaccination ; mais Sa Grandeur avec sa prudence habituelle, aurait répondu : " Comment voulez-vous que je recommande cette pratique quand les médecins ne sont pas d'accord sur ses effets ? " Cet homme de bien pouvait-il répondre avec plus de justice à celui ou ceux qui sollicitaient son influence pour recommander la vaccination aux catholiques ?

Cette réponse, comme on peut le présumer, ne fut pas celle que l'on attendait de Sa Grandeur ; mais, enfin, elle était prononcée !....

Revenons, maintenant, à l'influence du clergé protestant.

James Plumptre, ministre, était dévoué à Jenner ; il s'occupait de faire vacciner les pauvres à ses frais et il vaccinait lui-même. Il remit à Jenner un curieux mémoire sur la petite vérole, en lui écrivant ce qui suit :

" Parmi mes notes sur la vaccination, je retrouve la suivante : dans la librairie publique de Lausanne se trouve un curieux manuscrit que St. Maire, 4ème évêque chrétien de Lausanne, mort en l'année 601, a laissé et qu'il appelle une chronique de son temps.

" La chronique contient, entre autres choses, le récit d'une épidémie de variole qui, dit-il, faisait de grands ravages, et il remarque particulièrement que sur les vaches surtout, elle produisit les effets les plus désastreux.

" Among my memoranda on vaccination, I find the following : in the public library at Lausanne, there is a curious manuscript by St. Maire, the fourth christian bishop of Lausanne, who died A. D. 601, which he calls a chronicle of his own time. Among other things which this chronicle contains is the account of the visitation of the small pox, which he says made great ravages, and he notices particularly that it proved very fatal to the cows." (p. 42, vol. 2, Baron.)

A la page 43, vol. 2, on voit que d'autres ministres agissaient bien différemment des premiers ; ils étaient opposés à cette pratique qu'ils considéraient comme dangereuse.

“ Sir Isaac Pennington était un violent adversaire de la vaccination, etc., etc.”

“ Sir Isaac Pennington was a violent opposer of vaccination, &c., &c.” (p. 43. vol. 2.)

Il accusa Jenner de manquer de confiance dans l'action préservatrice du cow pox, puisqu'il avait inoculé son fils Robert, avec du virus variolique, et voici ce que rapporte Baron à l'égard de cette accusation :

“ Les faits furent ceux-ci : Le 14 Mai, 1796, Jenner vaccina son premier patient, Phipps. Le 12 Avril, 1798, il vaccina son fils Robert, en même temps que quelques autres enfants. Il est tout spécialement mentionné dans sa première publication que “ le virus ne prit pas ” sur son fils Robert. Il se trouvait alors tout aussi exposé à subir l'influence de la contagion variolique que s'il n'eût jamais été vacciné.”

“ The facts were these: on the 14th of May, 1796, Jenner vaccinated his first patient, Phipps. On 12th of April, 1798, he vaccinated his son Robert, together with several other children. It is particularly specified in his first publication that his son Robert “ did not receive the infection.” He was, therefore, as much liable to the influence of small pox contagion as if he had never been vaccinated.” (p. 44-45, vol. 2.)

Un ami de Jenner, M. Cother, vint chez lui et prit l'enfant dans ses bras en disant qu'il arrivait de chez une famille où il y avait de la variole. Jenner aussitôt s'écria : “ Mr., vous ne savez ce que vous faites ; cet enfant n'est point protégé. Il a été vacciné ; mais le virus n'a pas pris.”

“ He was vaccinated ; but the infection failed.”

Alarmé comme il l'était et croyant que son enfant prendrait inévitablement la variole, il résolut, n'ayant pas de vaccin, de l'inoculer avec le virus-variolique : “ Il résolut alors d'avoir recours au meilleur moyen qui lui restât encore, et fit aussitôt inoculer l'enfant avec du virus-variolique, etc. “ He resolutely, therefore, to adopt the next best expedient, and immediately had the child inoculated with small pox virus, etc. p. 45-48 vol. 2.”

Jenner explique lui-même les motifs qui l'ont porté à inoculer son fils avec le virus-variolique.

Jenner avait su intéresser les hommes influents en sa faveur. M. Pitt, (mort Lord Henry Petty, Chancelier, etc., en 1806), mit le sujet de la vaccination devant la chambre des communes, dans le but de faire indemniser Jenner des pertes que lui avait fait subir l'opposition qu'il rencontrait dans cette pratique. La variole augmentait d'une manière alarmante; une adresse fut votée à Sa Majesté, par la Chambre des Communes, la priant d'approuver certaine mesures pour venir en aide à Jenner. Il fut décidé que le Collège des Médecins et chirurgiens serait chargé d'examiner les progrès de la vaccination et de faire connaître la chose le plus tôt possible, et que l'auteur de cette découverte méritait une grande récompense. Voir p. 57 et suivantes vol. 2

La motion de Lord Henry Petty fut secondée par le Dr Matthews. Plusieurs orateurs se déclarèrent hautement en faveur de cette motion : leurs sentiments étaient favorables à Jenner, etc. En même temps, on se prononça fortement contre l'inoculation du virus-variolique ; on disait avec raison que cette pratique était le moyen de semer partout la maladie. Eh bien, si le cow pox est la variole même, ne sème-t-on pas cette dernière par la vaccination ? Dans l'un comme dans l'autre cas, les virus sont les mêmes, d'une nature commune, essentiellement virulents et contagieux.

Quant à la vertu préservatrice de la vaccination, voici ce que Jenner en pensait : " Si elle est pratiquée avec exactitude et d'une manière efficace, la constitution se trouvera protégée d'une attaque subséquente de variole, autant que la maladie elle-même peut donner de protection. Je ne me suis jamais attendu à ce que la vaccination fit plus, et je ne crois pas qu'elle fasse moins."

" Duly and efficiently performed, he observes it will protect the constitution from subsequent attacks of small pox, as much as that disease itself will. I never expected that it would do more, and it will not, I believe, do less." p. 135, vol. 2.

On a fait dire à Jenner le contraire de ce qu'il a exprimé, savoir que la vaccination est une protection contre la variole ; c'est pourquoi les vaccinateurs du jour nous répètent que le virus-vaccin est un préservatif, etc.

Du temps de Jenner, des associations se formaient contre l'inoculation du virus-variologique. Il était évident que la variole était entretenue et propagée par l'inoculation, et ce fut la raison pour laquelle on s'opposait à cette pratique qui a été définitivement supprimée, en Angleterre, en 1840, et au Canada, en 1853.

J. EMERRY-CODERRE.

(*A continuer.*)

Des rapports des maladies de l'œil avec les maladies en général.

(*Suite.*)

V. RAPPORTS AVEC LE SYSTÈME NERVEUX.

L'œil est dans un rapport plus intime avec le cerveau qu'avec tout autre organe du système, en ce que la rétine et le nerf optique doivent en réalité être considérés comme partie cérébrale ; de plus, cinq paires de nerfs, le moteur de l'œil, le pathétique, le trijumeau et le facial pénètrent dans le globe oculaire et ses dépendances ; enfin le plus intime rapport existe non seulement entre les artères et les veines oculaires et les vaisseaux sanguins du crâne, mais même entre la dure mère et la pie-mère d'un côté, et les lymphatiques de l'œil de l'autre.

Ces nombreuses connections nous font voir que l'œil dans plusieurs affections cérébrales peut être le siège de symptômes importants qui devront jeter plus ou moins de lumières sur les affections cérébrales. Il existe en outre un rapport indirect entre l'œil et la moelle épinière par le nerf sympathique.

Une irritation de la portion centrale de la colonne vertébrale près des vertèbres cervicales inférieures et des vertèbres dorsales supérieures produisent la dilatation de la pupille.

On n'a pu vérifier cette supposition que l'hypérémie cérébrale pourrait être reconnue presque avec certitude à l'aide de l'ophthalmoscope, quoique l'on ait observé des enfants atteints de convulsions, qui présentaient de l'injection de la conjonctive et la pupille contractée. Niemeyer a fait remarquer que dans les formes vraiment malignes de l'hypérémie cérébrale causée par un travail intellectuel excessif joint à une insomnie continue, la condition des vaisseaux externes ne correspond pas à la condition hypérémique du cerveau. Dans l'apoplexie cérébrale on n'a observé aucun changement de la rétine ou du nerf optique; mais chez les personnes âgées la présence d'une légère extravasation sanguine dans les conjonctives et la rétine nous démontrent une forte tendance à l'apoplexie cérébrale.

Il est probable que nous serons en état de diagnostiquer par l'examen ophthalmoscopique des anévrismes miliaires du cerveau, par la rencontre simultanée d'anévrismes miliaires dans la rétine comme nous le prouvent d'ailleurs les examens nécroscopiques.

Les maladies de l'œil déterminant une simple méningite et une méningite cérébro-spinale épidémique sont probablement dues au développement de l'affection située dans l'espace intercrânien. Les recherches de Schwalbe qui nous a fait connaître les communications des vaisseaux lymphatiques nous font voir aisément la continuation directe de la maladie, et éloignent l'idée de supposer un travail métastatique.

Dans quelques cas, une méningite peut affecter directement la rétine et le nerf optique, et l'ophthalmoscope nous fera voir une névrite et une rétinite. L'affection cérébrale peut progresser par le trou optique entre la gaine externe et interne du nerf optique, et alors la méningite pourra donner lieu à une choroidite, à une iridochoroidite, à une rétinite et hyalite. Outre le nerf optique les autres nerfs cérébraux suppléant l'œil

sont simultanément affectés. La contraction de la pupille au déclin de la maladie, doit être regardée comme un symptôme d'irritation du nerf moteur oculaire. Dans un degré plus avancé, survient la paralysie des muscles suppléés par le nerf moteur de l'œil et le pathétique, donnant ainsi lieu à un *ptosis* ou à une déviation de l'axe visuel avec paralysie pupillaire. On rencontre bien rarement la complication de méningite avec affection inflammatoire des tuniques internes de l'œil, et lorsqu'elle a lieu, elle s'observe le plus souvent chez les enfants au-dessous de cinq ans.

Si l'on se base pour expliquer ces complications sur la continuation du processus inflammatoire à travers les espaces lymphatiques de Schwalbe, on voit d'un autre côté dans les archives de médecine des cas de méningite purulente où l'inflammation prend un autre cours par les fissures orbitaires causant ainsi un gonflement de la conjonctive bulbaire sans aucun symptôme inflammatoire dans cette membrane; ou encore pouvant occasionner une infiltration séro-purulente considérable du tissu cellulaire de l'orbite, et l'exophtalmie, —symptômes d'une grande valeur pour établir le diagnostic quelquefois difficile d'une méningite purulente aiguë.

On peut encore observer dans l'œil d'autres symptômes d'un trouble du cerveau, mais comme ils ne sont pas d'un caractère spécifique, il est souvent impossible de les démêler, à moins de savoir quelle affection cérébrale spécifique existe, et même dans ces cas, l'on ne parviendra à le savoir qu'en prenant en considération tous les autres symptômes cérébraux. D'un autre côté, certaines conditions générales qui sont communes à différentes affections cérébrales se manifestent par des changements qui surviennent dans l'œil.

Dans ces circonstances on doit d'abord mentionner une pression intracrânienne qui se caractérise dans l'œil par la présence d'une névrite, d'une névro-retinite, et par l'engorgement de la papille. Depuis que Schneller et von Graefe en 1860, ont attiré l'attention particulière sur les complications des maladies intracrâniennes avec inflammation du nerf optique

un grand nombre de travaux produits sur ce continent nous démontrent que des tumeurs cérébrales de différentes natures, —l'hydropisie des ventricules, les échinococques, les abcès, les hémorrhagies, le ramollissement du cerveau, la méningite cérébro-spinale et tuberculeuse, l'encephalite diffuse—peuvent occasionner des changements plus ou moins sérieux dans le nerf optique, la rétine et les vaisseaux sanguins. Quoique ces changements pris isolément ne déterminent pas d'une manière absolue le siège de la maladie, ou la nature du travail morbide, néanmoins ils peuvent être d'un grand secours en rapport avec d'autres symptômes cérébraux généraux et le cours de la maladie. Cependant, une affection cérébrale quelconque peut exister en l'absence même de tous ces changements.

La nevro-retinite, causée par une affection cérébrale ne démontre rien de particulier. Rougeur de la papille optique, et opacité de la rétine dans son voisinage, contour terne du disque optique, hyperémie et veines tortueuses, proéminence de la papille, hémorrhagie de la rétine, tels sont les signes que nous montre l'ophthalmoscope. Le type principal de ces changements est représenté par "l'engorgement papillaire," ainsi dénommé par von Graefe qui le suppose avec raison causé par l'obstruction au passage du sang veineux de la rétine. Son opinion, cependant que la compression du sinus caverneux avait pour effet de prévenir l'afflux du sang de la veine ophthalmique dans le sinus, a donné lieu à une explication plus précise sur la manière dont s'opère la stagnation du sang. Schwalbe a récemment démontré que l'espace compris entre la gaine externe et interne du nerf optique, peut être injecté de l'espace au-dessous de la dure mère et que le liquide ainsi injecté pénètre jusqu'au bulbe du nerf optique, et au-delà. L'espace au-dessous de la gaine étant gorgé de sang—*hydrops vaginae optici*—le nerf optique et ses vaisseaux sanguins—principalement les veines—sont comprimés, donnant lieu à une stagnation de sang dans les veines de la rétine, et causant un gonflement de la papille optique ainsi

que des parties de la rétine qui l'entourent et dont le résultat est " l'engorgement papillaire."

Les expériences de Manz qui injecte du sang défibriné dans l'espace entre la dure mère et l'arachnoïde des lapins, prouvent en effet la présence de l'engorgement papillaire; il arrive le plus souvent dans les deux yeux et indique qu'une pression croissante a lieu dans cet espace qui force le liquide arachnoïde à pénétrer dans la sphère au-dessous de la gaine. Quoique la vue dans des cas exceptionnels puisse rester bonne pour quelque temps, lors même que l'ophtalmoscope nous révèle un engorgement papillaire prononcé, cependant elle s'affaiblit généralement et l'on trouve toujours des défauts variés du côté du champ visuel. Les examens post-mortem ont constaté que le gonflement de la papille optique est occasionné principalement au premier degré par l'épaississement des fibres nerveuses, et plus tard par du tissu connectif nouvellement formé et par une infiltration œdémateuse.

Il est rare que l'engorgement papillaire se développe rapidement; le travail peut durer des mois; il peut n'y avoir aucun changement apparent, mais finalement le résultat se montre par l'atrophie blanche des nerfs optiques et un affaiblissement marqué de la vue. La guérison s'opère rarement. L'engorgement de la papille est causé plus particulièrement par des affections cérébrales qui pendant un long laps de temps ont augmenté la pression intracrânienne, et alors il sera considéré comme un des symptômes objectifs les plus importants indiquant la condition qui existe dans le cerveau. L'engorgement de la papille est un symptôme fréquent et important dans les cas de tumeurs cérébrales et même de gros tubercules isolés. Jackson dans 23 cas d'engorgement papillaire a trouvé des tumeurs dans 17, des abcès dans 3, des extravasations sanguines dans 2, et 1 autre cas dans le ramollissement du cerveau. Les archives nous font voir aussi l'engorgement papillaire survenir dans l'hydropisie des ventricules, dans la méningite cérébro-spinale, et dans la méningite tuberculeuse. C'est un fait digne de remarque qu'on ren-

contre l'engorgement papillaire le mieux caractérisé plus particulièrement dans les tumeurs cérébrales, tandis que les formes les moins prononcées se rencontrent dans d'autres maladies intracrâniennes et offrent plus de ressemblance à la névrite ordinaire. Il est impossible de localiser, d'après l'engorgement de la papille, le siège précis d'une tumeur cérébrale vu qu'elles peuvent se trouver dans plusieurs parties. Puisque les formes les plus développées d'engorgement papillaire peuvent ne pas originer par continuation du processus inflammatoire, cependant quelques cas de névrite caractérisée par un léger gonflement peuvent être attribués à la continuation du travail inflammatoire du cerveau et de ses enveloppes jusqu'au nerf optique. Pour obtenir une appréciation critique exacte de l'engorgement de la papille, il est nécessaire enfin de constater qu'il se rencontre, mais seulement d'un côté, dans quelques maladies extracrâniennes et intraorbitales, où il n'y a aucune pression dans la cavité crânienne, comme dans la périostite de l'orbite et les tumeurs de la cavité orbitaire. Quoique cet engorgement soit un des plus fréquents symptômes dans les tumeurs cérébrales, cependant beaucoup de cas de nouvelles formations semblables arrivent sans que l'ophtalmoscope nous fasse voir rien qui ne soit normal dans l'œil. Dans d'autres cas, on peut trouver une atrophie blanchâtre de la papille optique, en même temps que peuvent survenir des symptômes d'augmentation de pression intracrânienne. L'atrophie du nerf optique peut quelquefois être due à des tumeurs syphilitiques. Souvent l'ophtalmoscope nous démontrera la présence d'une rétinite albuminurique dans des cas de tumeurs cérébrales.

Les statistiques de Heinzl de 63 enfants affectés de méningite tuberculeuse basilaire, de tumeurs intracrâniennes, de méningite cérébro-spinale, d'œdème des méninges, de sclérose du cerveau etc., indiquent la fréquence relative des changements dans le nerf optique reconnus d'ailleurs par l'ophtalmoscope dans les maladies intracrâniennes en général. Sur ces 63 cas on trouva des changements dans le nerf optique

dans 47, et 16 seulement sans aucun changement. Par les nécroscopies, sur 37 cas d'hydrocéphalie on n'en trouva que 8 sans lésion remarquable.

La névro-rétinite ne se développe quelquefois que lorsque la maladie cérébrale a progressé rapidement. Les deux yeux sont toujours affectés. Dans 38 cas de méningite tuberculeuse, Albutt en constata 20 chez lesquels il y avait des changements dans le fond de l'œil. Si l'examen ophtalmoscopique ne nous donne aucun indice sur la nature de la maladie intracranienne, un examen exact de la région du champ visuel servira néanmoins de guide pour le siège de l'affection cérébrale. La valeur de ces données, cependant ne peut être utile que lorsque l'anatomie pathologique et les recherches physiologiques auront fourni une base plus solide à de plus exactes conclusions.

Les symptômes cliniques qu'offre l'examen du champ visuel avec le périmètre ne font voir que ces deux cas surviennent :

1o. Dans les deux champs visuels, les parties latérales manquent, et la fonction ne s'opère que sur les deux moitiés médianes. L'œil droit, cependant, ne voit seulement que les objets situés à gauche du point fixe, *vice versa* pour le gauche — hémiopie moyenne.

2o. Soit que les moitiés droites manquent dans les deux champs visuels et que les deux moitiés gauches apparaissent, ou *vice versa* ; ou que les deux moitiés gauches manquent, tandis que les deux moitiés droites se voient encore, hémiopie homonymique ; mais il n'arrive jamais que, quand la vision est normale dans un seul œil, la moitié interne ou externe manque dans le second, ni que deux moitiés moyennes fassent défaut tandis que les moitiés latérales sont présentes.

Ces défauts démontrés cliniquement dans le champ visuel sont expliqués avec satisfaction par la théorie généralement acceptée de Newton et de Muller, de la semi-decussation des nerfs optiques dans le chiasma optique.

Suivant cette condition anatomique des fibres optiques, des cas de hémiopie moyenne se sont développés lentement ; sans

symptôme de paralysie du mouvement la maladie affecte la forme progressive bien lente ayant son siège à l'angle antérieur ou postérieur du chiasma, prenant souvent origine dans la *glande pituitaire*. Elle affecte d'abord la partie moyenne du chiasma, sa partie latérale ensuite, et finalement elle détruit probablement tout le chiasma. Des cas d'hémiopie homonymique, d'un autre côté, arrivant toutefois plus fréquemment que dans le premier groupe, surviennent dans l'apoplexie cérébrale déterminant une parésie des extrémités supérieures du nerf facial. La maladie demeure stationnaire et ne se propage pas à la moitié du champ visuel qui est demeuré sain d'abord et la perte complète de la vue n'a pas lieu. Les symptômes d'hémiopie homonymique conduisent à cette conclusion que la maladie cérébrale est située à quelque point sur le trajet du nerf optique — entre l'origine centrale et le chiasma. Certains cas dans lesquels surviennent seulement quelques défauts partiels, situés au point correspondant aux moitiés homonymiques des deux champs visuels doivent aussi être rangés parmi les défauts hémiopiques justifiant de semblables conclusions tant qu'à la localisation de la maladie dans le cerveau.

On rencontre des symptômes se rapportant à l'appareil musculaire de l'œil dans un grand nombre d'affections cérébrales ; la plupart sont des affections paralytiques ; les contractions spasmodiques ou *nystagmus* se voient rarement. La valeur que possède ces symptômes en tant qu'indiquant le siège de la maladie s'accroîtra grandement lorsque le cours cérébral des fibres des nerfs moteurs de l'œil, — pathétique aducteur, facial et leur rapports avec les centres moteurs réflexes — deviendront plus connus. Le noyau de ces nerfs est situé sur le plancher du 4^{ème} ventricule. Si des troubles du mouvement apparaissent dans le voisinage de ces nerfs, l'on aura de fortes présomptions que l'affection réside dans cette partie.

Suivant les expériences de Adamunck faites sur les chiens et les chats, les *corps quadrijumeaux* sont d'une grande importance pour l'association des mouvements. Dans ces cas qui ne

sont pas rares, où les mouvements des deux yeux soit à droite ou à gauche, sont limités, la localisation du travail pathologique réside suivant toute probabilité à la partie antérieure des *corps quadrijumeaux*.

Suivant Prévost nous trouvons :

10. Que dans les cas d'apoplexie les deux yeux ainsi que la tête sont tournés d'un côté.

20. Si le siège de l'affection est dans les hémisphères cérébraux, les deux yeux ainsi que la tête, se dirigent du côté affecté—ce symptôme disparaît souvent après quelques jours.

30. S'il est situé dans l'isthme de l'encéphale, la rotation peut aussi avoir lieu vers le côté opposé et durer fort longtemps.

Dans la sclérose cérébrale partielle les yeux sont presque les seuls organes parmi ceux de la classe sensitive qui soient affectés. On trouva l'atrophie du nerf optique que dans bien peu de cas ; mais pour le diagnostic des affections cérébrales, la condition des muscles de l'œil qui présentent un tremblement oscillatoire est beaucoup plus important,—c'est un symptôme qui survient rarement dans d'autres affections cérébrales ayant une semblable marche chronique. Ce frémissement est un symptôme semblable au tremblement des extrémités, qui survient aussitôt qu'elles produisent des mouvements, et qui manque lorsqu'elles sont en repos. Ce tremblement des yeux que l'on rencontre dans la moitié des cas environ, doit être considéré comme un symptôme de paralysie, d'autant plus qu'on voit une paralysie distincte affectant chacun des muscles des yeux ; aussi le ptosis, position divergente des yeux, la mydriase même, et la complète immobilité des deux yeux. Les examens nécroscopiques ont démontré des dégénérescences dans plusieurs parties distinctes du cerveau ainsi que des changements d'induration des nerfs optiques, et des nerfs suppléant les muscles des yeux.

Suivant Charcot, la *diplopie*—qui est la parésie des muscles de l'œil,—est comme, dans le tabès, un symptôme initial elle disparaît généralement tout à fait. L'amblyopie est un plus

fréquent et plus persistant symptôme de sclérose cérébro-spinale, mais elle ne conduit à une entière cécité que dans des cas exceptionnels.

Les tumeurs circonscrites situées à la base du cerveau ou du crâne, ou des nouvelles formations diffuses telles que : anévrysmes, gommès, exostoses, tubercules, peuvent occasionner la paralysie des muscles de l'œil. Le diagnostic quant au siège et la nature du travail est des plus épineux. En général, on peut conclure à une paralysie complète des nerfs quand la maladie est située à la base du cerveau ; en ce que alors toutes les fibres qui arrivent au tronc nerveux sont affectées. Si, successivement, un second ou un troisième nerf se paralyse entièrement, et qu'en même temps d'autres symptômes, signes de maladie cérébrale se déclarent, le siège probable de la maladie sera à la base du crâne. Beaucoup de conditions de paralysie incomplète peuvent d'un autre côté indiquer une maladie du cerveau même, comme les fibres des nerfs passent par là de l'une à l'autre, et qu'ils peuvent alors devenir affectés partiellement.

Il est bien connu que dans 60 par 100 de tous les cas de folie, existe un volume inégal de la pupille. La mydriase bilatérale et la myose bilatérale sont d'une égale signification que le volume anormal de la pupille chez les aliénés. Quoique tous ces symptômes de paralysie arrivent dans les formes et les degrés les plus variés d'insanité, cependant le volume inégal des pupilles se rencontre plus particulièrement avec une paralysie chez les insensés.

De 103 cas de paralysie, Nasse trouva 99 dans lesquels il y avait du changement dans les pupilles, y compris deux cas dans lesquels il n'y avait aucune différence de grandeur, mais qui offrait une contraction remarquable des pupilles qui n'étaient pas plus grosses que la tête d'une épingle. Ces symptômes du côté de la pupille n'ont aucune signification pronostique sur la guérison de la folie. Sans doute, ceci n'a aucun rapport avec les cas de paralysie. Toutes les formes de la folie peuvent se présenter avec ou sans désordre de la mobilité

de l'iris, mais dans les formes chroniques, ces désordres se rencontrent plus souvent et sont beaucoup plus stables. Dans toutes les formes d'affections mentales, l'iris peut présenter des désordres de mobilité. Les deux yeux sont affectés avec une égale fréquence. Le volume inégal des pupilles peut ou ne peut pas disparaître avec la maladie mentale. La myose arrive plus fréquemment dans la période d'exaltation ; si la manie aiguë se complique de myose, la paralysie générale, tôt ou tard, arrivera presqu'avec certitude.

Les changements appréciables avec l'ophtalmoscope dans le fond de l'œil, dans les affections mentales, sont ou une simple atrophie blanche des papilles optiques, ou différentes formes de névrite,—hypéremie de la papille, névrite simple, névrite descendante, papilles plus ou moins engorgées, atrophie secondaire complète ou incomplète des papilles optiques résultant de la névrite.—*Pacific Med. Journal.*

A continuer.

Traitement de la métrite chronique.

Par T. GALLARD, médecin de l'hôpital Pitié, etc.

(Suite.)

C. Déridatifs et révulsifs.— La médication par les révulsifs et les déridatifs peut, jusqu'à un certain point, être considérée comme faisant partie de la médication altérante, et l'on y voit figurer plusieurs des agents thérapeutiques dont je viens de vous entretenir. Leur action est, en effet, souvent complexe, car ils peuvent être, dans bien des cas, considérés comme sollicitant certaines modifications moléculaires capables de faciliter le travail de résorption des produits plastiques déposés dans la trame des tissus ; c'est à ce titre qu'il se rattachent à la classe des altérants. Mais souvent aussi ils agissent en provoquant une révulsion véritable, tout à fait indépendante de ce travail de résorption moléculaire. Ils peuvent exercer leur action soit sur la muqueuse des voies digestives, soit sur la peau.

a. Tous les purgatifs peuvent être administrés à titre de ré-vulsifs internes, et leur intervention est justifiée d'autant mieux, dans le traitement de la métrite chronique, que la constipation est un symptôme fréquent de cette maladie, qui réclame souvent leur emploi. Mais ce n'est pas en tant que laxatifs qu'ils nous intéressent en ce moment, et si nous voulons qu'ils exercent une action véritablement révulsive sur l'utérus enflammé, il faudra que nous nous adressions de préférence à ceux qui provoquent une vive irritation de la muqueuse intestinale, c'est-à-dire aux drastiques. C'est ainsi qu'agissent les lavements d'aloès, recommandés par Aran, et qui ne m'ont pas plus réussi dans le traitement de la métrite parenchymateuse que dans celui de la métrite interne, où je n'ai pas cru devoir vous les vanter. C'est ainsi qu'agiraient l'huile de croton, la gomme gutte, la coloquinte et les autres purgatifs résineux. Mais à quoi bon chercher à provoquer une irritation des voies digestives inférieures, qui peut bien aller jusqu'à la phlogose, quand on sait que l'inflammation de la muqueuse rectale peut parfaitement survenir toute seule, dans le cours de la métrite chronique, sans être en aucune façon provoquée par une médication quelconque, et que, quand elle survient ainsi, loin d'exercer une action résolutive sur l'utérus enflammé, ou de faire une dérivation favorable, elle constitue bien plutôt un symptôme extrêmement pénible, qui aggrave, sans aucune compensation, l'état des malades? Pour ces raisons, il est rare que je demande aux purgatifs autre chose que leur action évacuante; cependant, il m'arrive parfois de chercher à utiliser les propriétés fondantes du calomel, en même temps que sa vertu purgative, et alors je l'administre d'une façon suivie, tous les deux ou trois jours, pendant plusieurs semaines, à la dose de 50 à 60 centigrammes, pris en une seule fois.

b. Quant aux révulsifs cutanés, qui consistent en applications irritantes, pratiquées sur la peau tant de l'abdomen que de la partie supérieure des cuisses, ils sont moins nuisibles à la santé générale et peuvent, par conséquent, être plus large-

ment employés. Ils sont utiles à la condition que leur action sera soutenu et prolongée pendant un certain temps. J'en ai vu faire un grand usage par M. Huguier, qui savait les manier de façon à en retirer des effets souvent remarquables.

Au début, ce sont de larges applications d'huile de croton pratiquées sur tout l'hypogastre, les aînes et même la partie interne et externe des cuisses. Ces frictions, répétées à trois ou quatre jours d'intervalle, modèrent souvent les poussées inflammatoires qui tendent à se propager au péritoine et aux organes périutérins. Les frictions d'huile de croton doivent être préférées à celles de la pommade stibiée, dont l'éruption, plus profonde et plus douloureuse, laisse des traces indélébiles. De larges vésicatoires, réitérés en nombre suffisant, produiraient le même effet; mais l'action de ces moyens est essentiellement passagère, et, s'il est bon d'y avoir recours pour dissiper ou prévenir certaines complications, ils ne sauraient faire le fond du traitement d'une maladie aussi longue que la métrite chronique.

On obtient un effet analogue, et qu'il est possible de perpétuer pendant un temps beaucoup plus long, en faisant sur la peau de l'abdomen des badigeonnages avec la teinture d'iode. Lorsqu'on a recours à ce moyen, on se trouve associer à l'action révulsive du médicament son action fondante, qui est incontestable, et c'est une raison suffisante pour préférer ce révulsif à tous les autres.

Huguier ne reculait pas devant l'application de cautères ou de moxas et même de petits sétons consistant en quelques brins de fil seulement, percés au moyen d'une simple aiguille à suture, dans la région hypogastrique, à quelques centimètres en dehors de la ligne blanche. Ces exutoires, que l'on peut entretenir pendant plusieurs semaines, puis renouveler, s'il y a lieu, m'ont paru être plus utiles dans le traitement des phlegmasies périutérines chroniques que dans celui de la métrite simple. Ces derniers moyens, tout en se rapprochant, en raison de leur point d'application, de ceux qui font partie de la médication locale, appartiennent encore à la

médication générale par la façon dont s'exerce leur action.

De tout ce que je viens de vous dire vous pouvez conclure dès à présent, messieurs, que la médication générale, dirigée contre la métrite chronique, ne peut avoir d'influence sur l'état de l'utérus qu'à la condition d'être profondément agressive et d'exercer une perturbation puissante sur l'ensemble de l'organisme. Rien ne vous rend mieux compte de l'ébranlement imprimé alors à toute l'économie que le traitement par l'abstinence, dont certaines malades d'Aran ont supporté toutes les rigueurs pour de bien minces, et je pourrais même dire pour de bien problématiques résultats. J'avoue, pour mon compte, ne pas me sentir la force de poursuivre, ni de vous encourager à poursuivre, avec la persévérance qui serait nécessaire pour obtenir une modification bien minime dans l'état organique de l'utérus, l'application suivie de l'une quelconque des médications générales que je viens de vous indiquer. Il était de mon devoir de vous les faire connaître pour vous mettre à même de juger et vous faire comprendre pourquoi les antiphlogistiques, les altérants ou les révulsifs ne doivent jamais être employés systématiquement, pas plus les uns que les autres. C'est surtout parce qu'ils sont tous profondément débilitants, et que, loin de débilitier les femmes affectées de métrite chronique, il faut au contraire les relever et les tonifier. Il en résulte que la vraie médication générale, applicable à peu près indistinctement à tous les cas de métrite chronique, doit avoir une action opposée à celles dont il vient d'être question et tonifier au lieu de débilitier, relever au lieu de déprimer.

Seulement, comme cette médication tonique et reconstituante s'adresse au sujet malade bien plutôt qu'à la maladie elle-même, comme à elle seule elle ne pourrait en aucun cas suffire à la guérison de cette maladie, comme son action se borne à fournir à la malade la force nécessaire pour lui permettre de résister à la fois et à la maladie et au traitement destiné à la faire disparaître, il n'en peut être question en ce moment. Elle ne peut, malgré son importance incontestable

ble, être considérée que comme un des éléments accessoires de la médication, et c'est pourquoi j'ai dû me résoudre à ne vous en parler que plus tard, quand je vous aurai fait connaître la médication locale, qui doit faire la base du traitement auquel elle est destinée à venir en aide. (*Bulletin générale de Thérapeutique.*)

(*A continuer.*)

De quelques faits relatifs aux contractures.

Note de MM. BRISSAUD et CH. RICHEL,

(*Suite.*)

Pour interpréter les faits dont nous avons été témoins, il est utile de signaler sommairement les résultats auxquels nous a conduit l'étude thermoélectrique de la contraction musculaire dans les conditions normales.

Lorsqu'on fait contracter un muscle librement, c'est-à-dire sans opposer de résistance au mouvement que cette contraction détermine, on constate toujours une élévation progressive de la température de ce muscle. La déviation de l'aiguille du galvanomètre a lieu une minute après le début de la contraction, et lorsque l'équilibre s'est fait, le muscle garde la chaleur acquise pendant un temps relativement considérable (trois quarts d'heure ou une demi-heure au minimum). Ce dernier point a été, d'ailleurs, parfaitement mis en lumière par M. Béclard.

Au contraire lorsqu'on fait contracter un muscle en résistant énergiquement à l'exécution du mouvement que cette contraction doit produire, les choses se passent d'une manière toute différente. Au lieu d'une élévation lente et progressive de la température, voici en effet quelles modifications thermiques subit le muscle qu'on explore : inversement au cas précédent, l'aiguille commence par révéler un léger abaissement de température. Elle est déviée dans un sens opposé ; mais il faut le reconnaître, d'une très petite quantité. Toutefois, la déviation dont il s'agit a une signification importante,

car l'équilibre s'établit à ce niveau pour un temps parfaitement appréciable, qui est environ d'une minute. A partir de ce moment, l'aiguille revient sur ses pas, franchit le zéro et s'équilibre au bout d'un certain temps à une distance telle que l'élévation de température exprimée par cette déviation est toujours inférieure à celle qui correspondait, dans l'expérience précédente, à la libre contraction du muscle. Alors, si du même coup on supprime la résistance et si l'on fait cesser la contraction, l'aiguille repart immédiatement dans la même direction et finit par s'équilibrer à peu près au même point que dans la première expérience ; en d'autres termes, le muscle redevenu flaccide est plus chaud qu'il ne l'était pendant la contraction à laquelle on faisait résistance.

Voici de quelle façon nous avons pensé qu'on pouvait interpréter les variations de cette courbe thermique : tout d'abord, il nous semble qu'on ne doit pas attribuer à un fait d'équivalence mécanique l'abaissement initial de la température. Les muscles, en effet, s'échauffent et se refroidissent toujours trop lentement pour qu'une déviation si rapide soit imputable à une cause de ce genre ; d'ailleurs, l'élévation, qui succède bientôt à la petite chute du début, démontre clairement que le muscle s'échauffe en dépit des obstacles apportés à son raccourcissement normal. Il en est absolument de même de l'élévation très brusque qui succède à la décontraction ; ce n'est pas en redevenant flaccide que ce muscle peut produire un pareil développement de chaleur. Il est donc beaucoup plus naturel d'admettre que certaines conditions de conductibilité, variables selon la densité de l'organe, sont seules capables de déterminer les rapides changements dont il vient d'être question. Or, il n'y a guère que des modifications de la circulation intra-musculaire auxquelles il soit possible de rapporter ces variations de conductibilité.

On sait que lorsqu'un muscle se raccourcit par le fait d'une contraction, son volume ne change pas, ou du moins ne change que dans des proportions tout à fait négligeables. Mais lorsqu'il se contracte sans se raccourcir, et c'est le cas de

notre deuxième expérience, sa densité s'accroît manifestement. Il est vraisemblable qu'en pareille circonstance, le tassement des fibres les unes contre les autres chasse le sang des petits vaisseaux, d'où résulte que par cette sorte d'assèchement des soudures thermo-électriques la déviation de l'aiguille, au début de l'expérience, paraît exprimer un refroidissement du muscle. Mais, bien que l'irrigation soit contrariée par l'obstacle opposé au raccourcissement de ce muscle, l'activité qu'il déploie arrive bientôt à prendre le dessus, et peu à peu une oscillation en sens inverse vient démontrer qu'il s'échauffe. Toutefois, comme l'étendue du champ circulatoire est et demeure restreinte, la chaleur produite n'est pas évaluée par la déviation de l'aiguille au taux des conditions circulatoires normales. Aussi, dès que la contraction et la résistance viennent à cesser, le sang retrouvant la voie libre, on constate par la soudaine excursion de l'aiguille dans le même sens que ce muscle s'était échauffé plus que ne le laissait supposer le degré de l'échelle où l'équilibre s'était faite auparavant. Un autre fait qu'il nous a été donné d'observer dans toutes ces expériences est encore de nature à confirmer l'opinion que nous venons d'émettre. Lorsqu'après la décontraction du muscle et la rapide ascension thermique qui s'en est suivie, on fait de nouveau contracter le même muscle en même temps qu'on l'empêche de se raccourcir, l'aiguille révèle instantanément un abaissement de température. Or, nous avons dit et constaté, conformément aux assertions de M. Béclard, qu'un membre échauffé conserve *très longtemps* la température qu'il a acquise par ses contractions. Nous ne voyons donc pas, en dehors les modifications circulatoires qui viennent d'être signalées, quelle cause serait capable de déterminer un abaissement de chaleur aussi immédiat.

Ces données vont nous permettre d'apprécier les résultats auxquels nous a conduits l'étude des muscles atteints de contracture permanente.

Une série de recherches microphoniques communiquées à

la Société de Biologie en 1879, avait déjà fourni à M. Boudet de Paris et à l'un de nous la preuve physique de l'activité incessante des muscles contracturés. Pour arriver à formuler des conclusions définitives touchant ce point encore bien obscur de la pathologie musculaire, il fallait sanctionner nos résultats par une analyse plus rigoureuse de cette activité permanente du muscle, et nous pensions que dans la contracture hémiplegique, par exemple, la température du côté paralysé devrait être plus élevée que celle du côté sain. Un très-grand nombre d'opinions diverses et contradictoires ont été émises sur ce sujet depuis quelques années, mais aucune d'elles ne me semble justifiée par une expérimentation suffisamment rigoureuse. Aussi ne voulant nous prononcer pour ou contre aucune d'elles, nous bornerons-nous à exposer les résultats de nos propres investigations.

Contrairement à toutes nos suppositions, nous pourrions dire nos espérances, nous avons trouvé toujours les muscles contracturés plus froids que les muscles sains, et cela sans une seule exception, malgré le grand nombre des sujets que nous avons observés, qu'il s'agisse d'une contracture hémiplegique, d'une contracture hystérique, d'un tabès dorsal spasmodique, etc.

L'absolue constance de ce fait peut paraître, au premier abord, infirmer catégoriquement l'hypothèse de l'activité permanente des muscles dans les cas de contracture. Cependant, nous croyons pouvoir attribuer ces résultats inattendus à une cause d'erreur qui réside non point dans le manuel opératoire lui-même, mais dans les conditions toutes spéciales où nos malades ont été examinés.

L'isolement du galvanomètre nous obligeait à faire conduire ces malades dans un local toujours plus ou moins éloigné de leur résidence. Tantôt c'étaient des hémiplegiques qui, venant à pied, produisaient d'autant plus de chaleur dans leur côté sain que leur côté malade était moins actif; tantôt c'étaient des paraplégiques qui, marchant avec des béquilles et se servant ainsi beaucoup plus de leurs bras que

de leurs membres inférieurs, développaient plus de calorique dans ceux-là que dans ceux-ci. Et comme la chaleur musculaire acquise ne s'élimine qu'au bout d'un très long temps, il en résultait fatalement que la température de *contraction* (membres sains) était notablement supérieure à la température de *contracture* (membres paralysés).

Nous avons alors fait transporter une série de malades dans la salle où nous opérions ; mais cette fois encore, la différence s'est accusée dans le même sens, c'est-à-dire au profit des muscles sains. Force est donc de conclure que les malades alités eux-mêmes avaient préalablement acquis une température de contraction durable, dans les mouvements inévitable qui résultent de l'état de veille ; et cependant nous devons dire que, dans ces derniers cas, la différence était beaucoup moins grande que dans les cas de la première série. Pour en finir, il ne nous est permis, par conséquent, que de formuler un desideratum : l'appréciation des différences thermiques absolues qui existent entre les muscles contracturés et les muscles non contracturés n'est possible que si tout l'appareil musculaire est depuis longtemps dans le relâchement complet, pendant le sommeil, par exemple, c'est-à-dire dans des conditions d'expérimentation à peu près irréalisables chez l'homme.—*Gazette Médicale*.

Traitement du ver solitaire par l'acide salicylique.

Un journal Allemand rapporte deux cas d'expulsion très prompte du ver solitaire par l'administration de l'acide salicylique à la dose de grs. xij, toutes les heures, jusqu'à ce que le malade ait pris 3i du médicament. On donne de l'huile de ricin la veille. Dans les deux cas, le ver fut expulsé en entier y compris la tête. Ce traitement n'est suivi d'aucun symptôme désagréable.—*Chemist & Druggist*.

Sur la sécrétion biliaire.

Par M. P. PICARD.

Pendant les études de la sécrétion biliaire que je faisais pour mon enseignement, j'ai été conduit à instituer quelques expériences nouvelles qui peuvent servir à préciser la nature de cette fonction et que je désire pour ce motif communiquer à la Société.

1^o Chez un chien de poids et d'état indéterminé on a mis à nu le canal cholédoque, suivant le procédé usuel, et introduit une canule dans son bout central.

On a ensuite observé l'écoulement de la bile en comptant le nombre des gouttes fournies en une minute. On a trouvé que le conduit donnait 5 gouttes par minute; on s'est assuré que cette quantité restait à peu près uniforme, par une série de numérations successives; à ce moment on a anesthésié profondément l'animal avec les vapeurs du chloroforme qu'on lui fit respirer par la trachée pour diminuer le phénomène d'excitation.

On observa alors l'écoulement et on constata qu'il *n'était pas diminué*, et même on a eu plutôt une légère augmentation puisque le nombre des gouttes a été de 6 au lieu de 5, chiffre primitif.

Peu importe, du reste, ce dernier point et le seul fait capital que je veux retenir est le suivant: l'écoulement n'a été *ni suspendu* ni même diminué.

En variant la même expérience on a eu des effets différents qu'il importe également de signaler.

Ayant prolongé l'action du chloroforme on a eu l'arrêt du cœur et de la respiration; on a observé à ce moment un arrêt brusque de la sécrétion qui s'est montrée de nouveau quand, par la respiration artificielle, on eut ramené les battements du cœur; elle s'est produite avant le retour de la sensibilité de l'œil, pendant l'inactivité des nerfs sensitifs.

Ces premières expériences montrent que la sécrétion biliaire n'est pas sous la dépendance *absolue* d'une action sensi-

tive. Elle montre encore ce point connu qu'elle dépend de l'état de la circulation générale et, notamment qu'elle cesse immédiatement par la chute de la pression sanguine (sans qu'on puisse parvenir à la *rappeler un seul instant dans ces conditions*).

2° Chez un chien en digestion, on a mis de même une canule dans le bout central du canal cholédoque et observé quantitativement l'écoulement par le conduit.

On a alors injecté sous la peau de l'animal 7 centig. de chlorhydrate de morphine dissous dans 7 cent. d'eau, et on a attendu que les phénomènes généraux de l'empoisonnement fussent complètement développés.

A ce moment on a compté les gouttes fournies par la canule et on a trouvé leur nombre beaucoup diminué (ce fait est facile à interpréter avec la remarque que j'ai faite plus haut, et en raison de ce point bien établi à savoir que la pression sanguine est diminuée dans l'empoisonnement morphinique pratiqué comme on l'avait fait ici).

3° Chez un chien qui montra ainsi cette diminution de la sécrétion sous l'influence de la morphine, on injecta dans les veines une solution de sucre de canne dissous dans 40 centim. cubes d'eau distillée. Cette opération ne changea rien à l'état général de l'animal, mais amena une augmentation très marquée de la sécrétion biliaire.

Les injections d'eau, faites dans la proportion ci-dessus, n'amenant rien de pareil, nous sommes amené à conclure que ce dernier effet est indépendant de l'eau et dû uniquement à la présence dans le sang d'une certaine quantité de sucre de canne, et nous voyons que certaines substances sont susceptibles d'exagérer la fonction biliaire par une action propre exercée sans changement de la pression.

4° Après avoir chez un autre chien mis une canule dans le canal cholédoque, on l'a mise en rapport avec la branche d'un manomètre à air libre, préalablement rempli d'eau distillée, et on a constaté que la colonne d'eau, après s'être élevée quelque temps, a fini par s'immobiliser dans une position telle

que la hauteur de la colonne d'eau était d'environ 5 à 6 centimètres.

On ajouta de l'eau dans la branche libre du manomètre de façon à établir une pression de 20 à 25 centimètres, et on vit le liquide descendre *rapidement* jusqu'à ce qu'il fût revenu au niveau qu'il avait avant cette intervention.

Somme toute, la sécrétion n'a développé qu'une très-faible pression, et, lorsqu'on augmentait sa valeur, on voyait un phénomène nouveau apparaître et une absorption *rapide* remplacer la sécrétion.

5° En répétant les mêmes observations chez un chien en sécrétion plus intense provoquée, on a observé une pression double environ de celle constatée dans l'expérience ci-dessus, et le liquide s'abaisse de même rapidement quand on augmentait la pression par des additions d'eau dans la branche libre.

Somme toute, la sécrétion biliaire ne développe qu'une double pression, même quand on l'exagère par des injections appropriées, pression *beaucoup inférieure* à celle qu'exercent les sécrétions salivaires, par exemple.

6° Je joins ici une expérience éminemment propre à montrer la rapidité remarquable avec laquelle les absorptions se font par les voies biliaires dès qu'on pousse un liquide sous une pression susceptible de vaincre la force de sécrétion.

Chez un chien, dont le canal cholédoque a été fixé sur une canule, on poussa par cette voie une solution de prussiate de potasse contenant 2 gr. dans 20 cc. d'eau.

Le liquide passa sans qu'on éprouvât de résistance, et on vit l'animal succomber avec tous les signes d'un empoisonnement par les sels de potasse.

L'animal a absorbé si rapidement que les phénomènes sont identiques à ceux qu'on aurait eus en poussant la substance dans une veine directement, et distincts de ceux qu'on obtiendrait en agissant sur un organe quelconque.

7° En terminant l'exposé de mes observations, je veux encore appeler l'attention sur un point qu'on peut constater

lorsque le manomètre à eau est en rapport avec le canal cholédoque d'un chien.

Ce point est le suivant : les causes qui font varier notablement la pression veineuse dans la veine cave inférieure font également varier la pression dans le canal cholédoque. Les choses se passent absolument comme si les deux appareils communiquaient ensemble, fait expérimental dont M. Renaut, mon collègue, n'a fourni une raison anatomique explicative.

Comme conclusion générale, je dirai que la sécrétion biliaire se rapproche de la sécrétion rénale quand aux conditions physiologiques qui la déterminent.

Ces deux fonctions, somme toute, sont fort voisines sous ce rapport, et les faits qui les différencient peuvent se déduire pour la plupart nettement de ce premier point que, dans le rein, c'est un système vasculaire artériel qui fournit le liquide, tandis que c'est un système veineux dans le foie.

Il y a encore cette particularité que, dans le foie, certaines substances formées dans l'organe sont entraînées par le mouvement de sortie du liquide.—*Gazette Médicale.*

Urémie.

D'après Fréricks et Gallois les symptômes généralement reconnus comme ceux de l'Urémie ne sont pas dus à la *circulation de l'Urée* dans le sang. Des expériences ont été faites en injectant de l'urée dans le sang de quelques chiens afin d'obtenir les symptômes convulsifs de l'Eclampsie et sans succès. Dernièrement, cependant, M. Picard, de Lyon a répété ces expériences sur des chiens, en injectant plus d'urée dans les veines, et a pu réussir à produire des *convulsions épileptiformes*, des vomissements et une *suppression urinaire*, démontrant la nécessité d'une étude plus approfondie des effets de l'urée lorsqu'elle se trouve dans la *circulation*.—*Sanitarian.*

Hôpital Notre-Dame.

Tel est le nom d'un nouvel hôpital que le Révd. M. Rousset, Ptre. S. S., a l'intention de fonder en la ville de Montréal.

Comme l'établissement d'un hôpital est du ressort des médecins, nous émettrons franchement notre opinion à ce sujet.

S'il est vrai que la nécessité d'un hôpital se fasse vivement sentir en la ville de Montréal, que l'Hôtel-Dieu et l'Hôpital anglais ne puissent plus suffire aux besoins, il n'en est pas moins vrai que nous ne saurions approuver le choix de l'ancien hôtel Donegana, parce qu'il est situé dans le centre de la ville, et peut être par là une cause d'insalubrité. Nous nous contenterons de quelques citations à l'appui de cet avancé :

“ La meilleure situation pour un hôpital est en dehors, mais très près d'une ville, ou bien dans un quartier isolé, peu encombré de maisons et d'habitants, et où le libre renouvellement de l'air est facile; le voisinage, mais à une certaine distance des bois et des cours d'eau vive à bords escarpés, sont des conditions de salubrité excellente.” (Traité d'hygiène privée et publique par A. Becquerel.)

“ Un hôpital doit être situé dans un lieu découvert, sur un sol et sur un terrain décliné. Ce terrain doit être vaste. Un espace superficiel de 50 mètres par malade représente un minimum qui devra, autant que possible, être dépassé, et qui, d'ailleurs, doit croître *progressivement* avec le nombre des malades.” (Dictionnaire de médecine et de chirurgie de Littré & Robin.)

“ Les hôpitaux doivent s'élever hors du centre des villes, dans le quartier le plus sain, sur un emplacement libre et vaste, dans la direction de l'est et de l'ouest, de manière à présenter successivement leurs quatre façades au soleil pendant la révolution diurne; loin des usines, des fossés de remparts, des marais, etc.” (Traité d'hygiène publique et privée par Michel Lévy.)

“ Choix de l'emplacement pour les hôpitaux fixes.

“ Les conditions que l'on est en droit d'exiger n'ont pas toutes la même importance. Il faut une vaste étendue de terrain, même pour un hôpital de dimensions moyennes, autant que possible hors de l'enceinte des villes, en dehors même des faubourgs et dans un point où l'on n'a pas à craindre l'affluence rapide de la population, dont le mouvement excentrique continu tend à envahir les abords des villes.”

CH. SARAZIN.

(Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques de Jaccoud.)

Quant au choix des médecins, nous n'en disons qu'un mot, c'est qu'il est plus que singulier qu'on veuille mettre cet hôpital sous le contrôle d'une faculté qui n'a pas d'existence légale, et qui n'est pas reconnue par les lois du pays.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude Légale ou Réponses à certaines questions concernant les succursales de l'Université Laval à Montréal.

Nous avons reçu, il y a quelques jours, cet opuscule dû à la plume de M. J. L. Archambault, Avocat, Bachelier en Droit Civil.

L'importance du sujet, l'habileté et la science déployées dans ces pages nous obligent d'en dire quelques mots.

Cette étude légale est une réponse à la consultation proposée par M. l'abbé Gravel et publiée dans le journal *La Minerve*, à Montréal, sous la date du 21 Juillet 1879. On se rappelle que le but de cette consultation était de savoir si l'Université Laval de Québec peut fonder des succursales à Montréal ou ailleurs, ou faire autre chose, en dehors de Québec, qu'affilier des Colléges, Séminaires, ou autres Institutions d'éducation incorporées. L'auteur y répond avec clarté, et cite plusieurs faits où des universités excédant leurs

pouvoirs ont été reprimées par l'autorité, entre autres le collège de Genève.

Nous nous permettrons quelques citations :

“ La doctrine qu'une corporation ne peut avoir d'existence légale en dehors de la juridiction pour laquelle elle a été créée, ne peut souffrir de doute. Or la charte Royale ayant créé l'Université Laval à Québec, l'ayant formé et organisé au sein même du Séminaire de Québec, n'a pu la localiser dans un endroit différent que le Séminaire et a de fait voulu que son siège à cet endroit fut fixe et permanent ; toute organisation constituée ailleurs qu'à Québec comme branche séparée de la dite Université ou comme émanant de sa source soit sous le même nom, ou sous un autre titre ne serait donc ni une dépendance de la maison principale ni un être moral vivant par lui-même, et il suit de là, comme conséquence nécessaire, rigoureuse, que l'Université Laval ne peut s'établir et exister légalement en dehors de Québec.”.....

“ Suivant cette interprétation, l'Université Laval ne pourrait donc s'adjoindre en dehors de Québec, que des séminaires collèges ou maisons publiques d'éducation ayant une autorité reconnue, un titre d'incorporation.”

La consultation proposée demandait en outre, si une corporation comme l'Université Laval, qui excède les pouvoirs qui lui sont conférés par la charte tombe sous le coup des lois du pays.

“ L'usurpation d'une franchise, dit M. J. L. Archambault, la violation d'une charte, ont toujours été considérées comme une attaque directe contre le Souverain, une atteinte portée à sa dignité et dans tous les cas ces usurpations ont été sévèrement punies par les autorités. Nous avons vu par les citations plus haut rapportées, et particulièrement dans l'affaire du collège de Genève, l'efficacité de l'intervention du pouvoir civil et des tribunaux. Si l'Université Laval persiste à maintenir en la cité de Montréal les facultés ou écoles qu'elle a fondées, dans les conditions actuelles, n'est-il pas de

la dernière évidence qu'elle outrepassé ses pouvoirs et qu'elle s'expose aux recherches de l'autorité ? Les Universités actuelles régulièrement organisées et légalement existantes, ne peuvent-elles pas s'opposer à cette violation de la loi ? Evidemment oui !”

Nous conseillons à chacun de nos lecteurs de s'en procurer une copie pour étudier cet important sujet avec soin. Cette “ *Etude Légale* ” est en vente chez tous les libraires.

Reynold's System of Medicine. Edited J. Russell Reynolds, M.D. Professor of the Principles and practice of medicine in University College, London. With notes and additions by Henry Hartshorne, M.D., late Professor of Hygiene in the University of Pennsylvania. Vol. II, Diseases of the Respiratory and Circulatory Systems.

Ce second volume mérite toute l'attention dont jouit le premier, et doit obtenir la même faveur de la part de la profession médicale.

Il contient deux autres classes de maladies locales : celle du système respiratoire et celle du système circulatoire.

L'auteur divise la deuxième classe des maladies locales (la première se trouve dans le premier volume) en deux sections : les maladies du larynx et les affections thoraciques.

La troisième classe des maladies locales, c'est-à-dire les maladies du système circulatoire comprennent trois sections.

1o Les maladies du cœur ;

2o Les changements organiques qui surviennent dans les médiastins à la suite d'affections du cœur ;

3o Les maladies des artères et des veines.

Ce deuxième volume se termine par un article sur les diverses affections qui ont pour siège les vaisseaux lymphatiques.

On peut réellement dire de cet ouvrage qu'il est le plus complet et le moins dispendieux des ouvrages de médecine de ce genre. Aussi en recommandons-nous la lecture à tous les médecins qui y puiseront des conseils utiles et des remarques judicieuses.

Avis important.

Nous attirons d'une manière toute spéciale l'attention de la profession médicale sur les règlements suivants adoptés par le Bureau Provincial de médecine à sa séance du 13 mai 1880 :

Ch. I., S. IV. A chaque élection du Bureau des Gouverneurs, chaque membre de la dite corporation, aura le droit de voter par procuration; un témoin devra attester la signature de la procuration. Toute procuration pour être valide devra être remise entre les mains du Régistrateur le ou avant le 1er Juillet précédant l'assemblée triennale, et le Régistrateur devra la renvoyer certifiée exacte cinq jours après sa réception.

Ch. III., S. II. Tous les membres devront, chaque année, le ou avant le 1er Juillet, payer entre les mains du Régistrateur, une somme de deux piastres étant leur contribution annuelle.

Ch. III., S. III. Aucun membre du Collège ne pourra voter aux assemblées triennales, ni être éligible comme Gouverneur, à moins qu'il ait payé, le 1er Juillet précédant l'assemblée, tout ce qu'il pourra devoir au Collège.

Ch. III., S. IV. Il est du devoir du Président de faire poursuivre tout membre du Collège négligeant de payer annuellement ses redevances au Collège.

Dispensaire de la Providence.

M. le Dr. A. Piché a été le médecin en service dans ce Dispensaire durant le mois d'Avril 1880.

Le total des ordonnances a été de 2101, et celui des visites de 238.

M. le Dr. G. O. Beaudry est chargé du service pour le mois de Mai.

Naissances.

A Montréal, le 19 avril, la Dame du Dr P. E. Mount, une fille.

A Ste. Monique, comté de Nicolet, le 13 avril, la Dame de C. Legris, M.D.V., un fils.

A Ste. Anne de Bellevue, comté Jacques-Cartier, le 20 avril, la Dame du Dr L. G. V. de Lorimier, un fils.

Décès.

A Montréal, le 8 mai, A. Deschamps, M.D., âgé de 39 ans.

A Ste. Anne de Bellevue, comté de Jacques-Cartier, le 2 mai, à l'âge de 12 jours, Joseph-Henri Ivon, enfant du Dr L. G. V. de Lorimier.